

**Substanzabhängigkeit im Alter**  
**Ursachen und Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen**  
**bei alten Menschen**

Bachelorarbeit zur Abschlussprüfung an der Hochschule Darmstadt,  
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit

vorgelegt von: Annkathrin Klassert

Matrikel-Nr.: 730344

Erstreferentin: Prof. Dr. rer. soc. Angelika Groterath

Zweitreferent: Volker Weyel

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	
1. Einleitung	1
2. Begriffsbestimmung Alter, Sucht und Abhängigkeit	3
2.1 Zum Altersbegriff	3
2.1.1 Definition von Alter	3
2.1.2 Ausgangslage in Deutschland, demographischer Wandel und Strukturmerkmale	4
2.1.3 Altersbilder der Gesellschaft	7
2.2 Zum Sucht- und Abhängigkeitsbegriff	8
2.2.1 Definition von Sucht und Abhängigkeit	8
2.2.2 Diagnostik	9
2.2.3 Anwendbarkeit der Diagnostik auf alte Menschen	10
3. Zeitliche Auseinandersetzung mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter	11
3.1 Seit wann beschäftigt sich die Wissenschaft mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter?	11
3.2 Ein Blick auf die historischen Rahmenbedingungen	12
3.3 Ursachen für die aktuelle Relevanz	15
4. Zur Situation der älteren opiatabhängigen Drogenkonsumenten	16
4.1 Problemlagen	17
4.1.1 Soziale Kontakte	17
4.1.2 Gesundheitlicher Zustand	20
4.2 Herausforderungen für die Versorgungslage	22
5. Abhängigkeitserkrankungen von legalen Suchtstoffen im Alter	25
5.1 Die Verbreitung der Abhängigkeit von legalen Suchtstoffen innerhalb der älteren Bevölkerungsschicht	25
5.1.1 Epidemiologie der Medikamentenabhängigkeit bei Älteren	25
5.1.2 Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit bei Älteren	27
5.1.3 Epidemiologie der Tabakabhängigkeit bei Älteren	29
5.1.4 Abhängigkeitserkrankungen in Alten- und Pflegeheimen	30
5.1.5 Schwierigkeiten bei der Datenerhebung	33
5.2 Ursachen für Abhängigkeitserkrankungen von legalen Suchtstoffen im Alter	34
5.2.1 Zur Entstehung einer Abhängigkeit im Allgemeinen	35
5.2.2 Zur Entstehung einer Abhängigkeit im Alter	37

6. Neue Herausforderungen für das Hilfesystem .....	45
6.1 Altersspezifische Probleme und Besonderheiten einer Psychotherapie .....	46
6.2 Rahmenbedingungen und Themen einer Psychotherapie mit Älteren.....	48
6.3 Handlungsbedarf der Apotheker und Ärzte.....	50
6.4 Handlungsbedarf der Sucht- und Altenhilfe .....	53
7. Fazit .....	57
Literaturverzeichnis	
Eidesstattliche Erklärung	
Erklärung zur Einsichtnahme	

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 und 2060 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2012: 1 Online-Ressource ).....	5
---	---

## 1. Einleitung

Bei dem Thema „Abhängigkeit im Alter“ werden die meisten Menschen wahrscheinlich zuerst an Pflegebedürftigkeit alter Personen und der daraus resultierenden Abhängigkeit von Altersheimen und dem Pflegepersonal denken. Abhängigkeitserkrankungen werden generell eher mit anderen Altersgruppen, vor allem Jugendlichen, verbunden.

Aufgrund des demographischen Wandels, bei dem der Anteil der älteren und alten Menschen an der Gesamtbevölkerung immer weiter ansteigt, sieht die Gesellschaft sich zunehmend mit dem Thema der Substanzabhängigkeit im Alter konfrontiert. Bei einer genaueren Betrachtung können zwei Personengruppen ausgemacht werden, die von einer Abhängigkeit im Alter betroffen sind. Dies sind zum einen die älter werdenden langjährig opiatabhängigen DrogenkonsumentInnen<sup>1</sup>, welche sich häufig mit ihrer Drogenszene im öffentlichen Raum aufhalten und dadurch auch der restlichen Bevölkerung auffallen. Weniger auffällig ist hingegen die zweite Gruppe: Alte Menschen, die im Alter mit einer Abhängigkeit von legalen Drogen, wie Tabak, Alkohol und Medikamenten zu kämpfen haben.

Allerdings können im Bezug auf die letztgenannte Gruppe sehr unterschiedliche Ansichten ausgemacht werden: So vertreten manche die Haltung, dass hoffnungslos übertrieben wird und man älteren Menschen in ihren letzten Lebensjahren doch ihr Glas Alkohol gönnen sollte. Andere wiederum sind der Meinung, dass ältere Menschen ihren Konsum von Rauschmitteln wie Alkohol aufgrund von Langeweile und „zu viel Zeit“ nach dem Renteneintritt oder der Trauer über den Tod des Partners nicht mehr mäßigen können. Der Umgang mit älteren Abhängigen scheint bisher noch von vielen Unsicherheiten geprägt zu sein, da über diese Gruppe noch nicht viel bekannt ist.

Aber gibt es tatsächlich viele Menschen die im Alter eine Substanzabhängigkeit entwickeln, sodass in Zukunft mit einem rapiden Anstieg der Betroffenen zu rechnen ist oder handelt es sich dabei um medial aufgebauchte Einzelschicksale? Was für Ursachen können von wissenschaftlicher Seite ausgemacht werden und welche Hilfeangebote lassen sich hieraus für die Sucht- und Altenhilfe ableiten? Um eine adäquate Auseinander-

---

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf nur die männliche Sprachform verwendet. Diese bezieht sich selbstverständlich auf beide Geschlechter.

setzung zu ermöglichen, scheint es sinnvoll sich auf wissenschaftlicher Ebene mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Folglich soll sich in der vorliegenden Arbeit mit den oben benannten Fragen näher beschäftigt werden.

Um einen Einstieg in die Thematik zu gewährleisten, erfolgt zu Beginn eine Einführung in die Begrifflichkeiten „Sucht bzw. Abhängigkeit“ und „Alter“. Hierbei sollen auch die altersbezogenen Entwicklungen in Deutschland und die gesellschaftliche Sicht auf das Altern und ältere Menschen betrachtet werden, da diese den wissenschaftlichen Diskurs mitprägen.

Anschließend wird die Frage aufgegriffen, seit wann sich die Fachwelt dieser Problematik angenommen hat und welche historischen Umstände dazu beigetragen haben könnten.

Im Folgenden soll auf die beiden Personengruppen eingegangen werden. Hier ist es jedoch sinnvoll, eine getrennte Betrachtung vorzunehmen, da unterschiedliche Voraussetzungen, Ursachen und Verläufe vorliegen. Dementsprechend wird zuerst die Situation der langjährigen Heroinabhängigen aufgezeigt werden, hierzu gehören spezifische Problemlagen und die aktuelle Versorgungssituation, um die neuen Herausforderungen für das Hilfesystem zu verdeutlichen. Diese Ausführung soll jedoch etwas kürzer gefasst werden, da das Hauptaugenmerk der Arbeit auf Personen liegt, die erst im Alter eine Abhängigkeit von legalen Suchtstoffen entwickeln.

Folglich soll im Anschluss die tatsächliche Verbreitung einer Alkohol-, Tabak- oder Medikamentenabhängigkeit im Alter thematisiert werden. Eine besondere Gruppe stellen dabei Personen im Alters- und Pflegeheim dar, weswegen hierauf gesondert eingegangen wird. Nachdem im weiteren Verlauf die Ursachen untersucht werden, erfolgt anschließend eine Ausarbeitung der Aufgaben für die verschiedenen Akteure des Hilfesystems. In einem Fazit erfolgt schließlich die Zusammenfassung zentraler Schlussfolgerungen dieser Arbeit.

## **2. Begriffsbestimmung Alter, Sucht und Abhängigkeit**

Um sich mit der Thematik „Abhängigkeitserkrankungen im Alter“ auseinandersetzen zu können, ist es zunächst sinnvoll, grundlegende Aspekte der beiden Themenbereiche zu betrachten.

### ***2.1 Zum Altersbegriff***

In diesem Unterkapitel wird auf den Altersbegriff eingegangen, indem neben möglichen Definitionen auch die Ausgangslage in Deutschland und existierende Altersbilder geschildert werden.

#### ***2.1.1 Definition von Alter***

Möchte man sich mit dem Thema „Alter“ auseinandersetzen, besteht eine der ersten Fragen darin, ab wann genau eigentlich von alten Menschen gesprochen werden kann und wie sich „Alter“ definieren lässt.

Zuerst einmal kann festgehalten werden, dass Definitionen des Alters sozial konstruiert und keineswegs einheitlich sind, da es je nach Kultur oder Anwendungsbereich unterschiedliche Definitionen gibt. Oftmals wird zwischen dem psychischen, sozialen und biologischen Alter unterschieden. Das psychische Alter kann sich auf die Reife beziehen und darauf, wie alt man sich persönlich fühlt. Mit dem biologischen Alter können verschiedene Entwicklungspunkte zwischen der Geburt und dem Tod eines Menschen beschrieben werden. Das soziale Alter kann die gesellschaftliche Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe zeigen, wobei es hier bei einer Person sogar zu einer unterschiedlichen Einteilung je nach Kontext kommen kann, wenn man z.B. an einen Leistungssportler denkt, der mit 30 Jahren innerhalb seiner Disziplin als Älterer gilt, aber generell noch als jüngerer Mensch bezeichnet werden würde (vgl. Schroeter; Künemund 2010: 398).

Ursprünglich wurde vor allem zwischen der Erwerbsbevölkerung und den Rentnern unterschieden. Seitdem die Lebenserwartung so stark angestiegen ist, erscheint es jedoch sinnvoll auch die Zeit nach dem Renteneintritt stärker zu unterteilen. So kann die erste Zeit nach Beendigung der Erwerbstätigkeit „drittes Lebensalter“ genannt werden. Diese

Zeit ist von einer autonomen Gestaltung der Bedürfnisse gekennzeichnet. Wie lange diese Phase andauert, hängt von den individuellen, finanziellen und gesundheitlichen Ressourcen ab und ist somit nicht an das Erreichen eines bestimmten Lebensjahres gekoppelt. Mit dem „vierten Lebensalter“ treten vermehrt gesundheitliche Defizite auf, welche die selbstständige Lebensführung beeinträchtigen können, sodass externe Hilfen von größerer Bedeutung werden. Auch hier ist der Beginn dieser Altersphase von Individuum zu Individuum unterschiedlich. Schließlich kann es im Hinblick auf das Lebensende zu einer großen Abhängigkeit von Unterstützung aufgrund von Pflegebedürftigkeit kommen (vgl. Höpflinger o.J. a: 6f. Online-Ressource).

Eine weitere Möglichkeit besteht in einer Einteilung, welche an exakten Altersstufen festgemacht wird, nämlich in „jüngere Alte“ (Personen zwischen 55 und 69), „ältere Alte“ (Personen zwischen 70 und 85) und „Hochbetagte“ bzw. „Hochaltrige“ (Personen über 85). Oftmals wird die Definition von Alter aber auch in Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit gesetzt. Dementsprechend befindet sich die Gruppe der „jungen Alten“ noch im Erwerbsleben, welches oft als „richtiges“ Leben angesehen wird, oder sind erst vor kurzem daraus ausgeschieden. Mit steigendem Alter (und wachsender Entfernung zur Erwerbstätigkeit) werden sie auch immer selbstverständlicher als alt angesehen. Mit der Anhebung des Renten- und Pensionsalters von 65 auf 67 Jahren wird aber deutlich, dass auch diese Alterseinteilung variiert (vgl. Vogt 2011: 11 ff.).

Aufgrund dessen, dass in vielen Studien die höchste untersuchte Altersgruppe bei den 60 - 64 Jährigen liegt, werden im Rahmen dieser Bachelorarbeit – mit Ausnahme der älteren polyvalent Drogenabhängigen - Personen ab ihrem 60. Lebensjahr betrachten.

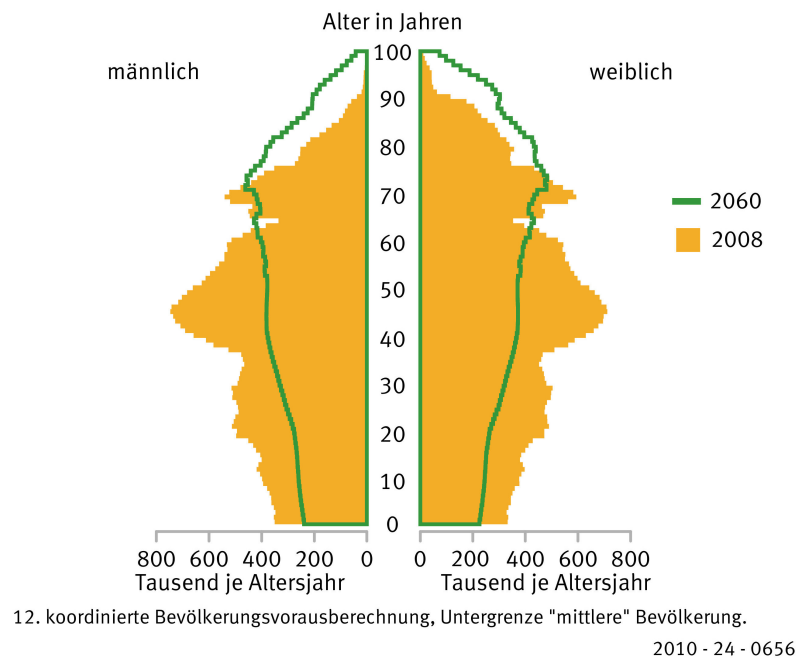
### ***2.1.2 Ausgangslage in Deutschland, demographischer Wandel und Strukturmerkmale***

2013 lebten in Deutschland ca. 80,8 Millionen Menschen, der prozentuale Anteil der Personen ab 60 betrug insgesamt 27,1%, das entspricht ca. 21,9 Millionen Menschen (prozentualer Anteil der 60 - 80 Jährigen: 21,7% oder in absoluten Zahlen ca. 17,5 Millionen, prozentualer Anteil der über 80 Jährigen: 5,4% oder in absoluten Zahlen ca. 4,4 Millionen). In den letzten Jahren ließ sich ein stetiger Anstieg in dieser Bevölkerungsgruppe feststellen, so betrug der prozentuale Anteil der über 60 Jährigen an der Gesamtbevölkerung 1990 nur 20,4%. Auch die Veränderungsrate zum Vorjahr 2012 fiel bei den 60 – 80 Jährigen mit einem Plus von 1,2% größer aus als bei allen anderen Altersgrup-



pen, hier konnte bei den unter 20 Jährigen und 40 – 60 Jährigen sogar ein leichter Rückgang festgehalten werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: Online-Ressource).

Der folgende Altersbaum fasst den Aufbau der deutschen Bevölkerung im Bezug auf die verschiedenen Altersstufen noch einmal zusammen:



*Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 und 2060 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2012: 1 Online-Ressource )*

In den nächsten Jahrzehnten ist damit zu rechnen, dass zum einen der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt und zum anderen ihre Anzahl. Diese Entwicklung, welche auch als demographischer Wandel bezeichnet wird, hat folgende Ursachen: Die Lebenserwartung ist von 1900 bis 1998 um mehr als 30 Jahre gestiegen und soll auch in den folgenden Jahren weiter ansteigen. Zusätzlich konnte in den letzten Jahren ein Rückgang der Geburtenzahlen verzeichnet werden. Diese Veränderung bringt neue Anforderungen an die Gesellschaft mit sich, sei es hinsichtlich der sozialen Sicherung oder der medizinischen Versorgung. Hierbei wird die Gesundheit dieser Menschen sowohl für sie selbst als auch für die Gesellschaft eine große Rolle spielen (vgl. Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt 2002: 7f.).

Insgesamt sind diese Jahrgänge von großer Heterogenität gekennzeichnet, sowohl die Lebenslage betreffend, als auch Faktoren wie z.B. Gesundheit, ökonomische Ressourcen. Bei näherer Betrachtung der geschichtlichen Vorkommnisse seit der Geburt dieser Jahrgänge lässt sich Folgendes festhalten: Diese Personen wurden um den 2. Weltkrieg herum geboren und wuchsen im Deutschland der Nachkriegszeit auf, einer Zeit, die anfangs von Not und Hunger geprägt war und im weiteren Verlauf von einem starken wirtschaftlichen Aufschwung. Während der Teilung von Deutschland erlebte die Bevölkerung von Ostdeutschland eine Zeit der Unterdrückung und Westdeutschland mit der Studentenbewegung in den 1960er Jahren eine neue Art und Weise der gesellschaftlichen Auseinandersetzung. Vor allem in Westdeutschland wurde die Arbeitslosigkeit, als Folge der Weltwirtschaftskrise, für die Menschen spürbar. Diese Lebenserfahrungen prägen die aktuelle Gruppe der alten Menschen (vgl. BZgA 2013: 7ff.).

Zusätzlich gibt es noch weitere Merkmale die das heutige Alter kennzeichnen. Dazu gehört zum einen die Verjüngung des Alters.

Die heutige alte Generation beginnt ihr Rentenalter in einer besseren gesundheitlichen Verfassung als noch ihre Eltern, da in den letzten Jahrzehnten die harte körperliche Arbeit, beispielsweise in der Landwirtschaft, abnahm und somit auch gewisse Verschleißerscheinungen geringer geworden sind. Aber auch ihre Lebenserfahrungen führen zu einem aktiveren Verhalten im Alter als bei vorangegangenen Generationen. Hier kann u.a. an die Entstehung einer neuen Jugendkultur in den 1960er/1970er Jahren gedacht werden, zu der auch ein veränderter Umgang mit Drogen gehörte. Allerdings wird in der heutigen Zeit, mit ihren schnellen Veränderungen im gesellschaftlichen Zusammenleben und der technischen Welt, von älteren Menschen erwartet, dass sie auf dem Stand der Dinge bleiben und sich dem Wandel der leistungsorientierten Gesellschaft anpassen.

So gesehen handelt es sich hier auch um eine gewisse Erwartungshaltung die den Älteren entgegenschlägt.

Zum anderen kann zunehmend von einer Verweiblichung des Alters gesprochen werden. Dies liegt darin begründet, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung besitzen. Aufgrund der höheren Lebenserwartung und der Tatsache, dass in den meisten Fällen ältere Partner geheiratet werden, erlebt ein Großteil der Frauen im Alter den Tod ihres Partners und somit das Witwentum. Infolgedessen stehen sie vor der Herausforderung nicht zu vereinsamen (vgl. BZgA 2013: 43 & Höpflinger 2009: 2 & Niekrens 2012: 18 &).

Inwiefern diese Faktoren bei einer Abhängigkeitserkrankung von Bedeutung sein können, soll im weiteren Verlauf der Arbeit untersucht werden.

### *2.1.3 Altersbilder der Gesellschaft*

Wie eine Gesellschaft auf die Möglichkeiten und Anforderungen eines langen Lebens reagiert, hängt auch sehr stark von den vorherrschenden Altersbildern ab. In Altersbildern sind die Vorstellungen des Individuums und der Gesellschaft im Bezug auf das Altsein, das Altwerden und auf alte Menschen zusammengefasst. Diesen Vorstellungen kommt auch insofern eine große Bedeutung zu, da sie gewissermaßen eine Realität erschaffen, in welcher charakterisiert wird, was es ausmacht „alt“ zu sein, ab wann man als „alt“ gilt und wie mit dem Alter umgegangen wird. So kann ein eher negatives Bild vom Alter z.B. dazu beitragen, dass älteren Menschen Unterstützungsmöglichkeiten vorenthalten werden, weil man ihre Ressourcen unterschätzt oder übersieht. Gerade in der Psychotherapie kann es dazu kommen, dass ältere Menschen nicht behandelt werden, weil die Professionellen davon ausgehen, dass im Alter eine geringere Änderungsbereitschaft vorhanden ist und sie es somit mit schwierigen Klienten zu tun haben.

Zusätzlich löst das negative Bild von pflegebedürftigen und dementen Alten ein gewisses Bedrohungsgefühl aus. Auf der anderen Seite existieren aber auch positive Elemente in Altersbildern, welche den Fokus auf die Möglichkeiten älterer Menschen legen, ihr Leben im Alter autonom zu gestalten. In diesem Rahmen wird auch häufig die ehrenamtliche Arbeit von älteren Menschen erwähnt, mit denen diese weiterhin einen Beitrag zur Gesellschaft leisten können.

Nachdem das Altern lange Zeit eher negativ betrachtet wurde, kamen in den letzten 30 Jahren ebenso einseitige, aber eher positiv besetzte Altersbilder auf (vgl. Berner; Tesch-Römer 2010: 36 & Kruse 2010: 23 & Pichler 2010: 415 & Walter et al. 2010: 315 & Wolter 2011a: 47).

Die Gefahr in diesen sehr unterschiedlichen Altersbildern besteht darin, dass der alte Mensch ausschließlich als jung gebliebener, aktiver Mensch, oder als alt gewordener, passiver und abhängiger Mensch betrachtet wird. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass zukünftige Altersbilder weder ausschließlich in dem einen, noch in dem anderen Extrem angesiedelt sind, sondern älteren Menschen zugestehen, dass beide Bereiche auf sie zutreffen können (vgl. Pichler 2010: 424).

## ***2.2 Zum Sucht- und Abhängigkeitsbegriff***

Dieses Unterkapitel widmet sich grundlegenden Aspekten zur Definition und Diagnostik von Sucht und Abhängigkeit, wobei zusätzlich betrachtet wird, inwiefern die vorhandenen Diagnosekriterien auch auf alte Menschen zutreffen.

### ***2.2.1 Definition von Sucht und Abhängigkeit***

Menschen konsumieren Drogen schon seit vielen tausenden Jahren, wobei der Konsum von einem genussvollen bis hin zu einem abhängigen Gebrauch reichen kann. Dabei hat sich die Nutzungsweise der jeweiligen Drogen im zeitlichen Verlauf teilweise stark verändert. So galten alkoholische Getränke wie Wein und Bier im Mittelalter beispielsweise als Nahrungsmittel reicher Personen, da Wasser nur von den ärmlichen Bevölkerungsschichten getrunken wurde. Heroin, welches heutzutage zu den illegalen Drogen zählt, wurde ursprünglich zu medizinischen Zwecken auf den Markt gebracht.

Seinen Ursprung hat der Begriff der „Sucht“ im Wort „siech“, was soviel wie krank bedeutet. Im alltäglichen Sprachgebrauch kann der Begriff „Sucht“ mit verschiedenen Bedeutungen besetzt werden. Hierzu gehören Krankheiten wie Fettsucht, aber auch süchtiges Verhalten wie die Kaufsucht. Obwohl des Weiteren die Unterscheidung in stoffgebundene und nicht stoffgebundene Süchte getroffen werden kann, lässt diese Definition eine gewisse Ungenauigkeit erkennen. Infolgedessen sprach die WHO (World Health Organization) 1964 eine Empfehlung dahingehend aus, den Begriff der „Sucht“ durch den der „Abhängigkeit“ zu ersetzen, um eine genauere Abgrenzung zu gewährleisten. Zusätzlich sollte eine Unterscheidung in psychische und physische Abhängigkeit vorgenommen werden .

