

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ALTER UND SUCHT-GEFAHR

Alkohol – Beruhigungs- und Schlafmittel – Schmerzmittel – Rauschdrogen

Suchtkrankheiten im höheren Lebensalter – ist das überhaupt ein aktuelles Thema? Die Antwort der Ärzte: ja, und zwar häufiger und folgenschwerer als bisher und vor allem auch heute noch in der Allgemeinheit registriert. Das betrifft nicht nur den Alkohol, sondern auch (und insbesondere?) Beruhigungs- und Schlafmittel sowie Schmerzmittel. Und sogar Rauschdrogen, wenn auch unter den besonderen Alterungs-Bedingungen ehemaliger Drogen-Abhängiger.

Auf was ist also zu achten, besonders in einer Altersstufe, in der man einen überzogenen Konsum, Missbrauch oder gar eine drohende Abhängigkeit kaum vermuten würde?

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu Ursachen, Hintergründen, Beschwerdebild, zusätzlichen Komplikations-Gefahren im höheren Alter, Verlauf und Therapie-Möglichkeiten. Und Letzteres, wiederum an die spezifische Altersstruktur gebunden: Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren.

Erwähnte Fachbegriffe:

Alter und Gesundheit – Lebenserwartung und Gesundheit – Alterserkrankungen – Alter und seelische Störung – Sucht und Alter – Alter und Suchtkrankheiten – Substanz-Abhängigkeit – Sucht-Definition – seelische Abhängigkeit – körperliche Abhängigkeit – Missbrauch – Abusus – Suchtgefahr im höheren Lebensalter – Alkoholismus und Alter – Alkoholkrankheit und Alter – Medikamenten-Abhängigkeit und Alter – Benzodiazepin-Abhängigkeit und Alter – Z-Medikamente und Alter – Benzodiazepin-Analoga und Alter – Schmerzmittel und Alter – Analgetika und Alter – Rauschdrogen und Alter – Diagnose der Alters-Sucht – Entgiftung im Alter – Entzugs-Beschwerden im Alter – Abstinenz-Symptome im Alter – Alkohol-Entzug und Alter – Tranquilizer-Entzug und Alter – Benzodiazepin-Entzug und Alter – u.a.m.

Der demografische Wandel lässt keine Zweifel mehr aufkommen: Die Lebenserwartung von Frauen und Männern steigt, die Geburtenrate sinkt. Das führt zu einer komplexen Veränderung der Bevölkerungsstruktur, nebenbei in den meisten europäischen Ländern.

Die mittlere Lebenserwartung der Frau stieg von 1900 bis 2000 von 48,3 auf 80,8 Jahre. Bei den Männern liegen vergleichbare Daten zwischen 44,8 und 74,8 Jahren vor. Für alle aber sind dies glatte 30 gewonnene Lebensjahre. In wenigen Jahrzehnten sollen Frauen auf bis zu 88, Männer auf bis zu 82 Jahre kommen.

Doch gestiegene Lebenserwartung heißt noch lange nicht Gesundheit, vor allem nicht im Alter. Und so nehmen viele typische Alterserkrankungen zu. Einzelheiten lassen sich in den verschiedenen Beiträgen dieser Serie im Detail nachlesen. Das dürfte aus fachärztlicher Sicht vor allem den Nervenarzt, Neurologen, den Psychiater, Allgemeinarzt, Internisten usw. interessieren. Und natürlich die Allgemeinheit, hier insbesondere die Betroffenen und ihr näheres und weiteres Umfeld (Partner, Kinder, sonstiges Verwandte, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen, Vorgesetzte usw.).

Es gibt aber auch ein Krankheits-Kapitel, das bisher eher verschämt abgehandelt, bestenfalls gestreift wird, das aber trotzdem erhebliche psychosoziale Folgen nach sich zieht. Das ist der so genannte Substanz-Missbrauch oder die Substanz-Abhängigkeit oder – für jedermann verständlich – Sucht und Missbrauch. Und dies im höheren Lebensalter mit seinen besonders nachteiligen Konsequenzen auf allen Ebenen.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht aus dem entsprechenden Kapitel von Dr. Dirk K. Wolter, Chefarzt der Gerontopsychiatrie an der Westfälischen Klinik Münster in dem empfehlenswerten Sammelband *Praktische Neurogeriatrie*, herausgegeben von Th. Günnewig und F. Erbguth im Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2006 und speziell aus dem Fachbuch des gleichen Autors über *Sucht im Alter – Altern und Sucht*, ebenfalls im Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2011. Im Einzelnen nach diesen Ausführungen, teilweise modifiziert und erweitert:

DEFINITION

Eine Substanz-Abhängigkeit, wie die Sucht heute genannt wird, liegt vor, wenn innerhalb von 12 Monaten mindestens 3 der folgenden kennzeichnenden Merkmale erfüllt sind:

1. starker Wunsch nach erneutem Konsum („Craving“, „Suchtdruck“) bzw. erfolglose Absetzversuche,
2. verminderte Kontrolle über den Konsum (zu oft, zu viel, zu lange),

3. Entzugssymptome,
4. Toleranzentwicklung (die Dosis muss gesteigert werden, um den gleichen Wirk-Effekt zu erreichen),
5. Vernachlässigung anderer Interessen,
6. hoher (Zeit-)Aufwand für Konsum bzw. Beschaffung der Substanz (Fachbegriff: drug seeking behaviour),
7. anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen.

Dabei wird noch zwischen psychischer (seelischer) und physischer (körperlicher) Abhängigkeit unterschieden. Das entscheidende Kriterium dafür ist das Vorliegen von Entzugssymptomen (dann handelt es sich um eine seelische und körperliche Abhängigkeit).

Von Missbrauch (Abusus) bzw. schädlichem Gebrauch spricht man, wenn eine Substanz trotz negativer Folgen und des Wissens darum konsumiert wird. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt hier den Schwerpunkt auf negative gesundheitliche Folgen (körperlich, aber auch psychisch), die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) bezieht auch soziale Dimensionen mit ein.

