

2021/2022

SUCHT DRUCK

Magazin für Suchtfragen in Sachsen und Thüringen



SUCHT IM ALTER

Tipps für den richtigen Umgang mit
Medikamenten, Alkohol und Nikotin

MYTH-BUSTERS

5 falsche Mythen über das Rauchen

SELBSTHILFE

WWW.SUCHTHILFE-SACHSEN.DE
WWW.SLSEV.DE
WWW.TLS-SUCHTFRAGEN.DE



„ALTER IST FREIHEIT, VERNUNFT, KLARHEIT, LIEBE.“

Juliane Jäkel, Praktikantin SLS e. V.

So schrieb es Tolstoi im Jahr 1904 in seinen Tagebüchern. Ein idyllisches Bild des Älterwerdens, welches jedoch nicht immer der Realität entspricht.

Prägende Faktoren, die das Älterwerden beschwerlicher machen, sind Suchtprobleme. Zunehmend mehr Menschen haben mit Abhängigkeit zu kämpfen und können ihr Leben nur mit Einschränkungen erleben.

Riskanter Alkohol-, Tabak- und vor allem Medikamentenkonsum oder Abhängigkeit sind in der älteren Generation zu beobachten, werden allerdings oft als unproblematisch eingestuft. „Lass Opa doch den Spaß auf seine alten Tage“, ist ein Beispiel für die Verharmlosung eines Substanzmissbrauchs. Dabei wird oft vergessen oder gar übersehen, wie schädlich dieser Konsum sein kann und wie stark damit

die Lebensqualität von älteren Menschen beeinträchtigt wird. Die Sucht eines Menschen betrifft jedoch nicht nur ihn/sie selbst, sondern ebenfalls seine/ihre Familie. Durch den im Alter einsetzenden Prozess des körperlichen Verfalls sind nicht selten auch Pfleger*innen und Ärzt*innen involviert.

Das Alter wird in unserer Gesellschaft angesehen als letzte Station einer Reise, welche sowieso jeden Moment vorbei sein könnte. Ältere Menschen werden oft nicht ernst genommen und belächelt. Das macht sich auch besonders bei dieser Problematik bemerkbar, da Suchtprobleme im Alter erst verhältnismäßig spät oder gar nicht bemerkt und nicht direkt behandelt werden.

Eine Ursache davon ist unter anderem, dass diese Erkrankungen zu wenig bis gar nicht thematisiert werden, und wenn, dann nur im Kontext jüngerer Betroffener.

Das gelegentliche Glas Bier am Abend, die Zigarette auf dem Balkon oder das Beruhigungsmedikament zum Einschlafen sind im Alltag von Senior*innen nicht ungewöhnlich. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger, Betroffene, Angehörige oder Pflegende über die auch noch im Alter präsente Gefahr zu informieren, die diese Substanzen mit sich bringen.

Unsere Botschaft: Eine Behandlung lohnt sich immer, denn ein gesundes Altern hat jeder Mensch verdient!

INHALT

Die Lebensphase Alter -
Den Alternsprozess mit Leben füllen **4**

8

Medikamentenabhängigkeit -
besondere Suchtprobleme im Alter

Psychische Entwicklung
und Gesundheit im Alter **10**

12

Altersspezifisch Sucht

Suchthilfesystem - Tipps für den
richtigen Umgang mit Alkohol **14**

16

Suchthilfe im
demografischen Wandel

Alkoholabhängigkeit **18**

20

Nikotinabhängigkeit

Mythbusters -
Fünf Mythen über Konsum im Alter **22**

23

Gemeinschaftliche Selbsthilfe
im Alter

Kontakte zu Beratungsstellen
in Sachsen und Thüringen **26**

DIE LEBENSPHASE ALTER - DEN ALTERNSPROZESS MIT LEBEN FÜLLEN

Prof.in Dr. Christine Meyer

Erinnern Sie sich mal eben an das Jahr 1977. Udo Jürgens, bekannter und erfolgreicher Schlagersänger hat damals, mit gerade mal 43 Jahren, sein berühmtes, immer noch beliebtes Lied zum Rentenbeginn „Mit 66 Jahren“ veröffentlicht und darin behauptet, dass das Leben überhaupt erst mit 66 Jahren anfangen, vor allem, weil dann der ganze Stress des zurückbleibenden Arbeitslebens endlich hinter einem liege. Gleichzeitig sei aber noch lange nicht Schluss, sondern man*frau komme erst in Schuss, heißt es im Refrain. Der ganze Song handelt davon, dass nun endlich, endlich alles erlebt und getan werden könne, was man*frau immer schon wollte. Dazu gehören in der Vorstellung von Udo Jürgens bzw. den weiteren Songschreibern Andreas Hofmann und Wolfgang Hofer z. B. Reisen, Motorrad fahren, eine Band gründen, in die Disco mit der Oma und rundherum Vergnügen am Leben finden. Inzwischen liegt das gesetzliche Renteneintrittsalter bei 67 Jahren, und im Jahr 2021 treten vor allem die rund um 1954/1955 Geborenen in die Rentenphase ein. Damit beginnt ein neuer Lebensabschnitt, wahrscheinlich sogar eine neue Lebensphase mit mehreren möglichen Jahrzehnten, die wahrscheinlich im Wesentlichen nach wie vor mit den beschriebenen Vorstellungen von Udo Jürgens' Schlager-Klassiker übereinstimmen (abgesehen davon, dass Disco heute Club heißt und das gesetzliche Renteneintrittsalter sich allmählich in Richtung 70 Jahren verschiebt).

Das Alter – neue Freiheiten inklusive vieler Ungewissheiten

Eigentlich fängt jedoch kein ganz neues Leben an, aber erstmals im Leben ist dieses nicht mehr von Bildung, Aus- und Weiterbildung sowie Erwerbstätigkeit bestimmt.