Mittlerweile haben sich zwei internationale Klassifikationssysteme etabliert, sodass eine gewisse Vergleichbarkeit von Studien, welche sich mit der Häufigkeit von Abhängigkeitserkrankungen beschäftigen, ermöglicht wird. Zum einen handelt es sich dabei um das von der WHO publizierte „International Classification of Diseases and Health Problems“ (abgekürzt ICD) und zum anderen um das von der American Psychiatric Association herausgebrachte „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (abgekürzt DSM) (vgl. Lesch; Walter 2009: 41 – 45, 49).

So lautet die Definition für das Abhängigkeitssyndrom im aktuellen ICD-10 wie folgt:

„A cluster of physiological, behavioural, and cognitive phenomena in which the use of a substance or a class of substances takes on a much higher priority for a given individual than other behaviours that once had greater value. A central descriptive characteristic of the dependence syndrome is the desire (often strong, sometimes overpowering) to take psychoactive drugs (which may or may not have been medically prescribed), alcohol, or tobacco. There may be evidence that return to substance use after a period of abstinence leads to a more rapid reappearance of other features of the syndrome than occurs with nondependent individuals.“ (WHO 2015: Online-Resource)

Darüber hinausgehend wird in Abgrenzung zur Abhängigkeit noch der „schädliche Gebrauch“ (ICD), bzw der „Missbrauch“ (DSM) unterschieden, welcher zu einer Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit führt. Der Konsum wird fortgesetzt, obwohl der Konsument sich der schädlichen Folgen bewusst ist. Zusätzlich wurden in den letzten Jahren noch weitere Begriffe wie „problem drinking“ (Alkoholkonsum, welcher aufgrund seines Ausmaßes zu physischen und psychosozialen Problemen führt) und „riskanter Konsum“ (gewissermaßen die Vorstufe des problem drinking) eingeführt. Diese sind jedoch nicht im ICD und DSM enthalten. Teilweise werden Forschungsergebnisse in diesem Bereich sogar nur unter dem Begriff „Sucht“ zusammengefasst (vgl. Lesch; Walter 2009: 43ff. & Wolter 2011a: 50f.).

### **2.2.2 Diagnostik**

Doch welche Aspekte kommen zum Tragen, wenn eine „Abhängigkeitserkrankung“ festgestellt wird?

Von einer Abhängigkeitserkrankung kann gesprochen werden, wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten mindestens drei der nachfolgenden Merkmale zutreffen. Wolter fasst die Kriterien des DSM und des ICD aufgrund ihrer großen Ähnlichkeit folgendermaßen zusammen:

1. „starker Wunsch nach Konsum des Mittels („Craving“, Suchtdruck, im DSM-IV alternativ erfolglose Absetzversuche);
2. verminderte Kontrolle über den Konsum (zu oft, zu viel, zu lange, zu regelmäßig);
3. Entzugssymptome;
4. Toleranzentwicklung;
5. Vernachlässigung anderer Interessen, hoher Zeitaufwand für Konsum bzw. Be-

schaffung der Substanz („Drug seeking behaviour“);

6. anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen.“ (Wolter 2011a: 51)

Bei Betrachtung des „Missbrauchs“ (DSM) werden Kriterien relevant wie die Fortsetzung des Konsums, obwohl es in diesem Zusammenhang zu Konflikten mit dem Gesetz kommen kann und obwohl soziale Probleme entstehen, deren Ursache im Substanzkonsum zu finden ist. Außerdem kommt es zu wiederholtem Konsum in Situationen, die eigentlich diesbezüglich gefährlich sind. Zu guter Letzt kann es durch den wiederholten Konsum zu einem Versagen im Privat- oder Berufsleben kommen (vgl. ebd.: 50f.).

### ***2.2.3 Anwendbarkeit der Diagnostik auf alte Menschen***

Rumpf untersucht in seinem Beitrag „Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen im Alter“ inwiefern Modifikationen vorgenommen werden müssen, wenn die vorhandenen Diagnoseverfahren zum Konsum von Alkohol auf ältere Menschen über 65 angewendet werden sollen. Dabei konnte er einige Diagnosekriterien identifizieren, bei denen es aufgrund von altersspezifischen Besonderheiten dazu kommen kann, dass vorhandene Abhängigkeitskriterien nicht erkannt oder falsch diagnostiziert werden.

Bei der Betrachtung der Kriterien für einen „Missbrauch“ gilt es Folgendes zu beachten: Aufgrund der weniger werdenden sozialen Kontakte im Alter ist es schwierig zu überprüfen, ob der Konsum fortgesetzt wird, obwohl es zu sozialen Problemen kommt. Auch die Vernachlässigung von Pflichten und das Versagen in Privat- und Berufsleben aufgrund des Konsums kann nicht im gleichen Maße beurteilt werden, da die beruflichen Verpflichtungen i.d.R. nicht mehr vorhanden sind. Alternativ könnten an dieser Stelle alltäglich zu verrichtende Aufgaben in den Fokus gerückt und hinsichtlich der Bewertung untersucht werden.

Des Weiteren lassen sich auch bei den Kriterien für eine Abhängigkeit altersspezifische Faktoren finden, die berücksichtigt werden müssen, damit eine zuverlässige Diagnose gestellt werden kann. So können beispielsweise ein Zittern der Hände oder Schlafstörungen fälschlicherweise für Entzugssymptome gehalten werden. Die Vernachlässigung anderer Interessen ist ebenfalls schwerer bei älteren Menschen zu beurteilen, da allgemein das Aktivitätsniveau sinkt. Darüber hinaus kann auch eine Depression die Ursache dafür sein, dass jemand seinen Interessen nicht mehr oder weniger nachgeht. Rumpf kommt zu dem Fazit, dass vorhandene Diagnoseverfahren, wie standartisierte Inter-

views, bei der Anwendung auf alte Menschen abgeändert werden müssen, damit der besonderen Lebenssituation Rechnung getragen werden kann (vgl. Rumpf 2006: 201 – 206).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es trotz der weitestgehend identischen Definition und Kriteriensammlung von DSM und ICD teilweise zu einer unterschiedlichen Verwendung von Begrifflichkeiten in der Forschung kommt, sodass die Vergleichbarkeit mancher Ergebnisse erschwert wird. Dies könnte ein Grund sein, warum es schwierig ist gesicherte Aussagen über Abhängigkeitserkrankungen im Alter zu treffen. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass sich einige der Kriterien nicht ohne Weiteres auf alte Menschen übertragen lassen. Werden die Diagnoseverfahren nicht angepasst, könnte hier eine Schwachstelle in der Beurteilungsmöglichkeit entstehen. Mögliche Folgen wären, dass Abhängigkeitserkrankungen bei alten Menschen nicht erkannt werden, obwohl sie vorliegen, oder dass fälschlicherweise eine Abhängigkeitserkrankung diagnostiziert wird.

### **3. Zeitliche Auseinandersetzung mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter**

In diesem Kapitel soll auf die Frage eingegangen werden, ob das Thema „Abhängigkeitserkrankungen im Alter“ erst vor kurzem populär geworden ist, oder ob sich die Fachwelt nicht schon länger damit auseinandersetzt. Gleichzeitig sollen dabei mögliche Gründe für den Zeitpunkt der Auseinandersetzung berücksichtigt werden.

#### ***3.1 Seit wann beschäftigt sich die Wissenschaft mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter?***

Wolter gibt hierzu an, dass Abhängigkeitserkrankungen im Alter bis heute gesellschaftlich kaum beachtet werden. Zudem hat die Wissenschaft erst vor einigen Jahren begonnen, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. So erschienen in Deutschland die ersten fachliterarischen Beiträge Ende der 1980er Jahre. Zeitgleich fanden auch die ersten Tagungen und Fachveranstaltungen statt, wobei die damalige Auseinandersetzung und das Interesse von Seiten der Suchthilfe z.B. mit Schwerpunktbeiträgen in Zeitschriften als eher dürftig bezeichnet werden kann. Allerdings betreibt die Deutsche Hauptstelle

für Suchtfragen seit einiger Zeit eine Website, die sich speziell dieser Thematik widmet (<http://www.unabhaengig-im-alter.de/index.php>). Aufgrund von ungenauen Forschungen in diesem Bereich kommt es aber immer noch zu Unsicherheiten bezüglich der genauen Anzahl von Alkohol- und Medikamentenabhängigen im Alter (vgl. Scholz 1996:337 & Wolter 2011a: 19, 21).

### ***3.2 Ein Blick auf die historischen Rahmenbedingungen***

Ein Grund für die aktuelle Auseinandersetzung mit dem Thema liegt sicherlich in dem demographischen Wandel, da durch den Anstieg der älteren Bevölkerung (sowohl prozentual als auch in absoluten Zahlen) Abhängigkeitserkrankungen in dieser Altersgruppe in ihrer gesellschaftlichen und ökonomischen Bedeutung zunehmen (vgl. Schnoz et al. 2006: 9).

An dieser Stelle scheint es sinnvoll, einen genaueren Blick auf die historischen Rahmenbedingungen zu werfen und in diesem Kontext auch auf die Rolle der Suchtmittel einzugehen, da die historischen Ereignisse und Rahmenbedingungen, unter denen Menschen geboren werden und aufwachsen, sie im weiteren Verlauf ihres Lebens prägen. Hierzu gehören im Fall der heutigen älteren Generation beispielsweise auch die Drogenwelle in den 1970er Jahren und die zunehmende Bedeutung von Medikamenten und medizinischen Dienstleistungen im alltäglichen Leben. Dementsprechend müssen diese Rahmenbedingungen, sowie die individuelle soziale Situation der Drogenkonsumenten im Blick behalten werden. So zeigt sich bei näherer Betrachtung des Zigarettenkonsums, dass die Anzahl der Konsumenten nicht nur vom Zigarettenangebot abhängt, sondern auch von der gesellschaftlichen Haltung zu diesem Thema. So wurde Rauchen bis in die 1950er Jahre als etwas angesehen, das sich für Frauen nicht gehört. Nachdem in den darauffolgenden Jahrzehnten die Akzeptanz bezüglich rauchender Frauen anstieg, nahm auch der Anteil der weiblichen Rauchenden weiter zu (vgl. Vogt 2011b: 28f.).

Zuerst einmal muss festgehalten werden, dass der Konsum von Drogen nach dem Zweiten Weltkrieg für die Bevölkerung keinen großen Stellenwert hatte. Viel dringlicher war die Sicherstellung der Grundbedürfnisse Nahrung, Wohnen, Kleidung und medizinische Versorgung. Zusätzlich zur fehlenden Kaufkraft kam das mangelnde Angebot. Dies zeigt sich auch daran, dass der Alkoholkonsum auf einem so niedrigen Stand war, wie in den ersten fünf Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts noch nicht. So betrug 1950 der Ver-



brauch an reinem Alkohol pro Kopf in Deutschland weniger als 1/3 des Wertes von 1900 (1900: 10,11, 1950: 3,21). Bis 1970 stieg der Verbrauch auf 11,21 reinen Alkohol pro Jahr an. Dieser starke Anstieg kann im Zusammenhang des wirtschaftlichen Aufschwungs in dieser Zeit als Rückkehr zu einem „normalen“ Konsum gesehen werden, wenn miteinbezogen wird, dass zu Beginn des 20. Jahrhunderts ähnlich viel konsumiert wurde.

Im Bezug auf den Konsum von Opium lässt sich feststellen, dass es nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges nur wenige Opiatkonsumenten gab. Zu ihnen gehörten zum einen Schmerzpatienten und Angestellte des medizinischen Bereichs, die einen Zugriff zu solchen Stoffen hatten und zum anderen Kriegsverletzte, welche mit Opium behandelt worden waren. Dementsprechend wurde der Konsum von illegalen Drogen nicht als gesellschaftliches Problem angesehen. Die am häufigsten konsumierten Drogen stellten somit die legalen Stoffe Kaffee, Tabak und Alkohol dar.

Insgesamt kann von einem großen Angebot an illegalen Drogen in Deutschland erst seit den 1970er Jahren gesprochen werden (vgl. DHS 2003: 23 & Schmid 2003: 12, 86, 91 & Vogt 2011b: 48).

Die Generation, welche in den geburtenstarken Jahrgängen nach Ende des 2. WK geboren wurde, bezeichnet man heute als „Babyboomer“. Mitte der 1960er, also zu der Zeit, in der die „Babyboomer“ Jugendliche oder junge Erwachsene waren, änderte sich das Konsummuster im Bezug auf illegale Drogen. Einerseits stieg die Zahl der Konsumenten an, andererseits entstand mit den Jugendlichen eine neue Konsumentengruppe. Viele dieser Generation rebellierte gegen die bürgerlichen Werte und Traditionen ihrer Elternhäuser, indem neue Formen des Zusammenlebens erprobt wurden, wie Wohngemeinschaften und Singlehaushalte.

Teil der entstandenen Jugendprotestbewegung war aber auch der Konsum von „neuen“ Drogen als Zeichen des Protests gegen die bürgerlichen Werte. Zusätzlich wurde im Rahmen der Hippie-Bewegung der Konsum von Haschisch und LSD populär. Hierbei wurden die Drogen nicht heimlich konsumiert, sodass das traditionelle Bild des Bürgers hätte aufrecht erhalten werden können, sondern es wurde offen zum Drogenkonsum gestanden. Dementsprechend stieg das Interesse der Bevölkerung an dieser Thematik, der sich auch die Medien annahm. Allerdings geschah dies von Seiten der Massenmedien und Pressemagazinen, wie der Bild-Zeitung, auf sehr reißerische und teils auch panikmachende Art und Weise. Insgesamt entstanden Konsumformen, die sich in ihrer Art und Weise von denen der vorherigen Generationen unterschieden (vgl. Höpflinger o.J.

c: 1 & Schmid 2003: 92f., 96, 104f.).

An diesem Punkt stellt sich die Frage, was für eine Rolle die Suchthilfe zu dieser Zeit spielte. Das Hilfesystem bestand damals aus zwei Bereichen, auf deren genaue Entstehung und Entwicklung hier nicht ausführlich eingegangen werden kann. Im Folgenden werden deshalb nur einige Schritte in der Entwicklung des Hilfesystems erwähnt, um das zeitliche Bild zu ergänzen und abzurunden.

In den 1920er Jahren entstand die Reichshauptstelle gegen Alkoholismus, in der sich Organisationen zusammenschlossen, die für eine Alkoholabstinenz oder Alkoholmäßigung plädierten. Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass diese Organisationen eine Minderheit darstellten, da die deutsche Politik nie von dem Gedanken geprägt war, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder gar ganz zu verbieten.

Erst mit der gesetzlichen Anerkennung von Alkoholabhängigkeit als eine eigenständige Krankheit im Jahr 1968 und der daraus folgenden Kostenübernahme durch die Renten- und Krankenversicherungen konnte ein angemessenes Hilfesystem mit Angeboten, die Suchtkrankenhilfe, ausgearbeitet werden. So wurde aus den vorherigen Trinkerheilstätten – Verwahranstalten mit meistens kirchlichen Leitern – Fachkliniken unter medizinischer Leitung.

1971 wurde das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) verabschiedet, welches das illegale Handeln mit Betäubungsmitteln komplett unterdrücken wollte und generell das Strafmaß für Vergehen in diesem Bereich erhöhte. Diese Einführung verdeutlicht den repressiven Ansatz, der von der damaligen Politik verfolgt wurde.

Zwar gab es Versuche von Seiten der Wohlfahrtsverbände, Behörden und auch medizinischen Einrichtungen Angebote für jugendliche Drogenkonsumenten ins Leben zu rufen, jedoch ließen sich diese aufgrund der zu großen Distanz zwischen Klienten und Anbietern meistens nicht realisieren.

Deswegen ist die Entwicklung des Drogenhilfesystems vor allem auf Selbsthilfegruppen und private Initiativen zurückzuführen, obwohl hier auch Medizin und Jugendfürsorge gefordert gewesen wären. In diesem Rahmen sind gewissermaßen als „Vorreiter“ die sogenannten Release-Gruppen zu nennen, welche konkrete Hilfen anbieten wollten. Zusätzlich stammten die Mitglieder oftmals auch selbst aus der neu entstandenen Drogenszene (vgl. Groenemeyer 2012: 447, 449 & Lindenmeyer 2011: 745 & Schmid 2003: 110f., 119, 130).

### *3.3 Ursachen für die aktuelle Relevanz*

Es wurde deutlich, dass auch zu der Zeit, in der die heutigen Älteren noch Jugendliche oder junge Erwachsene waren, ein Alkohol- und Tabakkonsum vorlag, der sich auf einem ähnlichen Niveau wie der heutige bewegt. Dennoch war damals von älteren Menschen als spezifische Risikogruppe oder als Abhängigen nicht die Rede. Dies könnte zum einen daran liegen, dass mit der Entstehung der neuen Drogenszene, welche vor allem von Jugendlichen geprägt wurde, das Augenmerk verstärkt auf diese neue „Problematik“ gerichtet wurde.

Zudem werden die Angaben der Altersgruppe der 60-64 Jährigen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in repräsentativen Umfragen wie dem Epidemiologischen Suchtsurvey erst seit 2006 aufgenommen (vgl. DHS 2011: 20).

Dementsprechend lagen wahrscheinlich gar keine Daten vor, die ein mögliches Problem bei dem älteren Teil der Bevölkerung hätten aufzeigen können. Wie auch schon in Kapitel 2.2.3 beschrieben, sind selbst die heutzutage verwendeten Diagnoseverfahren nur bedingt auf ältere Menschen anwendbar.

Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sich die Sicht auf bestimmte Konsummittel in den letzten Jahrzehnten geändert hat: Wird heute bei Alkohol und Tabak von Drogen oder Suchtmitteln gesprochen, wurden diese noch vor 30 Jahren mit Selbstverständlichkeit vor allem als Genussmittel angesehen. Es ist anzunehmen, dass dem Thema auch deswegen bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt wurde, da generell im Alter ein Rückgang im Alkoholkonsum zu beobachten ist, welcher wiederum u.a. mit der höheren Sterblichkeitsrate bei den Abhängigen zusammenhängt, so sterben viele aus dieser Gruppe schon vor dem 60. Lebensjahr (vgl. Feuerlein et al. 1998: 115 & Groenemeyer 2012: 433).

Letztendlich bringt die ausführlichere Auseinandersetzung in diesem Bereich auch eine veränderte Sichtweise mit sich. So existierte davor beispielsweise die Annahme, dass Menschen ihrer Abhängigkeit mit zunehmendem Alter „entwachsen“, sodass das Problem faktisch nicht besteht, oder sich auf eine kleine Minderheit beschränkt, welche ihr Abhängigkeitsproblem schon seit dem frühen Erwachsenenleben besitzt (vgl. Wolter 2011a: 21).

#### **4. Zur Situation der älteren opiatabhängigen Drogenkonsumenten**

Mit „älteren“ Drogenabhängigen sind i.d.R. Menschen ab einem Alter von 40 Jahren gemeint, die entweder allein von Heroin abhängig sind, oder von Heroin in Kombination mit anderen Drogen wie Kokain, Alkohol, Zigaretten oder Beruhigungsmitteln. Es kann aufgrund der langjährigen Belastungen davon ausgegangen werden, dass sie früher „alt“ sind als andere Menschen. So wird psychosoziale Betreuung aufgrund der Behinderung und dem damit einhergehenden erhöhten Versorgungsbedarf bei vielen schon ab einem Alter von 40 Jahren notwendig.

Es wird also deutlich, dass „alt“ in diesem Kontext eine andere Bedeutung erhält als „Alt-Sein“ in der „Normalbevölkerung“, da man sich in dieser mit einem Alter von 40 Jahren gerade erst in der Lebensmitte befindet. Die älteren Drogenabhängigen stellen vergleichsweise junge Alte dar, jedoch verfügen sie nicht über die Möglichkeiten der nicht-abhängigen jungen Alten, welche auf gute soziale Netzwerke zurückgreifen können und noch viele eigene Ziele verfolgen und verwirklichen können (vgl. Eppler et al. 2011: 167 & Geyer 2011: 329 & Vogt 2011a: 5 & Vogt 2011c: 21).

Laut Schätzungen wird davon ausgegangen, dass es 2006 in Deutschland in der Altersklasse der über 40-Jährigen 50.000 Personen mit einem problematischen Opioid- und Opiatkonsum gab. Da die Gesamtzahl der Personen mit problematischem Opioid- und Opiatkonsum 2006 bei ca. 160.000 lag, entspricht die Gruppe der Älteren einem Anteil von ca. 30% (vgl. Vogt et al. 2010: 7f.).

Dass Drogenkonsumenten mittlerweile immer höhere Altersgruppen erreichen, ist zum einen auf die verbesserten Angebote der Sucht- und Drogenhilfe, wie z.B. den Maßnahmen zur Schadensminimierung, zurückzuführen. Bei schadensmindernden Maßnahmen geht es darum, den Klienten zu begleiten und dabei nicht zwingend auf eine Abstinenz zu bestehen, sondern die Klienten zu unterstützen, wenn sie selbst den Wunsch verspüren, ihren Konsum zu reduzieren oder zu beenden. Zu diesen Maßnahmen gehören safer-use- und safer-sex-Projekte. Weitere schadensmindernde Hilfeangebote sind Konsumräume, Spritzentausch, Notschlafstellen, Betreutes Wohnen und Kontaktläden (vgl. Ebert; Sturm 2006: 19 Online-Ressource & Höfelbarth et al. 2011: 137 & Vogt 2011a: 5 & Vogt et al. 2010: 113).

Als weiterer Grund für den Anstieg der alten und pflegebedürftigen Drogenabhängigen kann der medizinische Fortschritt in der Behandlung von Suchterkrankungen und chronischen Krankheiten angeführt werden. Eine anerkannte Methode stellt mittlerweile die

Substitutionsbehandlung dar, bei welcher der Klient ein Medikament mit einer vergleichbaren Wirkung erhält (Substitut). Das vorrangige Ziel der Substitutionsbehandlung ist der Ausstieg aus dem Heroinkonsum. Die Einnahme eines Substituts wie Methadon soll dazu führen, dass der Klient den Heroinkonsum überbrückt und die Dosierung nach und nach herabgesetzt wird. Realistisch betrachtet sind die Erfolgchancen eher gering, sodass das Substitut oftmals als Langzeitmedikation verabreicht wird.

Es lässt sich festhalten, dass die Lebenssituation der älteren Drogenkonsumenten von einem großen Unterstützungsbedarf in vielen Bereichen gekennzeichnet ist. Gerade im finanziellen Bereich sind die eigenen Möglichkeiten sehr gering, da einerseits kaum Mittel vorhanden sind und andererseits oftmals hohe Schulden bestehen. Häufig liegen Bewährungs- oder Strafaufgaben vor, die eine zusätzliche Belastung darstellen. Bereits in der Mitte des Lebens sind viele Konsumenten von starken gesundheitlichen Einschränkungen und Problemen betroffen, wobei hier besonders die HIV-positiven Konsumenten zu nennen sind (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 123 & Vogt 2011a: 5 & Vogt 2011b: 51 & Vogt et al. 2010: 8).