Ein Schwachpunkt der bisher vorliegenden Definition ist die Berücksichtigung (oder eben auch nicht) von nicht opioid-haltigen („kleinen“) Schmerzmitteln sowie anderer psychotroper Pharmaka mit Wirkung auf das Seelenleben, z. B. Antidepressiva, Abführmittel und vor allem Nikotin.

EPIDEMIOLOGISCHE ASPEKTE

Zum Verständnis einer Krankheit, vor allem einer seelischen und hier vor allem der Suchtkrankheiten ist es notwendig, auch spezifische Aspekte zu berücksichtigen wie Alter, Geschlecht, ja Zivilstand u. a.

Die Sucht im Alter war bis vor wenigen Jahren noch kein Thema. So etwas konnte man sich kaum vorstellen und wenn ja, dann nur in vereinzelt „unglücklichen“ Fällen. In der Tat kommen einige(!) Abhängigkeitsformen im Alter seltener vor. Ja, man ist fast versucht an einem Rückgang von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit im so genannten „dritten Lebensalter“ zu sprechen. Doch das musste revidiert werden:

– Sollten zum einen zuvor Missbrauch oder Sucht betrieben worden sein, dann droht meist ein so genanntes Residual-Syndrom, also restliche Krankheitszeichen wie Antriebsmangel, gemütsmäßige Einschränkungen, psychosozialer Rückzug u. a. Aber bedeutsam – so die frühere Annahme – sei das nicht (englischer Fachbegriff: maturing out), insbesondere weil Suchtkranke ohnehin keine hohe Lebenserwartung hatten (Krankheit und Suizid).

– Zum anderen aber ist auch diese Einschätzung inzwischen Vergangenheit. Suchtkrankheiten generell werden auch im dritten Lebensalter zum wachsenden Problem; und dies nicht zuletzt wegen der ohnehin schwer durchschaubaren Medikamenten-Abhängigkeit.

DIE WICHTIGSTEN SUCHTMITTEL

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu den wichtigsten Suchtmitteln, nämlich Alkohol, Medikamente (vor allem Benzodiazepine und verwandte Substanzen, Schmerzmittel und sogar Rauschdrogen im Alter). Im Einzelnen:

- **Alkohol**

Der Alkoholkonsum nimmt mit steigendem Lebensalter ab; vor allem die Abstinenz ist unter Frauen in der höchsten Altersklasse häufig. So hieß das früher. Inzwischen geht man bei den über 60-Jährigen von einem riskanten Konsum aus, der jeden 4. Mann und fast jede 10. Frau betrifft (bei einem generellen Bevölkerungsanteil von etwa 22%). Abhängig wären dann rund 2 bis 3% der Männer und bis 0,5% der Frauen in dieser Lebensspanne. Tendenz steigend – mit allen Konsequenzen.

Und die sind risikoreich, vor allem die internistischen Komplikationen: Leberschädigung bis zur Leberzirrhose, Leberzell-Karzinome, akute und chronische Pankreatitiden (Bauchspeicheldrüsen-Entzündungen), Schleimhautschäden im gesamten Verdauungsbereich und mit erhöhtem Risiko für Malignome (bösartige Geschwülste) im Rachenbereich (insbesondere bei Spirituosen), Magen-Darm-Entzündungen, Herzmuskel-Erkrankungen, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Veränderungen im Blutbild und Immun(Abwehr-)System u. a.

In der Neurologie sind es vor allem Muskel-Erkrankungen und das erhöhte Schlaganfall-Risiko. Und im Entzug die Entzugs-Krampfanfälle. Nicht zu vernachlässigen der Nervenzellschwund im Kleinhirnbereich mit Gangstörungen, eine überaus komplikationsreiche Entzündung der langen Nervenbahnen (Fachbegriff: Polyneuropathie) und vielfältige geistige Einbußen (Fachbegriff: kognitive Beeinträchtigungen – s. u.). Das kann bis zur so genannten „Alkohol-Demenz“ führen, wie man dies früher bezeichnete. Dazu vermehrt drohende Schädel-Hirn-Unfälle, Gefäßschädigungen (was bei den langen Nervenbahnen der Beine schon problematisch ist, im Gehirn aber ungleich folgenschwerer), spezifische Vitamin- und Mineralstoffmangel-Zustände (teils durch die einseitigen Ernährungsgewohnheiten, teils durch alkoholbedingte Magen-Darm-Krankheiten) usw.

Die klassische Form der alkohol-bedingten geistigen Störungen (Fachbegriff: kognitiv-mnestisch) aber ist die chronische Form des so genannten Wernicke-

Korsakow-Syndroms: Hier handelt es sich vor allem um eine Neu-Gedächtnisstörung (die also nicht bevorzugt das so genannte Alt-Gedächtnis betrifft). Konkret: Beeinträchtigung von Arbeitsgedächtnis, Urteilsvermögen, Kreativität und vor allem Krankheitseinsicht. Und eine mitunter erstaunliche Konfabulationsneigung, bei der alles Mögliche zusammengereimt wird, selbstsicher, aber unzutreffend. Hier ist insbesondere das geschädigte Stirn-Hirn beteiligt.

Weniger nachhaltig sind die Folgen der so genannten Alkohol-Enzephalopathie. Hier ist noch mit einer gewissen Besserung zu rechnen, wenn sich der Betroffene des Alkohols völlig enthalten kann. Man muss den Nervenzellen des Gehirns eben auch eine regenerative Chance geben.

Wenn im Übrigen mehrere Krankheiten zusammenfallen (Stichwort: Co-Morbidität), werden die Heilungsaussichten besonders schlecht. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sich eine Alzheimer-Krankheit mit einer alkohol-bedingten Hirnschädigung verbindet. Da beides zuzunehmen droht, nämlich Alkoholmissbrauch und Alzheimer-Krankheit, kann man sich die Folgen ausmalen, die den kommenden Generationen drohen.

