



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2006

---

## **Alter und Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen**

Schnoz, Domenic ; Salis Gross, Corina ; Grubenmann, Damian ; Uchtenhagen, Ambros

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-151065>

Published Research Report

Published Version

Originally published at:

Schnoz, Domenic; Salis Gross, Corina; Grubenmann, Damian; Uchtenhagen, Ambros (2006). Alter und Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Zürich: ISGF.



# Alter und Sucht

Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen

Domenic Schnoz  
Corina Salis Gross  
Damian Grubenmann  
Ambros Uchtenhagen

Im Auftrag der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und  
Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM)

Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich  
Oktober 2006, Bericht Nr. 0221

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
I Grundlagen.....	5
<b>1. Epidemiologie</b> .....	5
1.1. Alkohol.....	5
1.2. Medikamente.....	6
1.3. Tabak.....	7
1.4. Prognosen .....	7
1.5. Überblick zum deutschsprachigen Raum.....	8
1.6. Zwischenfazit .....	9
<b>2. Altersspezifische Ursachen von Suchtentwicklung</b> .....	10
2.1. Zwischenfazit .....	11
<b>3. Probleme während der Suchtphase im alltäglichen Leben</b> .....	12
3.1. Zwischenfazit .....	13
<b>4. Den Ausstieg begünstigende und erschwerende Faktoren</b> .....	14
4.1. Zwischenfazit .....	15
II Interventionen .....	15
<b>1. Interventionsstrategien</b> .....	15
1.1 Frühinterventionen .....	17
1.2. Ausstiegsorientierte Interventionen.....	19
1.2.1 Medikamente .....	19
1.2.2. Alkohol.....	21
1.2.3. Tabak.....	29
1.2.4. Interventionen bei multiplem Substanzkonsum .....	30
1.2.5. Fazit zu den evaluierten Interventionen .....	33
III Anhang .....	39
<b>1. Bibliographie</b> .....	39
<b>2. Spezifische Screening-Tools für ältere Menschen</b> .....	44

## Einleitung

Das höhere Alter wurde in der Suchtforschung lange mehrheitlich als eine statistisch-demographische Variable unter vielen anderen behandelt. Viele Studien befassen sich vor allem mit dem Konsum von Jugendlichen und/oder von jungen Erwachsenen. Mit dem Begriff Substanzmissbrauch werden häufig Begriffe wie Cannabis, Kokain, Heroin, Ecstasy, etc. assoziiert. Ein wichtiges Hindernis, ältere Suchtkranke zu erreichen, stellt der noch weit verbreitete sogenannte „therapeutische Nihilismus“ dar, welcher sich aus Vorurteilen bezüglich der Lebenssituation älterer Menschen einerseits und aus Unkenntnis über die bestehenden therapeutischen Möglichkeiten andererseits nährt (Beutel / Baumann 2000). Durch die sich ändernde Bevölkerungsstruktur mit einem immer grösser werdenden Anteil an älteren Menschen, gewinnt die Rolle der Suchterkrankungen im Alter zunehmend an Bedeutung. In Allgemeinpraxen, Allgemeinkrankenhäusern und Altersheimen zeigen sich vermehrt erhöhte Frequenzen von Suchterkrankungen. Die adäquate Versorgung von älteren Menschen ist derzeit nicht gegeben. Als Hinweis darauf ist der Umstand zu sehen, dass entsprechende stationäre und ambulante Einrichtungen eine deutliche Unterrepräsentation von älteren Suchtkranken verzeichnen (Rumpf / Weyerer 2006). Interventionsstudien legen jedoch nahe, dass die Prognosen bei der Behandlung von suchtkranken älteren Menschen als vielversprechend bewertet werden können. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat das Jahr 2006 zum Schwerpunktjahr mit dem Motto "Unabhängig im Alter - Suchtprobleme sind lösbar!" erklärt (Rumpf / Weyerer 2006). International und national gibt es, verglichen mit anderen Alters- und Bevölkerungsgruppen, derweilen noch wenig Daten betreffend der Suchterkrankungen im Alter.

Die Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) erteilte dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) den Auftrag, wissenschaftliche Grundlagen zu schaffen, welche adäquate Präventionsmassnahmen im Rahmen der ZüFAM ableiten lassen. Es wurden folgende Ziele festgelegt:

- Grobsichtung des Forschungsstandes und gezieltes Zusammentragen von Erkenntnissen und Erfahrungen zu evaluierten Interventionen im Bereich Alter und Sucht (national und international).
- Erstellen einer Dokumentation von ausgewählten interessanten Ansätzen evaluierter Interventionen in den Bereichen Prävention und Beratung der Suchtarbeit im Alter. Im Bereich Prävention interessiert vor allem die selektive und indizierte Prävention (Primär- und Sekundärprävention).

Methodisch war vorgesehen, sich auf bestehende Reviews zu stützen. Da diese kaum vorhanden waren, wurden in einer breiteren Recherche alle gesichteten, evaluierten Interventionen analysiert. Durchgeführt wurde diese Recherche mit Hilfe von verschiedenen internationalen Datenbanken (Pubmed & Medline, BMJ, Taylor & Francis, Embase; Psycindex; Samed, Sidos, Solis, Gerolit, scholar.google, [www.archido.de](http://www.archido.de), ProSenectute Bibliothek auf: [www.alexandria.ch](http://www.alexandria.ch), Zentrum für Gerontologie ZfG auf: [www.zfg.unizh.ch](http://www.zfg.unizh.ch) und auf: [www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de)). Gesucht wurde mit diversen Begriffen im Zusammenhang mit Alter und Sucht. In einem zweiten Schritt wurde die vorliegende Dokumentation von ausgewählten interessanten Ansätzen evaluierter Interventionen erstellt, um ein Hilfsmittel für die Planung von adäquaten Strategien und Massnahmen in den Bereichen Prävention und Beratung der Suchtarbeit im Alter zu schaffen. Im Bereich Prävention wurde, der Fokus auf selektive und indizierte Primär- und Sekundärprävention gelegt.

Im Hinblick auf einen Überblick über das Thema „Alter und Sucht“ und auf die Empfehlung von Massnahmen und Hilfestellungen für die Prävention wurden folgende inhaltlichen Fragestellungen verfolgt:

- Welches Ausmass haben Suchtprobleme bei älteren Menschen in der Schweiz und international? Welche Konsum- und Verhaltensmuster zeigen sie? Welches Segment (Alter) hat welches Bedürfnis an Intervention?
- Welche Erkenntnisse gibt es in Bezug auf die altersspezifischen Ursachen von Suchtentwicklung? Was sind die Determinanten für Drogenkonsum und Suchtmittelabhängigkeit?
- Welche Lebensrealitäten prägen den Alltag von älteren Menschen während ihrer Suchtphase unter den gegenwärtigen sozialen und ökonomischen Bedingungen? Welche Schwierigkeiten und Probleme zeigen sich im täglichen Leben?
- Welche Faktoren begünstigen bzw. erschweren bei älteren Menschen mit Suchtproblemen den Ausstieg aus der Sucht?
- Welche Interventionsstrategien haben sich bei älteren Menschen zur Vorbeugung als wirkungsvoll erwiesen, welche zur Früherkennung, und welche für den Ausstieg? Die Frühintervention (an einzelnen Personen, Institutionen etc.) interessierte dabei speziell.
- Bei all diesen Fragen sollten soziodemographische Variablen wie Alter, Berufsstatus, Sprache, regionale Herkunft, Bildung, Gender, Einkommen, Beziehungsformen und

Wohnlagen sowie soziokulturelle Aspekte (v.a. im Hinblick auf die Migrationsbevölkerung) wenn möglich einbezogen werden.

## **I Grundlagen**

### **1. Epidemiologie**

Epidemiologische Daten zu älteren Menschen mit Substanzkonsum sind im Vergleich zu Daten von anderen Bevölkerungsgruppen relativ dürftig und variieren zudem je nach Definition von diversen abhängigen Variablen (Abhängigkeit, Missbrauch, riskanter Konsum etc.) erheblich. Die recherchierten Zahlen sollen daher keinen umfassenden Überblick vermitteln, sondern lediglich der Veranschaulichung der suchtspezifischen Problematik bei älteren Menschen dienen. Die folgenden Daten sind exemplarische Auszüge aus der deutschen und englischsprachigen Literatur, die im Rahmen der Recherchen gesichtet wurden. Im Folgenden werden die präsentierten Zahlen unterteilt auf die Substanzen Alkohol, Medikamente und Tabak. Den Abschluss bilden eine Prognose zur zukünftigen, generellen Entwicklung der Problematik sowie ein kurzer Überblick zum Konsum- und Abhängigkeitsverhalten der älteren Bevölkerung

#### **1.1. Alkohol**

Die Prävalenzraten zu Alkoholkonsum bei älteren Menschen sind je nach Quelle und Definition von Abhängigkeit, Missbrauch und riskantem Konsum unterschiedlich. So sinkt nach Wetterling et al. (2002) die Zahl der älteren Alkoholabhängigen von etwa 6% der 18- bis 60-Jährigen auf etwa 1% der über 60-Jährigen und auf 0,5% der über 69-Jährigen. Der Rückgang wird dabei mit der verminderten Lebenserwartung von Suchtkranken erklärt, weil diese frühzeitig an gefährlichen Folgeerkrankungen sterben (Wetterling et al. 2002). Beutel & Baumann (2000) sprechen hingegen von 2 bis 3% der über 60-Jährigen Männern und 1% der Frauen, bei denen ein Abhängigkeitssyndrom besteht. Nordamerikanische Untersuchungen suggerieren indessen Prävalenzzahlen für Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch zwischen 1,4% und 6% der über 65-Jährigen (Wetterling et al. 2002). In stationären Einrichtungen sind die älteren, alkoholkranken Menschen deutlich überrepräsentiert, da sie auf Grund von Folgeerkrankungen und Unfällen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in diese eingewiesen werden müssen (Wetterling et al. 2002). In der Schweiz wiesen im Jahr 1997 5,2% der 65- bis 74-Jährigen Männer einen problematischen Alkoholkonsum auf, während es bei den Frauen in diesem Alter lediglich 0,6% waren (Spinatsch 2004). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung identifizierte im Jahr 2002 sogar 8% der über 65-jährigen Männer bei denen ein problematischer Alkoholkonsum verzeichnet wurde und entsprechende 3% bei den Frauen über 65 Jahren (Gesundheitsobservatorium 2002). Die Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen stellen in der Schweiz die gesundheitlich am stärksten durch Alkoholkonsum

gefährdeten Kohorte dar (Gesundheitsobservatorium 2002). In den vereinigten Staaten von Amerika zeigen Studien, dass ca. 10% der PatientInnen über 65 Jahren, welche stationär in Krankenhäusern aufgenommen werden, einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. Die Ergebnisse deutscher Studien weisen hingegen auf einen eher spärlichen Anteil der über 65-Jährigen stationären KrankenhauspatientInnen mit einem problematischen Alkoholkonsum hin (Wetterling et al. 2002). Die Erklärung für diese Unterschiede könnte in verschiedenen Studien zu finden sein, welche Hinweise darauf geben, dass Alkoholprobleme bei älteren Menschen von den behandelnden Ärzten häufig nicht diagnostiziert werden (Wetterling / et al. 2002). Amerikanische Studien weisen darauf hin, dass es 26% der Ärzte aus der Primärversorgung am nötigen Wissen fehlt, um bei Substanzproblemen von älteren Frauen wirksam zu intervenieren. 18% empfinden ausserdem Unbehagen wenn es darum geht, Substanzprobleme mit älteren Patientinnen zu diskutieren (Fingfeld-Connet 2004). Besonders besorgniserregend mutet die Tatsache an, dass beim Eintritt in Altersheime 19,3% der Männer und 3,8% der Frauen als alkoholkrank bezeichnet werden. In Langzeitpflegeeinrichtungen steigt der Konsum von Alkohol und/oder Medikamenten darüber hinaus weiter an. So weisen 41% der Männer und 12% der Frauen in entsprechenden Einrichtungen einen Substanzmissbrauch auf (Krebs-Roubicek o.J.).

## **1.2. Medikamente**

Umfassende epidemiologische Daten zu Abhängigkeiten im Alter im Hinblick auf Medikamente fehlen in bisher weitgehend. Teilweise finden sich allerdings interessante Angaben: In der Berliner Altersstudie (BASE) beispielsweise wurde bei 0,5% der über 69-Jährigen eine Medikamentenabhängigkeit diagnostiziert (Wetterling et al. 2002). Die Altersgruppe ab 65 Jahren konsumiert laut amerikanischen Studien mehr verschriebene und rezeptfreie Medikamente als alle anderen Kohorten. Während ältere Erwachsene mittlerweile 13% der U.S.-Bevölkerung ausmachen konsumieren sie ca. 30% der verschriebenen und 40% der rezeptfreien Medikamente (Meninger 2002). Ältere Menschen sind zudem mit grösserer Wahrscheinlichkeit längerfristige bzw. dauerhafte MedikamentenkonsumentInnen als jüngere Gruppen (Menninger 200). Mindestens 10% der erwachsenen Population in den U.S. beklagen sich ausserdem über signifikante Schlaflosigkeit und dies nimmt mit steigendem Alter zu. Die zunehmenden Probleme bezüglich Schlaflosigkeit mit fortschreitendem Alter verlaufen dabei parallel zu ansteigenden Konsumraten bei hypnotischen Substanzen unter älteren Erwachsenen. Die Rate des Konsums dieser Substanzen ist unter den 65-Jährigen und Älteren mindestens doppelt so hoch im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen (Morin et al. 2004). Diese Rate verstärkt sich darüber hinaus bei älteren PatientInnen die medizinische Hilfe erfahren auf 26% der weiblichen und 6% der männlichen KonsumentInnen von Schlafmedikamenten (Morin et al.

2004). In der Schweiz betrug die Rate der Frauen die im Jahr 2002 täglich Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen 18,2% bei den 70 bis 74-Jährigen und 22,6% bei den über 74-Jährigen. Bei den 70 bis 74-jährigen Männern betrug die entsprechende Rate 10,3% und bei den über 74-Jährigen 14,3% (Gesundheitsobservatorium 2002). Die längere Einnahme von Hypnotika und insbesondere von Benzodiazepinen ist mit dem Risiko von unerwünschten Nebeneffekten verbunden (z.B. Beeinträchtigung des Gedächtnisses, veränderter Schlafphysiologie und der Gefahr einer Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung) (Morin et al. 2004).

### **1.3. Tabak**

In der Schweiz betrug im Jahr 2002 die Rate der 60 bis 74-jährigen Raucher 26,3% (bei über 74-Jährigen 15,1%) und die entsprechende Rate der Raucherinnen lag bei 14,1% (bei über 74-Jährigen 6,1%) (Gesundheitsobservatorium 2002). In Deutschland lag die Rate der RaucherInnen 1999 nach John et al. (2004) bei den 60- bis 69-Jährigen ca. 16,4%, bei den 70- bis 79-Jährigen bei 9,7% und bei Personen über 80 Jahren bei 5,4%. Die Gruppe der älteren RaucherInnen ist durch einen hohen Konsum und eine starke Abhängigkeit gekennzeichnet (Weyerer / Rumpf 2006). Rauchen stellt ausserdem die häufigste signifikante Ursache vermeidbarer Krankheits- und Todesfolgen dar (Weyerer / Rumpf 2006). Zusätzlich zieht das Inhalieren von Tabakrauch gewisse negative psychische Konsequenzen (insbesondere eine Erhöhung des Ausmasses an empfundenem Stress) nach sich (Weyerer / Rumpf 2006). Speziell für ältere Erwachsene ist das mit dem Rauchen assoziierte Risiko grösser als für jüngere Raucher. Bei Personen ab 60 Jahren stellt es einen signifikanten Risikofaktor bei 7 der 14 führenden Todesursachen dar (Blow 1998). Rauchen begünstigt ausserdem diverse medizinische Probleme, die mit zunehmendem Alter an Häufigkeit gewinnen. Dazu gehören bspw. Herzerkrankungen, hoher Blutdruck, Kreislauf- und Gefässerkrankungen, Geschwüre sowie Diabetes (Weyerer / Rumpf 2006). Ein weiteres Problem des Rauchens bei älteren Menschen besteht im ungünstigen Einwirken des Tabaks auf verschiedene medizinische Therapieformen (Pharmako-, Strahlen- und Chemotherapie) (Weyerer / Rumpf 2006).