#### ***4.1 Problemlagen***

Im Folgenden sollen spezifische Problemlagen der älteren Drogenabhängigen näher beleuchtet werden, da sich in ihnen die neuen Anforderungen an das Hilfesystem zeigen. Hierzu gehören einerseits die sozialen Kontakte und andererseits die gesundheitliche Situation. Bei den sozialen Kontakten werden sowohl die sozialen Beziehungen zur Familie, den eigenen Kindern, Partnern und Bekannten betrachtet, als auch der Aufbau der Kontakte innerhalb der Drogenszene. Bei der gesundheitlichen Situation wird auf die psychischen und körperlichen Krankheiten Bezug genommen.

##### ***4.1.1 Soziale Kontakte***

Nur die wenigsten der älteren Drogenabhängigen haben eine funktionierende Beziehung zu ihrer Familie, ihren Kindern oder zu einem Partner. Teilweise wurde der Kontakt zu Familie und Bekannten bewusst abgebrochen, weil die Abhängigen sich für ihren Konsum und den damit einhergehenden Belastungen für ihr Umfeld schämen. Andererseits gibt es Drogenabhängige, die von ihrer Familie behaupten, dass diese ihr drogenabhängiges Familienmitglied aus Scham ablehnen würden, weshalb der Kontakt von vornher-

ein vermieden wird. Ein weiterer Grund für einen Kontaktabbruch von Seiten der Abhängigen stellen Stigmatisierungserfahrungen, welche die Konsumenten durch ihre Eltern gemacht haben, dar (vgl. Eppler et al. 2011: 176, 199 & Vogt et al. 2010: 59, 65).

Der Kontakt zu den eigenen Kindern ist ebenfalls bei den Meisten nicht mehr existent, oder findet nur sporadisch in Form von telefonischem Kontakt statt. Häufig wurden die Beziehungen durch die Drogenabhängigkeit zu stark strapaziert oder sind aufgrund dessen abgebrochen worden. Oftmals schämen sich die Eltern auch für ihre Drogenabhängigkeit und haben deshalb den Kontakt reduziert. Nur einige wenige der Abhängigen haben einen guten, über die Jahre erhaltenen Kontakt, allerdings beschränkt sich dieser meistens auf ein Kind. Zu den weiteren Kindern existiert kein Kontakt oder nur ein problematischer, wobei viele Drogenabhängige dies gern ändern würden. Jedoch herrscht meistens Unsicherheit darüber, wie am besten vorgegangen werden soll, und Angst vor Zurückweisung, weswegen die Situation so beibehalten wird. Bei einer Befragung konnte ermittelt werden, dass Partnerschaften von den meisten Drogenabhängigen als etwas Schwieriges betrachtet werden, wenn es um die Gestaltung und Aufrechterhaltung der Beziehung geht. Dies wird maßgeblich damit begründet, dass es schwierig sei eine Beziehung zu führen, solange Drogen einen so wichtigen Platz im eigenen Leben einnehmen. Trotzdem wünscht sich die Mehrheit der Befragten ohne Partner eine Beziehung. Trotz der genannten Schwierigkeiten sehen viele eine Partnerschaft als einen Faktor, der Stabilität in ihr Leben bringen würde. Drogenabhängige, die sich in einer Beziehung befinden, leben häufig nicht mit ihrem Partner zusammen, da einer der beiden obdachlos ist oder sich gerade in Haft befindet (vgl. Eppler et al. 2011: 176ff. & Vogt et al. 2010: 65).

Die soziale Isolation, welche durch den mangelnden Kontakt zur Familie entsteht, wird durch die Stellung der Drogenabhängigen in der Gesellschaft weiter verstärkt. Häufig wird hier nämlich der Ausschluss von der normalen Gesellschaft beschrieben. Dazu gehören eine unfreundliche Behandlung, sowie das Gefühl, an bestimmten Orten unerwünscht zu sein. Allerdings setzen manche diese Diskriminierung mit ihrem eigenen Verhalten in Verbindung, welches zu solchen Reaktionen führen könnte. Erschwerend kommt hinzu, dass manche Drogenabhängige von Außenstehenden als „Drogenabhängige“ identifiziert und in aller Öffentlichkeit auf ihre Situation angesprochen werden. So wird z.B. gefragt, ob man überhaupt Geld hätte oder wird von vornherein nicht in das Geschäft gelassen. Es zeigt sich, dass dieser Vorgang oftmals zu einer Stigmatisierung

der Betroffenen führt und sie somit weiter aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden. Andere der älteren Drogenabhängigen empfinden den Kontakt zu Personen, welche nicht der Drogenszene angehören, als anstrengend und mühsam. Dies liegt auch daran, dass die Drogenszene so etwas wie einen eigenen „Mikrokosmos“ darstellt, aus dem die Konsumenten nicht mehr so leicht herauskommen. Sie sind gewissermaßen in ihm gefangen und haben auch aufgrund dessen Schwierigkeiten mit Menschen außerhalb des Milieus Kontakte zu knüpfen. Folglich spielen sich bei vielen die einzigen sozialen Kontakte in der Drogenszene ab, allerdings sind diese weniger freundschaftlich geprägt, sondern von Flüchtigkeit oder sogar Misstrauen. Dementsprechend haben die Abhängigen oft mit Einsamkeit zu kämpfen. Besonders kritisch spitzt sich die Isolation zu, wenn Konsumenten von der eigenen Drogenszene ausgeschlossen werden. Solche Situationen werden vor allem von Personen erlebt, die an Aids erkrankt oder HIV-Positiv sind und dies äußerlich nicht mehr verbergen können. Vor dem Hintergrund, dass bei einer Befragung der Teil der HIV-Infizierten bei 16% lag, ist die Ausgrenzung aus dem eigenen Drogenmilieu noch einmal kritischer zu sehen. Durch die Ausgrenzung von der normalen Gesellschaft oder dem Drogenmilieu bilden sich Hierarchien, in denen sich die dominierenden Gruppierungen über die Drogenabhängigen stellen, oder – falls die Ausgrenzung innerhalb des Drogenmilieus geschieht – die Drogenabhängigen über die HIV-Infizierten und AIDS-Kranken. Im schlimmsten Fall ziehen sich die Ausgegrenzten komplett in sich zurück und brechen alle restlichen Kontakte ab (vgl. Eppler et al. 2011: 178 - 182 & Vogt et al. 2010: 67, 71).

Manche versuchen auch, ein neues Umfeld aufzubauen, wobei dies sehr schwierig verlaufen kann, da zuerst der Kontakt zu den anderen Drogenabhängigen des Milieus abgebrochen werden muss. Infolgedessen wächst zunächst die Isolation, welche erst durchbrochen werden kann, sobald es gelingt, neue Kontakte zu Nicht-Abhängigen aufzubauen. Viele haben Angst neue Freundschaften und Bekanntschaften einzugehen, weil sie sich vor Enttäuschungen fürchten. Hierbei handelt es sich um die Angst, sich mit jemandem anzufreunden, der ähnlich große Probleme hat wie man selbst, sodass man sich gegenseitig herunterziehen und belasten würde. Der Verzicht darauf, neue Bekanntschaften einzugehen kommt einem Selbstschutz vor Enttäuschungen gleich (vgl. Eppler et al. 2011: 191, 200f.).

Da die meisten der älteren Drogenabhängigen keiner Erwerbsarbeit nachgehen/ nachgehen können, befinden sie sich ohnehin schon am Rande der Gesellschaft. Existieren keine Kontakte mehr zu Nicht-Abhängigen, beschränken sich die sozialen Kontakte nur

noch auf das Drogenmilieu – und Mitarbeiter des Hilfesystems, sowie Ärzte. In dieser Situation werden die Sozialarbeiter zu den wichtigsten Bezugspersonen, wenn es um die Unterstützung geht. Es lässt sich zusammenfassen, dass das Gefühl der Einsamkeit und der sozialen Isolation ein bedeutendes Thema für die älteren Drogenabhängigen darstellt. Hierbei kann die Einsamkeit als Selbstschutz oder bewusster Rückzug zwar selbstständig gewählt sein, aber im Allgemeinen leidet ein Großteil der Abhängigen aufgrund der fehlenden sozialen Beziehungen (vgl. Eppler et al. 2011: 191 & Höbelbarth et al. 2011: 162 & Vogt 2011c: 21).

#### *4.1.2 Gesundheitlicher Zustand*

Bei alternden polyvalent Drogenabhängigen wird die Lebenserwartung um 20 Jahre verkürzt eingeschätzt. Die Ursache dafür liegt in den zunehmenden und gehäuften Erkrankungen und Krankheitsverläufen, welche eine hohe Komplexität erreichen. Allerdings werden die Abhängigen trotzdem älter, als in der Vergangenheit erwartet. Es sollte sich darauf eingestellt werden, dass in Zukunft bei diesen Klienten durchaus ein Alter von 60 oder 70 Jahren erreicht werden könnte (vgl. Eppler et al. 2011: 195 & Wolter 2011b: 71). Bei der vorzeitigen Alterung der älteren Drogenabhängigen überlagern sich die Symptome des „Alters“ mit den Symptomen des langjährigen Drogenkonsums: Zu einer „normalen“ Altersdepression kann Depression als Nebenwirkung des Substituts hinzutreten. Ebenso wird der normale körperliche Abbau von den Begleiterkrankungen des Konsums verstärkt. Schließlich verbinden sich „normale“ Alterskrisen mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfe, die auf die Drogenkarriere zurückzuführen sind (vgl. Westermann; Witzerstorfer 2011: 213).

Krankheiten die gehäuft auftreten sind u.a. Hepatitis C, sowie generell Lebererkrankungen, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Beschwerden und Diabetes. Des Weiteren leiden viele an Atemwegserkrankungen, Zahnerkrankungen und Erkrankungen der Gelenke. Eine der neuen Herausforderungen für die Sucht- und Altenhilfe stellen zudem Krebserkrankungen bei älteren Drogenabhängigen dar. Bei einer Befragung wurde festgestellt, dass manche der an Hepatitis-C erkrankten älteren Drogenabhängigen ihre Gesundheit dennoch als gut bis sehr gut einschätzen. Dies entspricht weniger der Realität als der Tatsache, dass die Tendenz zur Bagatellisierung vorliegt, solange keine akuten Beschwerden durch die Infektion auftreten. Dies sollte in der Arbeit mit diesem Klientel beachtet werden, da es sich auf bei anderen Krankheitsbildern um schleichende Krank-



heitsprozesse handeln kann, die lange Zeit unauffällig und symptomfrei bleiben und dann auf einmal schwere körperliche Folgen mit sich bringen. Bei der bereits erwähnten Erkrankung an Hepatitis-C kann dies sehr schwere und fatale Krankheitsverläufe mit sich bringen. Gerade für ältere Drogenabhängige mit HIV ist eine chronische Hepatitis-C-Erkrankung besonders gefährlich, da das ohnehin schon geschwächte Immunsystem weiter belastet wird (vgl. Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch 2013: 38 & Eppler et al. 2011: 170, 194, 196 & Höfelbarth et al. 2011: 161 & Wolter 2011b: 72).

Die Einschätzung des gesundheitlichen Zustands kann allerdings nicht immer als ein Bagatellisieren von Seiten der Betroffenen gesehen werden, sondern ist wahrscheinlich auch auf die langjährige Einnahme von Opiaten zurückzuführen, welche die Stimmung heben und zudem als Schmerzmittel wirken können. Eine Folge davon könnte sein, dass der Konsument sich gesünder fühlt, als es in Wirklichkeit der Fall ist.

Außerdem kann bei vielen älteren Drogenabhängigen eine Mehrfachdiagnose festgestellt werden, das heißt zu der Suchterkrankung tritt noch mindestens eine psychische Erkrankung hinzu. So gaben Befragte an, durchschnittlich an 2,5 körperlichen und 1,5 psychischen Erkrankungen zu leiden, wobei der Anteil an Befragten mit psychischen Störungen bei 2/3 lag (vgl. Eppler et al. 2011: 170, 183 & Hilckmann 2011: 231).

Am häufigsten kommen Depressionen, Angstzustände und Suizidgedanken vor. Zusätzlich klagen viele ältere Drogenabhängige über schwere Gedächtnis- und Konzentrationschwierigkeiten, was auf eine beginnende Demenz hindeuten könnte. Eine Folge der psychischen Erkrankungen ist die Verstärkung der Diskriminierung, sodass die Gefahr der Vereinsamung ansteigt. Dementsprechend können die psychischen Erkrankungen teilweise als noch belastender erlebt werden als die körperlichen Erkrankungen. In diesem Fall kann es passieren, dass Abhängige mehr von ihrem Substitut einnehmen und dies vielleicht noch mit Alkohol oder anderen Drogen vom Schwarzmarkt kombinieren. Ziel dieser Selbstmedikation könnte der Versuch sein, die Symptome der psychischen Erkrankung zu lindern. Durch die Selbstmedikation kommt es allerdings eher zu einer Verstärkung der Symptome, sodass der Drogenabhängige in eine Negativspirale gerät: Er konsumiert mehr Drogen um seine Beschwerden zu lindern, infolgedessen werden die Beschwerden stärker, was mit einem erneut höheren Konsum versucht wird zu kompensieren. Im schlimmsten Fall kann dies in einem psychischen und körperlichen Zusammenbruch enden (vgl. Eppler et al. 2011: 185f. & Höfelbarth et al. 2011: 161).

Meistens stehen die gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum. So können Leberschäden durch exzessiven Alkohol-

konsum entstehen und Erkrankungen der Nase durch das Schnupfen von Heroin oder Kokain. Allerdings sind die körperlichen und psychischen Beschwerden nicht ausschließlich auf die Wirkung des Heroins zurückzuführen, sondern auch auf die zusätzlichen Rahmenbedingungen der Drogenlaufbahn wie Armut, Unterernährung, riskante Verabreichungsformen, Stigmatisierung und Kriminalisierung. Diese ganzen Faktoren führen laut Dias de Oliveira dazu, dass es den Drogenabhängigen schwerer fällt, sich sozial einzugliedern und für sich selbst zu sorgen (vgl. Eppler et al. 2011: 184f. & Dias de Oliveira 2011: 285). Allerdings betonen Eppler, Kuplewatzky und Vogt, dass bei den älteren Drogenabhängigen durchaus eine große Veränderungsbereitschaft vorhanden ist, welche gleichzeitig ein Argument dafür wäre, diesem Klientel den Zugang zu Therapieformen zu erleichtern (vgl. Eppler et al. 2011: 203).

Eine Herausforderung in der medizinischen Versorgung von älteren Drogenabhängigen stellt das Auftreten von Mehrfacherkrankungen dar. Zu beachten ist nämlich, dass die große körperliche und psychische Komorbidität mit der Vergabe von vielen Medikamenten einhergeht. Hier besteht die Schwierigkeit, dass es zu Wechselwirkungen der Medikamente kommen kann, sodass der Austausch zwischen den verschiedenen Ärzten, die einen solchen Drogenabhängigen behandeln, unabdingbar wird. Eine weitere Herausforderung ergibt sich im Bezug auf die medizinische Versorgung bei akuten oder chronischen Krankheitsfällen, da sich diese als äußerst problematisch darstellt, besonders wenn die Konsumenten über kaum bis gar kein soziales Netzwerk verfügen und ebenfalls kaum an das Drogenhilfesystem angebunden sind. Konsumenten mit einem einigermaßen guten sozialen Netzwerk könnten sich zumindest bei kürzer andauernden Erkrankungen Unterstützung bei Freunden, Familie oder Bekannten holen. Es ist allerdings nicht bekannt, ob auf diese Hilfe auch zurückgegriffen werden könnte, wenn eine chronische Behinderung mit hohem Pflegebedarf und Unterstützung vorliegen würde (vgl. Eppler et al. 2011: 188 & Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 111).

#### *4.2 Herausforderungen für die Versorgungslage*

Ein wesentliches Ziel in der Versorgung ist die Selbstständigkeit der Klienten so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Dies wird auch vor dem Hintergrund bedeutsam, dass ein Großteil der Konsumenten so lange wie möglich in der eigenen Wohnung leben möchte. Oberstes Ziel ist die Sicherung des Überlebens. Im weiteren Verlauf sollte versucht werden eine möglichst gesunde Lebensweise zu erreichen, Teil davon kann die

Reduzierung des Konsums sein, wenn eine Abstinenz erst einmal nicht zur Debatte steht. So ist bei manchen Personengruppen die komplette Abstinenz meist kein realistisches Ziel mehr, sodass hier die Sicherung des Überlebens und die bestmögliche Stabilisierung des gesundheitlichen und sozialen Zustands in den Vordergrund der Behandlung rücken.

Auch wenn viele ältere Drogenabhängige schwere Beeinträchtigungen mit sich bringen, sollte in der Angebotsschaffung dennoch nach Möglichkeit das Prinzip „ambulant vor stationär“ beachtet werden. Bei den Abhängigen, die noch über gute Netzwerke verfügen, könnte eine sinnvolle Koordinierung dieser Netzwerke dazu führen, dass die Klienten erst so spät wie möglich in eine stationäre Einrichtung ziehen müssen.

Neben der Stabilisierung des Gesundheitszustands ist eine aktive und sinnvolle Beschäftigung als sehr wichtig anzusehen. Realistisch betrachtet können allerdings nur wenige ältere Drogenabhängige noch einmal in Erwerbsarbeit vermittelt werden. Gründe dafür sind die geringe Berufserfahrung, wenig geeignete Jobs und die geringe Bereitschaft der Arbeitgeber ältere, sich in Substitutionsbehandlung befindliche Abhängige, einzustellen. An dieser Stelle gewinnen andere tagesstrukturierende Maßnahmen und Beschäftigungsmöglichkeiten an Bedeutung (vgl. Dias de Oliveira 2011: 285 & Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 112, 124 & Eppler et al. 2011: 198f. & Geyer 2011: 335f. & Höbelbarth et al. 2011: 163 & Vogt et al. 2010: 91).

Bei der Betrachtung der Unterbringungsmöglichkeiten kristallisieren sich teilweise unterschiedliche Ansichten in der Fachwelt heraus. So halten viele Experten aus den Bereichen der Alten- und Suchthilfe, die im Rahmen einer Studie befragt wurden, Altenpflegeeinrichtungen eher für ungeeignet, zum einen da die Drogenabhängigen mit einem wesentlich jüngeren Durchschnittsalter in die Einrichtung kommen würden als die „normalen“ Bewohner, und zum anderen weil die unterschiedlichen Lebensstile und Vorurteile zu Problemen führen könnten. Weitere Bedenken werden dahingehend geäußert, dass viele Heime in ihrer Strukturierung sehr unflexibel sind und somit eventuell nicht offen genug für die Wünsche der Bewohner sind. Allerdings konnte in der Praxis gezeigt werden, dass eine solche Unterbringung gut funktionieren kann – selbst bei schweren chronischen Erkrankungen, die zu der Abhängigkeit dazukommen – wenn die Versorgung an die Klientel angepasst wird (vgl. Vogt et al. 2010: 139f., 142).

Nach Dürsteler-MacFarland et al. müsste bei einer Aufnahme in ein „normales“ Pflegeheim bei Klienten mit andauernder Substitutionsbehandlung eine enge Zusammenarbeit zwischen Heim und Suchthilfe gewährleistet werden. Allerdings müsste auch geklärt

sein, wie das Heim zur weiteren Einnahme von Substituten denkt, wobei die Einrichtung dabei unter Umständen überfordert ist. Eine weitere Möglichkeit liegt in der Einrichtung von betreuten Wohngruppen. Zudem wäre auch über die Einrichtung von Pflegeheimen, welche speziell auf alternde Drogenabhängige spezialisiert sind, nachzudenken. Solche Einrichtungen würden vielleicht von den Betroffenen eher akzeptiert werden, jedoch würden die gesellschaftlichen Stigmata diesen Personen gegenüber weiter aufrecht erhalten werden. Somit gibt es zwar einige Möglichkeiten alternde (substituierte) Drogenabhängige unterzubringen, diese können jedoch mit Schwierigkeiten verbunden sein und erfordern eine große Unterstützung des Hilfesystems. Hier wäre auch die Schulung und Fortbildung der medizinischen und pflegerischen Angestellten zu nennen. Vor allem die Anbieter der Substitutionsbehandlung sollten hier ihr Wissen weitergeben, damit Vorurteile und Ängste abgebaut werden können. Von den im pflegerischen Bereich tätigen Einrichtungen kann die Suchthilfe wiederum im Bezug auf die Themen Altern, Sterben und Sterbebegleitung lernen (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011:114, 116).

Es sollten jedoch nicht die Potentiale und Ressourcen außer Acht gelassen werden, welche die älteren Drogenabhängigen mitbringen. Hier ist besonders die Veränderungsbereitschaft zu nennen, die Lebenserfahrung allgemein und die Bereitschaft sich um andere Menschen zu kümmern, was jedoch meistens innerhalb des Drogenmilieus nicht umgesetzt werden kann. Aufgrund dessen, dass es kaum Kontakte zur Normalgesellschaft gibt, wird dieses Potential bisher kaum genutzt. Zukünftig sollte deswegen auch über die Möglichkeiten einer ehrenamtlichen Arbeit von älteren Drogenabhängigen nachgedacht werden. Entgegen der Vorstellung, dass langjährige Drogenabhängige ausschließlich mit Resignation auf ihr restliches Leben blicken, haben nämlich viele den Wunsch ihr zukünftiges Leben zu verändern. Oftmals betreffen die Wünsche soziale Beziehungen oder auch die Aufnahme einer Arbeit. Verallgemeinernd kann gesagt werden, dass der Wunsch besteht einem „normalen“ Alltag nachzugehen, auch wenn dies oftmals in dieser Form nicht mehr realisierbar ist (vgl. Eppler et al. 2011:198f. & Hößelbarth et al. 2011: 163 & Vogt et al. 2010: 9).

Abschließend lässt sich resümieren, dass im Aufeinandertreffen der vielschichtigen Problemlagen das Dilemma des Hilfesystems verdeutlicht wird: Die „normalen“ Seniorenangebote werden als unpassend für die älteren Drogenabhängigen empfunden, jedoch

passen sie auch nicht mehr in das klassische Angebot der Sucht- und Drogenhilfe und zur Altenhilfe passen die Abhängigen noch weniger. Es fehlt momentan eindeutig noch an, auf die Betroffenen zugeschnittenen, Angeboten. Letztlich sind aufgrund des komplexen Hilfebedarfs der Betroffenen viele verschiedene Akteure des Pflege-, Gesundheits-, und Suchthilfesystems gefordert. Hier müsste auch die Finanzierung dringend geklärt werden. Hilfreich dafür wären Studien innerhalb von Deutschland, in denen der genaue Versorgungsbedarf erfasst werden würde und zusätzlich auch die Wünsche der Betroffenen in Erfahrung gebracht werden würden (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 125 & Eppler et al. 2011: 198).