Durch den Prozess der Verrentung, überwiegend auch als der zentrale Übergang in die Lebensphase Alter eingeschätzt, wird der Mensch in einem von der Gesellschaft festgelegten Lebensalter aus der gesellschaftlichen Verpflichtung zur sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit entlassen in die ab dem Moment geltende Freiheit zur Selbstgestaltung inklusive der Begrenzung über die näher heranrückende Endlichkeit. Mit der erstmals zurückgewonnenen Freiheit über die Gestaltung der eigenen Lebenszeit kommt durch die Gewissheit des Lebensendes auch gleich die Begrenzung mit ins Spiel, von der jedoch ungewiss ist, wann sie eintritt. Die Verrentung einerseits und der Tod andererseits markieren die Lebensphase Alter.

Zentrale Themen für die Gestaltung des eigenen Alters pendeln also zwischen der täglich frei gewordenen Zeit und der eigenen Endlichkeit sowie darin verborgenen Ungewissheiten, z. B. durch eine plötzlich eintretende schwere Krankheit oder allmählich zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Diese Aspekte können die Lebensqualität belasten. Wolfgang Niedecken,



70 Jahre alt, Sänger und Gründer der Kölner Rockband „BAP“, erklärt als 66-Jähriger gegenüber einem Senioren-Ratgeber, dass es selbstverständlich schöner sei, jung zu sein. Doch er benennt auch Vorteile des Alters: Gelassenheit und Weisheit nehmen zu, und mit der vielen angesammelten Lebenserfahrung fällt man auch nicht mehr so schnell auf etwas herein. Dennoch nehmen die Sollbruchstellen zu, und um die müsse er sich täglich kümmern, ansonsten melde sich sein Bandscheibenvorfall mit höllischen Schmerzen. Er will das Alter nicht beschönigen. „Jeder, der mir erzählt, es wäre toller, alt zu sein, der lügt“, sagt der 66-Jährige.

Alte Menschen sind mitten drin und (h)offen (auf) für Abenteuer

Menschen in der Lebensphase Alter standen über lange Zeit fast überhaupt nicht im gesellschaftlichen Fokus. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, der seit Beginn der 1990er

Jahre stärker öffentlich wahrgenommen und thematisiert wird, betreffen gesellschaftliche Überlegungen zunehmend auch ältere Menschen. Mit dem demographischen Wandel wurde auch der Strukturwandel des Alter(n)s als einschneidende, die Lebensphase Alter verändernde Entwicklung wahrnehmbar. Durch die zahlenmäßig größere Sichtbarkeit wurde der Blick geweitet und die Aufmerksamkeit auf die Pluralisierung der Lebensentwürfe gelenkt. Das Bild des älteren, eher zurückgezogen lebenden, ruhig im Fernsehsessel sitzenden älteren Menschen, ist dem fitten, lebens- und abenteuerlustigen älteren Menschen gewichen, der seinen vielseitigen Interessen nachgeht und viel unterwegs ist.

AKTIVITÄT

NUTZUNGSDAUER

	45 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
Persönlicher Bereich, Physiologische Regeneration	10:52	11:50
Erwerbstätigkeit	03:38	00:14
Qualifikation und Bildung	00:03	00:01
Haushaltsführung und Betreuung der Familie	03:19	04:01
Ehrenamt, freiwilliges Engagement, Unterstützung anderer Haushalte	00:23	00:31
Soziales Leben und Unterhaltung	01:38	02:03
Sport, Hobbys, Spiele	00:46	01:05
Mediennutzung	03:04	03:59

Durchschnittliche Zeitverwendung von Personen nach Alter
(www.destatis.de)

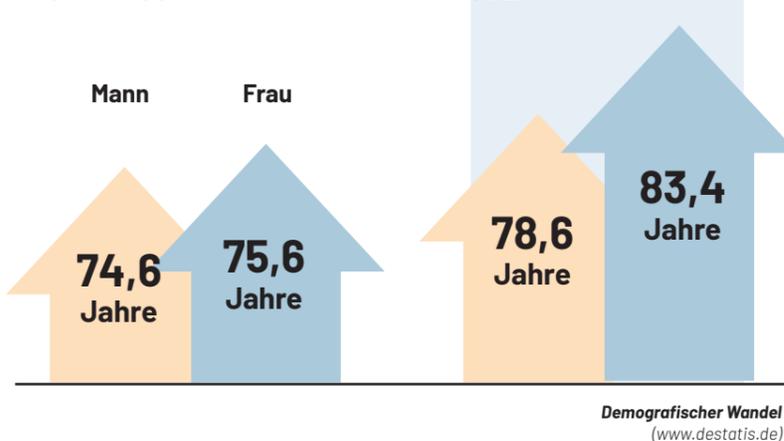
Die Lebensphase Alter ist nicht nur vielfältiger, sondern auch auffälliger geworden. Gestaltungsnotwendig und gestaltungsoffen eröffnet dies auch gesellschaftlichem Nachdenken über Alternsprozesse die Möglichkeit, alte Menschen darin zu bestärken, ihr individuelles Lebensprojekt weiterverfolgen zu können. Keine Generation älterer Menschen war bisher körperlich fitter, so gut gebildet und materiell ausgestattet. Gleichzeitig darf das nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch viele problematische Lebenslagen gibt, wie z. B. niedrige Renten, die zu Altersarmut führen, oder Infrastrukturen in ländlichen Gebieten, die es mit zunehmenden Einschränkungen unmöglich machen, an dem Ort bis zum Lebensende zu bleiben, den der Mensch sich wünscht und an dem er vielleicht sogar viele Jahrzehnte seines Lebens verbracht hat. Nach wie vor gibt es in der Gesellschaft zu wenig Unterstützungsarrangements, die an den jeweiligen Selbstdeutungen und individuellen Handlungsmustern und den je spezifischen sozialen, materiellen, milieuspezifischen und kulturellen Bezügen und Kontexten älter werdender Menschen ansetzen und bisherige mögliche Begrenzungen erweitern. Individuell entworfene Lebensentwürfe müssten viel stärker mit sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Strukturen und Gelegenheiten der

Lebensumwelt in Verbindung gesetzt und abgesichert werden. Ältere Menschen sollen selbstbestimmte, subjektiv befriedigende, als kontinuierlich und sinnvoll erlebte Lebensentwürfe gestalten können.