Hier täte also ein Alkohol-Stopp Not, doch der muss ebenfalls „bezahlt“ werden, und zwar mit einem Alkohol-Entzugssyndrom: Puls- und Blutdruck-Erhöhung, Schweißausbrüche, vielleicht sogar durch ein Entzugsdelir mit optischen Halluzinationen (Gesichts-Trugwahrnehmungen) von kleinen bewegten Objekten (aber so gut wie nie den berühmten weißen Mäusen) und einer ausgeprägten Suggestibilität („krankhaften Beeinflussbarkeit“). Das Alkohol-Entzugsdelir wird nicht selten von einem Krampfanfall eingeleitet.

Einzelheiten zum rechtzeitigen und gezielten Erkennen von Missbrauch und Abhängigkeit sowie zur Entgiftung und Behandlung von Entzugssymptomen siehe später.

- **Benzodiazepine und verwandte Substanzen**

Die Benzodiazepine (BZD) sind die wichtigste Gruppe der allseits bekannten Tranquilizer oder Beruhigungsmittel. Man schätzt, dass in den westlichen Industriestaaten etwa 10 bis 15% der Gesamtbevölkerung gelegentlich und 2% und mehr regelmäßig Benzodiazepin-Konsumenten sind. Im Alter liegen die Zahlen aber erheblich höher; Frauen überwiegen. Problematisch soll die „Tranquilizer-Ruhigstellung“ besonders in Alten- und Pflegeheimen sein.

Die Dosis hält sich zwar im höheren Lebensalter in Grenzen (der ältere Organismus verträgt nicht mehr so viel und es drohen Kreislauf-Beeinträchtigungen und die gefürchteten Sturzfolgen), auch die Verordnung-Häufigkeit scheint rückläufig, bewegt sich aber immer noch auf z. T. unfassbar hohem Niveau („viel bringt viel...“).

Allerdings ist das Abhängigkeitsrisiko der Benzodiazepine geringer als bei Alkohol (oder den früher geläufigen Barbituraten). Trotzdem muss man davon ausgehen, dass bis zur Hälfte der Dauer-Konsumenten abhängig ist. Dabei sind folgende Erkenntnisse zu berücksichtigen:

- Patienten, die täglich Benzodiazepine einnehmen, konsumieren diese Medikamente zu zwei Drittel auch noch nach über 10 Jahren. Das Abhängigkeitsrisiko wächst mit zunehmender Verordnungsdauer. Extrem hoch wird es bei schon vorbestehenden anderen Suchtmittel-Abhängigkeiten (hier sollte man sich die Verordnung von Benzodiazepinen sehr gut überlegen).
- Chronische körperliche Erkrankungen prädisponieren geradezu zur Entwicklung einer Tranquilizer-Dauereinnahme. Hier sind die immer wieder geplanten Absetzversuche besonders häufig erfolglos.
- Nachdenklich macht auch die Erkenntnis, dass viele Benzodiazepin-Einnahmen und schließlich der Dauer-Konsum im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes begonnen haben. Ähnliches gilt für nicht wenige ambulante Betreuungen. Dabei lässt sich aus den Krankenakten nur selten ein zwingender Grund herauslesen. Auch die Aufklärung bezüglich der drohenden Konsequenzen ist mitunter unzureichend.

Die Benzodiazepin-Tranquilizer wurden auch mit entsprechender molekularer Abweichung als durchaus erfolgreiche Schlafmittel genutzt. Dort ist es dann noch schwieriger, den Patienten mit nachvollziehbarer Schlaf-Erwartungsangst „ihr Medikament wegzunehmen“, auch mit dem Hinweis auf die drohende oder schon nachweisbare Sucht-Gefahr. Aus diesem Grund hat man ähnlich wirkende Substanzen entwickelt, so genannte Benzodiazepin-Analoga (auch Z-Medikamente genannt), die leider ebenfalls ein Abhängigkeits-Risiko aufweisen, offenbar aber deutlich geringer als bei den langsam aus der Verordnungs-Mode kommenden Benzodiazepin-Schlafmitteln.

Die Wirkung der Benzodiazepine ist vor allem sedierend (beruhigend, dämpfend), antikonvulsiv (gegen Krampfanfälle) und hypnotisch (schlafleitend). Und natürlich anxiolytisch (angstlösend). Langfristig lassen allerdings Dämpfung, Schlafleitend und ggf. die krampf-lösende Wirkung nach, weniger die angst-reduzierende.

Im Alter ist die Toleranz-Entwicklung jedoch weniger ausgeprägt. Also muss die Dosis nicht dauernd gesteigert werden, weil sich die Empfindlichkeit des Organismus auf diese Substanzen erhöht – ein allerdings fragwürdiger Vorteil.

Problematisch ist dagegen die so genannte Eliminations-Halbwertszeit, d. h. die Frage: Wie lange wirken diese Medikamente im Organismus nach. Und die nimmt zu, und zwar um das drei- bis fünffache. Die Folgen kann man sich ausrechnen: Es drohen so genannte „Kumulations-Effekte“, wie es die Experten

nennen, d. h. bei regelmäßiger Zufuhr und schleppendem Abbau erhöhen sich kontinuierlich, wenngleich meist unbemerkt, nicht nur die Wirkung, sondern vor allem auch die Nebenwirkungen. Die Konsequenzen sind unkalkulierbar, besonders im höheren Lebensalter. Es droht eine so genannte schleichende Intoxikation (Vergiftung) und bei Dosis-Reduktion ein verlängertes Entzugs-Beschwerdebild. Das äußert sich beispielsweise in pseudo-dementen, apathisch-adyne und depressiven Zustandsbildern, mitunter sogar mit psychotischen Symptomen. Oder auf Deutsch: scheinbare Geistesschwäche, gleichgültig, antriebslos, dauerhaft matt und schwach, herabgestimmt und ggf. mit wahnhaften Reaktionen.