## **5. Abhängigkeitserkrankungen von legalen Suchtstoffen im Alter**

Nachdem im letzten Kapitel die Situation der älteren opiatabhängigen Drogenkonsumenten geschildert wurde, widmet sich dieses Kapitel den älteren Abhängigen von legalen Suchtstoffen. Bevor mögliche Ursachen für eine Abhängigkeitserkrankung im Alter benannt werden, soll zunächst auf die Anzahl der Betroffenen Bezug genommen werden.

### ***5.1 Die Verbreitung der Abhängigkeit von legalen Suchtstoffen innerhalb der älteren Bevölkerungsschicht***

In diesem Unterkapitel soll ein Überblick über die Verbreitung von Medikamenten-, Tabak-, und Alkoholabhängigkeit innerhalb der älteren Bevölkerungsgruppen gegeben werden. Dazu werden zunächst die epidemiologischen Angaben für den jeweiligen Suchtstoff einzeln betrachtet, bevor im weiteren Verlauf noch einmal speziell auf die Situation in Alters- und Pflegeheimen eingegangen wird. Zuletzt wird auf einige Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Datenerhebung Bezug genommen, da es hierdurch zu einer maßgeblichen Beeinflussung der vorhandenen Angaben kommt.

#### ***5.1.1 Epidemiologie der Medikamentenabhängigkeit bei Älteren***

Die Gefahr, dass eine ältere Person eine Medikamentenabhängigkeit entwickelt, entsteht vor allem dann, wenn sie über einen längeren Zeitraum oder dauerhaft Medikamente mit einem Abhängigkeitspotenzial einnimmt. Bei der Nutzung von Medikamenten

kommt es mit steigendem Alter auch zu einem steigenden Gebrauch. Zudem bekommen Frauen insgesamt Medikamente häufiger verschrieben als Männer. Gründe dafür sind, dass Frauen häufiger Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, zum Arzt gehen und dort ihr psychisches Befinden auch eher kommunizieren als Männer (vgl. DHS 2011: 38f. & Niekrens 2012: 45).

Bei ca. 5% der häufig verschriebenen Medikamente besteht ein Abhängigkeitspotenzial, weswegen dieses Risiko bei der Verschreibung beachtet werden muss. Allerdings wird geschätzt, dass ca. 1/3 dieser Medikamente langfristig verordnet werden (teilweise auch, um Entzugerscheinungen zu vermeiden) und das Abhängigkeitsrisiko somit nicht ausreichend berücksichtigt wird. Zu dieser Medikamentengruppe können opiathaltige Schmerzmittel, aufputschende Mittel und Beruhigungs- und Schlafmittel, welche Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine enthalten, gezählt werden. Beruhigungs- und Schlafmittel stellen dabei die Gruppe der am häufigsten zu Abhängigkeit führenden Medikamente dar. Zusätzlich zur Verwendung als Beruhigungs- und Schlafmittel werden sie auch bei Rückenschmerzen durch Muskelverkrampfungen verschrieben. Obwohl in den letzten Jahren das hohe Abhängigkeitspotenzial bekannt wurde und Ärzte seitdem vermehrt auf andere Medikamente ausweichen, werden Benzodiazepine immer noch sehr häufig verschrieben. Hieraus ergibt sich eine große Bedeutung dieser Medikamentengruppe für die Medikamentenabhängigkeit. Schlafmittel aus dieser Gruppe enthalten meistens eine sehr lange Wirkdauer. Sie sind sehr gefährlich und sollten an über 65-Jährige gar nicht mehr verschrieben werden. Schon nach einer kurzen Zeit von wenigen Wochen kann eine Abhängigkeit entstehen, in deren Verlauf Entzugerscheinungen auftreten, die sich genauso wie die Beschwerden äußern, gegen die das Mittel eigentlich helfen soll. Infolgedessen wird die Abhängigkeit als solche oft nicht erkannt und das Mittel sogar noch weiterhin verschrieben. Insgesamt sind die meisten älteren Menschen, die an Benzodiazepinabhängigkeit leiden, von einer sogenannten Low-dose-Abhängigkeit betroffen. Das bedeutet, dass es nicht zu einer Erhöhung der Dosis kommt, sondern über Jahre eine gewisse, meist niedrigere Dosis auf einem gleichbleibenden Level eingenommen wird (vgl. DHS 2011: 42f.).

Laut der DHS liegt wahrscheinlich bei ca. 10% der über 60-Jährigen, also bei ca. 2 Millionen Menschen, ein problematischer Konsum von psychoaktiven Medikamenten und Schmerzmitteln vor (vgl. ebd.: 6).

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 wurden bundesweit 9084 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren per Post, Telefon oder Internet zu ihrem Konsum von verschiedenen Substanzen (Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen) innerhalb der letzten 30 Tage befragt, wobei sich die Antwortrate auf 53,6% belief. Als ein Vorteil des ESA im Gegensatz zu anderen Befragungen wird die differenzierte Betrachtung der Konsummuster und Störungen angegeben. Die Befragung nach dem Medikamentenkonsum ergab in der relevanten Altersgruppe von 60 - 64, dass bei 2,6% von einer Abhängigkeit von Schmerzmitteln auszugehen ist. Von Schlafmitteln waren 0,2% der Befragten von 60 – 64 abhängig und von Beruhigungsmitteln 0,8%. Im Vergleich dazu wurden die höchsten Werte für eine Medikamentenabhängigkeit bei der Gruppe der 40- bis 49-jährigen festgestellt: 4,5% waren abhängig von Schmerzmitteln, 1,0% von Schlafmitteln und 1,8% von Beruhigungsmitteln. Bei der letztgenannten Substanzgruppe ist aufgrund des demographischen Wandels davon auszugehen, dass die Zahl der älteren Abhängigen in Zukunft zunehmen wird. Bisher sind vor allem Frauen betroffen (vgl. DHS 2011: 47 & Pabst et al. 2013: 321f., 327).

### *5.1.2 Epidemiologie der Alkoholabhängigkeit bei Älteren*

In epidemiologischen Studien gab es in der Vergangenheit eine Altersbeschränkung, welche ältere Menschen nicht mit einschloss. Laut Seitz, Oswald und Pöschl wurde als Begründung die zu geringe Krankheitshäufigkeit und eine schwere Erreichbarkeit dieser Altersgruppe angegeben (vgl. Seitz et al. zit. nach Hapke et al. 2009: 282).

Auch bis heute liegen kaum repräsentative Daten zum Alkoholkonsum von älteren Menschen vor, da bei Umfragen der Fokus eher auf Jugendliche und junge Altersgruppen gelegt wird. So werden im Epidemiologischen Suchtsurvey erst seit 2006 die 60- bis 64-Jährigen aufgeführt, wobei die darüber liegenden Altersgruppen weiterhin nicht mit einbezogen werden (vgl. DHS 2011: 20).

Die DHS gibt an, dass ca. 25% der Männer und 19% der Frauen über 60 täglich mehr Alkohol trinken, als die empfohlene Richtlinie eines risikoarmen Konsums für Menschen im mittleren Alter vorgibt, sodass bei diesen Menschen die Wahrscheinlichkeit für viele Erkrankungen ansteigt. Mögliche Folgen eines schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsums bei älteren Menschen können u.a. wiederholte Stürze, das Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit, Lebererkrankungen bis hin zu hirnorganischen Schädigung-

gen sein. Dennoch sind die Zahlen des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit in dieser Altersgruppe vergleichsweise gering und rückläufig. Dies liegt daran, dass aufgrund der verringerten körperlichen Verträglichkeit von Alkohol viele Menschen ihren Konsum freiwillig reduzieren, darunter auch Personen, bei denen in der Vergangenheit ein missbräuchliches Konsummuster vorlag. Ein weiterer wichtiger Grund ist die erhöhte Sterblichkeitsrate, da Menschen mit jahrelanger Alkoholabhängigkeit vergleichsweise häufiger schon vor dem 60. Lebensjahr sterben (vgl. DHS 2011: 23 & Feuerlein et al. 1998: 115 & Mader; Gaßmann 2006: 8).

Die Schätzungen im Bereich der Alkoholabhängigkeit und des Alkoholmissbrauchs belaufen sich nach Angaben der DHS auf eine Rate von 2 - 3% männlichen Betroffenen und 0,5 – 1% weiblichen Betroffenen bei den über 60-jährigen (in absoluten Zahlen ca. 400.000).

Beim Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2012 wurde auch nach dem Konsummuster des Rauschtrinkens gefragt, welcher vorliegt, wenn innerhalb der letzten 30 Tage an einem Tag mindestens 5 Gläser Alkohol getrunken wurden. Obwohl die Rate des Rauschtrinkens bei den alkoholkonsumierenden 18- bis 20-Jährigen mit 57,7% deutlich höher ist, liegt sie bei den alkoholkonsumierenden 60- bis 64-Jährigen trotzdem noch bei 23,0%. Von einem Alkoholmissbrauch nach dem DSM-IV konnte 2012 bei 0,8% der befragten 60- bis 64-Jährigen gesprochen werden. Bei 1,1% der befragten 60- bis 64-Jährigen lag die Diagnose für eine Alkoholabhängigkeit vor. Verglichen mit den übrigen Altersgruppen stellen diese Werte die geringsten für eine Alkoholabhängigkeit und einen -missbrauch dar (vgl. DHS 2011: 6 & Pabst et al. 2013: 323ff.).

Als besonders problematisch ist die Verschreibung von Benzodiazepinen an ältere Alkoholabhängige zu bewerten. Die normalen Nebenwirkungen und unerwünschten Wirkungen der Medikamente und des Alkohols verstärken sich und es kann Stürzen kommen, die beispielsweise bei einem schwer heilendem Bruch der Hüfte zu einem langen Krankenhausaufenthalt und letztendlich zur Pflegebedürftigkeit führen können. Auch wenn mit der Verabreichung von Benzodiazepinen bei Alkoholabhängigen Schlafstörungen und Angstsymptome behandelt werden, damit eine Abstinenz eher beibehalten werden kann und sich die Lebensqualität verbessert, sollte dennoch eine strenge Risiko-Nutzen-Abwägung erfolgen, bei der auch für ältere Menschen nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten stärker in Betracht gezogen werden.



Bezogen auf die Entwicklung in den nächsten Jahren ist anzunehmen, dass ähnlich wie bei der Medikamentenabhängigkeit die Zahlen der älteren Menschen mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit aufgrund des demographischen Wandels steigen werden. Es könnte zudem bei den weiblichen Älteren zu einem Anstieg des Prozentsatzes kommen, da mit ihnen die erste Generation Frauen alt wird, die in der Vergangenheit angefangen hat Alkohol und Tabak praktisch genauso selbstverständlich zu konsumieren wie Männer (vgl. DHS 2011: 23f. & Glaeske; Schick Tanz 2011: 9, 71).

### *5.1.3 Epidemiologie der Tabakabhängigkeit bei Älteren*

Aus bundesweiten oder repräsentativen Studien liegen im Jahr 2006 noch keine Daten darüber vor, wie viele alte Menschen von einer Tabakabhängigkeit betroffen sind. Aussagen beziehen sich vor allem auf den Tabakkonsum an sich: So rauchen laut Mikrozensus 2013, für den 79,6% der deutschen Bevölkerung Auskünfte über ihre Rauchgewohnheiten gegeben haben, insgesamt 24,5% aller befragten Altersstufen. Bei den über 60-Jährigen kann festgestellt werden, dass der Raucheranteil mit steigendem Alter abnimmt, so rauchen unter den Befragten 60- bis 65-Jährigen 22%, während bei den Personen über 75 nur noch 5,2% rauchen. In der Gruppe der 65- bis 70-Jährigen rauchten 15,8%, bei den 70- bis 75-Jährigen 10,3%.

Die vom Robert-Koch-Institut von 2008 bis 2011 durchgeführte Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) ergab für die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen, dass unter ihnen 8,9% der Frauen und 11,6% der Männer rauchen, wobei der Anteil der starken Raucher bei 1,5% (Frauen) und 2,4% (Männer) liegt.

Bezogen auf den Tabakkonsum ergab die Befragung des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 für die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen, dass 38,9% der Befragten Starkraucher sind, d.h. mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen. Dieser Wert ist verglichen mit den anderen Altersgruppen der höchste. Die 12-Monats-Prävalenz der Tabakabhängigkeit im Jahr 2012 gibt für die Befragten von 60 bis 64 einen Wert von 7,4% an. Vogt macht darauf aufmerksam, dass Personen, die über Jahrzehnte hinweg rauchen, mit erheblichen gesundheitlichen Problemen und dem frühzeitigen Tod rechnen müssen. Allerdings gibt es auch einen sogenannten „harten Kern“ von Personen, die einmal mit dem Rauchen angefangen nicht mehr aufgehört haben und sich jetzt in den höheren Altersgruppen wiederfinden lassen. Es kann bei dieser Personengruppe davon ausgegangen werden, dass sie von Zigaretten abhängig sind. Jedoch wird die Abhängigkeit nicht

zum Lebensmittelpunkt sondern ist vielmehr Teil der eigenen Lebensweise, da das Rauchen von vielen Menschen als vergleichsweise wenig störend empfunden wird. Des Weiteren können die Zigaretten leicht und legal erworben werden. Dass der Anteil der Raucher mit steigendem Alter geringer wird liegt zum einen daran, dass mehr Menschen mit steigendem Alter aufhören zu rauchen und zum anderen, dass eine merklich erhöhte Sterblichkeit bei den Personen vorliegt, die schon seit Jahrzehnten rauchen. In Zukunft dürfte die Anzahl der älteren Raucherinnen zunehmen, da jetzt erst die weibliche Generation alt wird, die mit dem Zigarettenrauchen angefangen haben, nachdem dies gesellschaftlich langsam geduldet wurde (vgl. DHS 2011: 60f. & DHS 2006: 191 & Lampert et al. 2013: 804 & Pabst et al. 2013: 325 & Statistisches Bundesamt 2015b: Online-Resource & Vogt 2011b: 43).

#### ***5.1.4 Abhängigkeitserkrankungen in Alten- und Pflegeheimen***

Im Rahmen einer bundesweiten repräsentativen Studie wurde auf der Grundlage einer Stichprobe die Prävalenz von alkoholbezogenen Störungen bei Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen untersucht. Zu den alkoholbezogenen Störungen gehören neben der Abhängigkeit u.a. auch die Alkoholdemenz oder das Korsakow-Syndrom.

Durchschnittlich lagen bei 5,8% der Bewohner eine alkoholbezogene Störung vor, wobei es zwischen den Pflegeheimen große Unterschiede gab: Bei manchen lag der Wert bei 0% und bei anderen waren 31% der Bewohner betroffen. Allerdings lag die Abhängigkeit bei diesen Menschen meistens schon vor dem Einzug in das Pflegeheim vor. Zusätzlich litten viele von ihnen unter irreversiblen Schädigungen, sowohl die Psyche als auch die kognitiven Fähigkeiten betreffend. Einen riskanten Alkoholkonsum betrieben noch 1,3% der Bewohner. Insgesamt kamen der aktuelle Alkoholkonsum, egal ob moderat oder riskant, und die Diagnosen zur Abhängigkeit wesentlich häufiger bei den männlichen Bewohnern vor als bei den weiblichen. Es kann ausgehend von den Ergebnissen der Studie vermutet werden, dass eine alkoholbezogene Störung weniger als Folge des Heimeinzugs zu sehen ist, sondern vielmehr den Grund darstellt, warum die Betroffenen früher in eine solche Pflegeeinrichtung einziehen müssen.

Zusätzlich gab es einige Merkmale, welche die Bewohner mit einer Diagnose signifikant von denen ohne Diagnose unterschieden: Mit einem Durchschnittsalter von 70,4 Jahren waren die Bewohner mit alkoholbezogener Störung um einiges jünger als die restlichen Bewohner, wobei auch das Alter beim Heimeintritt wesentlich niedriger war.

Des Weiteren lebten sie sozial isolierter, da sie weniger Kontakte außerhalb des Heimes hatten. Zusätzlich konsumierten sie häufiger Alkohol als die anderen Bewohner. Bezogen auf den gesundheitlichen Zustand wurden bei den Bewohnern mit alkoholbezogenen Störungen wesentlich häufiger Lebererkrankungen (17,8 % gegenüber 1,5%) und Krankheiten des Verdauungssystems (32 % gegenüber 19,5 %) festgestellt. Dies ist auf den meist chronischen Krankheitsverlauf der Abhängigkeit zurückzuführen.

Allerdings könnte die Anzahl an Pflegeheimbewohnern mit einer Alkoholdiagnose auch größer ausfallen, da die Ergebnisse auf den Aussagen der Heimmitarbeiter beruhen. Hinzu kommt, wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, dass Alkoholstörungen bei älteren Menschen teilweise von Seiten der Ärzte nicht richtig erkannt werden, sodass davon auszugehen ist, dass nur die schwereren Fälle angegeben wurden (vgl. Schäufele et al. 2009: 292, 294ff., 298ff.).

Eine weitere repräsentative Untersuchung des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg beschäftigte sich mit der Anzahl an suchtmittelabhängigen Älteren in der stationären und ambulanten Pflege, sowie dem Umgang der Einrichtungen mit dieser Problematik. Zusätzlich sollte der Hilfebedarf der Einrichtungen ermittelt werden. Allerdings wurde in der Befragung der Mitarbeiter absichtlich nicht nach dem Vorkommen eines Missbrauch oder einer Abhängigkeit gefragt, welche der Definition entsprechen, sondern umgangssprachlich nach „Suchtproblemen“ oder „Probleme mit Alkohol oder Medikamenten“. Damit sollte verhindert werden, dass es zu Pseudogenauigkeiten kommt bei Befragten, die mit dem Definitionskonstrukt nicht genau bewandert sind (vgl. Kuhn; Haasen 2009: 9 Online-Ressource).

Insgesamt schickten 20% der angefragten Einrichtungen den Fragebogen ausgefüllt zurück, dabei handelt es sich um insgesamt 1002 Einrichtungen. Die Ergebnisse zeigten, dass in ca. 80% der befragten Einrichtungen Personen mit einem Abhängigkeitsproblem betreut werden, unabhängig davon, ob es sich um stationäre oder ambulante Einrichtungen handelt. Durchschnittlich machte die Personengruppe mit Abhängigkeitsproblem 14% der Bewohnerschaft bzw. der zu Pflegenden aus. Bei Einrichtungen, die viele zu Betreuende unter 70 Jahren hatten, wurde ein höherer Prozentsatz für Personen mit Suchtproblem angegeben, als bei Einrichtungen mit vielen Bewohnern über 70. Dies scheint auch daran zu liegen, dass bei alten Menschen mit hochgradiger Demenz der Alkohol gewissermaßen „vergessen“ wird und sich das Suchtproblem somit von selbst erledigt. Die Tatsache, dass 61% der Personen mit Alkoholproblemen männlich sind und

73% der Personen mit Medikamentenproblem weiblich sind, bestätigt die allgemein bekannten Geschlechterunterschiede bei Abhängigkeitserkrankungen.

Auffällig ist, dass vom Pflegepersonal häufiger ein Problem im Umgang mit Medikamenten oder Alkohol wahrgenommen wird, als die ärztlichen Diagnosen angeben. Obwohl das Pflegepersonal keine genaue Diagnose stellt, sollte diesem Ergebnis dennoch Beachtung geschenkt werden, da von Seiten der Einrichtungen sehr oft eine mangelnde Kooperationsbereitschaft der Ärzte angegeben wurde. Auch im Hinblick auf die Diagnoseinstrumente der Ärzte wäre es vielleicht sinnvoll, weniger die Diagnosen selbst in den Fokus zu stellen, sondern Auffälligkeiten wie Stürze, depressive Stimmungen und sozialer Rückzug auf die dahinterliegenden Konsummuster zu untersuchen und sie nicht nur als rein alterstypische Beschwerden zu deklarieren. Die befragten Einrichtungen gaben sehr häufig an, dass Angehörige sich wenig kooperationsbereit zeigen, wenn ein Abhängigkeitsproblem vorliegt und der tatsächliche Umfang zudem oftmals verschleiert wird.

Im Bezug auf den Umgang mit Suchtproblemen zeigen sich einige Defizite: So geben 74,8% der ambulanten Einrichtungen und 50% der stationären Einrichtungen an, sich aufgrund von zu wenig Zeit nicht angemessen um Personen mit Suchtmittelproblemen kümmern zu können. 38,4% der vollstationären Einrichtungen und 26,9% der ambulanten Pflegeeinrichtungen besitzen Konzepte für den Umgang mit solchen Personen. Trotz dessen, dass zwei Drittel kein geeignetes Konzept besitzen, benennen nur ca. ein Drittel der Einrichtungen einen Bedarf bei der Unterstützung. Dies könnte daran liegen, dass die Mitarbeiter einer Behandlung der Sucht in so einem hohen Alter skeptisch gegenüber stehen. So befürworteten auch nur 50% der Befragten eine Suchtbehandlung in diesem Alter. Auch wenn man es bei Altenpflegeeinrichtungen vielleicht anders erwarten würde, wird die Abstinenz oder der komplette Entzug von Psychopharmaka nicht immer als die beste Lösung erachtet. Vielmehr gehen die Überlegungen in Richtung schadensmindernder und schadensvermeidender Interventionen. Drei Viertel der Einrichtungen halten die Ausbildung ihres Personals im Bezug auf die Unterstützung von Personen mit Suchtproblem für nicht ausreichend. Überraschenderweise wird das Suchthilfesystem dennoch nicht als Ansprechmöglichkeit wahrgenommen oder genutzt. Folglich kann gesagt werden, dass von Seiten der Einrichtungen aus einer relevanten Klientengruppe keine Zugangsmöglichkeit zu einer angemessenen Behandlung geboten wird. Allerdings ist hier anzumerken, dass auch die Suchthilfe nicht ausreichend auf diese neue Klientengruppe zugeht (vgl. ebd.: 13, 15ff., 22f., 26-29 Online-Ressource).

Es wurde deutlich, dass Abhängigkeitserkrankungen auch in Pflegeeinrichtungen eine Rolle spielen und das Personal teilweise vor besondere und neuartige Herausforderungen stellt.

Im Hinblick auf die allgemein ermittelten Werte für Abhängigkeitserkrankungen im Alter erscheint die Angabe der vom ZIS durchgeführten Erhebung mit 14% relativ hoch. Dies fällt auch im Vergleich zu der vorher erwähnten Studie auf, bei der der Anteil der Personen mit Abhängigkeitserkrankung bei 5,8% lag. Allerdings wurde dort zum einen nicht auf Medikamentenabhängigkeit eingegangen und zum anderen erfolgte der Hinweis, dass aufgrund von Diagnoseungenauigkeiten nur die schwereren Fälle erkannt wurden. Zudem darf nicht vergessen werden, dass das Pflegepersonal einen intensiveren Kontakt zu den Bewohnern und zu betreuenden Personen hat, sodass ihren Einschätzungen genug Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Die Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass prozentual gesehen in Altenpflegeeinrichtungen häufiger Personen mit einer Abhängigkeit angetroffen werden können, wobei die Abhängigkeit oftmals schon vor dem Eintritt ins Heim bestand und somit nicht davon ausgegangen werden kann, dass Abhängigkeitserkrankungen per se erst in und durch den Einzug in eine Pflegeeinrichtung entstehen.

Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass die Diagnoseverfahren verbessert werden müssten, um eine gesicherte Aussage darüber treffen zu können, ob in Privathaushalten oder Pflegeeinrichtungen die Anzahl an Betroffenen größer ist.

### ***5.1.5 Schwierigkeiten bei der Datenerhebung***

Die Aufführung der Datenlage zur Medikamenten-, Alkohol-, und Tabakabhängigkeit hat gezeigt, dass sich die Erfassung der genauen Zahlen von älteren und alten Betroffenen schwierig gestaltet.

Auch Wolter macht darauf aufmerksam, dass die genauen Zahlen nur schwer erfasst werden können, da die Diagnosekriterien für ältere Menschen teilweise ungeeignet sind und es trotz der Abhängigkeitsdefinitionen des ICD und DSM immer noch unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, wann eine Abhängigkeit beginnt. Ebenso dürften seiner Meinung nach die verwendeten unterschiedlichen Methoden bei Befragungen eine große Rolle spielen, da es einen Unterschied macht, ob man Telefonumfragen durchführt, bei denen die Fragen nicht sonderlich in die Tiefe gehen, oder ob eine andere Methode gewählt wird. Außerdem muss die Repräsentativität in Frage gestellt werden,

wenn z.B. nur Personen in Privathaushalten befragt werden und Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen außer Acht gelassen werden (vgl. Wolter 2011a: 74).

Als weiteres Beispiel kann der in diesem Kapitel angeführte Epidemiologische Suchtsurvey genannt werden. Da die höchste befragte Altersgruppe die der 60- bis 64-Jährigen darstellt, sagen die ermittelten Ergebnisse nur bedingt etwas über die Verteilung von Abhängigkeitserkrankungen unter alten Menschen aus. Auch wenn die Zahlen für Abhängigkeitserkrankungen unter der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen im Vergleich zu den jüngeren Altersstufen eher gering erscheinen, kann aufgrund der nicht mit einbezogenen darüber liegenden Altersstufen nicht ausgeschlossen werden, dass Abhängigkeitserkrankungen im Alter nicht doch ein größeres Problem darstellen als angenommen. Zudem ist davon auszugehen, dass aufgrund der oberen Altersbeschränkung bei 64 Jahren Bewohner von Alters- und Pflegeheimen, die eine nicht zu vernachlässigende potentielle Risikogruppe darstellen, unterrepräsentiert sein dürften.

## ***5.2 Ursachen für Abhängigkeitserkrankungen von legalen Suchtstoffen im Alter***

In der Wissenschaft wird häufig eine Unterscheidung in early- und late-onset Abhängige herangezogen, also zum einen ältere Personen, die schon in früheren Lebensjahren abhängig wurden (early-onset) und zum anderen ältere Menschen, die erst im höheren oder hohen Lebensalter eine Abhängigkeit entwickelt haben (late-onset). Etwa zwei Drittel der alkoholabhängigen Älteren gelten als „early-onset“ Trinker und ca. ein Drittel als „late-onset“ Trinker. Bei den Personen, die zu der Gruppe der „early-onset“ Abhängigen gezählt werden können, besteht der missbräuchliche oder abhängige Alkoholkonsum schon seit vielen Jahren. Des Weiteren verfügen sie über schlechtere soziale Netzwerke und sind häufig geschieden oder alleinstehend. Darüber hinaus haben sich im Vergleich zu den Späteinsteigern aufgrund des jahrelangen schädlichen oder abhängigen Konsums erhebliche kognitive Beeinträchtigungen herausgebildet. Auch die Therapiediagnosen sind vergleichsweise pessimistischer als bei den Älteren, die erst im Rentenalter eine Abhängigkeit entwickelt haben. Insgesamt können sich bei dieser Gruppe mit fortschreitender Zeit die Folgen des Konsums häufen und jetzt im Alter zu großen Problemen führen. Dem „late-onset“ Typ werden entsprechend eher Charakteristika wie eine stabilere Persönlichkeit, seltener exzessives Trinken, eine bessere soziale

Integration und insgesamt auch bessere Therapiechancen zugeordnet (vgl. Bräuer 2014: 38 & DHS 2011: 25 & Wolter 2011a: 146).

Aufgrund dieser Einteilung in die eben beschriebenen Gruppen, ist es sinnvoll auch die möglichen Ursachen getrennt zu betrachten. Dementsprechend wird zunächst auf die Suchtentstehung im Allgemeinen eingegangen werden. Da jedoch die Ursachen für eine Abhängigkeitserkrankung im Alter bisher weniger erforscht wurden und für die vorliegende Arbeit eine größere Relevanz besitzen, sollen diese ausführlicher betrachtet werden.

### ***5.2.1 Zur Entstehung einer Abhängigkeit im Allgemeinen***

Heutzutage ist der Konsum von Alkohol praktisch allgegenwärtig und es gibt viele Situationen des Beisammenseins in denen erwartet wird, dass man ebenfalls Alkohol konsumiert, es besteht also gewissermaßen fast schon ein gesellschaftlicher Trinkzwang. Es gibt ebenfalls viele Personen, die Schmerzmittel einnehmen und dennoch werden nicht alle Menschen davon abhängig. Dies zeigt, dass eine Droge alleine nicht ausreicht, um eine Abhängigkeit auszulösen, sodass auch individuelle Faktoren zum Tragen kommen müssen. In der Fachwelt gibt es eine Vielzahl an Modellen und Theorien, welche die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen zu erklären versuchen. Dennoch gelingt es meistens nicht alle Aspekte, die zu einer Entstehung beitragen können, befriedigend zu erklären. Als Reaktion darauf entstanden in den letzten Jahren multifaktorielle Ansätze, welche Hypothesen aus den verschiedensten Erklärungsmodellen einzuschließen versuchen (vgl. Türk; Bühringer 1999: 583 & Zerbin-Rüdin 1985: 1).

Generell kann von einer größeren Gefahr ausgegangen werden, wenn jemand in einem sehr negativen emotionalen Zustand Drogen konsumiert und deren Wirkung auf den Gemütszustand als sehr positiv erlebt. Bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung sind auch neurobiologische Vorgänge relevant, wobei hier vor allem das dopaminerge Belohnungssystem zu nennen ist. Dieses wird im Allgemeinen durch die sogenannten natürlichen Verstärker („natural highs“) aktiviert. Zu diesen Verstärkern gehören ganz grundsätzliche Aktivitäten wie die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit, Sex und das Fürsorgeverhalten von Eltern. Weitere Ereignisse, die als belohnend wahrgenommen werden, sind Erfolgserlebnisse, z.B. beim Sport, kulturelle Genüsse wie das Hören von Musik, und das Beenden einer unangenehmen Situation. Daraufhin wird Dopamin ausgeschüttet. Beim Konsum von Drogen erfolgt eine andere Stimulation der jeweiligen

Rezeptoren, oftmals werden die Dopamine nämlich schneller und angenehmer ausgeschüttet als durch die natürlichen Verstärker. Die Wirkung von Drogen auf das dopaminerge Verstärkungssystem ist in größerem Maß belohnend als die Wirkung von den bereits erwähnten „natural highs“. Zudem handelt es sich gewissermaßen um eine Belohnung, für die der Konsument nichts tun musste bzw. die er sich nicht erarbeiten musste, sodass diese Vorgehensweise umso verführerischer erscheint. Das Belohnungssystem verknüpft die Effekte, welche die Drogen auf neuronaler Ebene auslösen, mit der bewussten Wahrnehmung des Menschen, sodass sich eine abhängige Verhaltensweise herausbilden kann.

Allerdings lässt sich die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen nicht nur mit den neurobiologischen Vorgängen allein erklären, sondern mit dem Zusammenwirken von verschiedenen Faktoren. Genauer gesagt kommen substanzspezifische, individuelle und soziale Faktoren bzw. Faktoren der Umwelt zum Tragen. Für die Substanzen gilt, dass sie zwar durch eine ähnliche Wirkungsweise auf das Belohnungssystem im Gehirn ausgezeichnet werden, aber darüber hinaus viele Unterschiede aufweisen, wie z.B. das Risiko für eine körperliche Abhängigkeit oder die Schädigung von Organen. Die individuellen Faktoren beziehen sich sowohl auf genetische Aspekte als auch auf Gesichtspunkte der Sozialisationsgeschichte. Es gibt in dem Sinne keine typische „Suchtpersönlichkeit“, die im Voraus festgelegt ist, aber es gibt Persönlichkeitsmerkmale, die mit einer Abhängigkeit in Verbindung gebracht werden, wobei hier zu hinterfragen ist, ob diese Merkmale die Abhängigkeit mit verursachen oder nur Folgen der Abhängigkeitserkrankung sind. Zu den Umweltfaktoren gehört der nähere Sozialraum, also Familie, Schule oder Arbeit, Gleichaltrige (peer-groups) und Freizeitgruppierungen. Im weiter gefassten Sinne werden zu den sozialen Faktoren auch soziale Normen und Regeln gezählt, sowie die Verfügbarkeit von Drogen und die Zugangsmöglichkeiten zu ihnen. Dabei wird die Verfügbarkeit und das Angebot von Substanzen wie Alkohol oder Tabak von vielen Aspekten beeinflusst, wie den Gesetzen über Herstellung und Vertrieb der Substanzen, Werbung, Jugendschutz und der Preispolitik. Des Weiteren ist es entscheidend, wie Drogenkonsum gesellschaftlich bewertet wird und wie Rauschzustände sanktioniert werden. Auch die Medien stellen einen Teil der Umweltfaktoren dar: So kann mithilfe von Massenmedien sowohl für Substanzen wie Tabak, Medikamente und Alkohol geworben werden, als auch auf präventive Maßnahmen aufmerksam gemacht werden. Bei ersterem wird die Substanz als etwas Positives und als Teil eines attraktiven und erstrebenswerten Lebensstils dargestellt.



Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass dieses komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren oft als „Suchtdreieck“, bestehend aus Person – Droge – Umwelt, dargestellt wird, wobei es für jeden dieser Bereiche Risiko- und Schutzfaktoren geben kann (vgl. Feuerlein et al. 1998: 74f., 90 & Wolter 2011a: 56, 66, 88).

### ***5.2.2 Zur Entstehung einer Abhängigkeit im Alter***

Seit einigen Jahren kristallisiert sich heraus, dass es auch Personen gibt, die erst im höheren und hohen Alter (ab 50) in eine Sucht hineinwachsen und einen problematischen oder abhängigen Konsum – meistens im Bezug auf Alkohol – entwickeln. Zur Zeit ist nichts darüber bekannt, ob es beim Zigarettenkonsum eine nennenswerte Anzahl von Späteinsteigern gibt. Dementsprechend besteht auch kein Wissen darüber, wie sich in diesem Fall das Konsumverhalten weiterentwickeln könnte (vgl. Vogt 2011b: 33, 43). Im Folgenden wird aus diesem Grund nur auf mögliche Ursachen für die Entstehung einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit eingegangen werden.

Laut Schnoz et al. lässt sich auch bei einer im Alter entstandenen Abhängigkeitserkrankung nicht eine eindeutige altersspezifische Ursache oder eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur, welche alle Betroffenen besitzen, ausmachen. Bei der Auflistung von möglichen Ursachen sollte des Weiteren beachtet werden, dass die Forschung sich in diesem Bereich erst am Anfang befindet, sodass hier nicht von einer Vollständigkeit ausgegangen werden kann (vgl. Schnoz et al. 2006: 10 Online-Ressource).

Bei einer Längsschnittstudie wurden zwei Gruppen von Männern begleitet: Zum einen Männer, die während der Studie in Rente gegangen sind und zum anderen Männer, die weiterhin arbeiteten. Auch hier wurde untersucht, wie sich der Eintritt in die Rente auf den Alkoholkonsum auswirkt. Die Studie ergab, dass die Gruppe der Rentner durchschnittlich nicht mehr Alkohol konsumierte als die andere Gruppe. Allerdings hatte sich bei den Rentnern die Variabilität des Konsums ausgeweitet: Es gab mehr Extreme zwischen Personen, die gar nicht tranken oder extrem tranken. Des Weiteren konnte beobachtet werden, dass die alkoholbezogenen Probleme und Phasen des schweren Trinkens unter den Rentnern zunahm im Vergleich zu den Nichtrentnern. Die Forscher schreiben das größere Risiko dem Statusverlust und dem Verlust des Selbstwertgefühls zu, sowie den häufigeren Möglichkeiten zum Trinken in Kombination mit der angestiegenen Freizeit (vgl. Ekerdt et al. zit. nach Neve et al. 2000: 166).

Bei einer anderen, in den Niederlanden durchgeführten Studie, wurde untersucht, inwiefern die Veränderung von sozialen Rollen von Personen – beispielsweise die soziale Rolle auf der Arbeit, in der Familie usw. - zu einem veränderten und auch problematischen Alkoholkonsum führt. Hierzu wurden über einen Zeitraum von neun Jahren Daten gesammelt und ausgewertet. Außerdem wurden altersspezifische Rollenveränderungen betrachtet, sowohl bei jüngeren, als auch bei älteren Menschen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rollenveränderungen bei älteren Menschen nicht so klare und statistisch signifikante Auswirkungen besitzen wie die Rollenveränderungen bei jüngeren Menschen, wenn sie beispielsweise Heiraten oder Eltern werden. Dennoch wird der Eindruck erweckt, dass ein Rollenverlust im Alter (Eintritt in die Rente, Verlust des Partners und damit einhergehender Verlust der eigenen Partnerrolle) in dieser Studie mit einer Abnahme des Alkoholkonsums einhergeht. Auch die alkoholbezogenen Probleme nahmen mit dem Eintritt in die Rente ab, solange der Konsum kontrolliert wurde. Zusätzlich wurde untersucht, ob die Veränderung von einem strukturierten Alltag zu einem weniger strukturierten Tagesablauf aufgrund eines Rollenverlusts zu einem anderen Trinkverhalten führt. Gerade bei älteren Menschen würde man erwarten, dass die Berentung oder der Tod des Partners und der damit veränderte und auch weniger strukturierte Alltag zu einem Anstieg an alkoholbezogenen Problemen führt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten jedoch auf, dass in diesem Zusammenhang kein erhöhtes Risiko für alkoholbezogene Probleme bei Älteren besteht und widersprechen somit sogar den Ergebnissen anderer Studien, wie beispielsweise der am Anfang kurz erwähnten Untersuchung. Die Autoren des Artikels, Neve et al. vermuten, dass das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu selteneren Trinkgelegenheiten im Bezug auf die sozialen Rollen führt: So hat man zum einen nicht mehr den sozialen Druck beim Trinken mit jüngeren Kollegen mithalten zu müssen und zum anderen gibt es keine festlichen Ereignisse mehr im Zusammenhang mit der Arbeit. Allerdings hat die Studie nicht den Konsum von Schlaf-tabletten und anderen Medikamenten einbezogen, welche auch die Gebrechlichkeit erhöhen und mit Alkoholkonsum in Verbindung stehen können. Es besteht definitiv noch Bedarf, in diesem Bereich genauer zu forschen und widersprüchliche Forschungsergebnisse einem prüfenden Blick zu unterziehen. So darf auch nicht vergessen werden, dass bei einer solchen Studie u.U. nicht alle relevanten sozialen Rollen für Ältere, wie z.B. auch die Rolle als Großvater, mit einbezogen wurden (vgl. Neve et al. 2000: 163f., 176).

Im Folgenden sollen nun weitere mögliche Ursachen betrachtet werden.

Zunächst einmal kann festgehalten werden, dass es auch stark von individuellen Faktoren abhängt, wie ein Mensch mit den spezifischen zu bewältigenden Aufgaben des Alters umgeht. So kommen bei einem kritischen Ereignis mögliche, schon vor dem Ereignis existierende gesundheitliche und psychosoziale Belastungen zum Tragen, sowie die sozialen Netzwerke und die eigenen Ressourcen. Zusätzlich darf der äußere Rahmen nicht vergessen werden: Heutzutage werden Leistungsfähigkeit, Jugendlichkeit und Attraktivität großgeschrieben. Viele ältere Menschen wollen diese Eigenschaften so gut es geht umsetzen und engagieren sich ehrenamtlich, treiben Sport und versuchen so aktiv wie möglich zu bleiben. Wenn jemand jedoch versucht, das Altern so gut wie es geht zu vermeiden, steigt die Gefahr, dass er sein Leben unter dem Aspekt des Verlustes sieht, da die Alterungsprozesse auf Dauer nicht aufgehalten werden können. Solch eine Erwartungshaltung an das eigene Altern kann krank machen. Das Altern erfordert von den älter werdenden einen Anpassungsprozess, in dem man sich mit seinen neuen Möglichkeiten und Grenzen auseinandersetzt. Nach Amlacher et al. können solche fehlgeschlagenen Anpassungsprozesse zum Missbrauch von Substanzen wie Alkohol oder Medikamenten führen.

Eine weitere Besonderheit ergibt sich mit dem Alter der älteren Abhängigen: Sie erlebten als Kinder oder Jugendliche den Zweiten Weltkrieg mit, dessen Folgen sich auch weiterhin bemerkbar machen können. So können Ereignisse wie Vertreibung, Vergewaltigung, den Verlust von Familienmitgliedern oder der Einsatz als Kindersoldat dazu führen, dass die Betroffenen im späteren Leben die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen (vgl. Franz et al. zit. nach Geyer 2011: 339). Die vielfältigen Aufgaben und Herausforderungen des Alltags halfen dann bisher bei einer Unterdrückung der Folgen. Schließlich können kleinere kritische Ereignisse im Alter, wie die Berentung oder Erkrankung, eine Retraumatisierung auslösen.

Wenn ältere Menschen aufgrund von einem kritischen Ereignis zu Suchtmitteln greifen, geschieht dies meistens mit dem Ziel, Gefühle wie Trauer, Verlust und Einsamkeit zu verdrängen. Allerdings merkt Geyer im Folgenden an, dass bei diesen Personen in der Regel schon in der Vergangenheit riskante und schädliche Konsummuster mit Alkohol oder psychotropen Medikamenten in bestimmten Lebensabschnitten vorgeherrscht haben (vgl. Amlacher et al. 2013: 50 Online-Ressource & Geyer 2011: 330f., 339).

Des Weiteren werden in der Literatur häufig übereinstimmend bestimmte Ursachen aufgezählt, darunter auch von Seiten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und

Drogensucht:

Es lassen sich eine Vielzahl von potentiellen Risiken und belastenden Erlebnissen im Alter festhalten, welche eine Abhängigkeit begünstigen können. Hierzu gehören auch grundsätzliche körperliche Veränderungen: Ältere Menschen besitzen einen verlangsamten Stoffwechsel und einen geringeren Wassergehalt im Körper, sodass der Abbau von Substanzen im Körper länger dauert und somit die Wirkung länger bestehen bleibt. Dazu wirkt eine niedrigere Dosis einer Substanz genauso stark in einem älteren Körper wie eine höhere Dosis in einem jüngeren Körper. Mit steigendem Alter kann auch eine steigende Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Schmerzen beobachtet werden. Dies kann dazu verleiten mit Alkohol oder anderen Substanzen den Schmerz lindern zu wollen, sodass diese „Selbstmedikation“ im weiteren Verlauf zur Gewohnheit wird.

Auch narzisstische Krisen, die dadurch hervorgerufen werden, dass man aufgrund von verminderter Leistungsfähigkeit von anderen Personen abgewertet wird, können eine Abhängigkeit herbeiführen. Als weitere Ursachen können identifiziert werden: finanzielle Schwierigkeiten, Gedächtnisprobleme, Stürze, eingeschränkte Mobilität und schlechter werdende Selbstversorgungsfähigkeiten, das Gefühl der Nutzlosigkeit, die Angst vor dem Verlust der Autonomie, Angst vor dem Tod, Vereinsamung, Pflegebedürftigkeit, und belastende Lebensereignisse wie Pensionierung, Scheidung oder der Verlust einer geliebten Person (vgl. Amlacher et al. 2013: 50 Online-Ressource & EBBD 2008: 1ff. Online-Ressource & Geyer 2011: 338 & Hautzinger; Reimer 2007: 632 & Niekrens 2012: 31f., 38 & Schnoz et al. 2006: 12 Online-Ressource).

Allerdings weist Maerker im Bezug auf den Umgang mit dem Partnerverlust darauf hin, dass das gängige Bild von verwitweten, alten Menschen nur bedingt haltbar ist: So gelangen die Meisten nach einer Trauerphase wieder zu einer tragfähigen Lebenszufriedenheit, wobei auch die unmittelbar nach dem Verlust vorhandenen Reaktionen zurückgehen. Benschoff und Harrawood hingegen bezeichnen Trauer aufgrund eines Verlustes und Depressionen durchaus als Trigger für einen schädlichen/abhängigen Alkoholkonsum, wobei hier auch bei Personen, welche in der Vergangenheit keinen auffälligen Konsum gezeigt hatten, schnell eine Abhängigkeit entstehen kann (vgl. Benschoff; Harrawood 2003: 46 & Maercker 2002: 11).

Eine genauere wissenschaftliche Auseinandersetzung lässt sich bei der möglichen Ursache „Pensionierung“ finden. Diese fördert teilweise jedoch unterschiedliche Ergebnisse zutage.

Laut Wolter kann die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter im Zusammenhang mit der Pensionierung auch an dem Wegfall von sozialen Kontrollinstanzen liegen, da man während der Berufstätigkeit einer gewissen äußeren Motivation zur Abstinenz ausgesetzt ist. Allerdings müsste hier auch geschaut werden, inwieweit nicht eine in der Vergangenheit kompensierte psychische Störung vorliegen könnte. Es kann, so Wolter, durchaus ein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen hergestellt werden, da depressive Personen ihre Symptome u.U. mit Alkohol bekämpfen wollen. Auch Personen, die sich in einer Manie befinden, können in dieser Zeit zum Alkoholkonsum neigen (vgl. Wolter 2011a: 103).

Interessant an dieser Stelle ist, dass Wolter einen anderen Fokus legt als Neve et al. in der anfangs erläuterten niederländischen Studie: Neve et al. bezeichnen das Arbeitsleben als einen Risikofaktor, da es im Rahmen der Arbeit auch zu gemeinsamen Feierlichkeiten kommt und dann ein Zwang entstehen kann, mit den jüngeren Kollegen mithalten zu müssen, wodurch man eher zum Trinken animiert wird. Im Gegensatz dazu sieht Wolter die Arbeit eher als Schutzfaktor, welcher eine Motivation zur Abstinenz aufrechterhält. Diese unterschiedlichen Akzentsetzungen verdeutlichen wieder einmal mehr, dass es auch bei möglichen Ursachen nicht nur eine Sichtweise oder plausible Erklärungsmöglichkeit gibt, die betrachtet werden sollte.