### **1.4. Prognosen**

Aktuelle Studien enthalten Hinweise auf eine Zunahme des illegalen Substanz- und/oder Alkoholmissbrauchs unter den älteren Erwachsenen in näherer Zukunft . Prognosen zur Inanspruchnahme des Behandlungssystems der alternden Baby-Boom-Generation suggerieren beträchtliche Folgen für die zusätzliche Mehrbelastung des öffentlichen Gesundheitssystems.

Teilweise wird diese Prognose mit dem Umstand erklärt, dass die Anzahl älterer



Erwachsenen bis ins Jahr 2020 um 50% zunehmen wird (Gfroerer et al. 2003). Zusätzlich ist laut einer Studie in den U.S. zu erwarten, dass die Rate der älteren Erwachsenen, welche einer Behandlung wegen Substanzmissbrauchs bedürfen um 70% ansteigen wird (Gfroerer et al. 2003). Alkohol und illegaler Drogenmissbrauch wurden in den Vereinigten Staaten bislang mit einer jungen Population assoziiert. Dies wird sich jedoch in Zukunft voraussichtlich einer bedeutenden Änderung unterziehen. So waren 1979 lediglich 10% der KonsumentInnen illegaler Substanzen mindestens 35 Jahre. 1995, als die Kohorte der sogenannten „Baby-Boomer“ (geboren zwischen 1946 und 1964) zwischen 31 und 49 Altersjahren zählte, war die Rate der über 34-jährigen Konsumenten illegaler Substanzen auf 27% angestiegen (Gfroerer et al. 2003). Während 1995 die Lebenszeitprävalenz illegalen Substanzkonsums bei den Personen ab 50 Jahren bei lediglich 11% lag, betrug diese Rate bei der Kohorte der „Baby-Boomer“ 49%. Zusätzlich ist diese Kohorte zahlenmässig grösser als frühere Kohorten und weist im Vergleich zu diesen höhere Raten an starkem Alkoholkonsum auf (Gfroerer et al. 2003).

### **1.5. Überblick zum deutschsprachigen Raum**

Das Konsumverhalten in unserer Gesellschaft verändert sich ungefähr nach dem 50. Altersjahr. Bei Frauen tritt diese Veränderung etwas früher und ausgeprägter als bei Männern auf. Konkret ist darunter ein steiler Anstieg von Tranquilizern, Schlaf- und Schmerzmitteln sowie eine, auf den Einzelnen bezogene, Abnahme des Alkoholkonsums zu verstehen (Uchtenhagen 2004). Zwei Drittel der über 75-Jährigen und die Hälfte der 60- bis 65-Jährigen leben alkoholabstinent (Fleischmann 1999). Die Abnahme im Vergleich zu jüngeren Jahrgängen ist zum Teil durch die Übersterblichkeit der Suchtmittelgeschädigten zu erklären (Uchtenhagen 2004). Im Vergleich zur älteren Population in früheren Jahren, gibt es Hinweise auf einen Anstieg des Alkoholmissbrauchs in der heutigen Kohorte der älteren Menschen. Zwei Drittel aller Psychopharmaka werden an Personen über 60 Jahren verschrieben (Uchtenhagen 2004). Dabei handelt es sich bei 70-80% der Substanzen um Benzodiazepine (Uchtenhagen 2004). Bei den Gründen für die Verschreibung stehen Schlafstörungen und psychische Begleiterscheinungen körperlicher Erkrankungen im Vordergrund (Uchtenhagen 2004). 20% bis 25% der Alters- und PflegeheimbewohnerInnen erhalten Tranquilizer bzw. Hypnotika (Uchtenhagen 2004) und zwar auch zur Ruhigstellung von PatientInnen, welche den Betriebsablauf stören. Das Abhängigkeitsrisiko steigt mit zunehmendem Alter an (Uchtenhagen 2004). Hinweise auf Qualitätsmängel bei der Arzneitherapie von geriatrischen PatientInnen finden sich bei Pittrow et al. (2002, 2003). Allerdings gibt es im Vergleich mit jüngeren Kohorten auch Hinweise auf gute Prognosen für ältere Personen mit Substanzproblemen. Beispielsweise findet sich eine Vergleichsstudie bei Brennan et al. (2003) zu älteren und jüngeren PatientInnen mit einer Substanzstörung.

Untersucht wurde dabei die Nutzung von ambulanten Gesundheitsversorgungsdiensten, der jeweilige Substanzgebrauch sowie psychiatrische, familiäre und gesetzliche Faktoren (*legal factors*). Fast alle PatientInnen, die von Alkoholproblemen berichteten, indizierten auch den Bedarf einer Behandlung, wobei dies bei den älteren ProbandInnen etwas weniger oft vorkam als bei den Jüngeren (93% vs. 96%). Stärker fiel dieser Unterschied im Hinblick auf psychiatrischen Behandlungsbedarf aus (84% vs. 90%). Hinsichtlich der Inanspruchnahme von ambulanter psychiatrischer Unterstützung unterschieden sich die Altersgruppen nicht signifikant. Ältere PatientInnen verzeichneten leicht länger andauernde Behandlungsepisoden, die Intensität der Behandlung fiel jedoch etwa gleich stark aus. In fast allen Bereichen (abgesehen von Arbeitslosigkeit und Medikamentenproblemen), die sich auf die Auswirkungen des Schweregrads der Alkoholabhängigkeit bezogen, verzeichneten mehr ältere Personen wünschenswerte Ergebnisse in der Nachbefragung nach 12 Monaten. 66% der älteren ProbandInnen gegenüber 61% der Jüngeren waren beispielsweise alkoholabstinent und 24% der Älteren berichteten über Alkoholprobleme (bzw. Drogenprobleme 13%) gegenüber 29% bei den Jüngeren (bzw. Drogenprobleme 21%).

#### **1.6. Zwischenfazit**

Die epidemiologische Datenlage zu älteren Menschen und deren Substanzkonsum, ist im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen relativ schmal. Das Thema „Alter und Sucht“ wurde bislang unterschätzt, zieht jedoch allmählich wachsende Aufmerksamkeit auf sich. Demographische Prognosen zeigen, dass die zukünftige Bevölkerungszusammensetzung der europäischen nordamerikanischen Staaten zunehmend von älteren Menschen geprägt sein wird. Damit steigt auch die Relevanz des Themas Sucht im Alter aus ökonomischer und gesellschaftlicher Sicht an. Die verbreitetsten Substanzen, welche bei älteren Menschen Abhängigkeit erzeugen sind Alkohol, Nikotin und diverse Medikamente (v.a. Benzodiazepine). Beim Missbrauch gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, welchen bei präventiven und therapeutischen Arbeiten Beachtung geschenkt werden muss. Männer haben beispielsweise deutlich häufiger Probleme mit Alkohol, während Frauen mehr Medikamentenabhängigkeiten aufweisen. Sucht im Alter wird gesundheitspolitisch als ein dringliches Thema mit wachsender Brisanz thematisiert. Abwehrmechanismen im Gesundheitssystem („In diesem Alter spielt Sucht keine Rolle mehr“) sind nicht zuletzt aus kostenspezifischen Gründen nicht angemessen (psychiatrischer Behandlungsbedarf, Folgekosten von Unfällen, frühere Einweisung in Pflegeheime, etc.). In der Fachliteratur finden sich zudem Hinweise auf erhebliche Qualitätsmängel bei der Arzneitherapie von geriatrischen PatientInnen. Entgegen der landläufigen Meinung, dass man ältere Menschen „nicht mehr ändern kann“, verzeichnen ältere Personen bei Therapie- und Prophylaxeangeboten häufig erfolgreichere Ergebnisse als Vergleichsgruppen jüngerer

Alters.

## **2. Altersspezifische Ursachen von Suchtentwicklung**

Die altersspezifischen Ursachen von Suchtentwicklung sind vielfältig und wohl erst ansatzweise erforscht. Generell ist festzustellen, dass diese für Suchterkrankungen nicht einfach mit einer typischen Persönlichkeitsstruktur oder mit eindeutigen auslösenden Faktoren erklärt werden können. Die folgenden Auszüge von möglichen Ursachen speziell im Hinblick auf ältere Menschen wurden im Rahmen der getätigten Grobsichtung zusammengetragen, allerdings ohne den Anspruch auf eine umfassende Vollständigkeit zu erheben.

Alkohol und Medikamente (und auch andere suchterzeugende Substanzen) werden im Alter, bedingt durch körperliche Veränderungen (verlangsamter Stoffwechsel, etc.) generell langsamer abgebaut. Geringere Mengen haben somit die gleiche Wirkung, was z.B. die Toleranzentwicklung vermindert. Auch wenn bspw. die aus jungen Jahren gewohnten (moderaten) Dosen an Alkohol und bestimmten Medikamenten etc. beibehalten werden, können durch die körperlichen Veränderungen schleichende Abhängigkeitsprozesse einsetzen.

Neben den rein physiologischen Faktoren, welche das Risiko einer Suchtentwicklung im Alter erhöhen, gilt es aber auch das Augenmerk auf gesellschaftliche Umstände zu richten: In der heutigen Zeit wird der Jugendlichkeit in punkto Attraktivität, Gesundheit und Leistungsfähigkeit sehr grossen Wert zugemessen. Das persönliche Altern wird hingegen eher mit dem Abbau dieser Eigenschaften verbunden und dieses Altersbild kann das Selbstvertrauen sowie die Sinnfindung im Alter untergraben. Biologische und psychische Probleme des Älterwerdens wie Krankheit, Leid und Tod müssen bewältigt oder zumindest ertragen werden. Folgen davon können schmerzliche körperliche Erfahrungen (chronische Schmerzen, Behinderungen etc.) und damit verbundene Einschränkungen des persönlichen Freiraums sein (Amlacher 2004). Misslungene Anpassungsprozesse ans Altern, Einsamkeit, Gefühle der Nutzlosigkeit, Resignation, narzisstische Krisen, Identitätskrisen, Verlust an Sozialkompetenzen, allgemeine Funktions-/ Aktivitäts- und Kontaktverluste und somatische Störungen sowie altersbedingte Schmerzen und Behinderungen können das Übergleiten in die Sucht begünstigen (Amlacher 2004). Betrachtet man die Risikofaktoren „Verlust des Lebenspartners“ und „Einsamkeit“, sind besonders ältere Frauen gefährdet, durch diese in Abhängigkeiten zu geraten, da sie im Durchschnitt länger leben als die Männer und dadurch häufiger mit Verlustsituationen konfrontiert werden (Blow 2002). Ungünstige

Lebensereignisse gehen bei 81% der Spätmanifestationen von Sucht der Erkrankung voraus. Dies ist doppelt so häufig wie bei Frühmanifestationen (Uchtenhagen 2004). Von Bedeutung sind aber auch die Verfügbarkeit einer Substanz und dem ihr gesellschaftlich zugewiesenen Wirkungs- bzw. Risikopotential. Diese Bewertung kann durch die verschiedenen Altersschichten hindurch stark variieren. Am Beispiel des Tabaks wird dieses Phänomen weiter unten noch ausführlicher beschrieben.

Eine spezielle Bedeutung fällt der Abhängigkeit von Medikamenten zu, da sie beispielsweise (bei rezeptpflichtigen Substanzen) von einem Arzt / einer Ärztin verschrieben werden müssen. Hinzu kommt die spezifische Wertung als Heilmittel, welche eine Abgrenzung zwischen Sucht und notwendiger Medikation mit erheblichen Schwierigkeiten versieht. Für die Entwicklung einer Benzodiazepineabhängigkeit gibt es eine Reihe von spezifischen Risikofaktoren. Darunter zählen zunehmende Dauer und Dosis der Behandlung mit Benzodiazepinen aber auch psychosoziale Belastungen. So wird teilweise die Einnahme durch bestimmte Erwartungen des Patienten an die psychotrope Wirkung begünstigt. Ausserdem spielen bei den verordnenden (Haus-)ÄrztInnen häufig folgende Faktoren eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Risiken einer Abhängigkeit (Rumpf / Weyerer 2006): Nichtreflexion der Verschreibung, unpersönliche Arzt-Patienten-Beziehung, Verschreibung ohne Indikation, mangelhafte Berücksichtigung von Persönlichkeit und Biographie der PatientInnen und fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der Gefahren von Langzeit- bzw. Hochdosisverschreibungen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass ÄrztInnen bei älteren Patientinnen eher psychoaktive Medikamente gegen Depressionen, Angstgefühle (*anxiety*) oder Schlafstörungen verschreiben, als dass sie nicht-pharmakologische Behandlungen berücksichtigen (Eliason / Skinstad 2001). Bei Benzodiazepinen können bereits nach wenigen Wochen und selbst bei geringer Dosierung Abhängigkeiten (sog. *low-dose-dependence*) auftreten. Oftmals wird dabei älteren Menschen mit einer kontinuierlichen Einnahme von geringen Dosen an Benzodiazepinen kaum bewusst, dass sie sich in einer Abhängigkeit bewegen, zumal die Substanz von einem Arzt verschrieben wurde. Auch in Fachkreisen wird das Problem der Abhängigkeit im Alter häufig unterschätzt. Stationäre Einweisungen werden selten auf Grund der Diagnose "Benzodiazepineabhängigkeit" vorgenommen, sondern zumeist wegen anderer psychischer Erkrankungen wie bspw. Depressionen, obwohl möglicherweise eine manifeste Abhängigkeit das dringlichste Problem darstellte (Rumpf / Weyerer 2006).

## **2.1. Zwischenfazit**

Suchterkrankungen sind weder mit einer typischen Persönlichkeitsstruktur noch mit eindeutigen auslösenden Faktoren einfach zu erklären. Grundsätzlich gilt es zwischen rein

körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Faktoren zu unterscheiden. In körperlicher Hinsicht ist der verlangsamte Stoffwechsel, der erhöhte Fettanteil und der geringere Gehalt an Wasser im älteren menschlichen Organismus zu erwähnen. Einerseits zeigen die Substanzen dadurch auch in niedrigerer Dosis die selbe Wirkung wie in einem jüngeren Körper, andererseits werden sie langsamer abgebaut und verlängern dadurch die Dauer mit der sie wirken. Mit dem Altern werden aber auch körperliche Gebrechen wahrscheinlicher, die beispielsweise zu einer Abhängigkeit von Schmerzmitteln führen können. Zu den wichtigsten psychischen Faktoren gehören die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod und demjenigen von nahestehenden Menschen sowie das allgemein verstärkte Vorkommen von Ängsten, Einsamkeit, Gefühlen der Wertlosigkeit, Resignation, narzisstische Krisen und diverse somatische Störungen. Aus gesellschaftlicher Sicht ist ausserdem das vorherrschende Image der „Alten“ eher mit negativen Attributen besetzt. Der Jugendlichkeit wird grosser Wert zugemessen. Sie wird mit Leistungsfähigkeit, Attraktivität und Gesundheit verbunden, die alles äusserst wichtige Werte in westlich geprägten Gesellschaftsformen sind. Bei älteren Menschen kann dies allerdings Gefühle der Nutz- und Wertlosigkeit verstärken und die Anfälligkeit für Suchterkrankungen erhöhen. Bezogen auf rezeptpflichtige Medikamente spielt des Weiteren vermutlich oft ein fehlendes Problembewusstsein bei ÄrztInnen eine wichtige Rolle, welche ältere Menschen behandeln. Ausserdem gibt es Hinweise auf den Einsatz von Medikamenten in Pflegeeinrichtungen, der wohl in erster Linie der Sicherung des betrieblichen Ablaufs dienen.

