



*Alexianer*  
KRANKENHAUS HEDWIGSHÖHE

# Sucht im Alter

Hausärzteakademie Treptow-Köpenick  
23.1.2014

A. Richert Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe  
Funktionsbereich Gerontopsychiatrie

- ▶ Veränderung von Überlebenszeiten
  - Gestiegene Lebenserwartung
  - Auch Abhängigkeitskranke werden älter,
  - Alt werdende denken über Lebensqualität nach.

- ▶ Veränderung von gesellschaftlichen Einstellungen
  - Bewusstsein, dass Alkohol nicht gesund ist, setzt sich allmählich durch.
  - Abhängigkeitserkrankungen werden nicht mehr so sehr als Charakterschwäche oder moralisches Versagen gesehen.

## ▶ Kohortenwechsel

- Alt gewordene Drogenabhängige brauchen spezielle Angebote
- Sozial eingebundene Wohlstandsbürger mit Abhängigkeitserkrankungen brauchen spezielle Angebote

# Spannungsfeld Abhängigkeit / Autonomie

1



- ▶ viele Abhängige werden nicht alt,
- ▶ nicht alle Alten wollen Unabhängigkeit,
- ▶ Substanzgebrauch kann helfen, Unabhängigkeit zu bewahren,
- ▶ Behandlung einer Abhängigkeit führt zu Abhängigkeit von den Behandlern.

# Spannungsfeld Abhängigkeit / Autonomie

2



- ▶ Für Betroffene: Substanzmissbrauch kann auch Unabhängigkeit bedeuten.
- ▶ Für Helfer: Selbstbestimmungsrecht der „Geholfenen“ / Unterstützung der Abhängigkeit.

# Definitionen von Sucht

- ▶ sind zahlreich und nicht ohne innere Widersprüche,
- ▶ verstellen bei breiter Definition die Sicht auf die, die wirklich Hilfe brauchen,
- ▶ reduzieren bei enger Definition Suchtkranke auf Hilfsempfänger.

# Definition von Substanzabhängigkeit

- ▶ Verlangen nach der Substanz
- ▶ Zwang, sich die Substanz zu beschaffen
- ▶ Konsum der Substanz, obwohl ein Bewusstsein für negative Folgen besteht.
- ▶▶ Dies ist eine pragmatische Definition, so etwas wie der kleinste gemeinsame Nenner aller Definitionen.



# Körperliche Abhängigkeit



- ▶ Verlangen nach der Substanz, Zwang, sich die Substanz zu beschaffen, Konsum der Substanz, obwohl ein Bewusstsein für negative Folgen besteht,

und:

- ▶▶ Körperliche Entzugserscheinungen.

# Wie funktioniert Abhängigkeit?

- ▶ Substanzen stimulieren das Belohnungssystem im Gehirn und führen zu „Überbelohnung“.
- ▶ Andere Belohnungsstrategien – Tätigkeiten, die dazu geführt haben, dass man sich wohlfühlt – stimulieren schwächer und werden uninteressant.
- ▶ Die Überstimulierung führt zu Gewöhnung, es ist mehr von der Substanz nötig, um ein weniger stark ausgeprägtes Wohlgefühl auszulösen.
- ▶ Das System kippt – jetzt geht es nur noch darum, Bestrafung durch Entzug zu vermeiden (Unlustgefühle, Depression, Angst, körperliche Entzugserscheinungen).

## Abhängigkeit durch „Selbstmedikation“



- ▶ Substanzen werden gegen Depression, Angst, Schlafstörungen eingesetzt.
- ▶ Der regelmäßige Einsatz führt zu Gewöhnung.
- ▶ Beim Versuch, die Substanz wegzulassen, treten die vorherigen Probleme verstärkt wieder auf.

# Abhängigkeitserzeugende Substanzen: Stimulanzen



- ▶ Amphetamine
  - ▶ Kokain
  - ▶ Koffein
  - ▶ Nikotin
- 
- ▶▶ Psychische Abhängigkeit, oft stark ausgeprägt, ohne nennenswerte körperliche Entzugerscheinungen.
  - ▶▶ Entzug unangenehm, aber nicht gefährlich.

# Abhängigkeitserzeugende Substanzen: Sedativa

- ▶ Alkohol
  - ▶ Benzodiazepine
  - ▶ Z-Substanzen
- 
- ▶▶ Psychische Abhängigkeit, oft stark ausgeprägt,  
und
  - ▶▶ Körperliche Entzugserscheinungen.
- 
- ! Entzug je nach Abhängigkeitsdauer gefährlich, abrupter Entzug kann lebensgefährlich sein, vor allem im Alter.