Besonderes Kennzeichen: sich innerlich jung fühlen mit dem Ziel, tabuloser zu leben

Janosch, (Lebens-)Künstler und Kinderbuchautor, Erfinder der Tigerente und von Schnuddel, kürzlich 90 Jahre alt geworden, hat 1995 im Alter von 64 Jahren ein Wörterbuch der Lebenskunst veröffentlicht mit vielen scharfsinnigen und humorvollen Aphorismen für jede Lebenslage. Über das Alter beobachtet er an der Schwelle zur Lebensphase Alter: „Von außen gesehen fallen die Zähne und die Haare aus. Beim Fußballspielen knicken die Knie ein, beim Koitieren fällt die Pfeife aus dem Mund, und du kannst dich partout nicht mehr an die schönen Schweineereien deiner Jugend erinnern. Doch von innen hast du dich noch nie so jung gefühlt.“ Wie er diese Aussage heute bewerten würde, darüber wissen wir nichts, doch Janosch spricht ein über einen langen Zeitraum tabuisiertes Thema in der Lebensphase Alter aus. Das Thema Sexualität im Alter(n)sprozess kann als eines der bedeutenden Themen eingeschätzt werden, weil trotz vieler Versuche, gesellschaftliche Alter(n)sbilder über ihre breite gesellschaftliche Thematisierung zu beeinflussen, das Alter(n) nach wie vor beinahe androgyn oder geschlechtslos wirkt, obwohl mit Blick auf die Geschlechterkonstruktionen und damit verbundenen sozialen Rollen viel stärker auch die Lebensphase Alter und Alternsprozesse

LEBENSERWARTUNG IM JAHR 1981



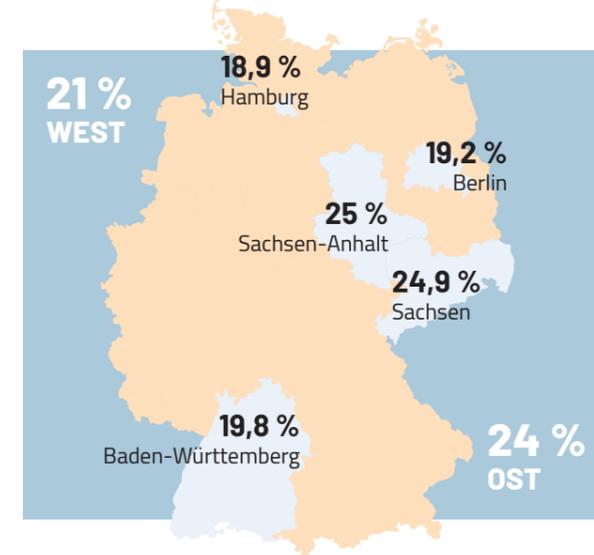
unterschieden werden sollten, entsprechend der Geschlechtervielfalt. Wissen ist zu erarbeiten, Angebote sind zu planen und Verbesserungen von z. B. Lebensqualität müssen selbstverständlich geschlechtervielfalts-sensibel vorgenommen werden.

Ein weiteres bedeutendes Thema bei Janosch hat Simone de Beauvoir im Alter von 75 Jahren bereits 1983 in einem Interview mit Alice Schwarzer hervorgehoben: Alt sein bedeute, sich jung in einem alten Körper zu fühlen. „Wenn ich schlafe, wenn ich aufwache, wenn ich gehe, mich bewege, ein Buch lese – dann denke ich nie: Ich bin alt. Ich fühle mich ohne Alter. Sicher, mit 52, 53, 54, da dachte ich: Jetzt werde ich alt. Heute ist dieses Gefühl zwar ein selbstverständlicher Teil meiner Gewohnheiten und meines Körpers geworden, aber ich begreife mich dennoch nicht als alt. [...] Das Schlimme am Alter ist, dass man jung ist.“

Wo die alte Stärke hin ist

Menschen erspüren Veränderungen an ihrem Körper, die sie mit Alterungsprozessen in Verbindung bringen. Mit den körperlichen Veränderungen im Aussehen, der Beweglichkeit, Kraft, Leistungsfähigkeit, Sexualität und Gesundheit gehört Altern zu dem fundamental körperlichen Prozess, der darüber hinaus auch noch endlich ist mit dem physischen Tod. Simone de Beauvoir beschreibt ihr körper-leibliches Empfinden mit nachlassender Stärke: „Ich fühle mich weniger stark, also bin ich weniger hartnäckig, weniger fordernd mit mir selbst. Das ist ein Nachteil, aber auch ein Vorteil, denn ich habe mehr Muße und Zeit. Früher, mit 30, da rannte ich, kaum hatte ich die Augen geöffnet, los. Ich schrieb, machte tausend Sachen, hatte noch so viel vor mir. Heute bin ich gelassener, lass mir ein wenig Zeit, lese, tu Dinge, dir mir ganz persönlich Spaß machen. [...] Aber das Alter, das ist ein Schritt vom Unendlichen ins Endliche. Man hat keine Zukunft mehr – das ist das Schlimmste.“ Marianne Faithfull, die ein aufregendes, exzessives, wechselvolles Leben in den 1960er und 1970er