### **3. Probleme während der Suchtphase im alltäglichen Leben**

Substanzmissbrauch im Alter korreliert gehäuft mit psychischen Störungen wie Depressionen, posttraumatischer Belastungsstörung sowie mit verschiedenen kognitiven Störungen, die starken Einfluss auf das tägliche Leben nehmen können (Uchtenhagen 2004). Ausserdem vermindert die Komorbidität im Alter die Fähigkeit mit Stress umzugehen und erhöht somit die Verletzlichkeit (Uchtenhagen 2004). Ältere PatientInnen mit alkoholbedingten Störungen mussten laut einer Studie von Joseph et al. (1997) häufiger als jüngere aus alkoholbezogenen Gründen institutionalisiert und später ambulant durch pflegerische Unterstützung zu Hause betreut werden. Im Gegensatz zu ihrer nicht alkoholabhängigen *peer-group* verzeichneten sie darüber hinaus eine deutlich höhere Mortalität (Joseph et al. 1997). Naheliegender ist auch die Vermutung, dass gerade ältere Personen, die in ihrer Vergangenheit keine persönlichen Erfahrungen mit Sucht gesammelt haben, umso schwerer mit der neuen Lebenssituation im Zusammenhang mit einer Abhängigkeit umzugehen vermögen. Verschlimmert wird diese Situation zusätzlich durch fehlende soziale Unterstützung, welche mit der häufigen Vereinsamung im Alter einhergeht.

Psychiatrische und psychosoziale Folgeprobleme der Sucht (Depression, Suizidalität, Delirien, paranoide Entwicklung, Rückzugverhalten, Verwahrlosung, Konflikt mit dem Umfeld etc.) (Uchtenhagen 2004) können die Abwärtsspirale der Suchtentwicklung zusätzlich begünstigen und einen Ausstieg aus der Sucht erschweren. Viele ältere Alkoholabhängige erleben beispielsweise beim Fortschreiten ihrer Erkrankung einen sozialen Abstieg (Beutel / Baumann 2000). Der Alkoholkonsum kann zu familiären Konflikten und in deren Folge beispielsweise zur Scheidung vom Lebenspartner oder der Lebenspartnerin führen (Beutel / Bachmann 2000). Die soziale Vulnerabilität scheint im Alter ohnehin erhöht zu sein: Die Beendigung der Berufstätigkeit, der Abbau der geistigen und körperlichen Beweglichkeit sowie die hohe Sterberate im sozialen Umfeld verstärken den Verlust an sozialen Kontakten und zusätzlich kann die Vereinsamung durch suchtbedingte, den sozialen Rückzug förderliche Schamgefühle weiter verstärkt werden (Beutel / Bachmann 2000). Ca. ein Drittel aller Suchterkrankungen im Alter sind Spätmanifestationen, die erst um das 60. Altersjahr auftreten. Typischerweise besteht diese Gruppe aus eher stabilen, wenig auffälligen, sozial integrierten Persönlichkeiten (Uchtenhagen 2004). Im Vergleich zu den Personen, bei welchen sich die Sucht bereits in jüngeren Jahren manifestierte, besteht bei diesen Personen eine günstigere Behandlungsbereitschaft und -prognose. Bei 81% der Spätmanifestationen von Sucht geht ein ungünstiges Lebensereignis der Erkrankung voraus. Dies ist doppelt so häufig wie bei Frühmanifestationen (Uchtenhagen 2004). Es gibt ausserdem Hinweise darauf, dass überlebende ältere Personen mit einer Substanzabhängigkeit im Alter immer noch mit erheblichen Benachteiligungen zu kämpfen haben. Eine prospektive Vier-Jahres-Studie von Brennan et al. (2001) ergab beispielsweise, dass sehr wenige ältere Menschen, die einen Substanzmissbrauch betreiben, die ambulante psychologische Gesundheitsversorgung beanspruchen. Die Autoren vermuten gesundheitliche oder ökonomische Barrieren als Gründe dafür.

### **3.1. Zwischenfazit**

Durch die veränderten Gesellschaftsstrukturen, die sich innerhalb des letzten Jahrhunderts entwickelt haben, fehlt vielen älteren Menschen ein dichtes soziales Netz, welches Unterstützung aber auch Hilfestellung bei Früherkennung von riskantem Substanzkonsum bieten kann. Substanzmissbrauch im Alter hat ausserdem oft psychische und kognitive Störungen zur Folge und erhöht die Wahrscheinlichkeit von Unfällen – insbesondere Stürzen – und von frühzeitiger Einweisung in ein Pflegeheim (Uchtenhagen 2004). Psychiatrische und psychosoziale Folgeprobleme der Sucht (Depression, Suizidalität, Delirien, paranoide Entwicklung, Rückzugverhalten, Verwahrlosung, Konflikt mit dem Umfeld etc.) stellen weitere Schwierigkeiten der Abhängigkeit dar und können die persönlich Situation zusätzlich verschärfen (Uchtenhagen 2004).

#### **4. Den Ausstieg begünstigende und erschwerende Faktoren**

Die Erforschung von Faktoren, die bei älteren Menschen mit Suchtproblemen den Ausstieg erschweren oder begünstigen können ist oftmals Teil der gewonnenen Erkenntnisse von evaluierten Interventionsstudien. Diese werden weiter unten noch eingehender analysiert. Im Folgenden soll ein Überblick über die in der recherchierten Literatur entdeckten generellen Aussagen und Erklärungsansätzen zu diesem Thema geschaffen werden.

Ein Problem, das sich speziell bei älteren abhängigen Personen zeigt, hängt damit zusammen, dass ein riskanter Umgang - vor allem bei Medikamenten - teilweise nicht erkannt wird oder dass unzeitgemäße Verschreibungspraktiken von einem Teil der Ärzteschaft angewandt werden (Finfgeld-Connet 2004). Alkoholabhängigkeit und -missbrauch bei älteren Menschen werden oftmals als wichtiges klinisches Problem übersehen (Oslin 2004). Folglich wird es auch häufig versäumt, entsprechende Interventionen einzuleiten. Ein grundsätzliches Problem, das sich bei älteren und vor allem bei alleinstehenden Menschen zusätzlich ergibt, ist der kontinuierliche Verlust an sozialer Kontrolle durch das Umfeld, wodurch Abhängigkeitsverhältnisse eher im Verborgenen bleiben. Das Wissen über die Funktionsweisen und Gefahren von bestimmten Substanzen ist in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gewachsen. Die Risiken des Rauchens wurden zum Beispiel erst in jüngerer Zeit in einem breiten Teil der allgemeinen Öffentlichkeit bekannt. Ältere Erwachsene begannen mit dem Rauchen, bevor die schädlichen Effekte der Nikotinsucht breitflächig bekannt wurden. Sie wuchsen in einer Gesellschaft auf, in welcher das Rauchen sozial akzeptiert war, während es heute als das Suchtmittel schlechthin figuriert (Sheahan 2002). Männer, welche in militärischen Einrichtungen und/oder im Krieg dienten, wurden durch die Promotion des Rauchens durch die Armee beeinflusst (dies trifft vor allem auf die Population der Vereinigten Staaten von Amerika zu). Soldaten erhielten Zigaretten in Militärbasen zu reduzierten Preisen und in Kampfzonen gar unentgeltlich. Ausserdem verwendeten Soldaten Tabakprodukte oftmals, um sich für Kampfeinsätze zu stimulieren oder um sich danach zu beruhigen. Rauchen wurde zu einer *Coping*-Strategie um mit Situationen umzugehen, die man nicht beeinflussen konnte (Sheahan 2002). Viele Frauen begannen ebenfalls mit dem Rauchen als ihre (Ehe-)Partner wieder in die Heimat zurückkehrten. Ausserdem begannen ältere Erwachsene mit dem Rauchen in einer Zeit, in der es nur Tabakprodukte mit einem hohen Nikotingehalt (1mg) gab. 58% dieser Population blieb diesen Produkten treu, selbst als niedrigere dosierte Sorten erhältlich wurden (Sheahan 2002). Diese Kohorte ist hochgradig nikotinabhängig und glaubt eher als jüngere Personen nicht daran, dass Rauchen ihre Gesundheit schädigt. Sie verzeichnet

entsprechend weniger Rauchstoppversuche (Sheahan 2002). RaucherInnen sind eher verheiratet mit einer Person die raucht, bzw. leben mit einer RaucherIn im selben Haushalt. Diese RaucherInnen leben normalerweise in einer ko-abhängigen Beziehung mit ihrem Partner. Wenn nicht beide zusammen ihre Nikotinabhängigkeit zu durchbrechen versuchen, ist die Präsenz des weiterhin rauchenden Partners ein nicht zu unterschätzender, erschwerender Zusatzfaktor für eine langfristige Abstinenz.

Das Alter bringt jedoch auch Faktoren mit sich, die einen Ausstieg aus der Abhängigkeit begünstigen können. Beispielsweise ist das Risiko bei älteren Menschen viel geringer, dass ihre Familie oder nahestehende Freunde sie zu Alkohol- oder Drogenkonsum ermutigen als bei jüngeren Kohorten (Satre et al. 2004). Ausserdem zeigten in vielen Fällen prophylaktische und ausstiegsorientierte Interventionen bei älteren Menschen eine grössere Wirkung als bei Vergleichsgruppen jüngeren Alters.

#### **4.1. Zwischenfazit**

Es gibt viele erschwerende Faktoren für einen Ausstieg aus der Sucht. Zu den Wichtigsten gehören die Nichterkennung einer manifesten Suchterkrankung bei ärztlichen Untersuchungen, die Vereinsamung und damit fehlende soziale Kontrolle aber auch das Unwissen hinsichtlich der Risiken, welche eine Substanz aufweisen kann. Zu bedenken sind auch kollektiv geteilte Eigenschaften und Risiken, welche in einer Gesellschaft mit einer gewissen Substanz verbunden werden. Diese Wahrnehmung kann sich über den Generationenverlauf hinweg erheblich verändern. Das Tabakrauchen wurde beispielsweise erst in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts nach und nach als eine Angewohnheit entlarvt, welche schwere gesundheitliche Folgeschäden verursachen kann. Für ältere Menschen kann dieser Umschwung teilweise schwer nachvollziehbar sein, weil ihnen eine grosse Zeitspanne ihres Lebens lang etwas anderes vermittelt worden war. Nicht zu unterschätzen sind auch Ko-Abhängigkeiten, also Situationen in welchen beispielsweise beide Ehepartner substanzabhängig sind. Ein Versuch den Substanzkonsum zu unterlassen, kann durch die ständige Präsenz der/des weiterhin konsumierenden Partnerin/Partners einer schweren Probe unterzogen werden. Allerdings sind ältere Menschen im Vergleich zu Jüngeren nicht so stark gefährdet durch Freunde oder Familienmitglieder zum Alkohol- oder Drogenkonsum ermutigt zu werden. Ausserdem sprechen sie oft besser auf Interventionen an als jüngere Vergleichsgruppen.

## **II Interventionen**

### **1. Interventionsstrategien**

Ein grundlegendes Problem im Hinblick auf wissenschaftliche Recherchen zum Thema



Prävention stellt der Mangel an einer klaren und fundierten Abgrenzung der verschiedenen verwendeten Begrifflichkeiten dar. Beispielhaft dafür ist die Beliebigkeit mit der Ausdrücke wie Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in der praxisorientierten Literatur Verwendung finden (Hafen 2001).

Obwohl in vorliegender Analyse anfänglich der Fokus auf primäre und sekundäre Prävention gerichtet wurde, stellte sich bei den Recherchen heraus, dass sich keine evaluierten Studien zu Primärprävention (hier definiert als breitflächig angelegte Interventionen wie zum Beispiel Kampagnen um riskantem Konsum vorzubeugen) bei älteren Menschen finden liessen. Der grösste Anteil der gesichteten Literatur beschränkte sich auf eher tertiäre (hier definiert als Ausstiegshilfe aus einer bestehenden Sucht ) und ein geringerer Anteil auf sekundäre Prävention (hier definiert als schadensminimierende oder vor Abhängigkeit schützende Intervention bei Personen mit Risikofaktoren). Angesichts der analysierten Studien erwies sich unseres Erachtens eine Einteilung in **Frühinterventionen** und in **ausstiegsorientierte Interventionen** als sinnvoll.

Der Umstand, dass evaluierte Interventionen im ausstiegsorientierten Spektrum jene im Bereich der Frühintervention proportional weit übersteigen ist zum Teil wahrscheinlich dadurch erklärbar, dass sich die Evaluation von ausstiegsorientierten Interventionen weitgehend zeitsparender und einfacher durchführbar gestaltet. Ebenfalls schwierig ist eine sinnvolle Abgrenzung von selektiver (hier definiert als Prävention für alle Personen mit Risikofaktoren) und indizierter Prävention (hier definiert als Prävention für alle Personen die erste Anzeichen von Abhängigkeit aufweisen). Viele recherchierte Studien untersuchten Stichproben, die sowohl ProbandInnen enthielt, welche eher in die Kategorie der selektiven Prävention eingeteilt werden müssten, als auch Testpersonen, welche eher in die Kategorie der indizierten Prävention fallen würden. Teilweise sind die Grenzen auch fließend. Zudem wurden in den untersuchten Studiendesigns die Resultate oft nicht explizit auf die beiden Subgruppen hin analysiert. Auf die methodologischen Hürden in der Altersforschung machten übrigens bereits Eliason und Skinstad (2001) aufmerksam:

*„Studies of alcohol and drug abuse in older women are hampered by methodological problems, such as defining what is meant by ‘older’ and what is meant by ‘substance abuses’, ... (Eliason / Skinstad 2001: 19).“*

Die praktizierten Methoden lassen sich unseres Erachtens nach sinnvoll unterteilen in Frühinterventionen, welche eine Sucht vor ihrer Entstehung und Manifestation zu verhindern

suchen (meist durch Wissensvermittlung, Hilfestellung zur Selbstkontrolle und/oder Verstärkung ärztlicher bzw. pflegerischer Kontrolle des Gesundheitszustandes und der Konsumgewohnheiten) und andererseits in ausstiegsorientierte Interventionen, in denen eine bestehende Abhängigkeit durchbrochen werden soll. Besonders aufschlussreich sind Interventionsmethoden, die in einem kontrollierten Rahmen stattfinden. Das heisst, dass neben der Versuchsgruppe (die zum Beispiel eine neuartige Intervention erhält) zusätzlich eine Kontrollgruppe (die zum Beispiel mit herkömmlichen Interventionen behandelt wird) geführt wird. Noch bevor eine Intervention eingeleitet werden kann, gilt es jedoch diejenigen Personen zu identifizieren, welche gefährdet sind eine Suchterkrankung zu entwickeln oder bereits an einer solchen leiden. Zu diesem Zweck wurden in der Vergangenheit eine Fülle von verschiedenen *Screening*-Instrumenten entwickelt, um bestehende bzw. entstehende Suchterkrankungen zu erkennen. Einige dieser Instrumente wurden speziell auf die ältere Population angepasst (z.B. Blows et al. Short Michigan *Alcoholism Screening Test-Geriatric Version* (SMAST-G) (Copeland et al. 2003)).

Der bereits angesprochene Zuwachs der älteren Population und die sich verändernden Strukturen der Konsummuster ziehen den Bedarf nach neuen, innovativen Präventions- und Interventionstechniken sowie Ansätzen nach sich, welche speziell auf ältere, riskante Alkoholkonsumenten (*at-risk drinkers*) abzielen (Blow 2002). Diese Ansätze sollten nach Blow (2002) altersspezifische Charakteristika, wie suchtbetogene Symptome und Konsummuster, Alter beim Konsumbeginn sowie medizinische, psychische und soziale Themen berücksichtigen. Die Bandbreite der neuen Präventions- und Interventionsstrategien sollte demnach wie folgt drei Risikogruppen anvisieren (Blow 2002):

1. Für die minimal gefährdeten oder abstinenten Konsumenten (*low-risk drinkers*) die Einleitung von Prävention und Wissensvermittlung.
2. Für die riskanten Konsumenten (*at-risk drinkers*) die Ausübung von minimalem Rat bzw. Kurzinterventionen.
3. Für Personen, die einen Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeit aufweisen, die Anwendung einer formalen Behandlung.