# Abhängigkeitserzeugende Substanzen: Opiate und Opioide

- ▶ Heroin
  - ▶ Morphinum
  - ▶ Tramadol
  - ▶ Fentanyl usw
- 
- ▶▶ Psychische Abhängigkeit, oft stark ausgeprägt,  
und
  - ▶▶ Körperliche Entzugserscheinungen.
- 
- ! Entzug je nach Abhängigkeitsdauer sehr schmerzhaft und unangenehm, aber nicht lebensgefährlich.

# Wie wird jemand abhängig?

- ▶ Konsum
  - ▶ Genetische Disposition
  - ▶ Gewohnheit – Erlerntes Verhalten
  - ▶ Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen (auch von Subkulturen)
  - ▶ Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren
- 
- ▶▶ „Moralische Schwäche“ spielt keine Rolle.
  - ▶▶ Das Gewicht der Faktoren ist bei verschiedenen Substanzen unterschiedlich.

- ▶ Konsum – macht sowieso fast jede/r. Irgendwann.
- ▶ Genetische Disposition
- ▶ **Gewohnheit – Erlerntes Verhalten**
- ▶ **Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen**
- ▶ Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren



# Nikotin im Alter



Über 70jährige

- ▶ Männer 10%
- ▶ Frauen 5%

(Stat. Bundesamt Mikrozensus 2009)

# Nikotinabhängigkeit im Alter



- ▶ Women who smoke like men will die like men who smoke:  
Frauen, die rauchen wie Männer, sterben wie Männer, die rauchen.
- ▶ Die Lebensqualität steigt mit Nikotinabstinenz auch und gerade in fortgeschrittenem Alter:  
Verbesserung der Lungenkapazität, periphere Durchblutung...

# Auswirkungen einer systematischen Erfassung des Rauchstatus

Aus: Dirk Wolter, Vortrag Jahrestagung Juni 2013

	<b>Interventionsrate</b>	<b>Abstinenzquote</b>
keine systematische Erfassung	<b>38,5 %</b>	<b>3,1 %</b>
systematische Erfassung	<b>65,6 %</b>	<b>6,4 %</b>

nach: Lindinger P (2005): Die Motivation des Rauchers zur Abstinenz.

In: Batra A (Hrsg.): Tabakabhängigkeit. Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer.

- ▶ Konsum – macht sowieso jede/r. Irgendwann.
- ▶ **Genetische Disposition: 40 bis 60%**
- ▶ **Gewohnheit – Erlerntes Verhalten**
- ▶ Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen
- ▶ Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren

# Alkohol im Alter

DHS/ Stat. Bundesamt 2006-2011



**Alexianer**  
KRANKENHAUS HEDWIGSHÖHE

Über-40-jährige, aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle<sup>1</sup>)

