



Abhängige ältere Menschen beim Hausarzt

Erkennen – ignorieren – tolerieren – handeln?

Bernadette Ruhwinkel^a, Markus Wieser^b

^a Dr. med., FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie; Stv. Chefärztin, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Alterspsychiatrie ALP;

^b Dr. med., FMH Allgemeinmedizin, Ärztehaus Sonnenberg, Winterthur-Seen

Quintessenz

- Auch bei Menschen über 60 Jahren sind Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie Abhängigkeit nicht selten. Das Erkennen von Abhängigkeit im Alter in der Hausarztpraxis ist deshalb wichtig.
- Die Diagnostik von Abhängigkeit im Alter ist schwierig. Das wichtigste Element bleibt die sorgfältige Anamnese.
- Präventive Massnahmen wie ein einmaliges kurzes Beratungsgespräch oder gezielte schriftliche Informationen sind in ihrer Wirksamkeit für ältere Menschen mit Suchtproblematik nachgewiesen. Sie sollten daher bereits in frühen Phasen einer Abhängigkeit möglichst beim Primärversorger zum Einsatz kommen.
- Auch länger abhängige Menschen profitieren von solchen Motivationsgesprächen, indem sie zumindest den Konsum zu drosseln versuchen.
- Die Aufgabe des Hausarztes ist, dass seine Patienten möglichst genau Bescheid wissen über die Zusammenhänge von Abhängigkeit und ihren Folgen sowie den Behandlungsoptionen.

Einführung

Alkohol ist in unserer Gesellschaft ein Genussmittel, und Genuss sollte gerade auch im Prozess des Älterwerdens ein wichtiger Bestandteil sein und bleiben. Prävalenzzahlen des *Suchtmonitoring Schweiz* von 2012 machen aber deutlich, dass auch bei älteren Menschen die Grenze zu Missbrauch und Abhängigkeit fließend ist. Der tägliche Alkoholkonsum nimmt mit dem Alter zu und erreicht bei den über 74-Jährigen mit mehr als 26% die höchsten Anteile. Vereinfacht kann man sagen, das jugendliche Rauschtrinken am Wochenende wandelt sich mit dem Altern zunehmend in ein tägliches Trinken von ein bis zwei Gläsern [1].

Bei den über 65-Jährigen finden sich 13% mit einer erhöhten Medikamenteneinnahme. Diese wurde definiert als eine tägliche oder fast tägliche Einnahme zumindest eines psychoaktiven Medikaments (Schlaf-, Beruhigungs- oder starkes Schmerzmittel, Psychostimulanzen) [1]. Bei den über 64-Jährigen weisen 13% eine tägliche

(oder fast tägliche) Einnahme eines psychoaktiven Medikaments auf, obwohl sie risikoreich Alkohol trinken [1]. Unter einem risikoreichen Alkoholkonsum versteht man die Einnahme von 20 g Reinalkohol (2 Gläser Bier oder 2 dl Wein) bei Frauen bzw. 40 g Reinalkohol bei Männern pro Tag [1]. Diese und viele andere Zahlen belegen, dass wir – neben den bekannten Gefahren der Nikotinabhängigkeit – auch bei Menschen über 60 Jahren Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie Abhängigkeit mitbedenken müssen. Sucht wird aber im Alter häufig übersehen, denn die Symptome sind unspezifisch und werden anderen Alterskrankheiten zugeordnet, insbesondere dann, wenn der Behandler von negativen Altersstereotypen ausgeht (z.B. ältere Menschen sind wacklig auf den Beinen, verlangsamt, vergesslich, sturzgefährdet und ziehen sich sozial zurück) [2].