Besonders folgenschwer aber ist das Sturz-Risiko, insbesondere bei der erwähnten Kumulation der Substanz im Organismus. Dies betrifft nicht nur Verkehrs-, sondern auch Hausunfälle, Letzteres sogar vermehrt. Sind mehrere Medikamente zu verkräften, kann sich dies durch so genannte Arzneimittel-Interaktionen (Wechselwirkungen) auch noch zu einem unkalkulierbaren Langzeit-Risiko verdichten.

Bei den erwähnten modernen Z-Schlafmitteln mit geringerem (aber nicht ausschließbarem) Abhängigkeitsrisiko und relativ kurzer Halbwertszeit drohen diese Folgen allerdings seltener. Bedachter Verbrauch ist trotzdem geboten.

Eine in der Regel unterschätzte Konsequenz der Benzodiazepine bei chronischem Gebrauch sind mäßige bis schwere geistige Leistungs-Beeinträchtigungen. Besonders betroffen ist die Lernfähigkeit. Wenn aber das Neu-Lernen behindert ist, ändert sich trotz professioneller Hilfe wenig in den Alltags-Behinderungen und die gefürchtete Wesens-Änderung nimmt aus mehrschichtigen Gründen ihren Lauf. Einen Zusammenhang zwischen Benzodiazepin-Einnahme und Häufigkeit degenerativer Demenz-Erkrankungen (z. B. Alzheimer) wird diskutiert.

Das große Problem der Benzodiazepin-Abhängigkeit ist weniger die schon mehrfach erwähnte Toleranz-Entwicklung, sondern eine spezifische Eigenart: Wenn die Toleranz immer höhere Dosen erzwingt, wird man auf diese unselige Entwicklung eher aufmerksam. Wenn die Dosis aber im Wesentlichen immer gleich bleibt, ja sogar relativ niedrig erscheint, dann blinken auch keine Warnlampen beim Arzt oder Pflegepersonal. Und diese so genannte Niedrigdosis-Abhängigkeit (low-dose-dependency) ist das erwähnte Charakteristikum der Benzodiazepine, nicht in allen Fällen, aber täuschend häufig genug.

Schließlich ist das Entzugssyndrom relativ unscharf und kann auf alle möglichen Beeinträchtigungen zurückgehen. Das verzögert die zutreffende Diagnose und therapeutischen Konsequenzen. Allerdings muss bei den Benzodiazepinen schon nach wenigen Wochen mit einer Abhängigkeit gerechnet werden.

Die häufigsten und am schnellsten belästigenden Entzugssymptome sind vegetativer Art (z. B. Schweißausbrüche, aber auch Unruhe und Schlafstörungen).

Noch quälender sind Angstzustände, Merk- und Konzentrationsschwäche und im Extremfall ein Delirium oder gar Krampfanfälle. Hinfällige, körperlich kranke und auch ängstliche Patienten entwickeln dabei mehr Entzugssymptome als robustere. Das reine Lebensalter scheint dagegen keinen besonders nachteiligen Risikofaktor darzustellen.

- **Schmerzmittel (Analgetika)**

Schmerzmittel sind im ambulanten Bereich die am meisten verordneten Arzneimittel, opiat-haltige Analgetika inzwischen sogar häufiger als die so genannten kleinen Schmerzmittel ohne Morphin, Kodein u. a. Hier sieht sich der behandelnde und verordnende Arzt tatsächlich in einer Zwickmühle.

Zum einen wird über eine Unterversorgung von Schmerzpatienten mit wirksamen Analgetika geklagt, vor allem im deutschsprachigen Bereich (nach der Ursache dieser Zurückhaltung wird noch immer geforscht – vergeblich). Denn das Abhängigkeitsrisiko ist bei „bestimmungsmäßiger Anwendung“ tatsächlich erstaunlich gering. Vor allem heizen unbehandelte oder unzureichend therapierte Schmerzen einen Schmerzmittel-Konsum erst richtig an. Den verzweifelten Patienten ist schließlich alles „egal“, Hauptsache sie sind endlich einmal schmerzfrei. Ein gezielter und für den jeweiligen Bedarf ausreichend versorgter Schmerzpatient kann viel besser mit der ja allen bekannten Sucht-Gefahr umgehen als jemand, dem – wie gesagt – inzwischen alles recht ist, wird er nur einmal seine Schmerzen los.

Andererseits ist eine Schmerzmittel-Abhängigkeit nicht so selten, und zwar nicht nur die so genannte „Pseudo-Abhängigkeit“, wie sie sich als Fehleinschätzung bei ständigem, aber vertretbarem Analgetika-Konsum aufdrängt. Das betrifft aber nicht nur die opiat-haltigen Arzneimittel, die ja auch noch BtM-pflichtig sind (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung). Möglich ist auch der Missbrauch von Nicht-Opioiden. Das bringt im Übrigen so manche überkommene Lehrbuch-Weisheiten durcheinander.

Suchtprobleme finden sich aber letztlich doch bei jedem 10. bis 3. Schmerzpatienten. Eine nachgewiesene Medikamenten-Abhängigkeit allerdings nur zwischen 3 und 18%, wie die Experten herausgefunden haben. Das erhöht sich jedoch deutlich, wenn man auch die schon abgehandelten Benzodiazepin-Tranquilizer und -Schlafmittel dazuzählt. Außerdem wird eines deutlich: Schmerzmittel-missbrauchende Patienten sind häufig auch sonst psychisch auffällig bzw. mit entsprechenden seelischen Störungen geschlagen. Hier vor allem Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Ein erhöhtes Risiko weisen auch Kranke mit einer entsprechenden Sucht-Vorgeschichte und positiver Familien-Anamnese auf (d. h. einem oder mehreren Suchtkranken in der Verwandtschaft).