**F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - Akute Intoxikation (akuter Rausch)**

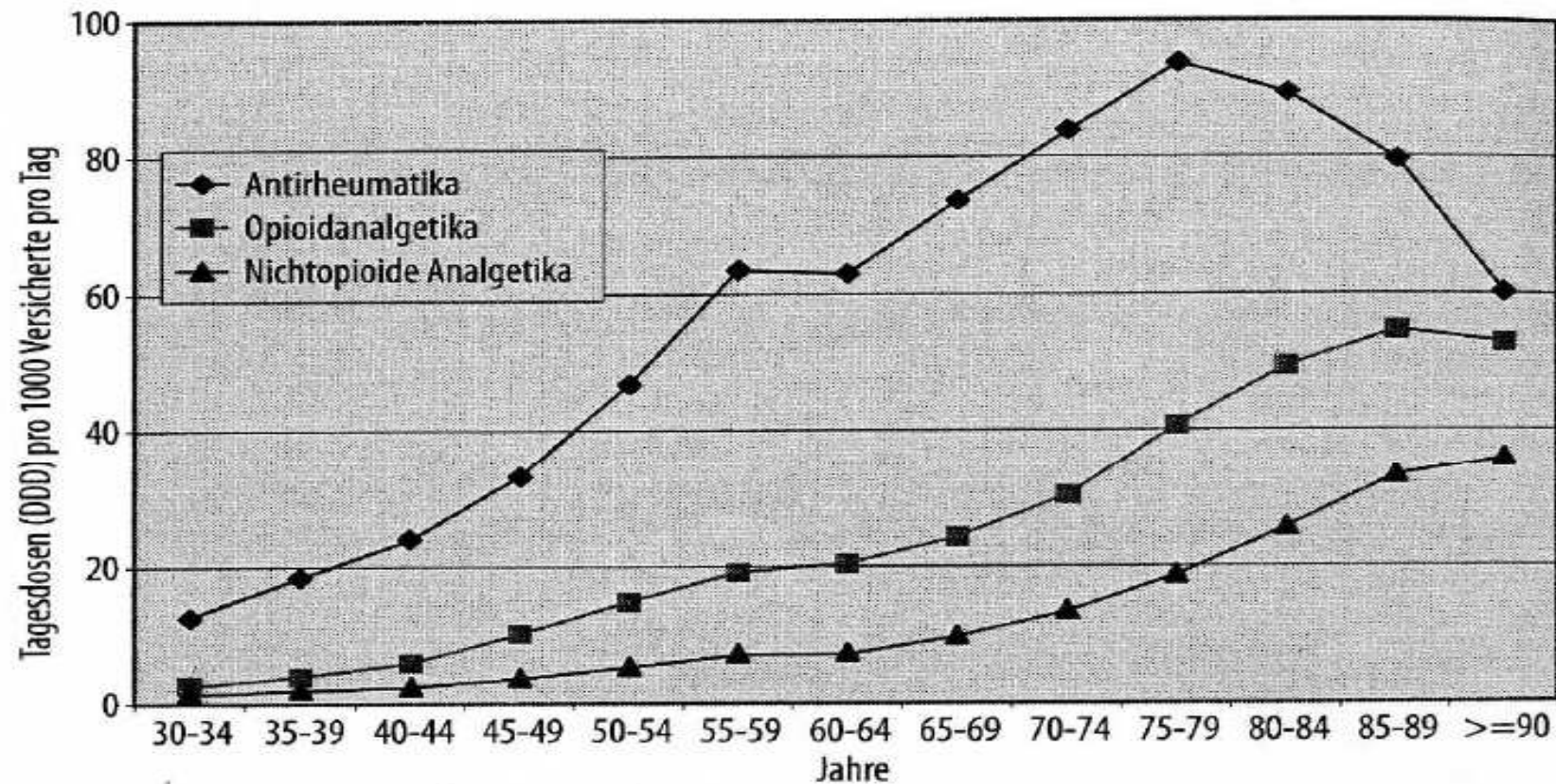
Jahr	Insgesamt	Alter				
		40-49	50-59	60-69	70-79	80 +
<b>insgesamt</b>						
2005	88.938	21.564	12.410	6.968	2.391	541
2006	87.535	20.730	12.960	6.357	2.390	516
2007	98.562	22.457	14.731	6.930	2.841	563
2008	109.283	24.368	17.097	7.437	3.209	661
2009	114.520	25.085	18.575	7.709	3.548	723
2010	115.436	24.742	19.383	7.719	3.857	769
<b>Veränderungen 2005 zu 2010 in %</b>		+14,74	+56,19	+10,78	+61,31	+42,14

- ▶ **Konsum. Der Arzt hilft mit.**
- ▶ Genetische Disposition
- ▶ Gewohnheit – Erlerntes Verhalten
- ▶ Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen
- ▶ **Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren**

- ▶ **Nicht-Tumor-bedingte Schmerzen häufigste Verordnungsindikation.**
- ▶ **Schmerztherapie ohne Klärung oder Therapie der Schmerzursache (Osteoporosebehandlung, Gelenkersatz, Depressionsbehandlung).**
- ▶ **Gängige Vorstellung, dass alte Patienten keine Opiatabhängigkeit entwickeln.**