Wie kann im Rahmen einer Hausarztpraxis eine Suchtgefährdung erkannt werden? Welches sind Risikosituationen im Alter, die eine Suchtentwicklung begünstigen können, die es anzusprechen gilt? Wie kann die Diagnose eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit rasch und effizient gestellt werden? Und welche Massnahmen sind in dieser Altersgruppe überhaupt noch sinnvoll und notwendig? Wie kann in dieser Altersgruppe einer Suchtentwicklung vorgebeugt werden? Hat eine Entzugsbehandlung im Alter noch Aussicht auf Erfolg? Oder sollten wir dem alten Mann nicht lieber seinen Rotwein lassen und der alten Frau ihre Schlaftablette? Fragen zu einem Thema mit grosser gesellschaftlicher Relevanz, die dieser Artikel zu beantworten versucht.

Eine Suchtproblematik erkennen

Kommt eine Frau mit 80 Jahren in die Hausarztpraxis mit einem schwer einstellbaren Hypertonus mit Blutdruckkrisen über 200 mm Hg, dann folgen meist die üblichen Abklärungen. Dass sie seit dem Tod des Ehemannes vor fünf Jahren Diazepam (Valium®) à 2,5 mg in unregelmässigen Abständen schluckt, wird erst relevant, wenn man bedenkt, dass in diesem Alter die Halbwertszeit von Diazepam auf 200 bis 400 Stunden ansteigen kann (inklusive aktiver Metabolite) und dass Blutdruck-

Dieser Artikel ist Teil einer Serie von sechs Fachartikeln zu Themen der Gesundheitsförderung im Alter. Der Artikel wurde von den AutorInnen im Rahmen einer Partnerschaft des Projekts Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter (<http://gesundheitsfoerderung.ch/via>) und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie verfasst. Die FMH und das Kollegium für Hausarztmedizin unterstützen diese Initiative. Die AutorInnen sind von der Trägerschaft unabhängig und erhalten keinerlei finanzielle Entschädigung für ihre Arbeiten. Die Artikel wurden im Rahmen des üblichen SMF-Entscheidungsprozesses redaktionell und extern einem Reviewing unterzogen.

spitzen ein Ausdruck eines Entzugssyndroms sein können. Im Unterschied zu den Antihypertensiva wirkte Lorazepam (Temesta®) (kürzer wirksam, keine aktiven Metabolite) bei dieser Frau auf die Blutdruckkrisen deutlich senkend, was ein Hinweis auf eine Suchtproblematik ist. Auch andere, länger wirksame Benzodiazepine wie zum Beispiel Bromazepam (Lexotanil®) sind aufgrund der Kumulationsneigung im Alter über 60 Jahre nicht mehr einzusetzen.

Der 74-jährige Mann mit milden kognitiven Defiziten (MCI), der daheim von seiner Frau gepflegt wird (Diabetes, peripher arterielle Verschlusskrankheit, beide Beine amputiert), trinkt regelmässig Bier, ist dann kognitiv massiv eingeschränkt und von seiner Frau kaum noch pflegbar. Aufgrund der häuslichen Überforderungssituation kommt es zu mehreren Hospitalisationen, bis das Spital den Mann wegen Verdacht auf Demenz in ein Heim einweist. Die Suchtproblematik verschlechterte hier deutlich die Kognitionsdefizite.