Neben den körperlichen Begleiterscheinungen, die bei Schmerzmittel-Konsum generell hinzunehmen sind, häufen sich auch im Alter in seelischer und geistiger Hinsicht kognitive Beeinträchtigungen (Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit), aber auch Albträume und Halluzinationen (Sinnestäuschungen) bis hin zum Delir.

Die Schmerzmittel-Abhängigkeit ist im Übrigen ein besonders komplexes Phänomen. Akute Schmerzen bedürfen einer Sofort-Therapie ohne jegliche Diskussion, was auch opiat-haltige Analgetika einschließen kann. Der chronische Schmerz hingegen, der ja keine sinnvolle Warnfunktion mehr hat, dafür aber die Opfer seelisch, körperlich, psychosozial, d. h. in praktisch allen Dimensionen zermürbt, der chronische Schmerz ist ein unlösbares Phänomen. Und unter den Ärzten übrigens auch als Koryphäen-Killer-Syndrom gefürchtet, d. h. in diesen Fällen sind auch die renommiertesten Spezialisten irgendwann einmal hilflos und am Ende ihrer Weisheit, was dann zu dem unsinnigen und teuren Doktor-Hopping oder -Shopping führen kann.

Neben diesen Erfahrungen gilt es noch den relativ neuen Irrtum zu akzeptieren, dass Nicht-Opioid-Analgetika keine zentralnervöse Wirkung entwickeln würden und deshalb auch keine Sucht-Gefahr bestehe. Das stimmt nicht, das weiß man inzwischen nicht nur aus dem menschlichen Alltag, das lässt sich auch im Tierversuch beweisen. Besonders problematisch sind dabei Kombinations-Präparate, die früher viel Unheil anrichten konnten (z. B. mit den rasch süchtig machenden Barbituraten gemischt), inzwischen aber nur noch selten angeboten und verordnet werden, am häufigsten noch mit Koffein bzw. Kodein.

Spezifische Entzugs-Beschwerden unter diesen Nicht-Opioid-Schmerzmitteln sind allerdings nicht bekannt, mit Ausnahme des Rebound-(Rückschlag-)Kopfschmerzes nach Absetzen von entsprechenden Kopfschmerzmitteln.

Bei Opioiden aber kommt es vor allem zu der allseits bekannten Euphorie (inhaltslosem Glücksgefühl) und einer angenehmen Sedierung. Danach entwickelt sich relativ rasch eine körperliche Abhängigkeit mit ausgeprägter Toleranzentwicklung, oder konkret: am Schluss eine 10- bis 50-fach notwendig gewordene höhere Dosierung wie ursprünglich eingeleitet.

Bei chronischem Gebrauch drohen vor allem Antriebsmangel bis hin zur Apathie. Direkte Organschäden sind zwar nicht bekannt, doch die sekundären Konsequenzen sind nicht weniger folgenschwer: Infektionen bei der Injektion, psychosozialer Abbau und damit gesellschaftlicher und beruflicher Abstieg u. a. Natürlich gibt es sozial integrierte Opiat-Abhängige (die früheren „Morphinisten“, nicht zuletzt in medizinischen Berufen verbreitet). Im Allgemeinen aber muss doch mit Einbußen auf geistiger, körperlicher und sozialer Ebene gerechnet werden, je länger, desto augenscheinlicher.

Versucht der Patient sich dann des Abhängigkeits-Mittels zu entledigen, muss er mit Entzugssymptomen kämpfen, am häufigsten innere Unruhe, Nervosität,

Herabgestimmtheit, Überempfindlichkeit, Schweißausbrüche, Tränen- und Nasenfluss, Blutdrucksteigerung, Bauchkrämpfe u. a.

- **Illegale Rauschdrogen**

Greifen ältere Menschen zu Rauschdrogen? Selten. Doch ein anderes Phänomen ist in diese scheinbare Entwarnung mit einzubeziehen: Jetzt erreichen die überlebenden(!) Drogenkonsumenten aus den 1960er Jahren die Schwelle zum Senium. Viele haben es nicht geschafft, einige aber schon. Und davon sind nicht wenige weiterhin abhängig, ein Teil auch mit durchaus belangvollen Folgeproblemen (z. B. HIV-Infektionen, gesellschaftliche Desintegration).

Zwar lässt sich wie bei den Alkoholabhängigen im dritten Lebensalter durchaus ein Konsum-Rückgang registrieren, häufig auch eine zumindest weitgehende Abstinenz. Was aber nicht mehr zu korrigieren ist, ist ein ausgeprägtes Residual-Syndrom, d. h. Rest-Beschwerden, die allfälligen Gesundheits-Zinsen, die bis ans Ende ihrer Tage zu begleichen sind: z. B. Wesensänderung im Sinne von Antriebsmangel, gemütsmäßiger Einschränkung, psychosozialer Abstieg u.a.

Nicht gering ist auch die Gruppe der so genannten „substituierten Abhängigen“, die also gleichsam mit Ersatz-Medikamenten behandelt werden müssen, um die alte Suchtkrankheit überstehen zu können (z. B. Methadon-Programm). In den USA und in den Niederlanden existieren bereits spezialisierte Institutionen für diese dann auch irgendwann betagten Patienten. In Deutschland steht man da noch am Anfang.

WIE ERKENNT MAN EINE SUCHTKRANKHEIT IM HÖHEREN LEBENSALTER?

Im Grunde gelten für die Diagnose von Missbrauch und Abhängigkeit von älteren Menschen die gleichen Regeln wie in allen anderen Alterssparten. Einiges aber muss trotzdem bedacht werden, und das liegt auf einer ganz besonderen Ebene: Gemeint ist das Stichwort: „Pietät“, also die auch (noch) bei uns bestehende respektvolle Rücksichtnahme gegenüber dem älteren Menschen generell. Und dies unter diesen Umständen in zwiespältiger Hinsicht – oder kurz und auf den Alltag bezogen: Wer unterstellt schon (gerne) einer älteren Dame, einem älteren Herrn so etwas Grenzwertiges wie eine Sucht, sei es Alkohol, seien es Medikamente oder gar Rauschdrogen. Es ist schon allgemein ein peinliches Thema und nun soll man diesen Verdacht auch noch auf Menschen ausdehnen, die in Würde alt werden sollten, wie man es gerne selber hätte (oder die so alt sind wie die eigenen Eltern).