Geyer sieht – ähnlich wie Wolter – den Renteneintritt als Ursache für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung, begründet dies jedoch nicht mit dem Wegfall von sozialen Kontrollinstanzen:

Er weist allerdings darauf hin, dass man es in der klinischen Therapiearbeit mit älteren Abhängigkeitserkrankten häufig mit Personen zu tun hat, die den Wechsel vom Arbeitsleben in das Rentenleben nicht angemessen bewältigen konnten. Oftmals sind sie nicht aus eigener Entscheidung in die Rente gegangen, sondern sind aufgrund von eigenen Problemen am Arbeitsplatz oder wirtschaftlichen Gründen ausgeschieden. Es stellt sich bei ihnen das Gefühl ein, an den heutigen Veränderungen und Entwicklungen der Arbeitswelt gescheitert zu sein, obwohl sie davor jahrzehntelang erfolgreich in ihrem Job gearbeitet hatte. Diese narzisstische Störung ist für die Betroffenen sehr belastend und entwertet rückblickend meistens die gesamte Berufslaufbahn. Bei einer solchen Störung ist das Selbstwertgefühl in seiner Regulierung massiv geschädigt. Die Betroffenen sind von großer Unsicherheit, über sich selbst und wie die Umwelt von ihnen denkt, gekenn-

zeichnet. Dies und die Anfälligkeit für Kränkungen führen zu Gefühlen wie Unlust, Depressivität und Wut. Der Konsum einer Substanz mit Abhängigkeitspotenzial kann zunächst Erleichterung bringen und als Versuch gesehen werden, das innere Gleichgewicht, sowie Ruhe und Geborgenheit wiederzufinden, aber letztendlich einen chronischen Verlauf entwickeln (vgl. Geyer 2011: 336f. & Reimer; Hautzinger 2007: 544f.). Schließlich lassen sich aber auch Meinungen finden, welche die Ergebnisse der niederländischen Studie stützen und aufzeigen, dass die Pensionierung nicht grundsätzlich als Risikofaktor definiert werden kann:

Maerker sieht den Eintritt in die Rente nicht zwingend als Verlustereignis. Zwar geht die Pensionierung mit einem Rollenverlust einher, da man seine Berufsrolle aufgibt, aber dieser Verlust wird auf Dauer gesehen von den Meisten gut überwunden und hat auch keine gesundheitlichen Auswirkungen zur Folge. In empirischen Untersuchungen konnte sogar festgestellt werden, dass sich die Mehrheit an die neue Lebenssituation gewöhnt und diese letztendlich als Gewinn erlebt. Bei der vergleichsweise kleineren Gruppe von Personen, die mit dem Berufsausstieg auf eine negative Art und Weise umgehen, ist bis heute nicht untersucht worden, ob bereits vorher psychische Störungen vorgelegen haben. Zudem bricht die Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen nach dem Eintritt in die Rente nicht extrem ein oder wird weniger. Oftmals steigt die Lebenszufriedenheit nach einer kurzen Phase der Neuorientierung und Eingewöhnung an die neue Situation sogar an (vgl. Höpflinger o.J. b: 6 Online-Ressource & Maercker 2002: 8f.).

Zum Abschluss dieses Unterkapitels sollen noch einige Besonderheiten bezüglich der Ursachen für eine Medikamentenabhängigkeit im höheren Alter betrachtet werden.

Ein besonderes Merkmal ist, dass eine Medikamentenabhängigkeit häufig indirekt durch die ärztliche Behandlung gefördert wird, da i.d.R. der Beginn und die Höhe der Dosierung von ärztlicher Seite aus erfolgen. Solche, durch ärztliche Behandlungen hervorgerufene Krankheiten, werden auch als „iatrogen“ bezeichnet. Hier stellt sich auch die Frage, ob unangemessene und zu hohe Verschreibungen aufgrund von negativ besetzten Altenbildern getätigt werden. Es ist ebenfalls auffällig, dass bei zwei Drittel der Patienten mit einer Medikamentenabhängigkeit das Arzneimittel von ein und dem selben Arzt verschrieben wird. Die Beschaffung des Medikaments zur Aufrechterhaltung der Abhängigkeit gestaltet sich somit ziemlich einfach (auch wenn dies in vielen Fällen unbewusst geschieht, da man sich einer Abhängigkeit nicht bewusst ist), da man nicht zwingend von Arzt zu Arzt gehen muss. Häufig wird aber auch die Medikamenteneinnahme

nicht regelmäßig überwacht, sodass es durch das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen, welche bei der Einnahme von mehreren Medikamenten entstehen können, ein größeres Abhängigkeitsrisiko gibt. Die Verschreibungspraxis mancher Ärzte stellt somit einen weiteren gesellschaftlichen Risikofaktor dar.

Einen weiteren Risikofaktor stellt die Aufklärung der Ärzte dar: So informieren viele Ärzte ihre älteren Patienten nur unzureichend über die Risiken, die mit einer Benzodiazepineinnahme einhergehen. Darüber hinaus lässt sich über die lockere Verschreibung von Psychopharmaka oft auf unkomplizierte Art und Weise ein gutes Verhältnis vom Patienten zum Arzt herstellen. Zudem ist es im Hinblick auf den zeitlichen Aspekt weniger aufwändig Medikamente zu verschreiben, als eine Psychotherapie einzuleiten. Ein weiterer Aspekt, welcher die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit begünstigen kann, ist die allgemeine Akzeptanz von Medikamenten in der Gesellschaft (vgl. Baier et al. 2002: 126f. & EBBD 2008: 2 Online-Ressource & Jahnsen; Glaeske 2002: 8 & Nie-krens 2012: 42 & Schnoz et al. 2006: 12 Online-Ressource).

Bei einer Medikamentenabhängigkeit sind überdurchschnittlich (ältere) Frauen betroffen. Sie bekommen besonders häufig Benzodiazepine verschrieben, dies lässt sich auch mit ihrer sozialen Position innerhalb unserer Gesellschaft erklären: So sind Frauen im besonderen Maße für das Funktionieren der Ehe zuständig und können sich im höheren Alter entwertet fühlen, wenn nach dem Auszug der Kinder die Arbeit zum Lebensmittelpunkt des Mannes wird. Bei Unzufriedenheit, Ängsten und Schlafstörungen scheinen Schlaf- und Beruhigungsmittel schnelle Abhilfe zu schaffen. Zudem richten Frauen ihre Probleme weniger nach außen, sondern introvertiert nach innen. Dementsprechend wird bei der Medikamentenabhängigkeit auch von einer „stillen Sucht“ gesprochen.

Meistens lässt sich bei älteren Menschen mit Medikamentenabhängigkeit eine längere Vorgeschichte feststellen. Sie haben erfahren, dass sie Probleme wie Schlafstörungen, depressive Symptome, Angst und Schmerzen mit Medikamenten lindern oder zumindest zeitweise eindämmen können. Durch den jahre- oder jahrzehntelangen Konsum stabilisiert sich das pathologische Verhalten, wobei dies oft vom direkten Umfeld unterstützt wird, sodass es umso schwerer wird das Verhalten zu ändern.

Im Bezug auf Verlusterfahrungen kommt es auch bei Medikamenten häufiger vor, dass verwitwete Personen aufgrund von Unruhe und Schlafstörungen in den ersten Wochen nach dem Tode des Partners Beruhigungsmittel gebrauchen und missbrauchen (vgl. Glaeske 2010: 13 & Hautzinger; Reimer 2007: 632 & Hirsch 2011: 366).

Bei allen möglichen Ursachen für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung im Alter ist allerdings immer noch nicht klar, wie genau diese Ereignisse zusammenhängen: Fängt z.B. jemand an zu Trinken aus Trauer über den Verlust, oder weil ein Kontrollmechanismus in seinem Leben wegfällt, den es bis dahin gab? Genauso wenig ist bisher bekannt, ob eine Person ihren Alkoholkonsum erhöht, um damit die Schmerzen einer schweren Erkrankung zu behandeln oder als Bewältigungsstrategie um mit der Krankheit umgehen zu können. Es erscheint aber definitiv als sinnvoll, auch hier zwischen gesellschaftlichen, psychischen und körperlichen Faktoren zu unterscheiden (vgl. Benschhoff; Harrawood 2003: 44 & Schnoz et al. 2006: 12 Online-Ressource).

Jedoch gibt es noch weitere Aspekte, welche die Datenerhebung erschweren. Diese beruhen auf altersspezifischen Besonderheiten der Abhängigkeitserkrankungen.

So fällt es älteren Menschen aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen besonders schwer anzuerkennen, dass sie von einer Substanzabhängigkeit betroffen sind. Infolgedessen wird die Inanspruchnahme von Hilfe erheblich erschwert (vgl. Voßmann; Geyer 2006: 222).

Zudem wird ein Suchtproblem praktisch nirgendwo anders so heruntergespielt wie von alten Menschen, deren Angehörigen und Pflegern, wobei auch nicht vergessen werden darf, dass die Symptome oftmals auch nicht erkannt, sondern mit anderen Altersproblemen, wie Demenz, Depression usw. verwechselt werden. Teilweise nehmen die Betroffenen auch keinen Kontakt zum Hilfesystem auf, da sie eine Substanz schon über längere Zeit konsumieren und die zunehmenden negativen auftretenden Konsequenzen nicht wahrnehmen oder nicht als solche erkennen (vgl. Levin; Kniger zit. nach Benschhoff; Harrawood 2003: 43f. & Benschhoff; Harrawood 2003: 46).

Eine Besonderheit der Medikamentenabhängigkeit ist, dass diese oftmals gar nicht erkannt wird oder wenn erst nach langer Zeit, da Medikamente normalerweise nicht genommen werden, um einen Rauschzustand herbeizuführen, sondern um gesundheitliche Beschwerden zu lindern und somit den Alltag bewältigen zu können. Darüber hinaus fällt es nicht groß auf, wenn jemand ein Medikament einnimmt und sollte es zu einer Überdosierung kommen, werden die Symptome teilweise auch für „normale“ Altersbeschwerden gehalten. Auch die Betroffenen verbinden die Medikamenteneinnahme nicht mit einer Abhängigkeit, da sie ein ärztlich verordnetes Mittel einnehmen, welches ihrer Gesundheit zuträglich ist. Eventuell auftretende Entzugerscheinungen bei Absetzen des Mittels werden sogar eher als Bestätigung dafür gesehen, dass der Körper der Gesund-



heit wegen das Medikament benötigt und nicht weil sich eine Abhängigkeit entwickelt hat (vgl. DHS 2011: 47).

Auch Daten über die Anzahl älterer Alkoholabhängiger lassen sich wegen bestimmter altersspezifischer Merkmale schwerer ermitteln:

So stellen alte Personen einen eher „versteckten“ Teil der Bevölkerung dar, da es aufgrund von Berentung nicht zu jobbezogenen Problemen im Zusammenhang mit Alkohol kommen kann. Außerdem fallen sie weniger durch Trunkenheit am Steuer auf, weil viele im hohen Alter kein Auto mehr fahren. Besonders in dieser Altersklasse wird Alkoholabhängigkeit als moralisches Versagen betrachtet, wodurch die Hemmschwelle steigt, einen Missbrauch anderen gegenüber zuzugeben. Die Isolation, die durch schlechter werdende Gesundheit entstehen kann, verringert zwar die Partizipation an sozialen Aktivitäten, aber schließt nicht das Trinken zuhause aus. Ein schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum wird bei älteren Menschen auch deswegen seltener bemerkt, da sich das Konsummuster anders vollzieht als bei jüngeren Menschen: Alkohol wird für andere Menschen unbemerkt zuhause konsumiert und weniger in Gesellschaft. Zudem kommt es seltener zu exzessivem Trinken, da eher ein gewisser Alkoholpegel über den ganzen Tag aufrecht erhalten wird.

Folglich muss auch von einer gewissen Dunkelziffer ausgegangen werden, da der Konsum bei älteren Menschen eher unbemerkt im privaten Raum stattfindet und zudem schambehaftet ist (vgl. Benschhoff; Harrawood 2003: 44 & Mader; Gaßmann 2006: 8 & Niekrens 2012: 60).

Abschließend kann festgehalten werden, dass sich aufgrund der vorher erläuterten Schwierigkeiten der genaue Hilfebedarf der Sozialen Arbeit im Bezug auf diese Thematik nur schwer einschätzen lässt. Abhängigkeitserkrankungen von legalen Suchtstoffen im Alter stellen dennoch definitiv ein Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit dar, da ihr Vorhandensein bereits festgestellt werden konnte (vgl. Niekrens 2012: 60).

## **6. Neue Herausforderungen für das Hilfesystem**

Abschließend sollen in diesem Kapitel die Herausforderungen, mit denen die verschiedenen Akteure des Hilfesystems konfrontiert werden, benannt werden. In diesem Rahmen wird zunächst auf die Möglichkeiten und Besonderheiten einer Psychotherapie mit Älteren hingewiesen. Danach wird aufgezeigt, welche spezifische Verantwortung und Aufgaben einerseits den Apothekern und Ärzten und andererseits der Sucht- und Alten-

hilfe zukommen.

### ***6.1 Altersspezifische Probleme und Besonderheiten einer Psychotherapie***

Mithilfe von gerontologischen Forschungen konnte gezeigt werden, dass das Alter nicht nur mit einem Abbau der Fähigkeiten gleichzusetzen ist, sondern vielmehr einem funktionellen Wandel der körperlichen, sozialen und psychischen Kompetenzen gleichkommt. Dabei muss dieser Wandel nicht zwingend das Auftreten von Defiziten bedeuten. So sind ältere Menschen auch im Alter noch daran interessiert sich zu verändern und können auf verschiedene Lernprozesse zurückgreifen.

Außerdem wurde festgestellt, dass ein Entzug bei älteren Menschen nicht riskanter ist als bei jüngeren und die Erfolgsaussichten einer Therapie oftmals sogar größer sind bei älteren Menschen. So gibt der Praxisleitfaden Suchtmedizin zur Erfolgsprognose für ältere Menschen an, dass bei 50 – 60% kurzfristige Abstinenzraten erreicht werden und eine stabile Besserung auf längere Zeit bei 40 – 50%. Dennoch gibt es speziell für diese Altersgruppe bisher kaum Therapieangebote bei einer Alkohol-, Nikotin- oder Medikamentenabhängigkeit. Grundsätzlich unterscheidet sich die Alkohol- oder Medikamententherapie für Ältere nicht groß von derjenigen für Jüngere, allerdings muss bei Älteren besonders auf Begleiterkrankungen geachtet werden. Auch bei einer Medikamententherapie muss nicht zwingend sofort eine Abstinenz erreicht werden, Erfolge können auch schon durch die Reduktion der Medikamente oder durch die Umstellung auf ein, für den älteren Menschen geeigneteres Medikament eintreten. Bei einem guten Verhältnis zwischen Patient und Hausarzt können diese Schritte auch im hausärztlichen Setting vorgenommen werden. Gerade im Bezug auf eine Raucherentwöhnung im Alter herrscht auf Seiten der Professionellen im Gesundheitssystem eine sehr bequeme und defizitäre Einstellung vor: Viele gehen davon aus, dass solche Maßnahmen im Alter nicht mehr zum Erfolg führen können. Hinzu kommt die allgemein verbreitete Annahme, dass Rauchen lediglich für einen bestimmten Lebensstil steht, wobei es zu einer Verharmlosung der zahlreich vorhandenen Risiken kommt (vgl. Amlacher et al. 2013: 52 & Hirsch 2011: 347 & Wolter 2011a: 235f.).

Es lassen sich sowohl auf Seite der Therapeuten als auch auf Seite der Patienten Gründe dafür finden, dass ältere Menschen bisher in der psychotherapeutischen Behandlung unterrepräsentiert sind.

Von Seiten der verschiedenen Akteure des Hilfesystems wird älteren Menschen eher sel-

ten die Inanspruchnahme einer Psychotherapie vorgeschlagen. Meistens suchen die Personen von selbst einen Therapeuten auf. Hier zeigt sich eine von Vorurteilen belastete Haltung der Professionellen und teilweise aber auch der Angehörigen, bei der angenommen wird, dass sich eine Psychotherapie im Alter aufgrund der wenigen noch verbleibenden Lebensjahre nicht mehr lohne und Ältere zudem eine enorme Abwehrhaltung und damit einhergehende fehlende Motivation aufweisen. Oftmals herrscht auch der Gedanke vor, dass man „dem alten Mann doch sein Fläschchen Bier gönnen kann“. Der Eindruck der geringeren Bereitschaft entsteht dabei auch durch Faktoren wie Schwerhörigkeit, leichte kognitiven Einschränkungen und eine weniger lebendige Mimik, welche zu einem starrer wirkenden Kommunikationsverhalten beitragen. Dies wird dann fälschlicherweise für eine geringere Bereitschaft gehalten. Prinzipiell liegt aber bei vielen Betroffenen eine hohe Bereitschaft vor, eine Veränderung der Situation herbeizuführen. Der größte Motivationsfaktor ist der Wunsch, wieder die eigene Unabhängigkeit und Verantwortungsübernahme für andere Personen zurückzugewinnen. Häufig sind auch Kinder und Enkelkinder durch offenes Ansprechen auf die Situation dafür mitverantwortlich, dass der Betroffene eine Therapie beginnt.

Dementsprechend ist es wichtig, dass sich Therapeuten ihrer Einstellung bezüglich älterer Menschen bewusst werden und den aktuell vorherrschenden therapeutischen Nihilismus überwinden. Andernfalls kann es bei Therapeuten zu ähnlichen Vorurteilen kommen, wie sie auch in der Allgemeinbevölkerung beobachtet werden können (z.B. die Betrachtung des Alterns als rein defizitären Vorgang). Denn grundsätzlich sollte jeder abhängige Mensch, egal welchen Alters, die Möglichkeit haben eine Therapie in Anspruch zu nehmen, um im Anschluss entscheiden zu können, ob er in Zukunft mit oder ohne Suchtmittel leben möchte (vgl. Amlacher et al. 2013: 52 & Geyer 2011: 331, 365 & Hautzinger; Reimer 2007: 636, 646 & Voßmann; Geyer 2006: 222).

Aber auch auf Seite der älteren Menschen lassen sich Vorurteile finden. Manche setzen eine Psychotherapie damit gleich „verrückt zu sein“ und behaupten, dass Reden ihnen auch nichts bringen würde. Viele besitzen aufgrund vergangener Arztkontakte die Erwartungshaltung, dass eine Krankheit von einem somatisch orientierten Arzt mit Medikamenten oder anderen auf den Körper – und nicht die Psyche – bezogene Methoden behandelt wird. Zudem ist das Wissen über Psychotherapie im Alter bei dieser Personengruppe häufig nur dürftig. Ein weiterer großer Hinderungsgrund für die Aufnahme einer Psychotherapie ist die empfundene Scham, wenn es darum geht, sich Hilfe von au-

ßen zu holen. Grund dafür ist die Erziehung dieser Generation, da diesen Menschen in ihrer Kindheit beigebracht wurde, dass man Probleme selbst bewältigen muss und diese nicht nach außen zeigen darf, sondern funktionieren muss. Die Annahme von Hilfe wird infolgedessen mit einem Eingestehen der eigenen Schwächen verbunden, wodurch der psychotherapeutische Kontakt erschwert werden kann, besonders wenn die Betroffenen den Therapeuten als ähnlich autoritäre Person sehen wie die Erziehungspersonen. Dementsprechend ist für die Beratung und Behandlung ein wertschätzender Umgang sehr wichtig, ein konfrontierender Stil sollte hingegen eher vermieden werden.

Es ergeben sich somit einige Besonderheiten bei der Psychotherapie mit älteren Menschen, auf die der Therapeut achten muss. Eine angemessene therapeutische Behandlung muss außerdem sowohl alters- als auch suchtspezifische Aspekte miteinbeziehen. Dazu gehört z.B. die Einbeziehung von altersspezifischen Themen, wie Verlusterlebnisse oder die sinkende Selbstständigkeit, denn nur so kann eine realistische und lebensnahe Basis entstehen, welche die Möglichkeit zur Änderung des Verhaltens bietet. Ältere Patienten, die zudem älter sind als der Therapeut, bringen gewissermaßen mehr Lebenserfahrung mit in die Therapie. Dieser Unterschied führt dazu, dass sich der Therapeut in Erfahrungen hineinversetzen muss, die er selbst vielleicht noch nicht erlebt hat. Hierdurch wird er mit dem eigenen Bild vom Altern/Alter und damit verknüpften Ängsten konfrontiert. Sind die eigenen Ängste vor den möglichen negativen Folgen des Alterns zu groß, lehnt der Therapeut u.U. unbewusst eine ausführlichere Auseinandersetzung mit den Themen des Patienten ab (vgl. Geyer 2011: 333f. & Hautzinger; Reimer 2007: 644 & Hirsch 2011: 358f. & Niekrens 2012: 80).

## ***6.2 Rahmenbedingungen und Themen einer Psychotherapie mit Älteren***

Auch in der Ausgestaltung der Psychotherapie mit älteren Abhängigkeitserkrankten gibt es einige altersspezifische Rahmenbedingungen, die beachtet werden sollten. Hier ist insbesondere die Barrierefreiheit zu nennen: Können die Räumlichkeiten mit einem Rollator oder Rollstuhl erreicht werden, befindet sich eine Toilette im gleichen Stockwerk wie der Therapieraum und sind die Stühle altersgerecht? Des Weiteren ist die Uhrzeit für die Therapie entscheidend, wobei sich hier vor allem Termine am Tag anbieten. Ein Grund dafür ist die erhöhte Müdigkeit während des Tages, da der Schlaf von älteren Menschen weniger tief ausfällt und somit leichter gestört werden kann. Hinzu kommt bei älteren Menschen eine schlechtere Sehfähigkeit im Dunkel und eventuell auch die

Angst, abends alleine in der Stadt oder in einem Parkhaus unterwegs zu sein. Kurze Pausen während der Therapiestunde bringen eine Entspannung für die Konzentrationsfähigkeit, die teilweise nicht mehr über die gesamte Dauer einer normalen Therapiestunde aufrecht erhalten werden kann. Schließlich muss bei einer Gruppenpsychotherapie Älterer mit einbezogen werden, ob eine altershomogene Gruppe gebildet werden sollte, oder eine gemischte Gruppe mit älteren und jüngeren Teilnehmern. Insgesamt spricht einiges für die Bildung von altershomogenen Gruppen: Zum Einen entsteht mit Gleichaltrigen schneller eine vertrauensvolle Basis für spontane und entspannte Gespräche, da geschichtlich gesehen das Gleiche erlebt wurde und auf ähnliche Gewohnheiten und Erinnerungen zurückgegriffen werden kann. Es entsteht eine unterstützende Haltung, ohne dass diese einen beschützenden Charakter besitzt, wie er entstehen kann, wenn Ältere mit Jüngeren in einer Gruppe sind. Zum Anderen neigen ältere Menschen dazu, in einer gemeinsamen Therapie mit jüngeren ihre eigenen altersspezifischen Themen und Probleme in den Hintergrund zu rücken. Aus diesem Grund sollte eine gesonderte Möglichkeit für das Besprechen von altersspezifischen Themen ermöglicht werden, wenn aus organisatorischen Gründen eine altershomogene Therapie nicht umsetzbar ist (vgl. Geyer 2011: 334f.).