Diagnostik der Abhängigkeit

Die Diagnostik der Abhängigkeit im Alter ist schwierig. Als nicht riskanter Konsum von Alkohol gelten 24 g Alkohol pro Tag beim Mann (0,6 L Bier oder 0,3 L Wein) und bei Frauen die Hälfte, wenn zwei alkoholfreie Tage pro Woche eingehalten werden und Rauschtrinken unterbleibt [2]. Damit ist auch der über Jahre genossene, tägliche Schlummertrunk von 2 dl Rotwein unter Umständen schon abhängigkeiterzeugend. Diese sogenannte Low-dose-Abhängigkeit hat eine grosse Relevanz im Alter (1/3 der abhängigen älteren Menschen), wird aber mit den gängigen Screeninginstrumenten wie zum Beispiel dem AUDIT C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*) zu wenig erfasst, da Multimorbidität, Polypharmazie und eine Differenzierung verschiedener Altersabschnitte nach dem 60. Lebensjahr darin nicht erfolgen [3]. Also bleibt als wichtigstes Instrument die sorgfältige Anamnese mit Erfragen der Trinkgewohnheiten beim Essen oder den Schlafritualen, da direkte Fragen nach Alkohol gerne bagatellisierend beantwortet werden. Die Frage, wie oft im letzten Monat der Alkohol ganz weggelassen wurde, kann die Problematik einer Abhängigkeit verdeutlichen. Wichtig ist dann das Abwägen aller relevanten Daten (Alter, Medikamente, körperliche Verfassung, Leber- und Nierenwerte, Kognition) dieses Menschen in Bezug auf den Substanzkonsum. Ein regelmässiger Alkoholkonsum kann unter Schmerzbehandlung mit hochdosiertem Paracetamol (z.B. bei Hüftarthrose) auch rascher zur lebertoxischen Grenze führen.

Bei den Benzodiazepinen zeigt sich, dass rund ein Drittel aller Patienten diese Medikamente über die empfohlene Akutbehandlung von maximal acht Wochen hinaus einnehmen. In der Phase 1 (nach Holzbach [4]) erfolgt eine Wirkumkehr; das meint relative Entzugerscheinungen, da eigentlich die Dosis erhöht werden müsste. In der Phase 2, der Apathiephase, zeigen sich Langzeitnebenwirkungen wie abgeschwächtes Gefühlserleben, Vergesslichkeit und geistige Leistungsminderung sowie ein gestörtes Körpergefühl und verminderte körperliche Energie. Die Phase 3 (schrittweise Dosissteigerung), die Suchtphase, kann dann durch Life-Events jederzeit

ausgelöst werden [4]. Hier kann der Lippstädter *Benzocheck Arzt und Patient* eine Orientierung bieten (www.lwl-klinik-lippstadt.de, als Selbstbeurteilungsbogen oder strukturiertes Interview).

Bereits bei der Diagnostik, aber auch bei weiteren Gesprächen gilt ein möglichst konsequentes Vermeiden von suchttypischen Begrifflichkeiten als hilfreich. Scham und Schuldgefühle bei Patienten und Angehörigen sind gross und führen allzu oft zur Abwehr- oder Vorwurfs-haltung. Behandler sollten stattdessen herauszuarbeiten versuchen, wofür diese Mittel genommen werden und weshalb sie dem Patienten als hilfreich erscheinen. Ist die Verwitwung, ein chronischer Schmerz oder starke Einsamkeit der Grund für den Alkoholkonsum, oder wird aus Angst vor dem langen Abend lieber rasch ein Schlafmittel genommen und dadurch die Nacht künstlich verlängert? In einer Allianz von Patient und Arzt gegen diese Beschwerden (Angst, Schlafstörungen, Unruhe, Schmerz, Einsamkeit) kann das Gespräch auf mögliche alternative Strategien gelenkt und auf Nebenwirkungen der Substanz hingewiesen werden.

Abhängigkeit, warum behandeln?