65 JAHRE UND ÄLTER



Regionale Unterschiede in der Altersstruktur
(Statistisches Bundesamt)

Jahren führte, bereut nichts und schämt sich auch nicht für irgendwas, was sie jemals getan hat oder ihr passiert ist, obwohl sie körperlich nicht mehr ihre alte Stärke fühlt. Sie habe wirklich genug erlebt und überlebt, sagte Marianne Faithfull. Wichtig sei letztlich nur: Sie schäme sich für nichts. Wirklich gar nichts. Für Frauen und Männer vollziehen sich Alternsprozesse anders, oft bereits zu unterschiedlichen Zeitpunkten, mit verschiedenen körperlichen Veränderungen und Reaktionen aus der sie umgebenden Gesellschaft. Das Selbstbild, das jemand von sich hat und mal öfter, mal seltener, jedoch kontinuierlich aktualisiert, braucht mit dem äußeren Erscheinungsbild und der Fremdwahrnehmung überhaupt nicht übereinstimmen. Die Bedeutung von Überzeugungen zu Attraktivität und Schönheit einerseits sowie Verluste, Endlichkeit und Tod andererseits werden im Lebensverlauf vor allem in der Lebensphase Alter mit Alter(n)sprozessen verbunden.

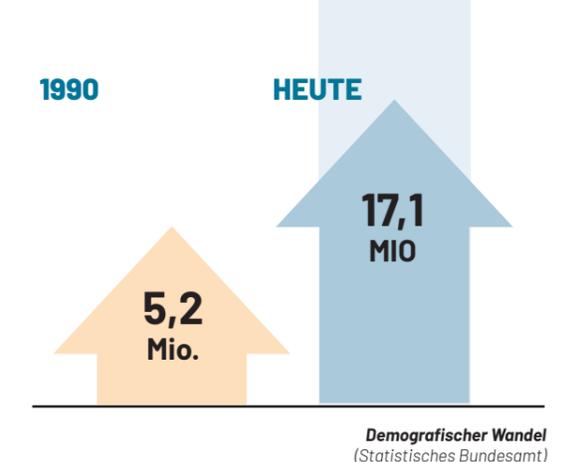
Die verletzte Seite des Alter(n)s

Mit der zahlenmäßigen Zunahme älterer Menschen insgesamt, dem stetigen Zuwachs ihrer durchschnittlichen Lebenserwartung sowie der Pluralisierung ihrer Lebensformen und -lagen werden neben der Gestaltung des eigenen Alterns zunehmend Versorgungsfragen alleinlebender älterer Menschen oder innerhalb von Familien lebender älterer Menschen notwendig,

wenn entweder allmählich Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zunehmen oder sich mangelnde Ressourcen als problematische Lebenslagen zeigen, z. B. über Armut oder Sucht. Aber auch die Wohnsituation oder fehlende Mobilität können sich als Hindernis erweisen für die gewünschte Kontinuität bezüglich eines selbstständigen, selbstbestimmten und unabhängigen Lebens bis zum Lebensende. Aber: Über das vielfältiger und auffälliger gewordene Alter können zuvor unbekannte und unbefragte Wünsche sowie Sehnsüchte älter werdender Männer und Frauen sichtbar gemacht werden, um zum einen den Leitspruch des Nobelpreisträgers Alexis Carrel „Es kommt nicht darauf an, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern den Jahren mehr Leben zu geben“ ausfüllen zu können und zum anderen Burt Lancasters Motto zu folgen: „Solange man neugierig ist, kann einem

das Alter nichts anhaben.“ Damit sind wesentliche Grundlagen für ein erfüllendes Leben jenseits der 66 gelegt, denn „[...] mit 66 Jahren, da fängt das Leben an, [...] mit 66 Jahren ist noch lange nicht Schluss ...“

MENSCHEN ÜBER 65 JAHRE IN DEUTSCHLAND



Angaben zur Autorin:

Dr. phil., habil. Christine Meyer, Diplom-Sozialpädagogin, Professorin für Soziale Arbeit im Lebenslauf an der Universität Vechta. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Soziale Altenarbeit, Generationenübergreifende Soziale Arbeit und Essen in der Sozialen Arbeit.

E-Mail: christine.meyer@uni-vechta.de

MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT – BESONDERE SUCHTPROBLEME IM ALTER

Juliane Jökel, SLS e. V.
Dr. rer. medic. Olaf Rilke, SLS e. V.

Medikamentenabhängigkeit – besondere Suchtprobleme im Alter

Substanzabhängigkeiten stellen ab dem 60. Lebensjahr eine deutlich höhere Gefahr für den menschlichen Körper dar als im jüngeren Alter. Neben Alkohol- und Tabakkonsum fügt vor allem ein Medikamentenmissbrauch älteren Menschen einen erheblichen Schaden zu.

Von einem Missbrauch als Vorstufe der Medikamentenabhängigkeit spricht man, wenn eine Substanz nicht mehr bestimmungsgemäß eingenommen und der Konsum fortgesetzt wird, trotz einsetzender psychischer, körperlicher oder sozialer Folgeschäden.

Eine Medikamentenabhängigkeit liegt vor, wenn drei der sechs folgenden Kriterien erfüllt werden:

- starker Wunsch und/oder Zwang, das Medikament zu konsumieren (= Craving);
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Menge und/oder der Beendigung der Einnahme;
- körperliche Entzugssymptome;
- Toleranzentwicklung (Wirkverlust) bzw. Dosissteigerung;
- erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen, verbunden mit der Vernachlässigung anderer Interessen;
- fortgesetzter Konsum trotz Folgeschäden.