### **1.1 Frühinterventionen**

Im Rahmen eines Pilotprojekts von Almagno et al. (2004) wurde eine Intervention zur Verhinderung von Medikamentenmissbrauch bei SeniorInnen ab 65 Jahren in Cleveland Ohio in einer feldorientierten (*community-based*) Studie getestet. Mittels eines Laptop-Computers absolvierten die ProbandInnen (74% Frauen; 26% Männer; 77% *Caucasian/White*; 23% *African-American*) zuerst ein einfaches *Screening* für

Medikamentenmissbrauch und sahen sich darauf kurze Videoclips an, welche einen Bezug zu ihrem eigenen potentiellen Missbrauch herstellten. Des Weiteren erhielten die SeniorInnen eine Medikations-Erinnerungs-Checkliste (*medication reminder checklist*), welche in heiklen Fällen beispielsweise dazu aufforderte, den rapportierten Medikamentenkonsum mit ihrer ÄrztIn zu besprechen. Die Resultate der Nachuntersuchung nach zwei Monaten ergaben Vielversprechendes: 55% der TeilnehmerInnen verwendeten die Checkliste und ein Drittel der ProbandInnen konsultierte ihre ÄrztIn, um das durch die *medication reminder checklist* erlangte Feedback zum Medikamentenmissbrauch zu besprechen. Die Studie empfahl abschliessend die weitere Entwicklung von feldorientierten Interventionen unter Verwendung computergestützter Administration.

Eine Studie von Copeland et al. (2003) fokussierte zwar auf Kriegs-Veteranen ab 55 Jahren mit riskantem Trinkmuster (durchschnittlich 21.3 Drinks pro Woche und einmal wöchentlichem Rauschtrinken). Da jedoch nicht unbedingt von einer schweren Abhängigkeit ausgegangen werden muss und zudem lediglich eine sicherere bzw. minimale Trinkmenge angestrebt wurde, kann man diese Interventionsmethode für Frühinterventionen nutzen. 24% des *Samples* waren *African-American* und 76% *Caucasian/White*. Die Hälfte der ProbandInnen war verheiratet, ein Drittel lebte alleine. Das Bildungsniveau (niedrig, mittel, hoch) verteilte sich zu fast gleichen Teilen auf je einen Drittel. Alle ProbandInnen wurden entweder im privaten Umfeld oder in Wartezimmern von Arztpraxen rekrutiert. Der Kontrollgruppe wurde jeweils eine Broschüre mit allgemeinen Gesundheitsratschlägen präsentiert, der Interventionsgruppe hingegen eine auf Alkohol bezogene Kurzinterventionsbroschüre. Zusammen mit einer KrankenhausärztIn wurde eine Kopie der selbstberichteten Konsumdaten aus dem *Screening*-Test diskutiert und anschliessend wurde gemeinsam ein Vertrag mit Massnahmen erstellt, der auf einen geringeren bzw. minimalen Konsum hin abzielte. Die Resultate, erhoben 9 Monate nach der Intervention, zeigten, dass die Personen in der Interventionsgruppe häufiger medizinische ambulante Angebote in Anspruch nahmen als jene in der Kontrollgruppe. Als Schlussfolgerung kann davon ausgegangen werden, dass gesundheitliche Probleme (insbesondere solche im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum) früher erkannt und behandelt werden können. Somit könnte diese Methode durchaus als Frühintervention sinnvolle Verwendung finden, zumal sie mit relativ niedrigen Kosten verbunden ist.

Eine ähnliche Form der alkoholbezogenen (allerdings nicht mit einer Kontrollgruppe durchgeführten) Frühintervention wurde von Fink et al. (2001) getestet. Evaluert wurde das Informationsmaterial „*A Toast to Health in Later Life!*“, welches in klinischen

Gesundheitspromotionsprogrammen verwendet wurde. Das Ziel der (weniger detaillierten) Broschüre (*pamphlet*) bzw. des (ausführlicheren) Heftes (*booklet*) besteht in der Versorgung älterer Menschen mit Wissen und der Erhöhung des Selbstvertrauens, um alkoholbezogenen Risiken und Problemen vorzubeugen. Die Probandengruppe bestand aus Personen ab 60 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 72 Jahre. Die Personen lebten alle selbstständig in einer Gemeinde. Ca. 57% der ProbandInnen waren Frauen. Knapp 75% der StudienteilnehmerInnen waren *Caucasian/White*, 13% *African-American*, 9% waren AsiatInnen und 4% wurden der hispanischen Bevölkerungsgruppe zugeordnet. Etwa 60% der ProbandInnen waren verheiratet. Die Anzahl genossener Bildungsjahre lag zwischen 5 und 25 Jahren, wobei der Durchschnitt 16 Jahre betrug. 80% konsumierten zumindest gelegentlich Alkohol, der Rest zählte sich entweder zu lebenslangen Abstinente(n) oder zu Abstinente(n) seit mindestens 12 Monaten. Etwa drei Viertel der antwortenden ProbandInnen berichteten, dass sie schriftliches Material einer persönlichen Beratung oder einer persönlichen Lektion vorziehen würden. 43% bevorzugten die Rezeption der Information mittels eines Computers. Die ProbandInnen erhielten sowohl die erwähnte Broschüre, als auch das inhaltlich umfangreichere Heft. Obwohl sich die Mehrheit der Befragten auch mit der Broschüre zufrieden zeigte, fanden mehr Personen die Informationen im Heft leichter verständlich, besser lesbar und attestierten ihm sinnvolle Wissensvermittlung. Die Resultate der Nachbefragung ergaben eine statistisch signifikante Verbesserung bei beiden Informationsformaten und zwar auf alle einzelnen Items der Befragung bezogen. Zeigten sich beispielsweise bei der Erstbefragung lediglich 12% der ProbandInnen sicher, dass sie die Anzahl Drinks auflisten können, welche für eine ältere Person schädlich sein könnte, waren es bei der Nachbefragung 34%. Die Studie zeigt auf, dass das Thema Alkohol bei den älteren Erwachsenen ab 60 Jahren auf grosses Interesse stösst und das Wissen über die Risiken des Alkoholkonsums vergrössert werden kann. Zusätzlich kann das Selbstvertrauen erhöht werden. Bei der Verallgemeinerung der Resultate gilt es allerdings zu bedenken, dass die TeilnehmerInnen an solchen und ähnlichen Feldstudien meist einen guten Gesundheitszustand aufweisen. Personen die durch schwere Krankheiten oder Behinderungen beeinträchtigt sind, wirken hingegen selten als ProbandInnen mit.

## **1.2. Ausstiegsorientierte Interventionen**

### **1.2.1 Medikamente**

Brymer et al. (2000) zielten mit einer Interventionsmassnahme auf die Reduktion von Benzodiazepinen, Narkotika und anderen rezeptpflichtigen Medikamenten in einer Population in einer Gemeinde (*community-dwelling*) von älteren Personen mit einer vermuteten Medikamentenabhängigkeit ab. Das *Sample* bestand aus 55 ProbandInnen, mit einem Durchschnittsalter von 72.2 Jahren. 93% der getesteten Personen waren weiblichen

Geschlechts. Die Rekrutierung erfolgte über ein breit gefächertes Spektrum (Anmeldung durch ÄrztInnen, Familien, Haushaltshilfen, die ProbandInnen selber etc.). Die Interventionsmethode bestand aus mehreren Hausbesuchen (durchschnittlich 7.1 pro Person) durch eine Krankenschwester / einen Pfleger und/oder eine SozialarbeiterIn, welche für die Erkennung und Behandlung von Substanzabhängigkeit ausgebildet wurden. Des Weiteren beinhaltete die Intervention eine medizinische Bewertung durch einen Geriater sowie die Generierung eines klientengerichteten (*client-directed*) Behandlungsplans. Dieser bestand aus individueller und familienbezogener Beratung, Empfehlungen hinsichtlich veränderter Medikation sowie einer Einbindung in eine *peer*-Unterstützungs-/Bildungsgruppe (*peer support/education group*). Gemessen wurden der Medikamentenkonsum, die Nutzung der medizinischen Versorgung, der funktionale und kognitive Status sowie die Bewertung auf einer Depressionsskala. Die Auswertung der Nachuntersuchung zeigte eine signifikante Abnahme auf der Depressionsskala, eine Reduktion des Benzodiazepine- und Narkotikagebrauchs sowie der Häufigkeit akuter Hospitalisierungen.

Ebenfalls bei älteren Frauen (64 bis 91-Jährige) testete Tabloski et al. (1998) ein Programm zur Durchführung eines Entzugs bei Sedativa/Hypnotika-Abhängigen. Das *Sample* bestand aus 20 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 77.5 Jahren, die aus Seniorenheimen stammten. Mittels einer medikamentenabhängigen Untersuchungsgruppe und einer nicht medikamentenabhängigen Gruppe wurde eine kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt. Die Intervention bei der Untersuchungsgruppe bestand im wesentlichen darin, eine Woche lang die Dosis um 50% zu reduzieren und nach einer weiteren Woche die Medikamente durch Placebomedikamente zu ersetzen. Die Idee dabei war, das Ritual der allabendlichen Einnahme einer Tablette aufrecht zu erhalten. Die Resultate deuten darauf hin, dass diese Interventionsmethode bei älteren Langzeitabhängigen als angemessen und effektiv bewertet werden kann.

Ähnliche Untersuchungen führten auch Petrovic et al. (2001) durch. Nachdem sie demonstriert hatten, dass durch temporäre Substitution mit einem niedrigdosierten Substitut (*hypnosedative*) erfolgreiche Entzüge bei älteren, chronisch Abhängigen einer Geriatriestation durchgeführt werden können, versuchten sie die Behandlung mit Placebomedikamenten. Die Studie wurde auf einer *double-blind*-basierenden Methodik aufgebaut. Das heisst, dass vor der Auswertung weder die ProbandInnen noch die Personen, welche den Versuch durchführten, wussten, welche Person in welche Gruppe gehörte. Die Untersuchungsgruppe (6 Männer / 14 Frauen, Durchschnittsalter 81 Jahre) erhielt das Benzodiazepin Lormetazepam, welches eine geringere Halbwertszeit aufweist, die

Kontrollgruppe (7 Männer / 13 Frauen, Durchschnittsalter 82 Jahre) hingegen lediglich ein wirkstoffloses Placebo. Als Hauptergebnisse wurden die Rate an erfolgreichen Entzügen, die Schlafqualität sowie die Entzugssymptome gemessen. Die Erfolgsrate zeigte sich signifikant höher in der Untersuchungsgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe (80% vs. 50%). Ebenso waren die Ergebnisse der Entzugssymptome und Schlafqualität deutlich besser bei der Gruppe, die mit *Lormetazepam* behandelt wurde. Herausstechende Entzugssymptome zeigten sich in der Kontrollgruppe bei zwei PatientInnen mit einer langzeitigen chronischen Alkoholabhängigkeit. Die Resultate lassen den Schluss zu, dass Substitutionstherapie mit einem niedrigdosierten Benzodiazepin einer Placebobehandlung vorzuziehen ist. Placebo sollte lediglich unter sorgfältiger Überprüfung und zwecks Erkennung von deliriösen Symptomen verwendet werden - insbesondere bei gleichzeitigem Alkoholismus.

Baillargeon et al. (2003) untersuchten in ihrer Studie die Kohorte der älteren Frauen ab 65 Jahren (Durchschnittsalter 67.4 Jahre; durchschnittliche Anzahl Bildungsjahre 12.1; 68 % waren pensioniert oder verrichteten eine Arbeit von zu Hause aus, 32% waren Angestellte), welche eine Benzodiazepin-Abhängigkeit aufweisen. Die rekrutierten Frauen verzeichneten seit mindestens drei Monaten einen allnächtlichen Benzodiazepine-Konsum, um ihrer chronischen *Insomnia* (Schlafstörungen) entgegenzuwirken. Keine der Probandinnen wies ausser den Schlafstörungen nennenswerte Probleme in psychischer oder medikamentöser Hinsicht auf. Sie wurden zufällig in zwei Gruppen eingeteilt: Die erste Gruppe unterzog sich einer kognitiv-behaviouralen Therapie kombiniert mit einer graduellen Verringerung der Medikation. Die andere Gruppe erhielt ausschliesslich eine graduelle Reduktion der Benzodiazepinedosierung. Unmittelbar nach der Beendigung der Behandlung waren 77% der Experimentgruppe mit einer kombinierten Intervention vollkommen abstinent. Bei der anderen Gruppe war dies lediglich bei 38% gelungen. Selbst nach 12 Monaten blieb dieses gute Ergebnis weitgehend bestehen (70% der Experimentgruppe gegenüber 24% der Kontrollgruppe).

### **1.2.2. Alkohol**

Lemke und Moos (2003) untersuchten ob ältere männliche Patienten (55 Jahre und älter) mit einer Alkoholstörung (*alcohol use disorder*), die in einem Wohnheim auf Gemeindeebene lebten eine gleichwertige Behandlung wie jüngere Kohorten erhielten. Die Vergleiche fanden mit je einer Gruppe von 21 bis 39-jährigen und von 40 bis 54-jährigen Probanden statt. Alle drei Kohorten wurden unter Berücksichtigung der gleichen Verteilung von demographischen Charakteristiken (Zivilstand, sog. ethnische Zugehörigkeit (*Caucasian/White, African-American, Hispanics*), Bildungsgrad) gebildet. In jeder Gruppe waren 19% verheiratet, 71%

waren *Caucasian/White*, lag die durchschnittliche Bildungsdauer bei zwölf absolvierte Schuljahren und wiesen 31% eine Doppeldiagnose auf. Ausserdem wurde auf eine gleichmässige Proportionierung von Doppeldiagnosen und von der jeweiligen Einteilung in ein bestimmtes Therapieprogramm geachtet (jeweils 26% aus einem *12-step-program*, basierend auf der 12-Schritte-Philosophie der *alcoholic anonymous* mit dem Ziel der Abstinenz, 40% aus kognitiv-behaviouralen Programmen und 34% aus gemischten Programmen). Die Probanden aller Kohorten wurden beim Eintritt in das Programm bewertet und ein Jahr danach sowie erneut vier Jahre nach Programmstart wieder untersucht. Die Behandlungsmethoden bestanden hauptsächlich aus einer ambulanten weiterführenden Betreuung und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Obwohl die älteren Personen gleichartige Konsumraten und Abhängigkeitssymptome bei Programmbeginn aufwiesen, erfuhren sie weniger alkoholbezogene Probleme und zeigten weniger Symptome psychologischen Stresses als die jüngeren Kohorten. In Bezug auf die Erfolgsraten lässt sich aufzeigen, dass die älteren Probanden bei den Folgemessungen mindestens so gute Ergebnisse aufwiesen, wie ihre jüngeren Vergleichsgruppen. Dabei wurde ersichtlich, dass sowohl bei der älteren Gruppe wie bei den jüngeren Kohorten gleichartige Faktoren ausschlaggebend für ein gutes Resultat der Behandlung waren: Längerer Aufenthalt im Wohnheim, mehr Beratung, die Einbindung in unterstützende Beziehungen mit anderen Bewohnern, weiterführende ambulante Substanzmissbrauchsbetreuung und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Die ökonomischen Kosten-Nutzen-Ergebnisse von kurzem ärztlichem Rat (*brief physician advice*) für problematisches Trinken (*at-risk drinking*) unter älteren Erwachsenen wurde von Mundt et al. (2005) analysiert. In einem kontrollierten klinischen Versuch inklusive einer Nachuntersuchung 24 Monate nach der Intervention wurde die Effektivität in Bezug auf die Reduktion des Alkoholkonsums, die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und andere Konsequenzen unter den älteren (ab 65 Jahren) ProblemtrinkerInnen analysiert. Die Intervention gestaltete sich im Detail wie folgt: Zwei 10- bis 15minütige von einem Arzt durchgeführte Beratungssitzungen, bestehend aus ärztlichem Rat, Wissensvermittlung und einer Vertragsunterzeichnung betreffend des Gebrauchs eines speziellen Übungsbuchs (*workbook*). Die Interventionsgruppe demonstrierte bei der Nachuntersuchung im Vergleich mit der Kontrollgruppe (die keine Intervention erhielt) eine signifikante Alkoholreduktion, auch hinsichtlich der Häufigkeit des exzessiven Trinkens. In Bezug auf die Kosten-Nutzen-Analyse wurde jedoch kein signifikanter Unterschied festgestellt. Untersucht wurden dafür dieser Beziehung die Anzahl Spitaltage, die Anzahl Besuche beim Notfalldienst, die Anzahl Besuche der Dienststellen, die Medikation Labor- und Strahlungsprozeduren, Verletzungen,

juristische Angelegenheiten und die Sterblichkeitsraten.