Es stellt sich die Frage, ob eine Behandlung der Abhängigkeit von Alkohol und/oder Medikamenten in diesem Alter noch indiziert ist. Die Behandlungsergebnisse bei älteren Abhängigen stehen denen bei jüngeren nicht nach. Risiken durch Nebenwirkungen des Entzugs wie ein Delir oder epileptische Anfälle sind gering, wenn die Substanz langsam ausgeschlichen wird. Die Abstinenzquote bei älteren Alkoholabhängigen ein Jahr nach Behandlungsabschluss ist höher als bei jungen Abhängigen [5]. Aber warum sollte ein Mensch über 70 oder 80 sich noch den Strapazen eines Entzugs unterziehen? Eine Auflistung möglicher Folgen von Abhängigkeit im Alter zeigt die Problematik auf: Stürze/Unfälle, Delirien, Depressionen, Suizidalität, paranoide Entwicklungen, sozialer Rückzug und damit noch grössere Einsamkeit, Verwahrlosung, Konflikte und soziale Vulnerabilität. Statistisch erfolgt aufgrund von Abhängigkeit eine Einweisung in ein Pflegeheim früher. Kognitive Störungen treten auf, weil die Lernfähigkeit sinkt, was sogar die Demenzschwelle senkt [6]. Klärt man ältere Menschen über diese Nebenwirkungen und Folgen sowie die gute Prognose einer Abhängigkeitsbehandlung im Alter auf, steigt die Motivation, das Suchtmittel zumindest zu reduzieren, deutlich an. Diese Minimalinterventionen (einmaliges kurzes Beratungsgespräch oder gezielte schriftliche Information) sind in ihrer Wirksamkeit für den riskanten Konsum bzw. Missbrauch von Alkohol, Benzodiazepinen und auch Tabak für ältere Menschen nachgewiesen. Sie sollten daher bereits in frühen Phasen einer Abhängigkeit möglichst beim Primärversorger zum Einsatz kommen [2]. Auch länger abhängige Menschen profitieren von solchen Motivationsgesprächen, indem sie zumindest den Konsum zu drosseln versuchen. Angehörige sollten dabei auch einbezogen werden, um nicht durch ihre Unwissenheit demotivierend zu wirken. Wichtig bei aller Aufklärung bleibt aber der Respekt vor der Entscheidung des älteren Menschen. Die Aufgabe

des Hausarztes ist, dass seine Patienten möglichst genau Bescheid wissen über die Zusammenhänge von Abhängigkeit und ihren Folgen sowie den Behandlungsoptionen. Wenn ich mich als Behandlerin davon überzeugt habe, dass mein Patient Bescheid weiss und mir auf Nachfrage alles mit seinen Worten wiedergeben kann, dann habe ich den Patienten in die Lage versetzt, seine eigene Entscheidung fällen zu können.

Behandlungsschritte

Entzugsbehandlung macht nur Sinn, wenn Patienten wirklich motiviert sind. Diese Aufklärung zu leisten und spezifische Behandlungsmöglichkeiten in der Nähe der Patienten zu kennen, ist die wichtige Arbeit in der Primärversorgung. Behandlungsangebote sollten über alterspsychiatrische Kompetenzen verfügen und auf die Altersgruppe zugeschnitten sein. Die Prämisse «ambulant vor stationär» gilt in der Abhängigkeitsbehandlung älterer Menschen nicht zwingend. Je nach sozialer Einbettung des Patienten, seinen Begleiterkrankungen und der Schwere der Abhängigkeit kann ein stationäres Angebot deutliche Vorzüge haben. Eine breite bio-psycho-soziale Abklärung und Behandlung sowie das Hauptaugenmerk auf der Förderung der Ressourcen des Patienten erhöhen die Motivation, die Behandlung durchzuhalten, und stärkt die Kompetenzen des Patienten, seine Schwierigkeiten im Alltag anschliessend auch ohne Suchtmittel zu bewältigen. Neue Erfahrungen in einer Gruppe von «Leidensgenossen» machen zu können kann dabei ein erster Schritt aus der Einsamkeit heraus sein.