Mit anderen Worten: Dass der Missbrauch und die Abhängigkeit von Beruhigungs-Mitteln (vor allem also vom Benzodiazepin-Typ) übersehen wird, auch von Schmerzmitteln, die ja noch notwendiger erscheinen, mag noch angehen. Das Gleiche gilt aber auch für Alkohol und in den erwähnten seltenen Rest-

Fällen sogar für Rauschdrogen (man denke nur an die Künstler- und Nobel-Droge Kokain). Missbrauch und Abhängigkeit im höheren Lebensalter werden also häufig übersehen oder fehl-diagnostiziert („was nicht sein kann, darf halt auch nicht sein“).

Ein weiterer Aspekt ist die fehlende Spezifität der Symptome bzw. Folge-Probleme für das höhere Lebensalter, wenn es sich um Alkohol, Rauschdrogen und Medikamente handelt. Wenn auch praktisch alle anderen seelischen und körperlichen Krankheiten einen mehr oder weniger ausgeprägten alterstypischen Leidens-Schwerpunkt aufweisen, d. h. Jugend, in den „besten Jahren“ und im höheren Alter, bei der Sucht hingegen wird man hier wenig fündig. Im Gegenteil, es vermischen sich viele Ebenen und aus diesem Grund ist man zweimal gezwungen, an diese „unangenehme Diagnose“ zu denken.

Daher gilt es auf jeden Fall (ob jung, mittleres oder höheres Lebensalter) die möglichen Hinweise auf eine Sucht-Gefahr zumindest in Erwägung zu ziehen. Das „Daran-Denken“ ist jedenfalls der wichtigste Einstieg in eine erfolgreiche Diagnose und damit auch Therapie. Nachfolgend deshalb folgende Auflistung nach D. K. Wolter in den erwähnten Fachbüchern:

Mögliche(!) Hinweise auf einen Substanz-Missbrauch oder eine Substanz-Abhängigkeit im höheren Lebensalter

- Sozialer Rückzug
- Verlust von Antrieb und Interesse
- Depressivität
- Schlafstörungen
- Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit
- Vernachlässigung der (Körper-)Hygiene
- Gangunsicherheit / Stürze
- Verletzungen / Blutergüsse
- Häufige Inanspruchnahme von Notarzt/Notaufnahme
- Magen-Darm-Probleme / Durchfall
- Inkontinenz (unfreiwilliger Urin- und/oder Stuhl-Abgang)
- Mangel-Ernährung / Gewichtsverlust
- Bluthochdruck
- Hyperurikämie (Harnstoff-Vergiftung)
- Instabiler Diabetes mellitus (erhöhter Blutzucker-Wert)

Nach D. K. Wolter, 2006, modifiziert

Für die beiden wichtigsten Sucht-Beispiele, nämlich Alkohol- und Tranquilizer-Abhängigkeit finden sich darüber hinaus noch entsprechende Screening-Fragebögen.

Zur Klärung einer **Alkohol-Gefährdung** bzw. gar **-Abhängigkeit** empfiehlt sich beispielsweise der kurze CAGE-Fragebogen:

1. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
2. Hat Sie schon einmal jemand durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?
3. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?
4. Haben Sie schon einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?

Für alte Menschen werden ergänzend noch die beiden folgenden Fragen empfohlen:

5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Alkoholkonsum zugenommen hat, nachdem eine nahe stehende Person verstorben ist?
6. Macht Alkohol Sie so müde, dass sie öfter einmal in Ihrem Stuhl einschlafen?

Überhaupt ist die Anamnese, die sorgfältig erhobene Vorgeschichte von früher, jetzt vor allem durch nahe Angehörige oder Bekannte ergänzt (Fremd-Anamnese), das effektivste Diagnose-Instrument in diesem Fall. Oder kurz: fragen, fragen, fragen – und sich durch ausweichende oder vielleicht sogar bewusst/unbewusst fehlleitende Antworten nicht irritieren lassen.

Daneben sind noch ganz bestimmte Labor-Daten hilfreich, wenngleich nicht zwingend (z. B. Leberwerte und Blutbild).

Auch bei den **Benzodiazepin-Tranquilizern** gibt es verschiedene Screening-Fragebögen, meist jedoch englischsprachig und bisher ohne deutschsprachige Versionen. Dafür ist der Nachweis im Urin relativ stichhaltig, mit allerdings unterschiedlicher Wertigkeit für die einzelnen Benzodiazepin-Substanzen.

ENTGIFTUNG UND BEHANDLUNG VON ENTZUGS-BESCHWERDEN

Die **Entzugsbehandlung einer Alkohol-Abhängigkeit** dauert in der Regel nur wenige Tage. Hier findet sich eine ganze Reihe von medikamentösen Unterstützungsmaßnahmen. Die Anwendung von standardisierten Schemata ist al-

lerdings im höheren Lebensalter problematisch, da häufig Herz-Kreislauf-Beeinträchtigungen vorliegen. Wichtig ist die Allgemein-Behandlung mittels Flüssigkeitszufuhr, Elektrolyten, Glukose usw. Und die Vorsorge möglicher Entzugs-Krampfanfälle, was im höheren Lebensalter eine besondere Sorgfalt erfordert.