Die Einhaltung (*adherence*) der Behandlung wurde als wichtiger Faktor für den Rückgang von Alkoholabhängigkeit ausgewiesen (Oslin et al. 2002). Oslin et al. (2002) verglichen die Einhaltung von medikamentenbasierter, psychosozialer Interventionstherapie bei älteren ProbandInnen mit derjenigen von Jüngeren. Die alkoholabhängigen ProbandInnen wurden mittels einer Anzeige in lokalen Medien rekrutiert. Die ältere Gruppe wies ein Durchschnittsalter von 62.6 Jahren, die jüngere von 41.7 Jahren auf. 80% in der älteren Kohorte waren männlichen Geschlechts, in der jüngeren waren es entsprechende 71,1%. Weitere demographische Faktoren waren: Ethnische Zugehörigkeit (79,5% *Caucasian/White* bei der älteren, 72,5% bei der jüngeren Gruppe), Zivilstand „verheiratet“ (37,5% gegenüber 43%) und Anzahl Schulbildungsjahre (13.7 gegenüber 13,9). Die Studie wurde unter der Verwendung einer plazebokontrollierten, randomisierten, *double-blind* konzipierten Methode durchgeführt. Das verwendete Medikament war *Naltrexone*. Die Intervention wurde von einer Pflegefachkraft durchgeführt (*nurse-practitioner*). Die Therapie wurde auf dem Konzept der nichtkonfrontierenden (*nonconfrontational*) Intervention basiert. Verglichen mit der jüngeren Altersgruppe erbrachten die älteren TeilnehmerInnen grössere Aufmerksamkeitsgrade während der Therapiesitzungen und korrektere Einhaltung der verschriebenen Medikation. Die Altersgruppe erwies sich dabei als der einzige Faktor vor der Behandlung, welcher sich auf die Einhaltung der Behandlungsvorschriften auswirkte. Die bessere Einhaltung beeinflusste insbesondere eine geringere Rückfallquote.

Die Methode der nichtkonfrontierenden Intervention machten sich auch West und Graham (1999) zu Nutzen und zwar mit dem Ziel, die Wichtigkeit der Aspekte des *Lifestyle Enrichment for Senior Adults (LESA)* -Programms aus einer Klientenperspektive heraus zu analysieren. Unter Verwendung eines teilnehmenden Ansatzes kooperierten die Forscher mit den BeraterInnen und KlientInnen um eine Evaluation zu entwickeln die (a) das Wissen und die Erfahrung der Personen im Programm berücksichtigte und (b) eine akkurate Bewertung der wichtigen Aspekte des Programms aus KlientInnensicht generierte. *Face-to-Face*-Interviews wurden zu diesem Zweck mit 52 KlientInnen durchgeführt. Das Alter der ProbandInnen lag zwischen 55 und 85 Jahren, mit einem Durchschnitt von 67.2 Jahren, 60% des *Samples* waren Männer. Die Ergebnisse der Evaluation zeigten die hohe Relevanz der Berater-Klienten-Beziehung, die in den individuellen und gruppenbezogenen Beratungen erfahrenen, positiven Emotionen sowie die Flexibilität des gesamten Programms. Die Möglichkeit der KlientInnen, den Einbindungsgrad in das Programm selbstständig bestimmen zu können und die generell akzeptierende Haltung gegenüber



AlkoholkonsumentInnen, trugen dabei ebenfalls zu den Stärken des Programms bei.

Im Rahmen einer Katamnese studie wurden von Zeissler (1999) 59 ehemalige KlientInnen einer psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle untersucht. Alle ProbandInnen wurden im Zeitraum zwischen 1991 und 1996 ambulant von Alkohol entwöhnt. Die stark strukturierten Einzelinterviews kombiniert mit einer ärztlichen Untersuchung mit den TeilnehmerInnen der Studie, wurden dazu verwendet, Erkenntnisse über den Interventionserfolg aus längerfristiger Perspektive zu erhalten. Die Ergebnisse zeigten, dass die Mehrheit (63%) nach der Therapie dauerhaft abstinent war. Interessant dabei ist, dass die Untergruppe der älteren Befragten signifikant erfolgreicher war als die jüngere Untergruppe. Weiterer Prädiktor für den anhaltenden Erfolg ist eine unterdurchschnittliche Behandlungsdauer (vorzeitig regulär Entlassene/Therapieabbrecher). Im Gegensatz dazu war das Auftreten eines „starken Verlangens zu trinken“ während der Therapie signifikant mit einem späteren Nichterfolg verknüpft. Überraschend mutet an, dass sich durch den Besuch von Selbsthilfegruppen im Halbjahr vor dem Katamnesezeitpunkt statistisch kein Effekt auf den Therapieerfolg nachweisen liess.

Ebenfalls eine Katamnese studie wurde von Coogle et al. (2001) beschrieben. Als Untersuchungsgegenstand dienten 64 Freiwillige (40,6% zwischen 25 und 49 Jahren, 39% zwischen 50 und 64 Jahren und 20,4% über 65 Jahre alt; 78,1% waren Frauen; 57,1% bezeichneten sich als *mental health worker*), die ausgebildet wurden, um einen Workshop in ihren Gemeinden einzurichten. Die ProbandInnen erhielten eine ausgedehnte Ausbildung und spezielles Projektmaterial, um damit in ihren Gemeinden zweistündige Workshops für ältere Menschen, Familienangehörige und DienstleisterInnen (aus dem Gesundheitssektor) anzubieten. Dies mit dem Ziel, Alkoholismus und Alkoholmissbrauch bei älteren Menschen zu erkennen und diesen vorzubeugen. Erkenntnisinteresse war dabei, das Potential des Programms in folgenden Bereichen zu verifizieren: (a) die Initiierung weiteren Trainings oder Studien in diesem Feld, (b) die Verbesserung der Erkennung von Alkoholproblemen und (c) die Steigerung der Anzahl unterstützter Personen mit Alkoholproblemen. Die überragende Mehrheit der Befragten (95,3%) stimmte zu, dass das Training ihre Fähigkeit, jemandem mit Alkoholproblemen zu helfen verbessert habe, und zwar durch die Bereitstellung der benötigten Expertise, um zu intervenieren (92,2%) und durch die Generierung der Bildung von Vertrauen (84,4%). Das Training war insbesondere auch erfolgreich für ein verbessertes Erkennen von Alkoholproblemen bei älteren Personen. Neben anderen positiven Effekten war das Programm massgeblich daran beteiligt, die TeilnehmerInnen zu motivieren, sich im Thema des Alkoholismus bei älteren Menschen weiterzubilden. Obwohl nicht explizit

intendiert, veränderte eine überraschend grosse Anzahl der ProbandInnen, welche die Workshops aufgebaut hatten zudem ihren eigenen Alkoholkonsum in positiver Hinsicht.

Fleming et al. (1999) untersuchten in einer kontrollierten, randomisierten Studie ebenfalls die Interventionsmethode des kurzen ärztlichen Rates (*brief physician advice*) hinsichtlich der Wirkung auf die Reduktion des Alkoholgebrauchs und auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgungsdienste durch ältere ProblemtrinkerInnen. Das *Sample* bestand aus 105 Männern und 53 Frauen ab 65 Jahren. Ca. 75% waren verheiratet oder lebten mit einer PartnerIn zusammen. Die restlichen Personen waren grösstenteils verwitwet. Die meisten ProbandInnen hatten ein hohes Bildungsniveau: Fast 20% der Frauen und 30% der Männer hatten mindestens eine vierjährige *College*-Ausbildung absolviert und ein grosser Anteil hatte nach der *Highschool* noch zusätzliche Ausbildungen genossen. Die Interventionsgruppe erhielt zwei 10- bis 15minütige ärztliche Beratungssitzungen, bestehend aus Rat (*advice*), Wissensvermittlung (*education*) und einer vertraglichen Vereinbarung, ein Übungsbuch (*workbook*) zu benutzen. Die Resultate wurden 12 Monate nach der Intervention erhoben. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Reduktion des wöchentlichen Alkoholkonsums (um 36%), der Episoden des Rauschtrinkens (um 46%) sowie der Häufigkeit des exzessiven Trinkens (um 47%). In der Kontrollgruppe hingegen blieben die Konsumraten entweder mehr oder weniger konstant oder erfuhren gar einen leichten Zuwachs. Die Benutzung von Gesundheitsversorgungsdiensten wurde auf Grund der geringen Anzahl an entsprechenden Ereignissen nicht eingehend untersucht. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Tabakgebrauch, Häufigkeit von Unfällen oder Verletzungen gefunden.

Die Auswirkungen von Kurzinterventionen auf die Konsumeffekte bei älteren Personen (ab 65 Jahren) mit einem riskanten Alkoholkonsum untersuchten auch Gordon et al. (2003). Sie stellten diese darüber hinaus den Effekten bei einer jüngeren Vergleichsgruppe gegenüber. Die ProbandInnen wurden in Wartezimmern von zwölf Institutionen der Primärversorgung rekrutiert. Die ProbandInnengruppe bestand aus 45 älteren (ab 65 Jahren, davon waren 76% zwischen 66 und 75 Jahren alt und 2% waren über 84 Jahre alt) und 256 jüngeren (zwischen 21 und 64 Jahren) Personen. Weitere demographische Variablen setzten sich bei den älteren ProbandInnen wie folgt zusammen: 87% männlichen Geschlechts; 69% *Caucasian/White*, 29% *African-American*, 2% gehörten anderen ethnischen Gruppierungen an; 69% konnten einen *Highschool*-Abschluss vorweisen; 64% waren verheiratet; 98% waren entweder Angestellte, Pensionierte oder StudentInnen. Entsprechende Variablen in der jüngeren Kohorte setzten sich folgendermassen zusammen: 67% Männer; 78%

*Caucasian/White*; 21% *African-American*; 1% andere; 93% verfügten über einen *Highschool*-Abschluss; 39% waren verheiratet; 84% waren entweder Angestellte, StudentInnen oder Pensionierte. Die Kurzinterventionen bestanden aus motivierender Verstärkung (*motivational enhancement*) (bestehend aus motivierenden Interviewtechniken, einschliesslich Verstärkung der Selbstwirksamkeit und Verwendung von Reflexion um ungesundes Verhalten zu modifizieren) und kurzem Rat (*brief advice*) (bestehend aus üblichen Techniken, welche in der Arzt-Patienten-Interaktion angewandt werden, inkl. Wissensvermittlung, Feedback und Diskussion bezüglich ungesunden Verhaltensweisen). Zusätzlich wurde eine Standardbehandlung / -unterstützung (*standard care*) verwendet. 45 Personen wurden zufällig je einer der drei Interventionsmethoden zugewiesen. Die ProbandInnen wurden über den Zeitraum eines Jahres hinweg untersucht. Die Resultate der Auswertungen zeigten, dass die Anzahl der Abstinenztage anstieg, die täglich konsumierten Drinks und ebenso die Gesamtmenge der monatlichen Anzahl Tage mit Alkoholkonsum abnahmen. Die Wirkung der Interventionen gestaltete sich sowohl bei den älteren als bei den jüngeren ProbandInnen gleichartig. Weiter wurde ein gewisser Trend zu einem besseren Ergebnis der Personen festgestellt, welche die Interventionsmethode des *motivational enhancement* oder des *brief advice* im Gegensatz zur *standard care* erhielten.

Lemke et al. (2003) untersuchten ältere männliche Patienten (zwischen 55 und 77 Jahren), die wegen einer Alkoholstörung eine stationäre Behandlung durchlaufen hatten und verglichen die Ergebnisse mit entsprechend angepassten (*matched*) Gruppen von Patienten mittleren (40 bis 54 Jahre alt) und jungen Alters (21 bis 39 Jahre). In jeder der drei Altersgruppen waren je 19% verheiratet; 71% *Caucasian/White* und 31% wiesen jeweils eine Dualdiagnose auf. Der durchschnittliche Bildungsgrad bestand aus 12 absolvierten Schuljahren. Des Weiteren waren in jeder Altersgruppe jeweils 26% aus *12-step-programs*, 40% aus kognitiv-behaviouralen und 34% aus gemischten Therapieprogrammen. Die benützten Behandlungsmethoden basierten alle auf dem kognitiv-behaviouralen Ansatz. Der Schwerpunkt der Intervention lag auf der Teilnahme an rückfallpräventiven Gruppen und dem Training von bestimmten Fähigkeiten. Das Ziel dabei war, den Patienten mehr angepasste Bewältigungsstrategien zu vermitteln, ihre Selbstwirksamkeit zu erhöhen, Hochrisikosituationen zu bewältigen und in der Befähigung realistischere Erwartungen hinsichtlich der Effekte des Alkohols zu entwickeln. Die angewandten Programme kombinierten Techniken und Behandlungsphilosophien welche zusätzlich noch 12-Schritt-Methoden in die kognitiv-behaviouralen Behandlungsmethoden einschlossen. Die Ergebnisse in einer Nachuntersuchung nach 5 Jahren zeigten, dass ältere Patienten (ab 55 Jahren) einen geringeren Substanzmissbrauch aufwiesen als Patienten mittleren und

jüngeren Alters. Jedoch verzeichneten alle drei Gruppen vergleichbare Anteile an weiterführender Substanzmissbrauchs-unterstützung (*substance abuse care*) und der 12-Schritt-Selbsthilfegruppenteilnahme (*12-step self-help group involvement*). Die Faktoren, welche ein positives Resultat begünstigten waren in allen Altersgruppen die selben: Längere Teilnahme an weiterführenden Substanzmissbrauchsunterstützungen (*substance abuse care*) und stärkerer Einbezug in Selbsthilfegruppen, sowie die positive Patienteneinstellung und vorhandene Bewältigungsstrategien zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Programm. Ein Jahr zuvor verglichen Lemke und Moos (2002) ältere mit jüngeren Patienten in stationären Alkoholbehandlungsprogrammen. Interessant ist dabei vor allem die Ausgangslage: Verglichen mit jüngeren Patienten verfügten die älteren Probanden zwar über einen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand und einen niedrigeren kognitiven Status beim Behandlungseintritt. Allerdings tranken sie weniger Alkohol und berichteten über weniger alkoholbezogene Probleme, weniger psychische Symptome, mehr soziale Unterstützung, angepasstere Bewältigungsstrategien (*adaptive coping*) sowie weniger Barrieren in Bezug auf Abstinenz. Die älteren Patienten hatten ausserdem positivere Sichtweisen auf das Programm und erhielten (mit Ausnahme von Familientherapie und problemfokussierter Beratung) Behandlungen, die vergleichbar mit denen anderer Patienten ausfielen. Nach der Behandlung wiesen die älteren Patienten signifikante Änderungen bezüglich der meisten Bereiche auf, welche die Behandlung anvisierte. Der stärkste Prädiktor für ein vorteilhaftes Ergebnis zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Programm war ein besserer anfänglicher (*initial*) Status. Patienten mit höheren kognitiven Fähigkeiten und stärkerer Behandlungsmotivation sowie denjenigen, welche mehr interpersonale Unterstützung und spezialisierteren Behandlungsservice erhielten, zeigten Verbesserungen, welche sogar besser als erwartet ausfielen. Die älteren Patienten verzeichneten generell mindestens so erfolgreiche Behandlungsergebnisse wie die Jüngeren.