Altersgerechte Medikamente verabreichen

Was aber tun, wenn die Frau mit den Blutdruckkrisen sich dafür entscheidet, trotz ihrer 80 Jahre die Abhängigkeit vom Diazepam loswerden zu wollen oder mindestens zu reduzieren? Ein erster Schritt ist der Wechsel auf ein altersgerechtes Mittel mit kürzerer Halbwertszeit (Lorazepam, Oxacepam) in ausreichender Dosierung. Diese kann durch regelmässiges Blutdruckmessen (jede Stunde, solange der Patient wach ist, über ein bis zwei Tage) ermittelt werden. Steigt der Blutdruck um 20 mm Hg oder der Puls um 20 Schläge, muss eine 1/2 bis 1 Tablette Lorazepam verabreicht werden. Je nach Kumulation von Diazepam im Körper kann diese Dosis deutlich von den Dosisangaben in den Umrechnungstabellen abweichen. Hat man über die Blutdruckmessung die Äquivalenzdosis von Lorazepam ermittelt, gibt man diese für einige Tage, damit der Patient sicher ist, dass das neue Mittel genauso gut wirksam ist wie sein Vorgänger, und kumulierte Anteile des ursprünglichen Mittels abgebaut werden. Dann werden mit dem Patienten erreichbare Ziele festgelegt. Erst dann erfolgt ein kleinschrittiger Abbau von 1/2 mg pro Woche oder langsamer, wenn es zu erheblichen Entzugserscheinungen kommt. Nicht nur Totalabstinenz ist ein Erfolg. Auch eine Dosisreduktion kann Ziel sein. Wird das erreicht, sind Patienten oft motiviert, weiter abzubauen. Zumeist kann man in diesem Tempo bis zum letzten Milligramm abbauen. Die Patienten sollten das Tempo des Abbaus unbedingt mitgestalten. Das letzte Milligramm kann in

1/4-mg-Schritten – höchstens wöchentlich – reduziert werden. Ein strukturierter, Ressourcen-fördernder Tagesablauf erleichtert den Abbau. Strategien im Umgang mit Angst, Schlafstörungen oder anderen psychischen Problemen, die zum Konsum beigetragen haben, müssen in dieser Zeit erlernt werden. Mit diesem Vorgehen lassen sich auch Abhängige nach 30-jährigem Konsum ambulant oder stationär entziehen, wenn sie dazu motiviert sind. Die zunehmende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit ist im Laufe des Entzugs bereits ein zusätzlicher Motivator zu weiteren Schritten.

Bei dem oben skizzierten Patienten mit MCI konnte durch Aufklärung von ihm und seiner Frau die Motivation für den Alkoholentzug im stationären Setting erreicht werden. Seine kognitiven Defizite gingen drastisch zurück. Eine Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse war möglich, nachdem er auch lange verweigerten Unterstützungsmassnahmen zustimmen konnte. Soweit bekannt behielt er seine Abstinenz anschliessend erfolgreich bei.

Präventive Massnahmen

Wichtig erscheint, dass alle Medikamente, insbesondere suchterzeugende Präparate, mit dem Namen des Patienten und der Dosierung beschriftet sind und in bedarfsgerechten Mengen abgegeben werden, um missbräuchlicher Nutzung durch Patienten oder Angehörige vorzubeugen. Einer Entsorgung der Medikamente beim Absetzen oder auch im Todesfall müsste von ärztlicher Seite her nachgegangen werden.

Praxisassistentinnen sensibilisieren

Das Sensibilisieren der medizinischen Praxisassistentinnen für Anzeichen einer Abhängigkeitsproblematik wäre bedeutsam. So müsste der Arzt informiert werden, wenn Termine häufig nicht eingehalten werden, Patienten regelmässig zu spät erscheinen, bei der Blutentnahme eine Alkoholausdünstung oder ein Pflegedefizit auffällt, oder nach dem Termin beim Arzt noch zu viele Nachfragen über die medizinische Praxisassistentin laufen.

Alternativen kennen

In Krisensituationen (akute Trauer, starke Schlafstörungen, Angst) sollte der Hausarzt genügend Alternativen zu einer Benzodiazepin-Medikation kennen. Manche Krise kann mit einem schlafanstossenden Antidepressivum (Mianserin/Trazodon) oder einer milden Neuroleptikagabe mit Quetiapin 25 mg oder Pipamperon 20 mg aufgefangen werden. Dies ist insbesondere dann gut möglich, wenn der Patient die Wirkung von Benzodiazepinen noch gar nicht kennt.