Die **Entzugsbehandlung einer Benzodiazepin-Abhängigkeit** im höheren Lebensalter wird kontrovers gesehen. Dabei haben sich folgende Überlegungen bewährt (siehe Kasten):

Indikationen zum Benzodiazepin-Entzug im höheren Lebensalter

- Sind nachteilige Folgen des Entzugs zu erwarten?
- Entzugssyndrom nur bei 40 bis 50% der Dauer-Konsumenten.
- Das Risiko steigt mit Einnahme-Dauer und kumulativer (sich gleichsam aufschaukelnder) Dosis. Wie ist die körperliche Gesamtverfassung?
- Hat der Patient überhaupt noch Nutzen vom Benzodiazepin?
- Verlust der schlafanstoßenden Wirkung nach wenigen Wochen. Fortsetzung der Einnahme nur zur Vermeidung von Rebound-(Rückschlag-)Symptomen?
- Seelische Symptome *trotz* Benzodiazepinen, die hier eigentlich helfen sollten?
- Wo liegt der Schaden durch Benzodiazepine?
- Seelische Symptome *durch* Benzodiazepine. Beispiele: Depressionen, geistige Beeinträchtigungen, Wesensänderung? Weitere Probleme, z. B. Sturzgefahr?
- Verbleibende Lebensspanne?
- Trägt das Umfeld den Entzug mit?
- Verminderung der Dosis und Umstellung auf ein für alte Menschen geeignetes Benzodiazepin ist bereits ein Behandlungserfolg!

Nach D. K. Wolter, 2006

Hat sich der Arzt zu einem Entzug entschlossen, liegen die Bedingungen günstig, ist der Patient wirklich damit einverstanden und die Familie bereit, den Entzug mitzutragen (kein geringes Problem!), kann man die Dosis-Reduktion entweder mit dem gewohnten Präparat oder mit einem langwirksamen Tranquilizer

in Tropfenform beginnen (Letzteres wegen seiner guten Dosierbarkeit günstiger, doch gelingt in Einzelfällen das Ausschleichen nur mit der gewohnten Substanz).

Der so genannte „fraktionierte Entzug“ folgt nach einem Schema, das sich nicht zuletzt an der individuellen Problematik orientiert. Und die kann durchaus ernste Probleme aufwerfen. Unter Umständen gelingt das Ausschleichen nur mit Unterstützung von sedierenden Antidepressiva und so genannten Phasenprophylaktika wie Carbamazepin oder Valproat.

Je höher die Dosis und je länger die Einnahme und vor allem je älter der Patient, desto vorsichtiger und damit langsamer muss entzogen werden. Das kann Monate dauern und ist mit dem völligen Entzug noch (lange?) nicht abgeschlossen, vor allem bis eine befriedigende seelisch-geistige und körperliche Stabilisierung erreicht ist.

Im Allgemeinen wird man den Entzug ambulant versuchen, was aber eine stabile häusliche und fachlich unterstützende Umgebung voraussetzt (man denke an Krampfanfälle mit Sturzgefahr u. a.). Ansonsten ist ein stationärer Entzug in einer dafür geeigneten Klinik-Abteilung unumgänglich. Auch ein so genannter teil-stationärer Entzug in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik ist möglich.

Ähnliches gilt auch für die **Entzugsbehandlung von Opioiden** und sogar **anderen nicht-opioid-haltigen Schmerzmitteln**. Dabei kommen spezifische Unterstützungsmaßnahmen zum Einsatz.

HEILAUSSICHTEN NACH ENTGIFTUNG

„Suchtkrankheiten sind chronische Krankheiten mit häufigen Rückfällen und oft deprimierenden Verläufen. Man sollte also keine überzogenen Erwartungen hegen. Gleichwohl sind erfolgreiche Behandlungen möglich,“ versichert Dr. Dirk K. Wolter von der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Westfälischen Klinik Münster.

Hat man einen Verdacht, wird man erst einmal aufklärerisch tätig sein. Danach ist in der Tat ein Teil der Betroffenen in der Lage, eigenständig seinen Konsum zu reduzieren oder gar zu beenden. Bei Benzodiazepin-Tranquilizern soll das etwa ein Fünftel sein (im Vergleich zu zwei Dritteln, die nach einer systematischen Entzugsbehandlung die Tabletten-Einnahme beenden können).

Bei Alkohol- und auch Tabletten-Missbrauch bzw. -Abhängigkeit ist eine Abstinenz aber oft nicht erreichbar. Das frustriert, und zwar nicht nur Patient und Angehörige, sondern auch den Arzt. Deshalb empfiehlt sich eine Hierarchie der Therapieziele. Nachfolgend kurz gefasst am Beispiel der *Alkohol-Abhängigkeit*.

Als Erstes geht es um die Sicherung des Überlebens. Das ist gewissermaßen der Sockel der Pyramide, die Basis. Es gilt also schwere körperliche Folgeschäden und vor allem eine soziale Desintegration zu vermeiden.

Danach geht es an die Reduzierung der Trinkmenge und der Trink-Exzesse sowie an eine Verlängerung der alkoholfreien Perioden. So etwas nennt man eine Konsum-Stabilisierung.

Erst dann kommt über die Einsicht in die Grunderkrankung (wozu die konstruktive Bearbeitung von Rückfällen gehört) die Akzeptanz des End-Ziels, nämlich die dauerhafte Abstinenz.

Aber selbst die dauerhafte Abstinenz bildet noch nicht die Spitze der Pyramide. Die wird repräsentiert durch eine möglichst autonome Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit. Denn Abstinenz allein heißt erst einmal ohne die bisher zwar folgenschwere, aber letztlich doch bewährte „Krücke Alkohol“ (oder ein anderes Suchtmittel) auszukommen.

Die untersten Stufen, also beispielsweise die Sicherung des Überlebens oder möglichst gesunden Überlebens spielen im Alter eine geringere Rolle. Bedeutungslos sind sie aber nicht, vor allem bei der Gefahr schwerer Intoxikationszustände mit vitaler Gefährdung. Und selbst die schleichende Benzodiazepin-Intoxikation ist nicht ohne erhebliche gesundheitliche Risiken.