Eine neue Untersuchung von Oslin et al. (2005) fokussierte ebenfalls auf die Unterschiede der Behandlungsergebnisse von älteren Personen mit einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit im Vergleich zu jenen von ProbandInnen mittleren Alters und auf die jeweilige klinische Einordnung (*presentation*). Das *Sample* bestand aus 1358 PatientInnen ab 50 Jahren, die sich mit dem Eintritt in eine stationäre Behandlung zur Bekämpfung ihrer Alkoholabhängigkeit bereit erklärt hatten. 97,5% davon waren *Caucasian/White*, 56% männlichen Geschlechts und 60,6% waren verheiratet. Die demographischen Variablen der jüngeren Kohorte verteilten sich folgendermassen: 57,9% Männer, 97,8% *Caucasian/White*, 77,2% verfügten mindestens über einen *College*-Abschluss und 57,8% waren Angestellte. Entsprechend verteilten sich die Variablen bei der älteren Kohorte wie folgt: 49,8% Männer;

96,9% *Caucasian/White*; 57,5% verheiratet; 70,8% hatten mindestens das *College* absolviert und 15,9% waren Angestellte. Die Behandlungsmethode, genannt „*The Hazelden treatment model*“ basiert auf der 12-Schritte-Philosophie der AA (*alcoholics anonymous*) mit dem Ziel der Abstinenz. Die stationäre Behandlung fand in einem von zwei *Settings* statt, wovon sich eines in einer altersspezifischen Umgebung, inklusive komplettem Zugang für Behinderte, einem verlangsamten Programmablauf sowie altersgerechten Gruppen befand. In beiden Institutionen bestand die Behandlung aus Gruppentherapien, individuellen Therapien, didaktischen Vorträgen, Anweisungen für Hausaufgaben, gemeinschaftlichen Treffen und Selbsthilfegruppen. 79% der älteren PatientInnen wurden in der altersgerechten Institution, 68% der Personen mittleren Alters in der anderen behandelt. Die meisten PatientInnen beendeten mindestens 25 Tage der stationären Rehabilitation. Diesbezüglich liess sich kein Unterschied zwischen den Altersgruppen feststellen. Die Ergebnisse, einen Monat nach der Entlassung zeigen einen gleichwertigen kurzzeitigen Effekt der Behandlung bezüglich beider Altersgruppen. Allerdings stellen sich einige Zweifel im Hinblick auf die Langzeitwirkung der Behandlung ein. Es zeigte sich nämlich, dass sich eine signifikant geringere Rate an älteren ProbandInnen der formalen Nachsorge unterzogen.

Auf *gender*-spezifische Unterschiede hin untersuchten Satre et al. (2003) ältere ProbandInnen mit einer Alkoholabhängigkeit, die aus *Samples* von früheren Studien herausgelesen und rekrutiert worden waren. Die Stichprobe bestand aus 92 PatientInnen zwischen 55 und 77 Jahren wovon 63 Personen männlichen und 29 weiblichen Geschlechts waren. Die Frauen wiesen ein Durchschnittsalter von 60.4 Jahren, die Männer von 60.7 Jahren auf. Die gesamte Untersuchungsgruppe bestand zu 89,2% aus Personen der sog. *Caucasian/White* und 58,7% des *Samples* waren verheiratet. Dabei gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern in Bezug auf den Zivilstand oder die sog. ethnische Zugehörigkeit. Im Hinblick auf das Haushaltseinkommen zeigten sich allerdings beträchtliche Abweichungen: Lediglich 35,7% der Frauen verfügten über ein jährliches Einkommen, dass über \$40'000 lag, während es bei den Männern entsprechende 53,1% waren. Die Frauen berichteten zwar von einem späteren Erstkonsum und späterem massivem Alkoholkonsum als die Männer, wiesen jedoch die selben Ausprägungen von Häufigkeit und massivem Konsum innerhalb der vergangenen 30 Tage auf. Die auf Abstinenz abzielende Intervention bestand aus einem zwölf Monate andauernden Programm, inklusive Nachsorge. Sie umschloss Gruppentherapien, Wissensvermittlung, Rückfallprävention und familien-orientierte Prävention. Pharmakotherapie und individuelle Beratung waren nach Bedarf ebenfalls verfügbar. Bei einer Befragung sechs Monate nach dem Abschluss der Therapie gaben 79,3% der Frauen totale Abstinenz an, während es bei

den Männern lediglich entsprechende 54% waren.

### 1.2.3. Tabak

Dale et al. (1997) untersuchten ältere PatientInnen, die auf Grund einer Nikotinabhängigkeit behandelt wurden. Die Zielgruppe bestand aus 65- bis 82-jährigen PatientInnen, die eine Nikotinabhängigkeitsberatung im Zeitraum zwischen 1988 und 1992 erhalten hatten. Das *Sample* bestand aus 310 Männer und 303 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 69 Jahren. Die Interventionsmethode bestand aus einer Kombination von behaviouralen, suchtspezifischen und pharmakologischen Ansätzen. Die Beratung nahm zwischen 45 und 60 Minuten in Anspruch. Nach einer Bestimmung des Abhängigkeitsgrades (nach DSM-IV-Kriterien) wurde ein individualisierter Behandlungsplan erstellt, der auf die spezifischen Bedürfnisse der PatientInnen angepasst war. Die ProbandInnen wurden 6 Monate nach der Beratung telefonisch interviewt und erhielten im Anschluss auf postalischem Weg einen Fragebogen. Rund ein Viertel (24,8%) der befragten ProbandInnen war nach eigenen Angaben 6 Monate nach der Beratung abstinent. Multivariate Analysen zeigten, dass folgende Faktoren die Chance der Abstinenz nach 6 Monaten erhöhten: Hospitalisierung zur Zeit der Beratung, Partnerschaft mit einer NichtraucherIn, grosse Motivation das Rauchen aufzugeben, vorausgegangene Abstinenz, die kürzer als einen Tag (die Autoren vermuten, dass ein so kurzer Rauchstoppversuch nicht genug demoralisierend ist, um einen weiteren in Angriff zu nehmen) oder länger als einen Monat angedauert hatte.

In einer randomisierten, kontrollierten Studie, mit dem Ziel standardisierte Unterstützung (*usual care*) mit kurzem ärztlichem Rat (*brief advice*) auf die jeweilige Erfolgsrate hin zu vergleichen, untersuchten Morgan et al. (1996) ProbandInnen zwischen 50 und 74 Jahren. Die 49 ProbandInnen wurden über ÄrztInnen und Institutionen der Grundversorgung sowie über Anzeigen in medizinischen Fachzeitschriften rekrutiert. Die Interventionsmethode basierte auf den Ansätzen der *A-Frames* (*ask, advice, assist, arrange*). Die BeraterInnen der Versuchsgruppe wurden angewiesen, die PatientIn für frühere Stoppversuche zu loben, personalisiertes Feedback bereitzustellen, um Rauchen mit Symptomen in Verbindung zu stellen, die gesundheitlichen Vorteile für ältere RaucherInnen zu diskutieren, die sich durch eine Abstinenz erschliessen und die klare Botschaft zu kommunizieren, mit dem Rauchen aufzuhören. Ausserdem wurde den PatientInnen ein Exemplar der Broschüre „*Clear Horizons*“ ausgehändigt, welches speziell für ältere RaucherInnen entwickelt worden ist. Bei Bedarf wurden zusätzlich Nikotinpräparate für eine 7-tägige Anwendung ausgehändigt. Die Nachbefragung 6 Monate nach der Intervention ergab, dass 17,8% in der Versuchsgruppe mit dem Rauchen aufgehört hatten, während es in der Kontrollgruppe lediglich 9,3% waren.

Frühere Studien beinhalteten üblicherweise eine festgelegte Folgevisitation. In der vorliegenden Studie wurden die ÄrztInnen lediglich dazu ermutigt, die PatientIn noch einmal zu sehen (Morgan et al. 1996).

Eine Evaluationsstudie zu massgeschneiderten Interventionen wurde von Rimer und Orleans (1994) verfasst. Die ProbandInnen waren mindestens 65 Jahre alt. Die Rekrutierung erfolgte durch eine Anzeige in der Zeitschrift *Modern Maturity*. 642 RaucherInnen wurden zufällig der Kontrollgruppe zugewiesen. 609 ProbandInnen erhielten lediglich den „Clear Horizons“-Führer und weiteren 616 Personen wurde der „Clear Horizons“-Führer ausgehändigt. Ausserdem erhielt diese Gruppe sogenannte Beratungsanrufe von RauchtätigkeitsexpertInnen. Evaluiert wurde insbesondere das „Clear Horizons“-Programm. Die Auswertungen zeigten deutlich, dass ältere RaucherInnen durchaus interessiert an einem Rauchstopp sind und positiv auf Programme reagieren, die auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Im Vergleich mit einer generellen, nicht altersspezifischen Anleitung (*"Clear Air"*) bewerteten die ProbandInnen die Broschüre des „Clear Horizons“-Programmes als deutlich besser. Bezogen auf die Rauchstopprate bei älteren RaucherInnen erzielte das Programm darüber hinaus einen signifikant erfolgreicheren Effekt. Ausserdem ist die Abstinenzrate von 20% sechs Monate nach der Intervention mittels des Materials von „Clear Horizons“ vergleichbar mit anderen aufwändigeren Interventionsmethoden. Selbsthilfe und anderes Material zur Unterstützung des Rauchstopps sollten bei älteren RaucherInnen unbedingt auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Population angepasst sein, um die Erfolgsrate zu erhöhen. Bei älteren RaucherInnen gilt es zum Beispiel die physischen Benachteiligungen wie ein schwächeres Hör- und Sehvermögen zu berücksichtigen.

#### **1.2.4. Interventionen bei multiplem Substanzkonsum**

Eliason und Skinstad (2001) befassten sich in einer Pilotstudie mit einer Intervention für Drogen- und Alkoholabhängigkeit unter älteren Frauen. Rekrutiert wurden 32 Frauen zwischen 54 und 90 Jahren. Das Durchschnittsalter der Probandinnen lag bei 75 Jahren. 26 der Probandinnen beendeten sowohl den Pre- als auch den Posttest. Davon waren 46% verwitwet, 35% verheiratet, 12% geschieden oder getrennt von ihrem Partner lebend und 8% waren *single*. 42% der Frauen lebten alleine, 35% mit einem Kind, 15% in einem Seniorenappartement und 8% mit Verwandten. 23% der Probandinnen berichteten, in der vergangenen Woche keinen Alkohol konsumiert zu haben, 31% gaben entsprechende ein bis zwei Drinks an, 27% drei bis vier, 15% fünf bis neun und 4% mehr als zehn Drinks. Nur eine Frau sagte sie hätte zusätzlich keine Medikamente in der letzten Woche eingenommen.

Der Rest konsumierte in der vergangenen Woche durchschnittliche 3,3 Tabletten. Dabei hatten in dieser Zeitspanne 65% der Probandinnen drei oder mehr Medikamente konsumiert. Die Gruppe der moderaten bis schweren Alkoholkonsumentinnen (drei oder mehr Drinks pro Woche) benützte mehr rezeptpflichtige und frei zugängliche Medikamente und war weniger oft verheiratet (30%) als leichte (keine bis zwei Drinks pro Woche) Alkoholkonsumentinnen (37%). Ausserdem lebten sie weniger oft mit ihren Kindern oder Verwandten und öfter alleine in einem Haushalt (jeweils 50% bei den moderaten bis schweren Alkoholkonsumentinnen gegenüber 30% bei der gemässigten Gruppe). In einer 60-minütigen Präsentation wurde über den Metabolismus von Alkohol und anderen Drogen im älteren Körper sowie über die potentielle Alkohol-Drogen-Interaktion informiert. Im Anschluss daran fand eine Diskussion zu gesunden Lebensstilen statt (z.B. Ernährung, Bewegung). Die Auswertung der Intervention brachte viele Fehlvorstellungen ans Licht, die im Zusammenhang mit Alkohol- und analogem Drogenkonsum bestanden. Entsprechend zeigte sich nach der Durchführung der Intervention ein starker Wissenszuwachs unter den Teilnehmerinnen. Dabei zeigte die Gruppe der stärkeren Alkoholkonsumentinnen mehr Fehlvorstellungen über Alkohol und Medikamente und sie wies nach der Intervention einen ausgeprägteren Wissenszuwachs aus.

Fingeld-Connet (2004) untersuchte das Potential von Interventionsmöglichkeiten spezifisch für ältere Frauen mit einem Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch. Die Analyse der Ergebnisse ergab, dass Kurzinterventionen bestehend aus den Faktoren Bewertung (*assessment*), Feedback, Verantwortung (*responsibility*), Rat, Leitfaden (*menu*), Empathie, und Selbstwirksamkeit oder *A-Frames* das Potential besitzen, Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch unter älteren Frauen auf kosteneffektive Art und Weise zu bekämpfen.

Wie gut ältere ProbandInnen (ab 55 Jahren) auf ein Interventionsprogramm für allgemeinen Substanzmissbrauch im Vergleich zu ProbandInnen mittleren (40 bis 54 Jahre) und jungen Alters (18 bis 39) ansprechen, wurde von Satre et al. (2003) untersucht. Das Sample der älteren Personen bestand aus 89, jenes derjenigen mittleren Alters aus 379 und die jüngste Kohorte bestand aus 736 ProbandInnen. Die älteren ProbandInnen verzeichneten verhältnismässig höhere Werte in Bezug auf eine Alkoholabhängigkeit, jedoch tiefere Raten an Drogenabhängigkeit und psychiatrischen Symptomen als die jüngeren Kohorten. Die älteren ProbandInnen und jene mittleren Alters hatten proportional öfter das Ziel einer vollständigen Abstinenz und blieben länger in Behandlung als die jüngeren ProbandInnen. Sechs Monate nach der Behandlung berichteten 55% der älteren PatientInnen von einer



Abstinenz, während es bei jenen mittleren Alters 59% und bei den Jungen 50% waren.

Die Ergebnisse einer altersspezifischen kognitiv-behaviouralen Behandlung bei älteren Kriegs-Veteranen mit einem Substanzmissbrauchsproblem untersuchten Schonfeld et al. (2000). Von den 110 Probanden waren mehr als ein Drittel obdachlos und mehr als ein Drittel konsumierte illegale Substanzen. Das Programm mit dem Namen „GET SMART“ legte den Schwerpunkt auf eine Rückfallprävention, bestehend aus 16 wöchentlichen Gruppensitzungen basierend auf kognitiv-behaviouralen Methoden und solchen des Selbstmanagements. Die Gruppensitzungen begannen mit einer Analyse des Substanzmissbrauchsverhaltens, um hochriskante Situationen für Alkohol- und Drogenkonsum zu identifizieren. Nachfolgend wurden verschiedene Module eingeführt, um Bewältigungsstrategien für folgende Themen zu vermitteln: sozialer Druck, das Alleinsein zu Hause, Gefühle von Depression und Einsamkeit, Angst und Anspannung, Ärger und Frustration, Schlüsselumstände für den Substanzgebrauch, Antriebe (Selbst-Management) sowie Abgleiten (*slips*) und Rückfall. Sechs Monate nach dem Interventionsabschluss zeigten diejenigen, welche die Intervention abgeschlossen hatten (49 Probanden) eine deutlich höhere Rate an Abstinenz als jene die frühzeitig abgebrochen hatten (61 Probanden).