Wie kommt es zu einer Medikamentenabhängigkeit im Alter

1. An der Entstehung von Suchterkrankungen sind generell drei Faktoren beteiligt: individuelle Disposition, das Suchtmittel als auch das soziale Umfeld. Gerade das Alter bringt im sozialen Umfeld Veränderungen mit sich (wie geänderte familiäre Situation oder Renteneintritt), die für Senioren besondere Belastungen darstellen können.
2. Vor allem bei Frauen beginnt der Einstieg in die Medikamentenabhängigkeit häufig in

der letzten Phase der Berufstätigkeit mit der Verordnung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln zur Behandlung von Schlafstörungen bzw. von Überforderungs- und Überlastungsgefühlen. Gewöhnungseffekte führen zur langfristigen Medikamenteneinnahme. Auch werden durch Medikamente Symptome, nicht aber die Ursachen der Beeinträchtigungen behandelt.

3. Das Medikament wird nach Anordnung eingenommen, die Symptome sind gelindert. Dennoch wird das Mittel aufgrund der erlebten positiven Wirkung weiterhin eingenommen, evtl. werden mehrere Ärzt*innen für die Verschreibung konsultiert. Zu selten werden Medikationspläne älterer Patient*innen überprüft, und problematische Verordnungen bleiben unerkannt.

Kleine Medikamentenkunde – Substanzgruppen mit besonderem Abhängigkeitspotenzial

Kurzübersicht Benzodiazepine: „Die rosarote Brille für die Psyche“

- Beispiele verordneter Wirkstoffe (Präparate): Diazepam (Faustan®, Valium®); Lorazepam (Tavor®); Nitrazepam (Radedorm®)
- Anwendung: u. a. Akutbehandlung von Angst-erkrankungen, Erregungszuständen, Schlafstörungen, Krampfanfällen; nicht geeignet als Dauermedikation (max. 14 Tage)
- Wirkung: angstlösend, beruhigend und entspannend. „Benzos“ dämpfen die bewusste Wahrnehmung und mindern die Intensität von Gefühlen. Die Wirkung der Benzodiazepine hält außerdem bei älteren Menschen für gewöhnlich drei- bis viermal länger an als bei Jüngeren.
- Nebenwirkungen: Abhängigkeitsentwicklung mit Wirkverlust und Dosissteigerung. Benzodiazepine lösen bereits bei einer sehr niedrigen Dosis Abhängigkeitserscheinungen aus, weshalb sie in der Regel nicht länger als 14 Tage am Stück eingenommen werden sollen.

- Besondere Beachtung: negative Wechselwirkungen in Kombination mit Alkohol; keine Einnahme bei Alkoholabhängigkeit; Benzodiazepine beeinträchtigen die Fahrtauglichkeit; erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko bei älteren Menschen.

Kurzübersicht Z-Substanzen (Z-Drugs)

- Beispiele verordneter Wirkstoffe: Zolpidem, Zopiclon
- Anwendung: Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen; nicht geeignet als Dauermedikation
- Wirkung: schlaffördernd, beruhigend, entspannend
- Nebenwirkungen: Abhängigkeitsentwicklung, d. h. nur zur kurzfristigen Behandlung geeignet (max. 2–4 Wochen); paradoxe Reaktionen, wie Ruhelosigkeit und Aggressivität, bei älteren Menschen
- Besondere Beachtung: negative Wechselwirkungen in Kombination mit Alkohol;

beeinträchtigen die Fahrtauglichkeit; erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko bei älteren Menschen

Kurzübersicht Opiode (rezeptpflichtige Schmerzmittel, Opioid-Analgetika)

- Beispiele verordneter Wirkstoffe: Codein, Fentanyl, Morphin, Oxycodon, Tilidin
- Anwendung: Schmerzbehandlung (u. a. bei starken postoperativen und Tumorschmerzen: Einsatz von stark wirksamen Schmerzmitteln, die nur über BtmG-Rezept verordnet werden, z. B. Fentanyl, Morphin, Oxycodon)
- Wirkung: Herabsetzung der Schmerzempfindung, beruhigend, entspannend
- Nebenwirkungen: Übelkeit, Verstopfung; bei kontrollierter Schmerztherapie geringes Missbrauchspotenzial; Abhängigkeitsentwicklung bei missbräuchlicher Anwendung, u. a. aufgrund euphorisierender Wirkung
- Besondere Beachtung: Atemdepression bei Überdosierung mit drohendem tödlichen Verlauf, Einsatz von Naloxon (Gegenmittel) im Notfall; Unkritische Oxycodon-Verordnungen haben in der USA Anfang der 2000er Jahre zur Opioid-Krise mit zahlreichen Todesopfern geführt.

Zur Vermeidung von Medikamentenabhängigkeit sollten generell folgende Regeln beachtet werden

4K-REGEL

– **KLARE INDIKATION** Nehmen Sie ein Medikament nur ein, wenn eine eindeutige medizinische Notwendigkeit besteht. Diese sollte Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt abklären und andere Behandlungsmöglichkeiten besprechen.

– **KLEINSTE NOTWENDIGE DOSIS** Nehmen Sie nur so viel wie nötig ein – und so wenig wie möglich. Besprechen Sie die kleinste notwendige Dosis mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

– **KURZE ANWENDUNG** Nehmen Sie das Medikament nur überbrückend für kurze Zeit. Eine über drei bis vier Wochen hinausgehende Einnahme kann bereits zu einer Abhängigkeit führen.