Bei Alkohol-Abhängigen werden auch so genannte „Anti craving“-Medikamente empfohlen, leider oft mit nur mäßigem Erfolg. Immerhin werden damit die ersten Entwöhnungs-Monate etwas rückfall-risikoloser. Für ältere Menschen liegen dazu keine gesicherten Daten vor.

Während der Entzug in der Allgemeinheit halbwegs bekannt und von Patienten auch gefürchtet ist, scheint sich die letztlich viel bedeutungsvollere Entwöhnungs-Therapie noch nicht so recht herumgesprochen zu haben. Dieser durchaus langfristige Prozess setzt eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung voraus, die auch die Angehörigen oder das sonstige nahe Umfeld einbeziehen sollte. Hier spielt sich die Auseinandersetzung mit den eigentlichen Sucht-Problemen ab, das ist der Kern der ursprünglicher Gefährdung und schließlich Rettung. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur. Eines aber führt auch D. K. Wolter noch ergänzend an:

„Seit die Suchtmedizin erkannt hat, dass mit dem rigorosen Abstinenz-Paradigma und den überkommenen Versorgungsstrukturen (stationäre Entgiftung und stationäre Entwöhnung in gemeinde-fernen Fachkliniken) nur ein kleiner Teil der Patienten erreicht wurde, hat ein Umdenken „von der Behandlungskette zum Behandlungsnetz“ eingesetzt. Flexible und gemeindenahere Angebote sind dabei von großer Bedeutung. Dies gilt insbesondere für alte Menschen mit häufig eingeschränkter Mobilität.“

Leider verschließen sich bisher nicht wenige Sucht-Facheinrichtungen noch dieser ja letztlich sogar wachsenden Klientel gegenüber, so dass bisher nur wenige Fachkliniken mit spezialisierten Programmen übrig bleiben. Das dürfte sich aber in absehbarer Zeit ändern.

Die Heilungsaussichten bei *Benzodiazepin-Missbrauch* liegen ähnlich, wenn auch im Detail mit anderen Schwerpunkten. Hier spielen vor allem die Hausärzte eine zentrale Rolle, und zwar schon bei der Verordnung dieser Tranquillizer und Schlafmittel. Die Patienten müssen eben immer wieder über die Suchtgefährdung, die Toleranzentwicklung („brauchen Sie inzwischen höhere Dosen und dies immer häufiger, um die gleiche Wirkung zu erreichen?“) und Rebound-(Rückschlag-)Phänomene aufgeklärt werden. Auch muss man sie regelmäßig, z. B. halbjährlich zu Dosisreduktions- oder Auslass-Versuchen ermuntern.

Minimal-Ziel bei älteren Patienten sollte es sein, solche Benzodiazepin-Substanzen zu bevorzugen, bei denen keine schleichenden Vergiftungen zu befürchten sind, was vor allem in zunehmendem Alter droht. Auch ist eine Dosis-Reduktion ohne Verschlechterung der Befindlichkeit ein Erfolg.

Der Entzug von Benzodiazepinen kann übrigens auch von Hausärzten durchgeführt werden, sofern sich diese damit vertraut gemacht haben. Die Abbrecher-Quote liegt umso höher, je abrupter der Entzug erfolgt. Hier hat der Hausarzt natürlich als ständiger Begleiter gute Karten. Hilfreich dabei ist auch ein klares Entzugs-Programm und eine begleitende (stützende) Psychotherapie.

So können offenbar zwei Drittel der Patienten ihre Einnahme zunächst beenden, doch im langfristigen Verlauf sind es dann nur noch etwa ein Fünftel. Das gibt einerseits zu denken und stützt andererseits wieder die hausärztliche Funktion, denn von dort kommt ja die erneute Rezeptierung, dann allerdings unter sehr viel vorsichtigeren Bedingungen – hoffentlich.

Was aber viel wichtiger ist (und darin ist man im konstruktiven Sinne bescheidener geworden): Letztlich gelingt es dann doch einem recht großen Teil der Betroffenen, ihren Benzodiazepin-Konsum so zu reduzieren bzw. wenigstens teilweise einzustellen, dass man noch von einem Erfolg sprechen kann (der etwa die Hälfte der ursprünglichen Konsumenten einschließt?).

Viele Patienten benötigen allerdings im Entzug eine antidepressive Medikation, wobei sich vor allem die so genannten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bewährt haben.

Bei erfolgreicher Abstinenz bessern sich im Übrigen auch viele Benzodiazepin-typischen Nebenwirkungssymptome, vor allem was Stimmung und geistige Leistungsfähigkeit anbelangt. Und die Patienten sind regelrecht stolz auf das Geleistete, da sie es jetzt „ohne“ schaffen.

Wer noch nie mit einer Sucht gekämpft hat, wird das vielleicht als nicht sonderlich eindrucksvoll empfinden. Alle anderen wissen was gemeint ist. Und dies speziell im höheren Lebensalter, wo man ohnehin mit erschweren Bedingungen zu ringen hat. Die Sucht-Gefahr ist dafür ein treffendes Beispiel, so abschließend der Experte Dr. Dirk Wolter, Chefarzt der Gerontopsychiatrie an der Westfälischen Klinik Münster in den Fachbüchern *Praktische Neurogeriatrie* und *Sucht im Alter – Altern und Sucht*.

LITERATUR

Sucht im Alter – ein in unserer Zeit und Gesellschaft lange vernachlässigtes Thema, das uns aber in Zukunft noch erhebliche Probleme bereiten dürfte. Und zwar nicht nur den Betroffenen und ihrem näheren Umfeld, auch der Solidar-Gemeinschaft (Kosten?). Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie. Im Speziellen in den beiden Büchern, die die Grundlage dieses Artikels darstellen, nämlich:

Günnewig, Th., F. Erbguth (Hrsg.): **Praktische Neurogeriatrie**. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2006

Wolter, D. K.: **Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie**. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2011