Eine fünfjährige Langzeitstudie von Satre et al. (2004) untersuchte die Altersgruppendifferenzen in Bezug auf individuelle, behandlungs- und extrabehandlungsspezifische Faktoren, welche die Langzeiteffekte von Interventionen beeinflussen könnten. Das Sample bestand aus Frauen und Männern ab 18 Jahren, die eine Behandlung im „Kaiser Permanente Sacramento Chemical Dependency Recover Program“, (einem abstinenzbasierten Gruppenmodell) aufgenommen hatten. Personen mit Demenz, geistiger Behinderung oder einer aktiven Psychose wurden aus der Untersuchungseinheit ausgeschlossen. 1204 Personen nahmen am Versuch teil, wovon 62% zufällig in eines der beiden Programme eingeteilt wurden. Die soziodemographischen Faktoren in den drei Altersgruppen (18 bis 39-Jährige (564 Personen); 40 bis 54-Jährige (296 Personen); über 54-Jährige (65 Personen)) verteilten sich wie folgt: Weiblichen Geschlechts waren jeweils 39%, 31% und 26%; *Caucasian/White* jeweils 74%, 73% und 92%; *College*absolventen waren jeweils 17%, 40% und 35%; einen *High-School*-Abschluss hatten jeweils 65%, 53% und 48%; über ein jährliches Einkommen von über \$40'000 verfügten jeweils 40%, 56% und 48%. Die Interventionsmethode wurde entweder ambulant oder mittels eines stationären Aufenthalts (während des Tages) durchgeführt. Ziel war jeweils Abstinenz. Beide Programme bestanden aus unterstützenden Gruppentherapiesitzungen, Wissensvermittlung,

Rückfallprävention und familienorientierter Therapie. Individuelle Beratung, Arzttermine und Pharmakotherapie waren nach Bedarf verfügbar. Von den PatientInnen wurde erwartet, dass sie regulären 12-Schritt-Meetings beiwohnten, und sie wurden mittels zufälliger Atem- und Urintests geprüft. Die Rehabilitationsphase bei beiden Interventionsmethoden dauerte je 8 Wochen lang. Danach begann die Nachsorge. Die Gesamtdauer der Intervention betrug ein Jahr. Die älteren ProbandInnen waren bei Beginn der Intervention weniger drogenabhängig und blieben mit grösserer Wahrscheinlichkeit im Programm. Bei der Nachuntersuchung nach fünf Jahren hatten die älteren ProbandInnen weniger oft nahe Familienmitglieder oder Freunde, welche sie zum Alkohol- oder Drogenkonsum verleiteten. 52% der älteren Erwachsenen berichteten von einer totalen Abstinenz von Alkohol und Drogen in den vergangenen 30 Tagen, im Gegensatz zu 40% bei den Jüngeren. Ältere Frauen hatten dabei höhere 30-Tage-Abstinenzraten als ältere Männer oder jüngere Frauen. Unter den ProbandInnen die lediglich eine Alkoholabhängigkeit verzeichneten, liessen sich keine signifikanten Altersunterschiede hinsichtlich Abstinenz in den vergangenen 30 Tagen feststellen.

## **1.2.5. Fazit zu den evaluierten Interventionen**

### **1.2.5.1. Frühinterventionen**

Aus den untersuchten evaluierten Frühinterventionen sind besonders die Ergebnisse der Intervention von Alemagno et al. (2004) hervorzuheben. Um Medikamentenmissbrauch bei eigenständig lebenden SeniorInnen in Cleveland vorzubeugen wurden altersspezifische computergestützte Videobeiträge mit Risiken des Substanzmissbrauchs vermittelt. Kombiniert wurde diese Wissensvermittlung mit einem digitalen Protokoll, in welches die Einnahme von Medikamenten von den ProbandInnen genau eingetragen werden musste. Wenn vom Computer ein heikler Medikamentenkonsum festgestellt wurde, forderte dieser die ProbandInnen dazu auf, ihren protokollierten Konsum mit ihrem Arzt zu besprechen. Bei Personen mit riskanten Trinkmustern erwies sich die Aushändigung einer Kurzinterventionsbroschüre, die speziell auf AlkoholkonsumentInnen ausgerichtet war als sehr erfolgreich im Hinblick auf den Wissenszuwachs der ProbandInnen. Zusammen mit einer/einem KrankenhausärztIn wurden ausserdem die Daten aus einem *Screeningtest* (SMAST-G) besprochen und im Anschluss gemeinsam ein Vertrag mit Massnahmen erstellt, die auf einen geringeren Alkoholkonsum hin abzielten. Neun Monate nach der Intervention liess sich eine häufigere Inanspruchnahme von medizinischen, ambulanten Angeboten bei der Interventionsgruppe feststellen (Copeland et al. 2003). Die Einhaltung der Alkoholkonsumreduktion wurde bedauerlicherweise in der Studie nicht erfasst. Fink et al. (2001) evaluierten den Wissenszuwachs bei Personen ab 60 Jahren, von welchen 80%

zumindest gelegentlich Alkohol konsumierten. Hervorzuheben ist dabei, dass das umfangreichere von zwei getesteten Lehrmaterialien bevorzugt wurde und dass 25% der TeilnehmerInnen schriftliches Material einer persönlichen Beratung vorziehen würden. 43% aller ProbandInnen gaben ausserdem an, dass sie computervermittelter Information gegenüber der schriftlichen Materialien den Vorzug geben würden.

### **1.2.5.2. Ausstiegesorientierte Interventionen**

#### **1.2.5.2.1. Medikamente**

In Bezug auf Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch bei älteren Menschen sind Frauen im epidemiologischen Vergleich deutlich übervertreten. Bei älteren Bevölkerungssegmenten, die nicht in einer stationären Institution wohnen, bewährten sich offenbar Hausbesuche von Krankenschwestern / Pflegern und SozialarbeiterInnen, welche speziell auf das Erkennen und auf die Behandlung von Substanzabhängigkeiten hin ausgebildet wurden (Brymer et al. 2000). Zusammen mit einer/einem GeriaterIn wurde eine medizinische Bewertung hinzugezogen und ein Behandlungsplan erstellt, der beratende und empfehlende Elemente für die/den Patientin/Patienten selber aber auch für ihre Familie enthielt. Zusätzlich wurde die Einbindung in *peer-groups* veranlasst um wissensvermittelnde und unterstützende Massnahmen einzuleiten. Erfolgversprechend in stationären Institutionen (Geriatricstationen) sind bei älteren Langzeitabhängigen von Schlafmitteln die Substitution durch Medikamente mit einer kürzeren Wirkungsdauer, deren Dosis ausserdem kontinuierlich reduziert wird (Tabloski et al. 1998). Eine andere Möglichkeit mit Erfolgspotential stellt eine Dosisreduktion dar, die in der Abschlussphase durch Placebomedikamente ersetzt wird, um die Ritualisierung der nächtlichen Tabletteneinnahme beizubehalten, welcher scheinbar einen somatischen Effekt erzielt. Auf Grund der Literaturhinweise scheint für ältere nicht stationäre ProbandInnen mit einer Benzodiazepineabhängigkeit die folgende Interventionsmethode die Vielversprechendste darzustellen: Eine kognitiv-behaviourale Therapie in Kombination mit einer graduellen Verringerung der Medikation (vgl. Baillargeon et al. 2003). Nach der Intervention mit dieser Methode waren 77% der Frauen abstinent und ein Jahr später lag die Abstinenzrate immer noch bei 70%. Für Personen auf einer Geriatrie-Station empfiehlt sich nach den Ergebnissen von Petrovic et al. (2001) die Substitution der Substanz durch ein Medikament mit einer schwächeren Wirkung, dessen Dosis langsam und kontinuierlich reduziert wird.

#### **1.2.5.2.2. Alkohol**

Bezüglich Alkoholinterventionen existieren eine Vielzahl von verschiedenen Interventionsmethoden. Zusammenfassend lässt sich aus den Untersuchungen, welche ältere mit jüngeren Kohorten vergleichen feststellen, dass ältere ProbandInnen, ob nun mit

einem Abhängigkeitssyndrom oder lediglich mit einem riskanten Konsum mindestens gleich gut (in vielen Studien sogar besser) auf Interventionen ansprechen als jüngere Vergleichsgruppen (z.B. Oslin et al. 2002; Lemke et al. 2003). Dieser Umstand zeigte sich ausserdem sowohl bei 12-Schritte-Programmen (*12-step-programs*) als auch bei kognitiv-behaviouralen und bei gemischten Programmen. Werden dabei die älteren Kohorten noch zusätzlich altersspezifisch behandelt und unterstützt, (beispielsweise in altersgerechten Einrichtungen mit behindertengerechter Infrastruktur, Informationsvermittlung in adäquater Schriftgrösse etc.) können sich die Erfolgchancen gar noch zusätzlich erhöhen (Oslin et al. 2005). Ältere Personen zeigen in Vergleichsstudien mit jüngeren Kontrollgruppen beispielsweise eine grössere Aufmerksamkeit während den Therapiesitzungen und ein genaueres Einhalten der verschriebenen Medikationen (falls Substitutionsmittel verwendet werden). Ebenfalls eine merkbare Reduktion bei älteren Personen mit einem riskanten Konsummuster erbrachten verschiedene Kurzinterventionen die oftmals auf dem Prinzip des kurzen ärztlichen Rats (*brief physician advice*) beruhen (zum Beispiel Fleming et al. 1999). Diese Methode lässt sich erfolgreich mit verschiedenen anderen Möglichkeiten verbinden, wie beispielsweise dem sogenannten *contracting* (vertraglichen Vereinbarung zwischen Arzt und Patient), der Verstärkung von eigenen Ressourcen (v.a. *motivational enhancement*), der nicht-konfrontierenden Gesprächsführung, themenspezifischer Wissensvermittlung (*education*) oder genereller Standardbehandlung / -unterstützung (*standard care*) (z.B. Gordon et al. 2003; Fleming et al. 1999; Graham et al. 1999). Zur Akzeptanz von nicht-konfrontierenden Interventionen bei älteren Personen tragen vor allem folgende Faktoren entscheidend bei: Eine hohe Relevanz der Berater-Klienten-Beziehung (sowohl in individuellen als auch in gruppenbezogenen Beratungen), positive Emotionen, eine flexible Programmstruktur sowie eine generell akzeptierende Haltung der Berater gegenüber AlkoholkonsumentInnen (Oslin et al. 2002). In einem rückfallpräventiven Programm, das den Schwerpunkt auf kognitiv-behaviourale Interventionsmethoden legte und mit Ansätzen des 12-Schritte-Programms kombinierte, liessen sich (für alle Altersgruppen) die selben entscheidenden Faktoren feststellen: Eine längere Teilnahme an weiterführenden Substanzmissbrauchsunterstützungen, ein stärkerer Einbezug in Selbsthilfegruppen sowie eine positive Einstellung von Seiten der PatientInnen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Programm (Lemke / Moos 2003). Bezüglich der *gender*-spezifischen Unterschiede lässt sich auf Grund einer Studie von Satre et al. (2004) feststellen, dass ältere Frauen im Rahmen eines Alkoholentzugsprogramms wesentlich bessere Abstinenzraten aufwiesen als die Männer, obwohl sie aktuell vergleichbare Konsummuster aufwiesen und im Durchschnitt sozioökonomisch wesentlich schlechter gestellt waren, als die Männer.

#### **1.2.5.2.3. Tabak**

Auch bei den Tabakinterventionen für ältere Menschen zeigen behaviourale Ansätze grosse Wirkung. In einer uns vorliegenden Studie wurden sie zudem verbunden mit suchtspezifischen und pharmakologischen Behandlungsmethoden (Dale et al. 1997). Als Faktoren, die eine erfolgreiche Tabakabstinenz nach sechs Monaten begünstigen, sind Folgende zu nennen: Hospitalisierung zum Zeitpunkt der Beratung, Partnerschaft mit einer NichtraucherIn, grosse Motivation das Rauchen aufzugeben und eine vorgängige Abstinenz, die kürzer als einen Tag oder länger als einen Monat angedauert hatte (Dale et al. 1997). Kurzer ärztlicher Rat (basierend auf dem Prinzip der *A-Frames* (*Ask, Advice, Assist, Arrange*) wurde mit der Standardunterstützung / -behandlung (u.a. Verschreibung von Nikotinpräparaten) kombiniert. Den PatientInnen wurde ausserdem ein Exemplar der Broschüre „*Clear Horizons*“ ausgehändigt, die speziell auf ältere RaucherInnen abzielt (Morgen et al. 1996). Die altersgerechte Gestaltung des Programms „*Clear Horizons*“ fand bei den älteren ProbandInnen grossen Anklang, was Rimer & Orleans (1994) dazu veranlasste, eine Empfehlung zur Entwicklung von derartigen massgeschneiderten Programmen zu geben.

#### **1.2.5.2.4. Multipler Substanzkonsum**

Wenige Interventionen liessen sich im Hinblick auf kombinierten Substanzmissbrauch für ältere Personen finden. Interessante Analysen finden sich bei Fingfeld-Connet (2004), der Interventionsmöglichkeiten für ältere Frauen mit einem Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch untersuchte. Er konnte aufzeigen, dass Kurzinterventionen bestehend aus Bewertung, Feedback, Verantwortung, Rat, Leitfaden, Empathie, Selbstwirksamkeit und Ansätze der *A-Frames*-Methode das Potential besitzen, den Missbrauch auf kosteneffektive Weise zu bekämpfen. Eine Untersuchung der Altersgruppendifferenzen in Bezug auf individuelle, behandlungs- und extrabehandlungsspezifische Faktoren, welche die Langzeiteffekte von Interventionen beeinflussen könnten, erfolgte von Satre et al. (2004). Die Interventionsmethode wurde entweder ambulant oder mittels eines stationären Aufenthalts (während des Tages) durchgeführt. Ziel war jeweils Abstinenz. Beide Programme bestanden aus unterstützenden Gruppentherapiesitzungen, Wissensvermittlung, Rückfallprävention und familienorientierter Therapie. Individuelle Beratung, Arzttermine und Pharmakotherapie waren nach Bedarf verfügbar. Die älteren ProbandInnen blieben mit einer grösseren Verlässlichkeit im Programm und berichteten in einer Nachuntersuchung fünf Jahre später öfter von einer totalen Abstinenz als die jüngeren Kohorten. Auch hier wiesen die Frauen im *gender*-spezifischen Vergleich die höhere Erfolgsquote auf.