– **KEIN SCHLAGARTIGES ABSETZEN** Hören Sie nicht einfach mit der Einnahme auf, sondern verringern Sie langsam die Dosis. Besprechen Sie das „Ausschleichen“ unbedingt mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Alternative/ergänzende Behandlungsmöglichkeiten können zur Reduktion des Medikamentenverbrauches beitragen

Medikamente sind vor allem sehr hilfreich in akuten Notsituationen und Beeinträchtigungen. Dabei reduzieren Medikamente unangenehme Symptome, die eigentlichen Ursachen werden häufig nicht beeinflusst. Dies gelingt aber durch einen ganzheitlichen Therapieansatz, der psychotherapeutische, physiotherapeutische, somatische als auch medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten berücksichtigt.

Weitere Informationen und Hilfe

Lesen Sie mehr dazu auch auf den
Seiten 14,15 und 26

PSYCHISCHE ENTWICKLUNG UND GESUNDHEIT IM ALTER

Dr. phil. Jan Steinhaußen
Geschäftsführer Landesseeniorenrat Thüringen

Ältere Menschen werden häufig als psychisch vulnerabel (verletzlich) wahrgenommen, weil Einsamkeit, Krankheiten, Pflegebedürftigkeit zunehmen. Ältere gelten als „Risikogruppe“, in der Abbauprozesse voranschreiten. Jüngere werden hingegen als gesund und psychisch resilient (widerstandsfähig) beschrieben; sie gelten zudem als entwicklungsfähig.

Diese Altersbilder sind nur bedingt richtig. Neuere Theorien betrachten die Lebensspanne als spezifische Entwicklungsphase und -prozess. Sie sehen Entwicklungspotenziale in allen Altersphasen. Auch im Alter kann es Entwicklungsgewinne geben. Das heißt, Entwicklungsverluste sind nicht zwangsläufig. Der Altersprozess ist nicht gleichzusetzen mit einem Krankheitsprozess. Ältere sind in der Altersphase zum großen Teil gesund. Seit Jahren stellt die Gesundheitsberichterstattung fest, dass die gesunden Lebensjahre der Menschen zunehmen. Die Zunahme der Lebenserwartung bietet in der Gegenwart Menschen die Perspektive, lange Jahre nach Beendigung der Berufsphase aktiv am Leben teilzunehmen. Voraussetzung ist, dass die gewonnenen Lebensjahre in einem möglichst guten Gesundheitszustand erlebt werden.

Gesundheitsbegriff

Dabei wird unter Gesundheit nicht nur Abwesenheit von Krankheit verstanden. Gesundheit ist laut WHO-Definition ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Wichtige Indikatoren sind die körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit, die Anzahl und Art der chronischen Erkrankungen, Anzeichen von Gebrechlichkeit sowie die gesundheitsbedingte Behinderung im Alltag und soziale Teilhabe.

Mit Bezug auf das hohe Alter, in dem es einen Verlust von Fähigkeiten gibt, spricht man auch von funktionaler Gesundheit. Sie bezeichnet die Fähigkeit, trotz Beeinträchtigungen den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein. Sie kann als Voraussetzung für Autonomie im Alter aufgefasst werden.

Entwicklung im Alter bezieht sich nicht nur auf die Entfaltung von Anlagen und Fähigkeiten, sondern sie umfasst lebenslange Veränderungen menschlichen Erlebens und Verhaltens. Dabei kann man zwei Perspektiven miteinander verbinden: eine Vulnerabilitäts- mit einer Potenzialperspektive.

Vulnerabilitätsperspektive

Die Vulnerabilitätsperspektive beschreibt die sich mit dem hohen Alter verbindende Tendenz einer erhöhten körperlichen, geistigen und psychischen Verletzlichkeit. Die körperliche Verletzlichkeit verbindet sich mit einer organologischen Kapazitätsverringerung, die systemische Auswirkungen auf den gesamten Körper hat. Kognitive Verletzlichkeit bezieht sich auf den Rückgang in der Präzision und Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung und anderer kognitiver Fähigkeiten. Die psychische Verletzlichkeit beschreibt das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen.

Die Potenzialperspektive

Die Potenzialperspektive nimmt die Ressourcen und Entwicklungsperspektiven von Älteren in den Blick, die organische und neuronale Plastizität, die umfassenden Kompensationsmechanismen und Trainingseffekte, das umfassende Lebenswissen, die Fähigkeit, Grenzsituationen auszuhalten. Dabei sind körperliches, kognitives und psychisches Altern zwar voneinander unabhängige Dimensionen, die verschiedenen Entwicklungsgesetzen folgen. Dennoch sind sie aufeinander bezogen. Körperliche Veränderungen und Erkrankungen wirken auf die Psyche. Umgekehrt können sich emotionale und geistige Entwicklungsprozesse positiv auf die körperliche Gesundheit auswirken.

Die Potenzialperspektive schließt ein, dass alte Menschen dazu neigen, ihren Zustand als positiv zu bewerten. Die WHO-Definition beschreibt dieses subjektive Moment des Wohlergehens als subjektive Gesundheit. Unter ihr versteht man den Gesundheitszustand, den eine Person individuell für sich wahrnimmt. Sie basiert auf der persönlichen Einschätzung und Bewertung der eigenen Gesundheit. Sie muss vom objektiven

Gesundheitszustand unterschieden werden: Personen, die auf der Grundlage ärztlicher oder psychologischer Diagnosen Krankheiten haben, können sich dennoch gesund fühlen.

Bewertung der subjektiven und objektiven Gesundheit

Die Bewertung der subjektiven und objektiven Gesundheit stimmen mit zunehmendem Alter immer weniger überein. Verschiedene Altersstudien stellen fest, dass sich Ältere 10-15 Jahre jünger fühlen, als sie sind. Das verdeutlicht, dass objektive und subjektive Einschätzungen unterschiedliche Aspekte der Gesundheit erfassen. Die Mehrzahl der älteren Menschen haben eine im Verhältnis zur objektiven Gesundheit gute und sehr gute subjektive Gesundheit.