Gelingt es dem Hausarzt, einen Zugang zu dem schwierigen Thema einer bestehenden Abhängigkeit bei der Patientin zu finden, kann das eine gezieltere Diagnostik fördern. Auch eine medikamentöse Einstellung kann effizienter gestaltet werden. Durch das Thematisieren des problematischen Konsums oder der Abhängigkeit können Medikamente vorsichtiger eingesetzt, Stürze und andere Nebenwirkungen vermieden werden.

Grenzen in der Hausarztpraxis

Negiert ein Patient seine Abhängigkeitsproblematik hartnäckig, auch wenn die Sucht sehr deutlich in Erscheinung tritt, sollte er möglichst an einen Facharzt für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie überwiesen und ein spezifisches Ambulatorium oder eine niedergelassene Kollegin beigezogen werden. Wenn kognitive Defizite hinzukommen, erscheint eine sorgfältige Abklärung und Therapie in einer Memory Klinik oder beim Facharzt indiziert.

Wichtige Informationsquellen im Netz für die ambulanten und stationären suchtspezifischen Angebote für ältere Menschen:

- Dossier Sucht im Alter: www.infoset.ch/de/dossiers/alter
- Informationen für Hausärzte zu den gängigsten Suchtmitteln, nicht spezifisch für ältere Menschen (in d/f/i): www.praxis-suchtmedizin.ch
- Nationale Wissensplattformen für ältere Menschen mit Suchtproblemen sowie Angehörige und Berufsgruppen, die solche Menschen beraten und behandeln: www.suchtundalter.ch, www.alkohol-im-alter.ch
- Von der ZüFAM betriebene Website, die Angebote im Bereich Sucht im Alter des Kantons Zürich auflistet: www.suchtimalter.ch

Ausblick

Derzeit sind die Zahlen für Abhängigkeit im Alter von illegalen Drogen und Cannabis noch gering. Allerdings nehmen bei uns in Winterthur die Fälle zu, wo Methadon und auch Heroin im Alters- und Pflegeheim verabreicht werden müssen. Wenn die 68er Generation, die schon in der Jugend einige Erfahrungen im Umgang mit illegalen Drogen (Cannabis, Heroin, Kokain etc.) sammeln konnte, das Rentenalter erreicht hat, werden wir unser Know-how der Suchtbehandlung auch in der Geriatrie oder Alterspsychiatrie gebrauchen können. Dieses Phänomen wird die Komplexität der hausärztlichen Behandlung älterer Menschen sicher um einiges erhöhen.

Korrespondenz:

Dr. med. Bernadette Ruhwinkel
Stv. Chefärztin
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Alterspsychiatrie ALP
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
CH-8408 Winterthur
[Bernadette.Ruhwinkel\[at\]jipw.zh.ch](mailto:Bernadette.Ruhwinkel[at]jipw.zh.ch)

Literatur

- 1 Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C, Flury R (2013). Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2012. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz. file:///C:/Users/Kessler/Downloads/131021_Substanzbericht+2012_d.pdf.
- 2 Wolter DK. Sucht im Alter. In Psychotherapie im Alter. 2012(34):2/9.
- 3 Ruhwinkel B. Alkoholabhängigkeit im Alter – Herausforderung für Diagnostik und Beratung. Suchtmagazin. 2/2013.
- 4 Holzbach R. Die Problematik des Benzodiazepin-Langzeitgebrauchs bei älteren Menschen. Psychotherapie im Alter. 2012(34):2/9.
- 5 Geyer D. Entwöhnungsbehandlung bei älteren Alkoholabhängigen. Psychotherapie im Alter. 2012(34):2/9.
- 6 Wolter DK. Psychotherapie im Alter. 2012(34):2/9.