#### **1.2.5.2.5. Fazit für die Entwicklung von präventiven Massnahmen und Hilfestellungen**

Eine Gesamtbeurteilung der Literatur zeigt, dass ältere Menschen in vielen Fällen besser auf Interventionen ansprechen als Jüngere. Insbesondere, wenn Interventionen spezifisch auf die älteren Zielgruppen zugeschnitten werden, weisen sie ein beträchtliches Erfolgspotential auf. Dabei scheinen Frauen im Vergleich zu Männern sogar noch bessere Aussichten auf erfolgreiche Therapieresultate zu verzeichnen. Obwohl versucht wurde soziodemographische Faktoren in die Analysen mit einzubeziehen, zeigte sich bei sorgfältiger Durchsicht der recherchierten, evaluierten Interventionen, dass wohl meistens gewisse Teile dieser Faktoren eingangs erhoben, jedoch grösstenteils nicht in die Auswertung der Resultate einbezogen wurden. Aus diesem Grund wurde in der Dokumentation der Fokus der soziodemographischen Faktoren auf diejenigen gelegt, welche in die Auswertungen miteinbezogen wurden, wie zum Beispiel *gender*-spezifische Problematiken. Beispielsweise zeigte sich, dass Medikamentenmissbrauch bei Frauen deutlich übervertreten ist und diese generell besser als Männer auf Interventionen ansprechen. Leider hinkt der aktuelle Forschungsstand auch der migrationsspezifischen Betrachtung von Sucht- und Missbrauchstendenzen unseren Erwartungen hinterher. Zwar wurden in vielen amerikanischen Studien die sog. ethnische Zugehörigkeit im Grundsampl ausgewiesen (*meist Caucasian/White, African-American und Hispanics*), aber erstens wurden die Daten meistens nicht ausreichend auf diese Teilgruppen hin ausgewertet und zweitens stellt die einzige Population (jene der *Hispanics*), welche noch am ehesten der europäischen Realität von MigrantInnen entspricht, entweder nur einen verschwindend kleinen oder gar keinen Anteil im Sample dar. In Bezug auf spezielle Zielgruppen von älteren Menschen, die in den aufgefundenen Interventionen angesprochen wurden ist zu erwähnen, dass wenige Untersuchungen sozial stark benachteiligten Personen existieren. Obwohl versucht wurde, evaluierte Interventionen im Bereich der Primärprävention bevorzugt zu analysieren, mussten wir feststellen, dass es weitgehend an solchen strukturellen evaluierten Interventionen fehlt. Aus diesem Grund wurde der Blick auf Frühinterventionen und ausstiegsorientierte Interventionen gelegt. Ein weiteres Erkenntnisinteresse bestand im Missbrauch von Beruhigungsmitteln in Altersheimen. Hier bestünde dringender Forschungsbedarf, da sich die gesichtete Literatur dazu mehr als dürftig gestaltet. Allerdings existieren Indizien für ernstzunehmende Qualitätsmängel beim Einsatz von Medikamenten in stationären Einrichtungen (vgl. Pittrow et al. 2002 und 2003).

Als Empfehlung für Massnahmen im Bereich der Prävention würde sich die detailliertere Ausarbeitung von schriftlichen Informationsprogrammen (ähnlich dem „*Clear Horizons*“), oder diversen Facetten der Kurzinterventionen (für gefährdete Personen oder solche die

keine schwere Abhängigkeit aufweisen) anbieten. Für manifeste Abhängigkeitssyndrome eignen sich hingegen eher formale Therapien mit kognitiv-behaviourale Ansätze unter möglicher Verwendung von Substitutionsmitteln. Gerade die Kurzinterventionen sind als kostengünstige Methoden sicherlich attraktiv in der niederschweligen Anwendung, insbesondere im Hinblick auf die begrenzt verfügbaren Ressourcen des Gesundheitswesens. Bedauerlicherweise ist Sucht im Alter immer noch ein unterschätztes Problem. Hier ist breitflächige, spezifische Aufklärung nötig, um Klarheit zu schaffen. Für die Interventionen bei gefährdeten oder abhängigen Personen sollten unseres Erachtens Massnahmen entwickelt werden, die spezifisch auf die verschiedenen Teilgruppen der älteren Bevölkerung zugeschnitten sind. Insbesondere gilt es dabei *gender*-spezifische und migrationsspezifische Elemente zu berücksichtigen. Insgesamt zeigt sich anhand der Literatur, dass Bedarfsabklärungen kontextspezifisch (Schweiz / Zürich) nötig sind und auch Massnahmen auf die spezifischen Zielgruppen hin konkretisiert werden müssen um eine optimale Wirkung zu erzielen.

### III Anhang

#### 1. Bibliographie

- Alemagno SA., Niles SA., Treiber EA. 2004. *Using Computers to Reduce Medication Misuse of Community-Based Seniors : Results of a Pilot Intervention Program*. Geriatric Nursing 25(5): 281-285.
- Amlacher H., Bauer U., Bertram W., Burmeister EM., Schäfer E., Ulrich GF., Witzenhausen C. 2004. *Praxisleitfaden Suchtmedizin*. Thüringer Ratgeber für Ärzte.  
[http://www.laek-thueringen.de/www/lakj/lak.nsf/bildbez/RM.20040825.153328.677439/\\$File/Leitfaden-Suchtmedizin+-+aktuelle+Fassung.pdf?OpenElement](http://www.laek-thueringen.de/www/lakj/lak.nsf/bildbez/RM.20040825.153328.677439/$File/Leitfaden-Suchtmedizin+-+aktuelle+Fassung.pdf?OpenElement) -  
[search=%22sucht%20im%20alter%20praxislei](http://www.laek-thueringen.de/www/lakj/lak.nsf/bildbez/RM.20040825.153328.677439/$File/Leitfaden-Suchtmedizin+-+aktuelle+Fassung.pdf?OpenElement) Online am 4.9.2006.
- Baillargeon L., Landreville P., Verreault R., Beachemin JP., Grégoire JP., Morin CM. 2003. *Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering : a randomized trial*. CMAJ 169(10): 1015-1020.
- Beutel M., Baumann M. 2000. *Rehabilitation suchtkranker älterer Patienten*. Suchttherapie 1: 155-162.
- Blow F., 1998. *Substance abuse among older Americans*. In: Treatment Improvement Protocol, Centre for Substance Abuse Treatment, US Government Printing Office, Washington, DC.
- Blow F., Lawton Barry K. 2002. *Use and Misuse of Alcohol Among Older Women*. Alcohol Research & Health 26(4): 308-315.
- Brennan PL., Nichol AC., Moos RH. 2003. *Older and Younger Patients With Substance Use Disorders: Outpatient Mental Health Service Use and Functioning Over a 12-Month Interval*. Psychology of Addictive Behaviours. 17(1): 42-48.
- Brennan PL., Kagay CR., Jeffrey JG., Moos RH. 2001. *Predictors and Outcomes of Outpatient Mental Health Care. A 4-Year Prospective Study of Elderly Medicare Patients With Substance Use Disorder*. Medical Care 39(1): 39-49.



- Brymer C., Rusnell I. 2000. *Reducing substance dependence in elderly people: the side effects program*. Can J Clin Pharmacol 7(3): 161-166.
- Burton LC., Paglia MJ., German PS., Shapiro S., Damiano AM., Medicare Preventive Services Research Team. 1995. *The Effect among Older Persons of a General Preventive Visit on Three Health Behaviours: Smoking, Excessive Alcohol Drinking, and Sedatary Lifestyle*. Preventive Medicine 24: 492-497.
- Coogle CL., Osgood NJ., Parham IA. 2001. *Follow-Up to the Statewide Model Detection and Prevention Program for Geriatric Alcoholism and Alcohol Abuse*. Community Mental Health Journal 37(5): 381-391.
- Copeland LA., Blow FC., Barry KL. 2003. *Health Care Utilization by Older Alcohol-Using Veterans: Effects of a Brief Intervention to Reduce At-Risk Drinking*. Health Education & Behavior 30(3): 305-321.
- Curtis JR., Geller G., Stokes EJ., Levine DM., Moore RD. 1989. *Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients*. J Am Geriatric Soc 37: 310-316.
- Dale LC., Olsen DA., Patten CA., Schroeder DR., Croghan IT., Hurt RD., Offord KP., Wolter TD. 1997. *Predictors of smoking cessation among elderly smokers treated for nicotine dependence*. Tobacco Control 6: 181-187.
- Eliason MJ., Skinstad AH. 2001. *Drug and alcohol intervention for older women: a pilot study*. J Gerontol Nurs 27(12) 18-24.
- Fingeld-Connet DL. 2004. *Treatment of substance misuse in older women: using a brief intervention model*. J Gerontol Nurs 30(8): 30-37.
- Fink A., Beck JC., Wittrock MC. 2001. *Informing older adults about non-hazardous, hazardous and harmful alcohol use*. Patient Education and Counselling 45: 133-141.
- Fleischmann H. 1996. *Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen bei älteren Menschen: Forschungsergebnisse einer psychiatrischen Suchtabteilung*. In: Dokumentation der Fachtagung, 11.1.1996, Stuttgart-Hohenheim „Alter und Sucht: Standortbestimmung und

Perspektiven der Altenhilfe und Suchthilfe“. Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart 24-35.

Fleming MF., Manwell LB., Barry KL., Adams W., Stauffacher EA. 1999. *Brief Physician Advice for Alcohol Problems in Older Adults: A Randomized Community-Based Trial*. The Journal of Family Practice 48(5): 378-384.

Gesundheitsobservatorium 2002, Monitoring des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. [www.obsan.ch/monitoring/statistiken/3\\_2\\_2/d/](http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/3_2_2/d/) Online am 3.10.06.

Gfroerer J., Penne M., Pemberton M., Folsom R. 2003. *Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort*. Drug and Alcohol Dependence 69: 127-135.

Gordon AJ., Conigliaro J., Misto SA., McNeil M., Kraemer KL., Kelley ME. 2003. *Comparison of Consumption Effects of Brief Interventions for Hazardous Drinking Elderly*. Substance Use & Misuse 38 (8): 1017-1035.

John U., Meyer C., Hapke U., Rumpf HJ. 2004. *Nicotine dependence and lifetime amount of smoking in a population sample*. Eur J Public Health 14(2): 182-185.

Joseph CL., Rasmussen J., Ganzini L., Atkinson RM. 1997. *Outcome of nursing home care for residents with alcohol use disorders*. International Journal of geriatric psychiatry 12: 676-772.

Krebs-Roubicek E., (o.J.). *Alkohol im Alter. Sein oder Nicht-Sein?* Beilage zum 78. Jahresbericht. Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach.

Lemke S., Moos RH. 2003. *Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders*. Journal of Substance Abuse Treatment 24: 43-50.

Lemke S., Moos RH. 2003. *Treatment and outcomes of older patients with alcohol use disorder in community residential programs*. J Stud Alcohol 64(2): 219-226.

McGinnis JM., and Foege WH., 1993. *Actual causes of death in the United States*. J Am

Med Assoc 270: 2207-2212.

Menninger JA., 2002. *Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly*. Bulletin of the Menninger Clinic 66(2): 66-183.

Morgan GD., Noll EL., Orleans CT., Rimer BK., Amfoh K., Bonney G. 1996. *Reaching Midlife and Older Smokers: Tailored Interventions for Routine Medical Care*. Preventive Medicine 25: 346-354.

Morin CM., Bastien C., Guay B., Radouco-Thomas M., Leblanc J., Vallieres A. 2004. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behaviour therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. American Journal of Psychiatry 161: 332-342.

Mundt MP., French MT., Roebuck MC., Manwel LB., Barry KL. 2005. *Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits*. J Stud Alcohol 66(3): 383-394.

Oslin DW., 2004. *"Late-Life alcoholism: issues relevant to the geriatric psychiatrist."* Am J Geriatr Psychiatry 12(6): 571-581.

Oslin DW., Pettinati H., Volpicelli JR. 2002 Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. Am J Geriatr Psychiatry 10(6): 740-747.

Oslin DW., Slymaker VJ. Blow FC., Owen PL. Collieran C. 2005. *Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults*. Addictive Behaviors. 30: 1431-1436.

Oslin DW., Thompson R., Kallan MJ., TenHave T., Blow FC., Bastani R., Gould RL., Maxwell AE., Rosansky J., Vans Stone W., Jarvik L. 2004. *Treatment Effects From UPBEAT: A Randomized Trial of Care Management for Behavioral Health Problems in Hospitalized Elderly Patients*. J Geriatr Psychiatry Neurol 17: 99-106.

Petrovic M., Pevernagie D., Mariman G., Van Maele G., Afschrift M. 2002. *Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: a randomised double-blind, placebo-*

*controlled trial.* Eur J Clin Pharmacol 57: 759-764.

Pittrow D., Krappweis J., Kirch W. 2002. *Arzneimittelanwendung bei Alten- und Pflegeheimbewohnern im Vergleich zu Patienten in ambulanter Pflege bzw. ohne Pflegebedarf.* Dtsch Med Wochenschr 127: 1995-2000.

Pittrow D., Krappweis J., Rentsch A., Schindler C., Hach I., Bramlage P., Kirch W. 2003. *Pattern of prescriptions issued by nursing home-based physicians versus office-based physicians for frail elderly patients in German Nursing homes.* Pharmacoepidemiology and drug safety 12: 595-599.

Rimer BK., Orleans CT. 1994. *Tailoring smoking cessation for older adults.* Cancer 74:2051-2054.

Rimer BK., Orleans CT., Keintz MK., Cristinzio S., Fleisher L. 1990. *The older smoker. Status, challenges and opportunities for intervention.* Chest 97: 547-553.

Rumpf HJ., Bromisch B., Botzet M., Hill A., Hapke U., John U. 1998. *Epidemiologie des Alkoholmissbrauchs im höheren Alter.* In: Havemann- Reinecke U., Weyerer S., Fleischmann H. (Hrsg.). Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit. Lambertus, Freiburg.

Rumpf HJ., Weyerer S. 2006. *Suchterkrankungen im Alter.* In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Eds.): Jahrbuch Sucht 2006. Neuland: Geesthacht 189-199.

Satre DD., Mertens JR., et al. 2003. *Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program.* J Stud Alcohol 64(4): 520-530.

Satre DD., Mertens JR., Weisner C. 2004. *Gender Differences in Treatment Outcomes for Alcohol Dependence among Older Adults.* J Stud Alcohol 65(5): 638-642.

Satre DD., Mertens JR., Areal PA., Weisner C. 2004. *Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program.* Addiction 99: 1286-1297.

Schonfeld L., Cupree LW., Dickson-Euhrmann E., Royer CM., Mc Dermott CH., Rosansky JS., Taylor S., Jarvik LF. 2000. *Cognitive-behavioural treatment of older veterans with substance abuse problems*. J Geriatr Psychiatry Neurol 13(3): 124-129.

Sheahan SL., 2002. *How to Help Older Adults Quit Smoking*. The Nurse Practitioner 27(12):27-33.

Spinatsch M. 2004. *Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz? Grundlagen und Materialien für eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Aktivitäten des Bundes*. Bericht zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit.

[http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&keywords=sgb&search\\_mode=AND&themen\\_id=4&Submit=Suchen](http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?lang=de&keywords=sgb&search_mode=AND&themen_id=4&Submit=Suchen) Online am 25.8.06.

Tabloski PA., Cooke KM. et al. 1998. "A procedure for withdrawal of sleep medication in elderly women who have been long-term users." J Gerontol Nurs 24(9): 20-28.

Türk D., Welsch K. 2000. *SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland*. Sucht 46 Sonderheft 1: 53-58.

Uchtenhagen A., 2004. *Umgang mit Sucht im pflegerischen Berufsalltag. Stress und Sucht im fortgeschrittenen Lebensalter: Was wissen wir? Wie handeln wir?* Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich.

West PM., Graham K. 1999. „*Clients speak: participatory evaluation of a nonconfrontational addictions treatment program for older adults.*“ J Aging Health 11(4): 540-564.

Wetterling T., Backhaus J., Junghanns K. 2002. *Sucht im Alter*. Ein unterschätztes Problem in der klinischen Versorgung älterer Menschen? Nervenarzt 73: 861-866.

## **2. Spezifische Screening-Tools für ältere Menschen**

- Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G)
  - Blow FC, Brower KJ, Schulenberg JE et al. The Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. *Alcohol Clin Exp Res* 1992;**19**: 372.

- Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G)
  - Blow FC, Gillespie BW, Barry KL et al. 1998. *Brief screening for alcohol problems in elderly populations using the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G)*. *Alcoholism Clin Exp Res*;22(Suppl):131A.
  
- (CAGE):
  - Mayfield D, McLeod G, Hall P. 1974. *The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument*. *Am J Psychiat*;131: 238–246.
  - Buchsbaum DG, Buchannan RG, Welsh J et al. 1992. *Screening for drinking disorders in the elderly using the CAGE questionnaire*. *J Am Geriatr Soc*40: 662–665.
  - Clay SW. 1997. *Comparison of the AUDIT and CAGE questionnaires in screening for alcohol use disorders in elderly primary care outpatients*. *J Am Osteopathic Assoc*;10: 588–592.