Diese positive Selbstkonditionierung beeinflusst in Rückkoppelungseffekten tatsächlich auch die objektive Gesundheit und das gesamte Lebensgefühl. Dieser hohe Stellenwert der subjektiven Gesundheit ist ein Indikator für Langlebigkeit. Er ist aussagekräftiger als der objektive Gesundheitszustand oder Lebensstilfaktoren. Offenbar hängen das subjektive Gesundheitsgefühl und eine positive Selbstbewertung auch mit subjektiver Sinnkonstruktion zusammen.

Warum sich Menschen im Alter gesund oder krank fühlen, hängt von verschiedenen genetischen, lebensverlaufs- und sozialen Faktoren sowie der eigenen Aktivität ab.

Verschiedene Studien zum Altern ergaben, dass die Überzeugung, jung und leistungsfähig zu sein, ein bestimmtes Verhalten befördert und dass ein positives Selbstbild das Älterwerden hinauszögert. Insofern ist nicht das chronologische Alter entscheidend, sondern das gefühlte. Positive Einstellungen beeinflussen dabei auch körperliche Dispositionen wie Sehkraft, Gedächtnis, Hörvermögen, körperliche Beweglichkeit, Gang und Haltung sowie das Aussehen. Umgekehrt führen negative Einstellungen zum Alter zu einer Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit und damit zu einer geringeren Lebenserwartung. Das heißt, Gesundheit, Morbidität und Mortalität sind auch soziale Konstrukte. Das Verhalten von älteren Menschen und Alterungsprozesse,

Morbidität und Mortalität, des Weiteren Selbstwirksamkeitserwartungen werden von gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst: von Altenbildern, negativen Etikettierungen, abhängigkeitsfördernden Verhaltensskripten, von passivierenden Rollenzuweisungen, von Primingeffekten (Beeinflussung der Verarbeitung eines Reizes), von Sprache, von institutionellen Voraussetzungen, Betreuungsansätzen und Abläufen, von medizinischen Normen, die Krankheit definieren. Insofern geht es auch um Umwelt-, des Weiteren aber um Beziehungsgestaltung und Lebenssinn, die Einstellungen und Handeln von Menschen positiv und fördernd beeinflussen.

ERKRANKUNGEN	ANTEIL Alter von 70–85 Jahren
mindestens zwei Erkrankungen	82 %
fünf oder mehr Erkrankungen	25 %
GESUNDHEIT	
bewerten ihre Gesundheit als gut	45 %
bewerten ihre Gesundheit als schlecht	15 %

Bewertung objektiver und subjektiver Gesundheit

Anpassung im Alter

Die mit dem Alter steigende Wahrscheinlichkeit von Verlusten erfordert von älteren Menschen adäquate Anpassungsstrategien. Diese erlauben ihnen, flexibel mit Verlusten und Einschränkungen umzugehen. Dabei erweisen sich zwei Strategien als zentral: Menschen können sich passiv „anpassen“, um ihr Ziel zu erreichen oder Menschen passen sich an, indem sie sich verändern. Außerdem kann es sinnvoll sein, Verlust zu akzeptieren, um auf einem anderen Niveau gut leben zu können.

Eine differenzierte und ressourcenorientierte Sicht auf das Älterwerden, die Gesundheit unterstellt und Alter und Altersprozess nicht nur als Krankheit beschreibt, ist wichtig.

ALTERSSPEZIFIK SUCHT

Dr. phil. Jan Steinhaußen,
Geschäftsführer Landesseniorenrat Thüringen

Zur Alters- und Geschlechtsspezifität von Abhängigkeitserkrankungen

Ältere stehen, mit Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen, nicht im Fokus der Politik. Sollten Ältere stärker berücksichtigt werden? Ja, weil sie im gesamten Suchthilfesystem unterrepräsentiert sind.

Zugänge/Motive

Bei Älteren spielen Sozialisierung und langjährige Konsummuster eine wichtige Rolle. Ältere in den Blick zu nehmen, ist sinnvoll, weil ca. 1/3 der Älteren erst im Alter abhängig werden und man spezifisch altersbedingte Risiken und Gefährdungen identifizieren kann. Zu solchen spezifischen Altersrisiken gehören u. a.

- Arbeitslosigkeit im höheren Erwachsenenalter
- Ängste, Einsamkeit, Resignation, narzisstische Kränkungen
- verschiedene somatische und psychische Störungen, eigene Pflegebedürftigkeit
- hohe Belastungen bei der Pflege von Angehörigen
- der Tod von Lebenspartnern und Lebenspartnerinnen sowie Freunden und Freundinnen
- fehlende soziale Beziehungen, Kontrollen und Aufgaben
- eine höhere Affinität zu Medikamenten.

Für Ältere erfüllen Suchtstoffe häufig eine Trost- und Schutzfunktion. Sie kompensieren negative Gefühle, fehlenden Sinn und mangelnde Zukunftsaussichten.

Altersspezifische Prävalenzen

Abhängigkeitserkrankungen sind ab einem bestimmten Alter in allen Altersgruppen nachweisbar. Dennoch lassen sich altersstrukturelle Unterschiede feststellen. Die Prävalenzen bei Drogen wie Heroin sind im jüngeren Erwachsenenalter höher, während der Alkohol- und Tabakkonsum im mittleren Alter bei 45- bis 55-Jährigen dominiert. Im höheren Alter sinkt der Konsum, außer bei Medikamenten, in allen Substanzgruppen.