# Analgetikaverordnungen nach Alter

Arzneiverordnungsreport 2008



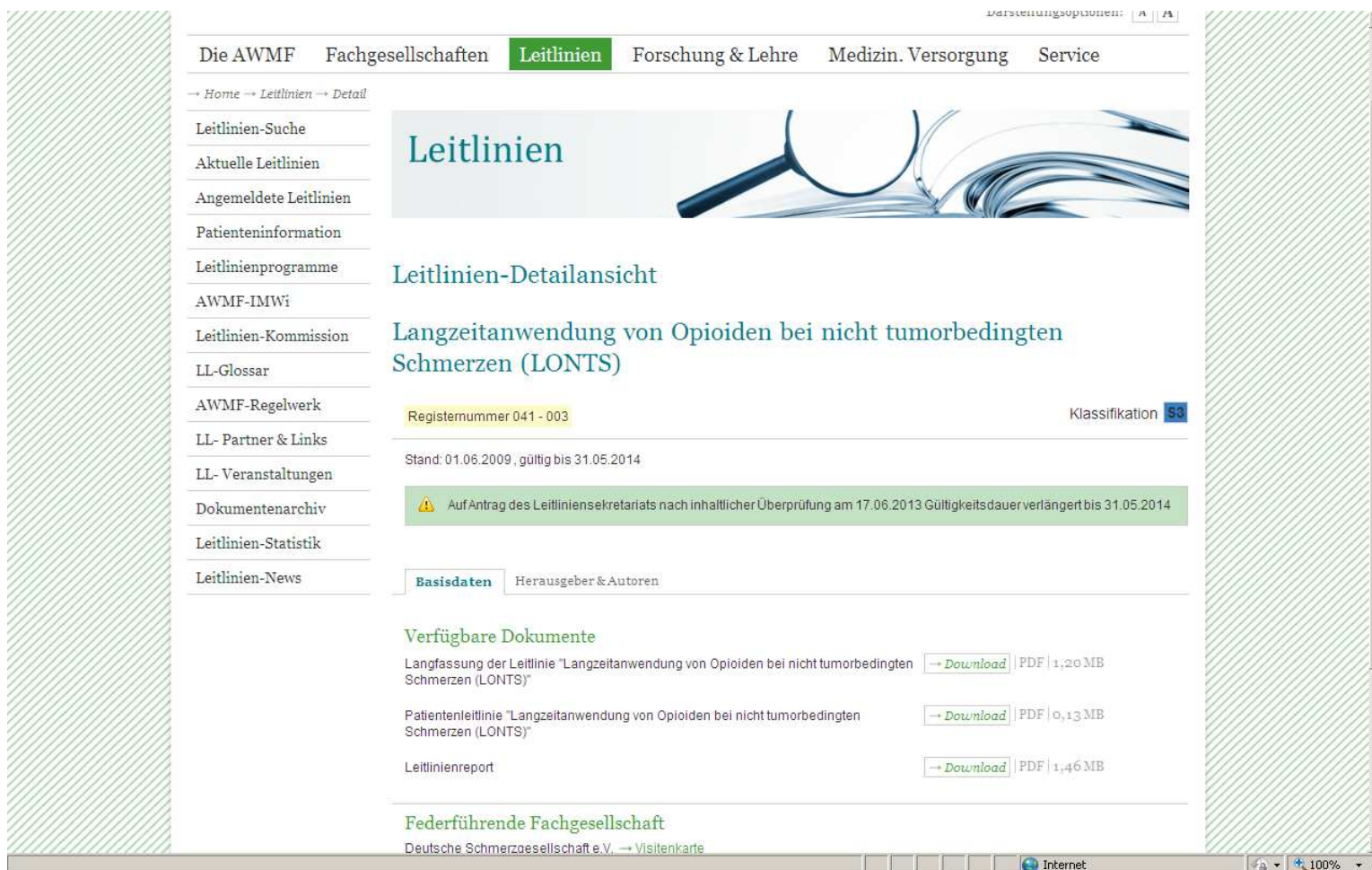
**Abbildung 47.8:** Altersabhängige Arzneiverordnungen von Antirheumatika und Analgetika 2007



## Zeichen beginnender oder manifester Opiatabhängigkeit bei Schmerzpatienten

- ▶ UAW, die auf Opioide zurückgeführt werden können:
    - Sedierung, Angst, Depressivität, Schlafstörungen, inadäquate Euphorie, nachlassendes Funktionsniveau im Alltag
  - ▶ Kontrollverlust bezüglich der Opioideinnahme
    - Unregelmäßige Einnahme bzw. Einnahme entgegen ärztlicher Verordnung
  - ▶ zusätzlicher Gebrauch anderer psychotroper Substanzen
    - Insbesondere Benzodiazepine und Z-Substanzen
  - ▶ als Folge ggf. Nichteinhalten von Arztterminen
  - ▶ Intensive Beschäftigung mit der Beschaffung von Opioiden trotz adäquater Analgesie
    - Fordern bestimmter Substanzen (kurzwirksam mit rascher Anflutung), höhere Dosierungen, Zum Ende einer Konsultation Druck machen.
- Nach Reissner u. Banger 2003