Damit eine Therapie mit älteren Abhängigkeitserkrankten erfolgreich durchgeführt werden kann, ist der Austausch und die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und anderen medizinischen Diensten notwendig, da auch organische Erkrankungen die Therapie beeinflussen können. Die Psychotherapie stellt folglich einen Teil des gesamten Behandlungskonzeptes dar. Maßgeblich für eine Therapie ist der Einbezug und das Verstehen der Umwelt und Wohnsituation des Kranken, sowie seine biologischen, soziokulturellen und familiären Hintergründe. Dazu gehört auch die Überlegung, welche Bedeutung das jeweilige Suchtmittel für die Person hat, da ein zu plötzliches Absetzen des Suchtmittels ohne sehr intensive Unterstützung im schlimmsten Fall zu einem Selbstmord führen kann. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Erreichbarkeit der Ziele. Hier zeigt sich allerdings oft, dass Abstinenz zumindest nicht kurzfristig zu erreichen ist. Damit es beim Patienten nicht zu Frustration aufgrund der nicht realisierbaren Ziele kommt, ist es wichtig realistisch zu bleiben. Dementsprechend sollte es in erster Linie um die Sicherung des Überlebens gehen, bevor weitere Ziele wie die Reduzierung des Konsums oder eine Verhinderung von Rückfällen in Angriff genommen werden. Das Ziel „Sicherung des Überlebens“ scheint auf den ersten Blick eher für jüngere Abhängige, die Heroin konsu-

mieren, relevant zu sein, aber auch für alte Abhängige kann dieses Ziel von Bedeutung sein, da auch bei dieser Personengruppe erhebliche Intoxikationszustände mit lebensgefährlichen Folgen auftreten können. Das oberste Ziel in der Hierarchie wäre nicht die Abstinenz von der jeweiligen Droge, sondern eine autonome und zufriedenstellende Lebensführung. Die in Kapitel 5.2.2 beschriebenen möglichen Ursachen für eine Abhängigkeitserkrankung im Alter stellen gleichzeitig Themen dar, die inhaltlich in einer Psychotherapie bearbeitet werden sollten. Dem Erlernen von Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit den Einschränkungen von Körper, Geist und Psyche kommt somit eine große Bedeutung zu. Schließlich sollte auch genügend Raum gegeben werden, um Ängste vor Krankheit und Tod anzusprechen zu können. Bei einer stationären Therapie können weitere inhaltliche Schwerpunkte in Angeboten wie Gesundheitsinformationen, Ernährungsschulungen, dem Erlernen von einem korrekten Umgang mit Medikamenten und Hilfsgeräten, wie Rollatoren, liegen. Diese Angebote tragen zusätzlich zu einer einfacheren Alltagsbewältigung bei (vgl. Geyer 2011: 340 & Hirsch 2011: 365, 367 & Wolter 2011a: 182f.).

Es lässt sich abschließend von diesem Unterkapitel festhalten, dass trotz der positiven Therapieerfolge älterer Menschen diese Altersgruppe in den Suchthilfeangeboten deutlich unterrepräsentiert ist. Da sich Therapieangebote eher an jüngere Menschen richten und Personen, die sich noch im Arbeitsleben befinden, wurde bisher nicht so viel Wert darauf gelegt, wie gut die Zugangsmöglichkeiten für ältere und alte Abhängige sind. Dieses Defizit könnte durch eine aufsuchende Sozialarbeit und mehr wohnortnahe Therapie-, Behandlungs- und Beratungsangebote behoben werden. Erforderlich hierfür ist allerdings eine Kooperation von Sucht- und Altenhilfe (vgl. Niekrens 2012: 91 & Voßmann; Geyer 2006: 222).

### ***6.3 Handlungsbedarf der Apotheker und Ärzte***

Da Medikamente im Gegensatz zu anderen legalen und illegalen Suchtstoffen nur über Ärzte und Apotheker zu bekommen sind, haben diese Berufsgruppen eine besondere Verantwortung zu tragen. Wenn eine Person im Rahmen der Selbstmedikation apothekenpflichtige Medikamente kauft, sind die Apotheker sogar das einzige Sicherungsnetz, um einen Arzneimittelmisbrauch zu erkennen oder zu vermeiden (vgl. BAK 2008: 6 Online-Ressource & DHS 2013: 155 Online-Ressource).

Aus diesem Grund wird der Fokus in den nachfolgenden Ausführungen auf den Verantwortungsbereich der Apotheker gelegt werden.

Da die Fülle an Medikamenten und den potenziellen Risiken für die meisten Menschen als medizinische Laien nicht zu überblicken sind, ist eine kompetente und individuelle Beratung so wichtig wie nie zuvor. Für ältere Menschen sind beispielsweise die sehr klein geschriebenen und schwer verständlichen Gebrauchsanweisungen problematisch, sodass sie sich in besonderem Maße auf medizinisches Fachpersonal verlassen. Neben der professionellen Beratung spielt die Werbung eine nicht zu unterschätzende Rolle bezüglich der Präventionsmöglichkeiten. Zur Verdeutlichung soll an dieser Stelle kurz die Abhängigkeit hervorrufende Wirkung von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten, wie z.B. alkoholhaltige Grippe- und Stärkungsmittel, erwähnt werden. Denn gerade diese nicht-verschreibungspflichtigen Mittel werden sehr häufig in Fernsehen, Radio, Zeitschriften und nicht zuletzt den Schaufenstern von Apotheken beworben. Medikamente werden in der Werbung oft als Wundermittel dargestellt, welche vorsorglich verhindern können, dass nervige Alltagssymptome erst gar nicht auftreten. So werden beispielsweise prophylaktisch Schmerztabletten eingenommen, um Kopfschmerzen zu verhindern, die während der Arbeit unter Umständen auftreten könnten oder Schlaftabletten, damit man erst gar nicht in die Gefahr kommt, nachts wach zu liegen. Das erzeugte Bild von Arzneimitteln trägt somit zu einem zu sorglosen und dadurch nicht ungefährlichen Gebrauch bei (vgl. BAK 2008: 4 Online-Ressource & DHS 2013: 154f. Online-Ressource & Glaeske 2010: 13f. & Zeman 2009: 10).

Prävention würde hier auch bedeuten, dass Apotheker eine offensivere Beratungspolitik ergreifen und sowohl ihre Patienten als auch die Öffentlichkeit allgemein über die Risiken solcher Medikamente aufklären und aufzeigen, dass es sich um Mittel handelt, die zur Heilung gedacht sind und nicht zum Doping im Alltag. Zusätzlich ist eine frühzeitige Aufklärung der Patienten und Ärzte unumgänglich, wenn bestimmte Charakteristika für einen Missbrauch beobachtet werden, wie eine steigende Anzahl von Verordnungen für abhängigkeitsauslösende Medikamente auf Privatrezept oder Verschreibungen von identischen Medikamenten von verschiedenen Ärzten. Weitere Aspekte, aufgrund derer Rückschlüsse auf das Vorhandensein eines problematischen Konsums gezogen werden können, sind die Beschaffung eines solchen Medikaments bei mehreren Apotheken, Rezeptfälschungen oder der Versuch, das Medikament mithilfe von Tricks zu erhalten (z.B.

durch die Aussage man habe das Rezept verloren). Auf diese Vorkommnisse gilt es in der alltäglichen Arbeit zu achten. Die Apothekenbetriebsordnung verpflichtet Apotheker gesetzlich dazu, die Ausgabe eines Medikaments zu verweigern, wenn der Verdacht für einen missbräuchlichen Gebrauch besteht. Allerdings wird dies anscheinend nicht immer in Anspruch genommen, wenn es nötig wäre, da viele Apotheker einem unangenehmen Konflikt mit den Patienten und den verschreibenden Ärzten aus dem Weg gehen wollen.

Im Sinne der Prävention wäre über ein Verbot von Werbung für Medikamente mit Missbrauchspotenzial nachzudenken, unabhängig davon, ob das Medikament verschreibungspflichtig ist oder nicht. Auch wenn in den letzten Jahren einige Leitfäden für Ärzte und Apotheker erschienen sind, ist dies nicht als ausreichend anzusehen. Vielmehr müsste die Beratungs- und Verschreibungspraxis genauer und fortlaufend überprüft werden, indem z.B. Testkäufer eingesetzt werden. Auch die Auswertung der Rezepte ist hier von Bedeutung, allerdings ergeben sich hier mittlerweile einige Probleme. Zwar ist die Verschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial laut des Arzneiverordnungsreports seit Jahren rückläufig, diese Beobachtung lässt jedoch einen entscheidenden Faktor außen vor: Der Packungsverbrauch ist auf gleicher Höhe geblieben, gleichzeitig werden jedoch immer mehr Privatrezepte verschrieben, sodass die Patienten die Medikamente selbst bezahlen. Dieses Handeln lässt den Gebrauch solcher Medikamente rückläufig erscheinen, ohne dass dies in Wirklichkeit der Fall ist und erschwert somit einen Überblick über die tatsächliche Konsumhöhe. Zusätzlich wird der angebliche Rückgang der verbesserten Informationsverbreitung über die potenzielle Abhängigkeitsgefahr der jeweiligen Medikamente zugeschrieben.

Schließlich könnten Apotheker auch als niedrigschwellige Anlaufstellen dienen, da sie auf Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und niedergelassene Ärzte, welche in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bewandert sind, aufmerksam machen können, sodass die Betroffenen auf einfachem und schnellem Wege Unterstützung finden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass ein Beitrag zur Suchtprävention von den Apothekern jedoch nur geleistet werden kann, wenn die Verantwortung, die mit dem Heilberuf einhergeht, Vorrang vor den kommerziellen Interessen hat (vgl. BAK 2008: 4, 7f.,37 & DHS 2013: 16, 157 & Glaeske 2010: 13f.).

Auch Ärzte sind im Sinne der Prävention dazu aufgerufen, größte Sorgfalt bei der Verschreibung von Arzneimitteln mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial walten zu



lassen und Patienten umfassend aufzuklären. §9, Abs. 3 Punkt 4 der Arzneimittelrichtlinie überträgt den Vertragsärzten zudem die Verantwortung, vor jeder wiederholten Verschreibung zu überprüfen, ob eine erneute Verschreibung insgesamt notwendig ist und im Besonderen, ob die verordnete Menge angemessen ist. Auf die Aspekte des Medikamentenmissbrauchs und der Medikamentenabhängigkeit ist hier maßgeblich zu achten. Darüber hinaus sollten Ärzte kontrollieren, ob ihre Patienten von anderen Ärzten ebenfalls Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial verschrieben bekommen. So können beispielsweise in muskellockernden Medikamenten, wie sie oftmals in der Orthopädie verschrieben werden, ebenfalls Wirkstoffe der Benzodiazepine vorkommen (vgl. DHS 2013: 156).

Insgesamt kommt sowohl Apothekern als auch Ärzten bei der Abgabe von psychoaktiven Medikamenten die Aufgabe zu, eine Nutzen-Risiken-Abwägung vorzunehmen. Die präventive Wirksamkeit ist generell am höchsten, wenn Nebenwirkungen durch richtige Anwendung erst gar nicht auftreten. Dies fällt ebenfalls in den Verantwortungsbereich der Ärzte und Apotheker, da sie erheblich dazu beitragen können, dass Patienten vor missbräuchlichem und abhängigem Konsum geschützt werden. Die relevanten Empfehlungen lassen sich in der sogenannten 4K-Regel zusammenfassen:

- „ - Klare Indikation (das Medikament nur einnehmen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht)
- Klare notwendige Dosis
- Kurze Anwendung (maximal 14 Tage)
- Kein abruptes Absetzen“ (Glaeske; Schick Tanz 2011: 23)

Es wäre sinnvoll, diese Regelung in allen Apotheken und Arztpraxen auszuhängen. Außerdem sollten sie fester Bestandteil der Beipackzettel werden, damit sowohl Professionelle als auch Patienten diese Hinweise vor Augen haben (vgl. Glaeske; Schick Tanz 2011: 22f.).

#### ***6.4 Handlungsbedarf der Sucht- und Altenhilfe***

Allgemein sollen im Rahmen der Prävention vor allem auch Personen angesprochen werden, die von vielen Belastungen betroffen sind und wenig Möglichkeiten haben diese zu bewältigen. Zu dieser Gruppe gehören vor allem auch gesundheitlich beeinträch-

tigte und isoliert lebende alte Menschen. Schon von Seiten der Altenhilfe werden diese Personen nur schwer erreicht, aber bei der Suchthilfe gestaltet sich der Zugang noch schwieriger. Hier könnten Aufklärungskampagnen in den Begegnungsorten der offenen Altenhilfearbeit und in den stationären Altenhilfeeinrichtungen durchgeführt werden. Diese Kampagnen müssten an Bewohner, wie auch an Besucher und das Personal gleichermaßen adressiert sein. Um auch diejenigen abhängigen älteren Personen zu erreichen, die solche Angebote von sich aus nicht aufsuchen, muss die Kooperation und Vernetzung zwischen Alten- und Suchthilfe erheblich ausgebaut und verbessert werden. Dies geht mit einem gegenseitigen Wissenstransfer einher. Die Mitarbeiter und ehrenamtlichen Helfer in der Altenarbeit müssten besser darin geschult werden, wie sie Abhängigkeitserkrankungen erkennen und adäquat damit umgehen, damit sie Kontakt zum Suchthilfesystem aufnehmen können. Die Suchthilfe benötigt hingegen mehr Informationen über spezielle Risiken einer Abhängigkeitserkrankung im Alter, über Therapiechancen, Möglichkeiten zur Prävention sowie über die vielfältige Versorgungsstruktur der Altenhilfe.

Dazu müssen ältere Menschen besser über ihre Therapiechancen aufgeklärt werden und grundsätzlich erst einmal über das Risiko an einer Substanzmittelabhängigkeit zu erkranken. Genauso müssen aber auch die verschiedenen Personen, die mit alten Menschen arbeiten, besser informiert und qualifiziert werden. Hier ist neben den Ärzten, Apothekern und dem Pflegepersonal auch an ehrenamtliche Mitarbeiter und die Angehörigen zu denken. Im Bezug auf die Angehörigen kann es unter Umständen vorkommen, dass Ehepartner oder Familienmitglieder den schädlichen Konsum verharmlosen und ihn als nicht gefährlich darstellen, sodass die Aufrechterhaltung des Konsum in einem Prozess der Koabhängigkeit indirekt von ihrer Seite aus gefördert wird. Personen, welche die Abhängigkeitserkrankung durch Koabhängigkeit indirekt aufrechterhalten, können ebenfalls in eine Therapie eingebunden werden, indem sie umfassend über das Krankheitsbild, den Verlauf und den Einfluss der Koabhängigkeit aufgeklärt werden (vgl. Benschhoff; Harrawood 2003: 45 & Hirsch 2011: 369 & Zeman 2009: 13f.).

Ältere Abhängige werden oft abwertend von der Gesellschaft betrachtet, da diese Lebensweise nicht mit einem erfüllten Leben im Alter zu vereinbaren scheint, schon gar nicht, wenn sie aufgrund ihrer Lage die finanzielle Unterstützung der Gesellschaft bedürfen. Auch im sozialen Bereich kann diese moralisierende Haltung auftreten, wodurch die Integration dieser Personengruppe in die normalen Pflegeeinrichtungen erheblich er-

schwert wird. Hinzu kommen teilweise eine ablehnende Haltung und Überforderung der Mitarbeiter, welche durch mangelndes Wissen entstehen.

An dieser Stelle soll noch einmal Bezug genommen werden auf die in Kapitel 5.1.4 beschriebene Umfrage in Einrichtungen der Altenpflege: Lediglich 50% der befragten Einrichtungen hielten eine Therapie bei älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankung für sinnvoll. Dies könnte mit einer grundlegenden Skepsis und Vorurteilen gegenüber einer solchen Behandlung im Alter zusammenhängen. Eine andere Möglichkeit wäre, dass die Einrichtungen dadurch eine umfangreichere Dokumentation fürchten, wodurch die Zeit für die Pflegeaufgaben weiter eingeengt werden würde. Vor allem im ambulanten Bereich wird der Zeitmangel kritisiert. Es zeigt sich aber auch, dass gewisse Unsicherheiten im Bezug auf dieses Thema bestehen: Manche ambulante Einrichtungen befürchten, dass zu Pflegende zu einem anderen Dienstanbieter wechseln, wenn sie auf ihre Abhängigkeit angesprochen werden.

In den Pflegeeinrichtungen sollte die Grundlage dafür geschaffen werden, dass die abhängigen Bewohner leichter ihr Verhalten ändern können. Dazu können eine einladende Atmosphäre, eine freundliche und wertschätzende Ansprache, Tagesstrukturangebote, sowie Einzel- und Gruppengespräche beitragen (vgl. Kuhn; Haasen 2009: 30 & Schmitz; König 2007: 587, 590).

Wenn davon ausgegangen wird, dass ältere Menschen Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial konsumieren, um alterstypische Defizite zu kompensieren, gewinnen aus sozialarbeiterischer Sicht Interventionen an Bedeutung, die sich auf die aktuelle Lebenssituation der Älteren beziehen. Eine Unterstützung im Umgang mit den altersspezifischen Defiziten kann dazu führen, dass eine Abhängigkeit verhindert wird und stellt somit eine Möglichkeit zur Prävention dar. Sozialarbeiter können dabei helfen, diese späte Lebensphase positiv zu gestalten, indem sie die Älteren auf ihrem Weg begleiten und unterstützen. Hierzu gehört insbesondere auch die Unterstützung bei einem Einzug in eine Pflegeeinrichtung, bei der Akzeptanz dieser neuen Lebenssituation sowie der bestmöglichen Gestaltung des Alltags. Ein weiteres bedeutsames Thema ist der näher rückende Tod und die damit einhergehende Vergänglichkeit. Hier sollten sich Sozialarbeiter als Gesprächspartner anbieten, da der hohe Gesprächsbedarf von den Angehörigen oder dem Pflegepersonal nicht immer gedeckt werden kann. Es zeigt sich folglich, dass die Soziale Arbeit ein nicht geringer Bestandteil der Altenarbeit wird. Des Weiteren können Sozialarbeiter auch die positiven Seiten des Alterns, wie das Pflegen von Interessen und

Freundschaften, aufzeigen und fördern. So können beispielsweise mithilfe der Biographiearbeit rückblickend Ereignisse und erbrachte Leistungen in Erinnerung gebracht werden, sodass eine positive Reflexion möglich wird (vgl. Wolter 2011b: 84, 88).

Alles in Allem fällt auf, dass der Diskurs über den Drogenkonsum von älteren Menschen von Seiten der Mediziner, Gesundheitspolitiker und Fachleuten der Suchthilfe größtenteils negativ aufgeladen ist. Überlegungen, inwiefern ältere Menschen Potentiale im Umgang mit Drogen besitzen können gibt es nicht, genauso wenig wie der Gedanke, dass Drogen einen gewissen Stellenwert in der Lebensplanung älterer Menschen haben können. Broschüren und Informationsblätter gehen vielmehr in die Richtung, alten Menschen vom Drogenkonsum generell abzuraten, da sie die Situation aufgrund ihres Alters nicht mehr angemessen überblicken können und sich ihre ohnehin schlechter werdende Gesundheit vollends ruinieren. An dieser Stelle sollte sich vor Augen geführt werden, wie diese Ansprache auf ältere Menschen wirken muss: Abwertend im Hinblick auf ihre Lebensleistung und ihre persönlichen Fähigkeiten. So ist es nicht wenig verwunderlich, wenn Ältere auf diese Art der Ansprache mit Widerstand reagieren. Als Konsequenz gilt es die Informationsaufbereitung zu Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial so zu gestalten, dass sie einer modernen Gesundheitsförderung entspricht, da die älteren Menschen sonst nicht richtig erreicht werden. Folglich müssen die Informationen am Wissenstand der älteren Menschen ansetzen und fördernd anstatt abschreckend wirken. Wichtig ist außerdem, einen Dialog zu ermöglichen, in dem es zu einem Austausch an Argumenten kommt und die älteren Menschen darauf hingewiesen werden, dass es zumindest sinnvoll ist, den Substanzkonsum zu kontrollieren, wenn sie ihn nicht abstellen möchten.

Damit die verschiedenen Akteure des Hilfesystems adäquate Leistungen anbieten können, müssen noch einige offene Fragen geklärt werden: Hierzu gehört z.B. die Überlegung, ob die bisherigen Diagnosekriterien des ICD und DSM ausreichen, oder ob mehr auf die individuell vorliegenden Konsummuster geschaut werden sollte. Des Weiteren muss ermittelt werden, wie eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Altenhilfe initiiert werden kann und welche spezifischen Konzepte zur Fort- und Weiterbildung die jeweiligen Pflegeeinrichtungen benötigen (vgl. Kuhn; Haasen 2009: 31 & Vogt 2011b: 56f.).

Bei allen Verbesserungsvorschlägen und Handlungsideen müssen in ethischer Hinsicht aber immer die Prinzipien der Autonomie und Fürsorge beachtet werden: Im Rahmen der Fürsorge muss Personen mit einem Bedarf an Hilfe auch Unterstützung angeboten werden. Allerdings gebietet die Autonomie, dass die Betroffenen selbst darüber entscheiden, ob und in welchem Rahmen sie die angebotene Hilfe annehmen wollen (vgl. Schmitz; König 2007: 590).

## **7. Fazit**

Abhängigkeit von Suchtstoffen betrifft heutzutage nicht mehr ausschließlich junge Menschen. In Zeiten des demographischen Wandels wird die Abhängigkeit im Alter immer häufiger von der Gesellschaft und der Fachwelt bemerkt und thematisiert. Dabei lassen sich zwei Gruppierungen von Betroffenen ausmachen: Einerseits älter werdende Konsumenten illegaler Drogen und andererseits Personen, die im Alter von legalen Suchtstoffen abhängig werden.

Hierbei stellte sich in der vorliegenden Arbeit die Frage, ob dieses Problem erst in den letzten Jahren entstanden ist, oder schon vorher bestand. Zumindest für die Gruppe der älteren Opiatabhängigen konnte gezeigt werden, dass es sich um ein „neues“ Problem handelt, da der verbreitete Konsum von illegalen Drogen in Deutschland erst in den 70er Jahren begann. Zudem werden Opiatabhängige erst seit einigen Jahren aufgrund des medizinischen Fortschritts und verbesserter Angebote der Sucht- und Drogenhilfe älter. Bei der Gruppe der älteren Abhängigen von legalen Suchtstoffen lässt sich hingegen nicht gesichert feststellen, ob es in der Vergangenheit schon Betroffene gab. Dies liegt maßgeblich daran, dass die höheren Altersgruppen in vergangenen Umfragen überhaupt nicht miteinbezogen wurden, sodass ein möglicher Handlungsbedarf nicht erkannt werden konnte.