# Leitlinie „LONTS“



Die AWMF Fachgesellschaften **Leitlinien** Forschung & Lehre Medizin. Versorgung Service

→ Home → Leitlinien → Detail

Leitlinien-Suche  
Aktuelle Leitlinien  
Angemeldete Leitlinien  
Patienteninformation  
Leitlinienprogramme  
AWMF-IMWi  
Leitlinien-Kommission  
LL-Glossar  
AWMF-Regelwerk  
LL- Partner & Links  
LL- Veranstaltungen  
Dokumentenarchiv  
Leitlinien-Statistik  
Leitlinien-News

## Leitlinien

### Leitlinien-Detailansicht

#### Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)

Registernummer 041 - 003 Klassifikation **S3**

Stand: 01.06.2009, gültig bis 31.05.2014

**!** Auf Antrag des Leitliniensekretariats nach inhaltlicher Überprüfung am 17.06.2013 Gültigkeitsdauer verlängert bis 31.05.2014

**Basisdaten** Herausgeber & Autoren

#### Verfügbare Dokumente

Langfassung der Leitlinie "Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)"	<a href="#">→ Download</a> PDF   1,20 MB
Patientenleitlinie "Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)"	<a href="#">→ Download</a> PDF   0,13 MB
Leitlinienreport	<a href="#">→ Download</a> PDF   1,46 MB

#### Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. → [Visitenkarte](#)

Internet 100%

## Schlaf- und Beruhigungsmittel - Benzodiazepine

- ▶ **Abnehmende Verordnung von lang wirkenden BZD als Schlafmittel – Diazepam 24-30 Std (Metaboliten - 80Std), Nitrazepam 18-30 Std.**
- ▶ **Zunehmende Verordnung von Lorazepam als Beruhigungsmittel.**
- ▶ **Probleme bei low-dose-Abhängigkeit: Gedächtnisdefizite, Sturzgefahr.**

## Substanzbezogene Parameter, die die Abhängigkeitsentwicklung von BZD beeinflussen

- ▶ Anflutungsgeschwindigkeit
- ▶ Kurze Wirkzeit
- ▶ Dauer und Regelmäßigkeit der Einnahme
- ▶ Dosis (Einzeldosis, Tagesdosis)

# Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen



„Die Verordnung von Benzodiazepinen zulasten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ging von 11 Mio. (1993) auf 2,5 Mio. Packungen (2004) zurück, während laut Einkaufsstatistik die Abgabe durch Apotheken nur von 12,7 Mio. auf 5,6 Mio. Packungen zurückging.

Z-Drugs (Zaleplon, Zopiclon, Zolpidem) nahmen in der GKV von 2,1 Mio.(1993) auf 3,8 Mio. Packungen (2004) zu, die Abgabe durch Apotheken laut Einkaufsstatistik aber wesentlich ausgeprägter von 2,2 Mio. auf 7,4 Mio. Packungen. Dies interpretieren die Autoren Hoffmann, Glaeske, Scharffetter wohl zutreffend als vermehrte Verordnung auf Privatrezept.

Die Datenbasis erlaubt nicht den Versicherungsstatus (GKV/PKV) der Patienten festzustellen. Es erscheint aber plausibel anzunehmen, dass die steigende Zahl von Verordnungen von Benzodiazepinhypnotika auf Privatrezept auch GKV-Versicherten gilt.

Letztendlich basieren die Empfehlungen der AkdÄ auf der Vermutung, dass die Verordnung von Benzodiazepinhypnotika auf Privatrezept bei Kassenpatienten auf einen Missbrauch dieser Substanzgruppe hinweise, der durch eine solche Ordnungsweise weniger transparent und nachvollziehbar gemacht werden sollte.“

– Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde -DGPPN- zu den „Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zur Verordnung von benzodiazepinhaltigen Hypnotika“ vom 11. September 2008

# Z-Substanzen

- ▶ Gewöhnung nach 3 bis 4 Wochen
- ▶▶ Dauerverordnung nicht sinnvoll.
  
- ▶ Zunehmend Verwendung als Beruhigungsmittel am Tag
- ▶▶ Auf Steigerung der Tagesdosen achten.
  
- ▶ Entzugerscheinungen werden oft als Symptom verkannt (Schlafstörungen).

# Probleme iatrogen BZD-Abhängiger



Wer sich über die Sicht der Betroffenen informieren möchte:

▶ [www.benzo.org.uk](http://www.benzo.org.uk)

Webseite der englischen Selbsthilfeorganisation iatrogen Benzodiazepin-Abhängiger.

# Suchtmittelassoziierte Verhaltens- auffälligkeiten – „ADRB“ („aberrant drug- related behaviors“)

Kahan et al 2006



## Schwach

- ▶ Bevorratung: Horten von Tabletten in Zeiten schwacher Symptomatik
- ▶ Beschaffung ähnlicher Medikamente bei anderen medizinischen Einrichtungen
- ▶ Einzelne eigenmächtige Dosiserhöhungen
- ▶ Vehementes Einfordern höherer Dosen
- ▶ Nachfrage nach ganz bestimmten Präparaten
- ▶ Unzulässige Anwendung des Medikaments bei anderen Symptomen
- ▶ vom Arzt nicht angestrebte psychotrope Effekte

## Stark

- ▶ Wiederholtes „Verlieren“ von Rezepten
- ▶ Rezeptbeschaffung von nichtmedizinischen Quellen
- ▶ Entwenden oder „Leihen“ von Tabletten von anderen Personen
- ▶ Viele eigenmächtige Dosiserhöhungen
- ▶ Injektion oraler Zubereitungen
- ▶ Gleichzeitiger Konsum verwandter illegaler Drogen
- ▶ Urin-Screening:
  - Nachweis nicht verordneter Opiate
  - Nachweis von Stimulanzien
  - Urin-Screening negativ
- ▶ Rezeptfälschung
- ▶ Verkauf/Weitergabe verschreibungspflichtiger Medikamente



- ▶ **Konsum.**
- ▶ Genetische Disposition
- ▶ Gewohnheit – Erlerntes Verhalten
- ▶ **Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen.**
- ▶ Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren

- ▶ Prävention in Kindheit und Jugend
  - Bewusstsein für Umgang mit Belohnungsstrategien schaffen
  - Vorbilder entromantisieren (oder andere romantisieren)
  - Ich-Stärke und Frustrationstoleranz üben
- ▶ Lernen am eigenen Beispiel
  - Eigene Belohnungsstrategien kritisch betrachten, nach Alternativen suchen
  - Eigene Rollenmuster kritisch prüfen („Finde ich das wirklich cool, mit 70 die Sauerstoffflasche hinter mir herziehen zu müssen?“)
- ▶ Gesellschaftliche Gewohnheiten und soziale Riten verändern:
  - Feiern ohne Alkohol
  - Raucher an die frische Luft
- ▶ Abschied von Verurteilung und der Erwartung von Totalabstinenz

# Umgang mit Abhängigkeits- kranken

- ▶ Problem ohne Wertung ansprechen.
  - „Sie wissen ja selbst, dass die Zigaretten Ihre Bronchitis verschlechtern.“
  - „Haben Sie sich schon mal Gedanken über Ihren Alkoholkonsum gemacht?“
  - „Wussten Sie, dass Schlaftabletten Gedächtnisprobleme auslösen können?“
- ▶ Jeden Veränderungswunsch positiv aufnehmen.
  - „Weniger“ mag unrealistisch sein, aber es ist auf jeden Fall gesundheitsfördernd.
- ▶ Durch Reduktion des Konsums oder Abstinenz verursachte Probleme ernst nehmen.
  - Medikamentöse Behandlung oder Substitution erwägen.
- ▶ Entzugserscheinungen nicht als gerechte Strafe sehen.

# Fragebogen zur Selbsteinschätzung



Beispiel: Medikamente:

- ▶ Beunruhigt Sie die Vorstellung, mehrere Tage oder sogar Wochen auf »Ihr« Medikament verzichten zu müssen?
- ▶ Haben Sie sich zur Sicherheit einen Vorrat dieses Medikaments angelegt?
- ▶ Haben Sie über die Zeit der Einnahme hinweg die Dosis gesteigert, da die Wirkung des Medikaments nachließ und die ursprünglichen Beschwerden trotz Einnahme des Medikaments wiederkamen?
- ▶ Verbergen Sie vor anderen, dass Sie dieses Medikament einnehmen bzw. wie häufig und in welcher Dosis Sie dieses Medikament einnehmen?