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass alternde Opiatabhängige eine besondere Klientengruppe darstellen, die spezifische Anforderungen an das Hilfesystem mit sich bringen. Hierzu gehört auch die frühzeitige körperliche Voralterung als Folge des jahrzehntelangen Konsums. Zusammen mit den zahlreichen körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen erfordert dies eine Erweiterung der bestehenden Versorgungsmöglichkeiten. So sind die klassischen Angebote der Suchthilfe für diese Klientengruppe nicht mehr geeignet, für Angebote der Altenhilfe sind die Betroffenen jedoch zu jung. Zukünftig wäre eine bessere Kooperation zwischen diesen Hilfesystemen sinnvoll, um

geeignete Unterbringungs- und Betreuungsmöglichkeiten zu schaffen, die den spezifischen Problemlagen der Klienten Rechnung tragen, aber auch deren Wünsche und Ressourcen miteinbeziehen.

Die ausführliche Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Literatur ergab, dass das Thema „Abhängigkeit von legalen Suchtstoffen im Alter“ noch als Randthema behandelt wird. Schätzungen sprechen von einigen Millionen Betroffenen, es gibt jedoch keine genauen Daten zur tatsächlichen Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Zuerst einmal ist von einer gewissen Dunkelziffer auszugehen, da gerade bei älteren Menschen eine Abhängigkeit mit großer Scham verbunden ist und dementsprechend auch verheimlicht wird. Eine Dunkelziffer kommt aber auch durch die vorhandenen Diagnosekriterien zustande. Teilweise lassen sich die Kriterien aufgrund von altersspezifischen Besonderheiten nicht auf ältere Menschen anwenden, sodass eine Erkrankung nicht erkannt oder fälschlicherweise diagnostiziert wird. Folglich wäre über eine Anpassung der Diagnoseverfahren nachzudenken. Des Weiteren besitzen die in Umfragen ermittelten Werte nur eine bedingte Aussagekraft und Vergleichbarkeit: Manche Umfragen ermitteln nur die Konsumhöhe einer bestimmten Substanz, jedoch nicht das Vorliegen einer Abhängigkeit. Andere wiederum beziehen nicht alle höheren Altersgruppen mit ein. In Anbetracht dessen, dass bereits seit einigen Jahren bekannt ist, dass Abhängigkeitserkrankungen auch im Alter eine Rolle spielen können, ist es als kritisch zu bewerten, dass selbst in einer repräsentativen Umfrage wie dem Epidemiologischen Suchtsurvey noch im Jahr 2012 der Großteil der alten Menschen außen vor gelassen wird, da die höchste befragte Altersgruppe die der 60- bis 64-Jährigen darstellt. Solange keine genauen Zahlen vorliegen, ist es ebenfalls schwierig, die exakte Höhe des Hilfebedarfs zu ermitteln.

Bei der Betrachtung der Ursachen für eine Abhängigkeit im Alter wurde deutlich, dass grundsätzlich eine Unterteilung vorgenommen werden muss in Personen, welche schon längere Zeit abhängig sind und diese Abhängigkeit „ins Alter mitnehmen“ und Personen, die erst im hohen Alter eine Abhängigkeit entwickeln. Entgegen allgemeiner Annahmen bestehen die meisten Abhängigkeitserkrankungen schon vorher. An dieser Stelle könnte es sinnvoll sein, von Seiten der Sucht- und Altenhilfe über eine mögliche Verbesserung der Präventions- und Behandlungsangebote nachzudenken, da anscheinend eine nicht geringe Anzahl an Menschen nicht angemessen erreicht wird.

Im Bezug auf altersspezifische Ursachen herrscht in der Allgemeinbevölkerung ein

recht einseitiges Bild, in welchem Erlebnisse wie der Renteneintritt oder der Verlust eines Partners als Auslöser gesehen werden. In der vorliegenden Arbeit sollte dies in wissenschaftlicher Hinsicht überprüft werden. Resümierend kann festgehalten werden, dass es auch hier keine einheitliche, sondern teils widersprüchliche, wissenschaftliche Meinung gibt. So ergab eine in dieser Arbeit beschriebene Studie, dass es im Alter zu einer Abnahme des (problematischen) Alkoholkonsums kommt und schrieb dies u.a. den selteneren Trinkgelegenheiten in Gemeinschaft zu. Eine andere angeführte Studie konnte hingegen genau das Gegenteil ermitteln und bezog den gestiegenen problematischen Konsum auf den Verlust des Selbstwertgefühls mit Eintritt in die Rente. Es lassen sich auch Hinweise finden, dass typische Alterserlebnisse nur einen Auslöser darstellen können, wenn vorher bereits ein problematischer Umgang mit den Suchtstoffen bestand. Allerdings bestätigen die meisten Quellen, darunter auch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, das Bild der Bevölkerung, indem sie Ursachen benennen wie Eintritt in die Rente, Verlust des Partners, Vereinsamung, das Gefühl von Nutzlosigkeit, Angst vor dem Tod u.v.m.. Auffällig ist an dieser Stelle, dass sich nicht auf Forschungsergebnisse bezogen wird, sodass nicht eindeutig nachvollzogen werden kann, wie diese Ansicht zustandekommt.

Unter Umständen könnte es hier auch zu einer Beeinflussung der Fachwelt durch ein negatives Altenbild, welches das Altern und alte Menschen defizitär betrachtet, kommen. Diese Annahme verhärtet sich bei Betrachtung des vorherrschenden negativen Belastungsdiskurses. In den meisten Fällen wird darauf hingewiesen, dass man im Alter überhaupt keine Drogen mehr konsumieren sollte, Überlegungen über eine Nutzung von Potenzialen Älterer im Umgang mit Suchtstoffen sind nicht vorhanden. Des Weiteren werden altersspezifische Vorurteile auch bei Behandlungsmöglichkeiten wie der Psychotherapie wirksam. Es ist alarmierend, dass Experten wie Ärzte oder Pflegepersonal die Meinung vertreten, eine Therapie im Alter würde sich nicht mehr lohnen, obwohl die Forschung einen Nutzen und Erfolg belegen konnte. Ein Altersbild, welches sowohl Ressourcen als auch Grenzen des Alterns beinhaltet, könnte ein erweitertes Blickfeld und damit eine größere Vielzahl an Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Hier zeigt sich ein deutlicher Handlungsbedarf, da nach der aktuellen Ausgangslage älteren Menschen Zugangsmöglichkeiten zum Hilfesystem verwehrt bleiben. Auf der einen Seite sind die Sucht- und Altenhilfe gefordert, Kooperationen aufzubauen und vorhandenes Wissen auszutauschen, damit das Pflegepersonal Handlungshinweise zur

Erkennung und zum Umgang mit Abhängigkeiten erhält und die Suchthilfe auf altersspezifische Risiken einer Abhängigkeitserkrankung reagieren kann. Zusätzlich sollten Konzepte erarbeitet werden, wie Personen erreicht werden können, die nicht von sich aus Kontakt zum Hilfesystem aufnehmen oder nicht im Rahmen der Pflegebedürftigkeit über Altenheime an das Hilfesystem angebunden sind.

Ärzte und Apotheker sind in besonderem Maße bei der Medikamentenabhängigkeit gefordert, da vielen Betroffenen ihre Abhängigkeit nicht bewusst ist und diese auch durch die Ärzte mitverursacht werden kann. Mit vergleichsweise einfachen Mitteln könnte einiges erreicht werden, dazu gehört beispielsweise eine genaue Prüfung, in welchem Umfang eine Behandlung mit potenziell abhängigkeitverursachenden Arzneimitteln wirklich notwendig ist. Leider zeigt sich, dass häufig nicht unbedingt die Gesundheit des Patienten im Vordergrund steht, insbesondere wenn Ärzte zur Verschreibung solcher Medikamente greifen, weil dies weniger umständlich ist als die Einleitung einer Therapie oder wenn Apotheker bei Verdacht eines Missbrauchs dennoch Medikamente ausgeben, da sie einen Konflikt mit Patient und Arzt vermeiden wollen. In einer Zeit, in der Medikamente mit Selbstverständlichkeit als Mittel zur Alltagsbewältigung eingesetzt werden, ist es umso wichtiger, dass Ärzte und Apotheker ihre Patienten und Kunden über die Verwendung von Arzneimitteln und potenziellen Gefahren aufklären.

Abschließend lässt sich festhalten, dass sich die Sucht- und Altenhilfe, sowie Ärzte und Apotheker dem Phänomen „Abhängigkeit im Alter“ verstärkt annehmen sollten. Es gilt, sowohl die ältere Bevölkerung, als auch das Umfeld zu sensibilisieren und aufzuklären. Allerdings besteht auch bei der Sensibilisierung und Weiterbildung der Akteure des Hilfesystems Nachholbedarf. Letztendlich können adäquate Angebote für die Betroffenen jedoch erst installiert werden, wenn die Forschung auf diesem Gebiet verbessert wird.



## Literaturverzeichnis

**Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (Hrsg.) (2013):** Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch. 3. vollst. überarb. Aufl. Berlin: akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. [Erstausg. 2006].

**Amlacher, Hans; Bauer, Ursula; Bertram, Winfried; Burmeister, Eva Maria; Ullrich, Georg Friedrich; Witzhausen, Clemens (2013):** Praxisleitfaden Suchtmedizin. Thüringer Ratgeber für Ärzte. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 06.04.2015

URL: [http://www.laek-thueringen.de/wcms/DocsID/A1320899D7FB4D9C-C1257B87004B6787/\\$file/Praxisleitfaden%20Suchtmedizin%20Stand%20Juni%202013.pdf](http://www.laek-thueringen.de/wcms/DocsID/A1320899D7FB4D9C-C1257B87004B6787/$file/Praxisleitfaden%20Suchtmedizin%20Stand%20Juni%202013.pdf)

**Baier, Bettina; Romero, Barbara; Förstl, Hans (2002):** Psychopharmakologie und Psychotherapie. In: Maercker, Andreas (Hrsg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 125 – 140.

**Benshoff, John J.; Harrawood, Laura K. (2003):** Substance Abuse and the Elderly: Unique Issues and Concerns. In: Journal of Rehabilitation. 69 (2), S.43 – 48.

**Berner, Frank; Tesch-Römer, Clemens (2010):** Alter – Bilder – Altersbilder: Ein erster Überblick. In: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 36 – 67.

**Bräuer, Ulrike (2014):** Lebenszufriedenheit nach chronischem Alkoholmissbrauch: Eine sozial-gerontologische Betrachtung. o.O.: Books on Demand.

**Bundesapothekerkammer (BAK) (Hrsg.) (2008):** Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis. Berlin. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 16.04..2015

URL: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Medikamente/Bilder/Downloads/Leitfaden\\_apothekerliche\\_Praxis\\_Medikamente\\_080501\\_Drogenbeauftragte.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Medikamente/Bilder/Downloads/Leitfaden_apothekerliche_Praxis_Medikamente_080501_Drogenbeauftragte.pdf)

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2013):** Alte Menschen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 44. Köln: BZgA.

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2013):** Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 5. Hamm. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 16.04..2015

URL:

[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed\\_Reihe\\_5\\_Medikamente.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_5_Medikamente.pdf)

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2011):** Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. 5. vollst. überarb. Aufl. Hamm. [Erstausg. 2006].

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2006):** Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: Neuland.

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2003):** Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht: Neuland.

**Dias de Oliveira, Anabela (2011):** Wohnhilfen für ältere chronifiziert Drogenabhängige in Unna. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 283 – 301.

**Dürsteler-MacFarland, Kenneth M.; Herdener, Marcus; Strasser, Johannes;**

**Vogel, Marc (2011):** Medizinische und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter

Patienten. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung äl-

terer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 93 – 136.

**Ebert, Kristin; Sturm, Sabine (2006):** „Alte Junkies“: Eine neue Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens?. In: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work. 3, S. 19 – 30. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 21.03.2015

URL: [http://www.indro-online.de/Ebert3\\_06.pdf](http://www.indro-online.de/Ebert3_06.pdf)

**Eppler, Natalie; Kuplewatzky, Nina; Vogt, Irmgard (2011):** „Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 167 – 207.

**Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (Hrsg.)**

**(2008):** Drogen im Blickpunkt. Briefing der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 08.04.2015

URL: [http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fatt\\_50566\\_DE\\_TDAD08001DEC\\_web.pdf&ei=GRUIVebBFIyqsAGSs4G4AQ&usg=AFQjCNHupsbAujTS2i6E8WuLxJ1vut-IJQ&bvm=bv.90237346,d.bGg](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fatt_50566_DE_TDAD08001DEC_web.pdf&ei=GRUIVebBFIyqsAGSs4G4AQ&usg=AFQjCNHupsbAujTS2i6E8WuLxJ1vut-IJQ&bvm=bv.90237346,d.bGg)

**Feuerlein, Wilhelm; Kufner, Heinrich; Soyka, Michael (1998):** Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 5. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme. [Erstausg. 1975].

**Geyer, Dieter (2011):** Psychotherapie mit älteren süchtigen Menschen. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 327 – 345.

**Glaeske, Gerd (2010):** Die Tablette ist für mich wie ein Freund. Medikamentengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit im Alter. In: Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Lebensabend Sucht? Süchte älterer

Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe. Berichte zur Suchtkrankenhilfe. Hannover: o.V., S. 12 – 19. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 08.04.2015

URL: <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Suchtdoku-2009-web.pdf>

**Glaeske, Gerd; Schicktanz, Christel (2011):** BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. St. Augustin: Asgard.

**Groenemeyer, Axel (2012):** Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. In: Albrecht, Günter; Groenemeyer, Axel (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. 2. überarbeitete Aufl. Wiesbaden: VS, S. 433-493. [Erstausg. 1999].

**Hapke, Ulfert; Hanisch, Christiana; Ohlmeier, Christoph; Rumpf, Hans-Jürgen (2009):** Epidemiologie des Alkoholkonsums bei älteren Menschen in Privathaushalten: Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurvey 2007. In: SUCHT. 55 (5), S. 281 – 291.

**Hautzinger, Martin; Reimer, Christian (2007):** Psychotherapie alter Menschen. In: Reimer, Christian; Eckert, Jochen; Hautzinger, Martin; Wilke, Eberhard (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3. vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 631 – 649. [Erstausg. 2000].

**Hilckmann, Martin (2011):** Wohn- und Pflegegemeinschaften für ältere Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS: Modellprojekte am Beispiel von „ZIK – zuhause im Kiez“ in Berlin. Wohn- und Pflegegemeinschaften für ältere Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 229 – 249.

**Hirsch, Rolf Dieter (2011):** Psychotherapie alter Menschen: Eine kurze Einführung. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 347 – 376.

**Höpflinger, François (2009):** Der Wandel des Alters. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 17.04.2015

URL: <https://www.zora.uzh.ch/31912/1/FHSuchtmagazin09.pdf>

**Höpflinger, François (o.J. a):** Demographischer und gesellschaftlicher Wandel des Alters und Folgen für die Pflege im Alter. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 07.03.2015

URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/WandelAlter-Pflege.pdf>

**Höpflinger, François (o.J. b):** Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 08.04.2015

URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>

**Höpflinger, François (o.J. c):** Wandel des dritten Lebensalters. ‚Junge Alte‘ im Aufbruch. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 17.04.2015

URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/DrittesLebensalter.pdf>

**Höbelbarth, Susann; Stöver, Heino; Vogt, Irmgard (2011):** Lebensweise und Gesundheitsforderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 137 – 166.

**Jahnsen, Katrin; Glaeske, Gerd (2002):** Benzodiazepine – immer noch zu lange und zu hoch dosiert!. In: SuchtAktuell. (2), S. 5 – 10.

**Kruse, Andreas (2010):** Einführung. In: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 22 – 35.

**Kuhn, Silke; Haasen, Christian (2009):** ABSCHLUSSBERICHT. Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Online-Ressource. Hamburg.

Letzter Zugriff: 28.03.2015

URL: [http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx\\_userzis/Kuhn\\_Haasen\\_2009\\_Abschlussbericht\\_Sucht\\_im\\_Alter.pdf](http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf)

**Lampert, Thomas; von der Lippe, Elena; Müters, Stephan (2013):** Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 56 (5-6), S. 802 – 808.

**Lesch, Otto-Michael; Walter, Henriette (2009):** Alkohol und Tabak, Medizinische und Soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Wien: Springer-Verlag.

**Lindenmeyer, Johannes (2011):** Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 743 – 766.

**Mader, Petra; Gaßmann, Raphael (2006):** Suchtprobleme kennen keine Altersgrenze. In: Pro Alter. Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe. (1), S. 7 – 15.

**Maercker, Andreas (2002):** Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In: Maercker, Andreas (Hrsg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 1 – 58.

**Neve, Rudie J. M.; Lemmens, Paul H.; Drop, Maria J. (2000):** Changes in Alcohol Use and Drinking Problems in Relation to Role Transitions in Different Stages of the Life Course. In: Substance Abuse. 21 (3), S. 163 – 178.

**Niekrens, Sebastian (2012):** Sucht im Alter. Möglichkeiten der Intervention aus sozial-arbeiterischer Perspektive. Freiburg: CENTAURUS Verlag & Media KG.

**Pabst, Alexander; Kraus, Ludwig; Gomes de Matos, Elena; Piontek, Daniela (2013):** Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: SUCHT. 59 (6), S. 321 – 331.

**Pichler, Barbara (2010):** Aktuelle Altersbilder: „junge Alte“ und „alte Alte“. In: Auer, Kirsten; Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS, S. 415 – 425.

**Reimer, Christian; Hautzinger, Martin (2007):** Psychotherapie bei Sucht und Abhängigkeiten. In: Reimer, Christian; Eckert, Jochen; Hautzinger, Martin; Wilke, Eberhard (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3. vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 539 - 554. [Erstausg. 2000].

**Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt (2002):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10. Gesundheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut.

**Rumpf, Hans-Jürgen (2006):** Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie. 19 (4), S. 201–206.

**Schäufele, Martina; Weyerer, Siegfried; Hendlmeier, Ingrid; Köhler, Leonore (2009):** Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: eine bundesweite repräsentative Studie. In: SUCHT. 55 (5), S. 292 – 302.

**Schmid, Martin (2003):** Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung. 1970 – 2000. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

**Schmitz, Frank; König, Dieter (2007):** Alkohol und Tabletten im Pflegeheim – was tun? In: Die Schwester – Der Pfleger. 46 (7), S. 586-590.

**Schnoz, Domenic; Salis Gross, Corina; Grubenmann, Damian; Uchtenhagen, Ambros (2006):** Alter und Sucht. Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Nr. 0221/2006. Online-Ressource. Zürich.  
Letzter Zugriff: 06.04.2015  
URL: [http://www.zuefam.ch/pdf/forschungsbericht\\_isgf.pdf](http://www.zuefam.ch/pdf/forschungsbericht_isgf.pdf)

**Scholz, Herwig (1996):** Abhängigkeitskrankheiten. In: Zapotoczky, Hans G.; Fischhof,

Peter K. (Hrsg.): Handbuch der Gerontopsychiatrie. Wien: Springer-Verlag, S. 337 – 346.

**Schroeter, Klaus R.; Künemund, Harald (2010):** „Alter“ als Soziale Konstruktion - eine soziologische Einführung. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS, S. 393 – 401.

**Statistisches Bundesamt (2015a):** Bevölkerung. Wiesbaden: Destatis. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 02.03.2015

URL: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/\\_lrbev01.html?cms\\_gtp=151914\\_list%253D1&https=1](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/_lrbev01.html?cms_gtp=151914_list%253D1&https=1)

**Statistisches Bundesamt (2015b):** Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht. Wiesbaden: Destatis. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 26.03.2015

URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/GesundheitszustandRelevantesVerhalten/Tabellen/Rauchverhalten.html>

**Statistisches Bundesamt (2012):** Gesundheit im Alter. Auf dem Weg zur Seniorengeellschaft. Wiesbaden: Destatis. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 19.04.2015

URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitimAlter0120006109004.pdf;jsessionid=5B205C7EA1783243976EA9216DF2F206.cae2?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitimAlter0120006109004.pdf;jsessionid=5B205C7EA1783243976EA9216DF2F206.cae2?__blob=publicationFile)

**Türk, Dilek; Bühringer, Gerhard (1999):** Psychische und soziale Ursachen der Sucht. In: Der Internist. 40 (6), S. 583 – 589.

**Vogt, Irmgard (2011a):** Vorwort. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 5 – 6.

**Vogt, Irmgard (2011b):** Lebenslaufperspektive auf den Konsum von psychoaktiven



Substanzen mit dem Schwerpunkt mittleres und höheres Lebensalter. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 27 – 61.

**Vogt, Irmgard (2011c):** Altern und Gesundheit: Eine kurze Einführung. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 9 – 25.

**Vogt, Irmgard; Eppler, Nathalie; Ohms, Constance; Stiehr, Karin; Kaucher, Margarita (2010):** Ältere Drogenabhängige in Deutschland . Abschlussbericht. Institut für Suchtforschung Frankfurt (unveröffentlicht).

**Voßmann, Ulrich; Geyer, Dieter (2006):** Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie. 19 (4), S. 221 – 227.

**Walter, Ulla; Kruse, Andreas ; Klie, Thomas; Naegele, Gerhard (2010):** Die Rolle von Altersbildern in der gesundheitlichen Versorgung. In: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 294 – 344.

**Westermann, Bernd; Witzerstorfer, Dagmar (2011):** Substitutionssenioren. Was sie brauchen und wie sie es bekommen. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 209 – 227.

**WHO (2015):** Dependence syndrome. Definition. Online-Ressource.

Letzter Zugriff: 07.03.2015

URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/)

**Wolter, Dirk K. (2011a):** Sucht im Alter. Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

**Wolter, Dirk K. (2011b):** Drogenabhängigkeit und Demenz. In: Vogt, Irmgard (Hrsg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 63 – 91.

**Zeman, Peter (2009):** Sucht im Alter. In: Informationsdienst Altersfragen. 36 (3), S. 10 - 14.

**Zerbin-Rüdin, Edith (1985):** Allgemeine humangenetische Gesichtspunkte der Sucht – Adoptivstudien, Zwillingsforschung. In: Keup, Wolfram (Hrsg.): Biologie der Sucht. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag, S. 1 – 14.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen.

Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Ort, Datum

Unterschrift

## Erklärung zur Einsichtnahme

### StudentIn

### HauptreferentIn

Ich stimme der Aufnahme dieser Bachelorarbeit in die Bibliothek des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit zu.

zu

nicht zu

(bitte ankreuzen)

zu

nicht zu

(bitte ankreuzen)

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist (3 Jahre) soll diese Bachelorarbeit ausleihbar in die Bibliothek eingestellt werden.

Ja

Nein

(bitte ankreuzen)

---

Unterschrift StudentIn

---

Unterschrift HauptreferentIn