## Besondere Probleme bei Abhängigkeit im Alter

- ▶ Negative Substanzwirkungen werden deutlicher, weil die Schäden kumulieren und die Empfindlichkeit zunimmt.
- ▶ Das Leben mit der Abhängigkeit hat oft lange funktioniert.
- ▶ Je länger die Abhängigkeit besteht, desto dramatischer und gefährlicher wird der Entzug und desto länger dauern die Entzugserscheinungen.
- ▶ Bei Medikamentenabhängigkeit gibt es oft eine behandlungsbedürftige Grunderkrankung.
- ▶ Abhängigkeit im Alter wird gesellschaftlich als Problem unterbewertet.

## Negative Substanzwirkungen werden deutlicher

- ▶ Körperwasser und Fettgewebe – das Verteilungsvolumen – nehmen ab, so dass die Konzentration von Substanzen steigt – es wird weniger vertragen.
  
- ▶ Schäden kumulieren oder addieren sich:
  - Polyneuropathie bei Alkohol (und vielleicht noch Diabetes), mit entsprechender Gangstörung und Sturzgefährdung; oder
  - Gangunsicherheit bei Benzodiazepinkonsum und Sehminderung.
  - Sauerstoffpflichtigkeit bei entsprechender Zahl von Zigaretten-Packungsjahren.
  
- ▶ Das Risiko für Zusatz- und Folgeerkrankungen steigt:
  - Lungen- und Blasenkrebsrisiko bei Zigaretten
  - Alzheimer-Risiko bei Alkohol

## Das Leben mit der Abhängigkeit hat oft lange funktioniert.



- ▶ Dadurch können Betroffene und Umfeld den Zusammenhang zwischen Problemen und Substanzabhängigkeit oft schlecht wahrnehmen.
  - „Ich hab die 3 Bier am Tag doch 60 Jahre lang ohne Probleme vertragen, früher waren es sogar mehr“
  - „Wenn die Schlaftabletten Gedächtnisprobleme machen sollen, warum verschreibt sie mir mein Hausarzt seit 20 Jahren?“
  - „Ich rauche doch nur noch 10 Zigaretten am Tag.“
  - „Warum soll der Alzheimerkranke sein Bier nicht mehr kriegen?“
  
- ▶ Die Leistung, so lange trotz (oder wegen) der Abhängigkeit mit dem Leben zurecht gekommen zu sein, verdient Respekt. Dies ist auch oft die Brücke zu einer Behandlung.

## Lange Abhängigkeit – schwerer Entzug

- ▶ Eine Entgiftung bei jahrzehntelangem Spiegeltrinken kann zu fast therapieresistentem, über viele Tage anhaltendem Delirium tremens führen.
- ▶ Eine Entgiftung bei jahrzehntelangem Benzodiazepinkonsum dauert Monate, und kann auch noch nach einem Jahr Entzugserscheinungen machen.
- ▶ Die Entgiftung ist lebensgefährlich, der fortgesetzte Konsum allerdings auch.
- ▶▶ Im Alter ist deshalb doch oft Abstinenz das Therapieziel – jeder Rückfall ist unmittelbar gefährlich.



## Behandlungsbedürftige Grunderkrankung



- ▶ Benzodiazepinabhängigkeit bei unbehandelter Hyperthyreose.
- ▶ Benzodiazepinabhängigkeit bei unbehandelter Depression.
  
- ▶ Opiatabhängigkeit bei unbehandelter Osteoporose.
- ▶ Opiatabhängigkeit bei unbehandelter Depression.
  
- ▶ Benzodiazepinabhängigkeit bei Verhaltenssymptomen bei Demenzerkrankung

(Lorazepam führt innerhalb von Wochen zu einer Abhängigkeit).

Abhängigkeit im Alter wird gesellschaftlich als Problem unterbewertet.

- ▶ **Statistiken im Suchtbereich weisen Alte oft gar nicht aus: die letzte Gruppe heißt „über 40“.**
- ▶ **Behandlungsangebote beziehen sich auf Kranke im erwerbsfähigen Alter.**
  - Selbsthilfegruppen
  - Angebote zur Unterstützung bei der Lebensführung
- ▶ **Finanzierungswege beziehen sich auf Kranke im erwerbsfähigen Alter.**
  - Suchthilfefinanzierung: SGB V (Medizin), SGB VI (Rente), SGB IX (Reha), SGB XII (Wiedereingliederung)
  - Alte werden in der Regel auf SGB XI (Pflege) festgelegt.