Altersspezifische Diagnostik/ Intervention/ Suchthilfe

Die diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind weitgehend altersunabhängig. Allerdings konstatieren Ärzte und Ärztinnen, dass Abhängigkeitserkrankungen sich bei Älteren schwieriger diagnostizieren lassen, weil die Symptome anderer Krankheiten den Symptomen einer Abhängigkeitserkrankung ähneln. Bei Älteren spielen Komorbiditäten, die Einnahme von Medikamenten und andere Krankheiten eine größere Rolle. Auch die therapeutischen Ziele sind bei Älteren andere als bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Während die Orientierung auf Abstinenz bei stark Abhängigkeitserkrankten im jungen Erwachsenenalter oder bei Erwerbstätigen durchaus sinnvoll und notwendig ist, können für Ältere andere Therapieziele gelten. Bei ihnen kann es stärker um Lebensqualität und Teilhabe gehen. Wichtig erscheint aber der Hinweis darauf, dass Ältere absolut und auch prozentual mit Bezug auf die Größe der eigenen und im Vergleich mit anderen Alterskohorten mit Abhängigkeitserkrankungen viel weniger diagnostiziert und therapiert werden. Die ambulante Behandlung findet vorrangig für die Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen statt. Ein ähnliches Bild ergibt sich in den Kliniken. Ältere sind im Suchthilfesystem zu wenig wahrgenommen. Diese geringe Behandlungsquote hat verschiedene Ursachen:

- Die Gesundheitspolitik orientiert auf Alterskohorten, die in den Arbeitsmarkt reintegriert werden sollen.
- Ältere werden implizit als therapieresistent wahrgenommen und benachteiligt.
- Es gibt explizite und implizite Ressourcenverweigerungen, die ethisch durchaus berechtigt sein können, wenn Therapien und Rehabilitationsmaßnahmen im Lebensverlauf keine nachhaltige Wirkung erzielen.
- Ältere sind viel weniger institutionellen, sozialen und anderen Kontrollen ausgesetzt.
- Der Suchtmittelkonsum ist viel weniger öffentlich, eine Kommunikation über eine Abhängigkeitserkrankung gegenüber dem Hausarzt oder der Hausärztin wird vermieden.

- Nur in seltenen Fällen gehen Pflegeeinrichtungen und -dienste Kooperationen mit Suchthilfeeinrichtungen ein.

Komorbidität (Begleiterscheinungen, die Grunderkrankung begleitende Krankheits- oder Störungsbilder)

Abhängigkeitserkrankungen sind in allen Alterskohorten mit anderen Krankheiten verbunden. Die Komorbiditätsrate etwa von psychischen Störungen, insbesondere von Depressionen, bipolaren, Angst-, antisozialen Persönlichkeitsstörungen, Phobien und anderen psychischen Erkrankungen soll zwischen 50 bis 70 % liegen. Das Komorbiditätsrisiko ist allerdings im Alter auf Grund von bereits vorhandenen anderen und z. T. chronifizierten Erkrankungen sowie auf Grund abnehmender Kompensationsreserven wesentlich höher. Auf das höhere Alter konzentrierte Krankheiten, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Depressionen, Demenzen, Tumorerkrankungen und andere, können durch Abhängigkeitserkrankungen verursacht (Tabak-Krebs), ausgelöst und verstärkt werden.

Geschlechtsspezifität

Bei Abhängigkeitserkrankungen gibt es bei allen hier dargestellten Punkten starke Geschlechtsunterschiede. Mit Bezug auf Prävalenzen:

	FRAUEN	MÄNNER
Alkohol, Cannabis, Heroin	30 %	70 %
Kokain	25 %	75 %
Glücksspiel	10 %	90 %
Essstörungen	90 %	10 %
Medikamentensucht	70 %	30 %

Mit Bezug auf das Alter dominieren bei Frauen Medikamenten-, bei Männern Alkoholabhängigkeiten. Und auch die Prävalenzen bei den Medikamentenabhängigen müssten relativiert werden, weil die Dosierungen und Abhängigkeiten vor allem im höheren Alter steigen, wenn Männer bereits verstorben sind. Bei Männern gibt es eine:

- höhere Mortalität insbesondere bei Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, Leberzirrhose, Lungenkrebs, Adipositas sowie bei HIV und anderen Infektionserkrankungen und demzufolge auch eine kürzere Lebenserwartung
- größere psychosoziale Folgeproblematiken bei weniger protektiven Kräften
- höhere Unfallraten, höhere Selbstmordraten und höhere Delinquenz
- einen früheren Einstieg, härtere Konsummuster

Auch bei Ursachen, Motiven, Zugängen und der Priorisierung von Substanzen kann man eine klare Geschlechtsspezifität feststellen.

Schlussfolgerungen

Die Gruppe der älteren Abhängigkeitserkrankten wird offenbar aufgrund des demografischen Wandels und einer höheren Lebenserwartung von Abhängigkeitserkrankten wachsen. Deshalb empfehlen sich folgende Maßnahmen:

1. Identifizierung der Zielgruppe der älteren Abhängigkeitserkrankten vor allem im Prozess der Diagnostik, Therapie und Hilfe.
2. Entwicklung von präventiven Strategien mit Bezug auf Ältere und ältere Abhängigkeitserkrankte, die deren spezifisches System berücksichtigen.
3. Programmatische Profilierung von Suchthilfe- und Altenhilfeeinrichtungen auf die Gruppe der älteren Abhängigkeitserkrankten.
4. Bessere Vernetzung von Suchthilfe und Altenhilfe sowie zwischen Suchthilfe und soziokulturellen Organisationen.
5. Investition in soziale Netzwerke und Wohnsettings, die sinnstiftende Verantwortungsrollen für Ältere, Beziehungsnetzwerke, gegenseitige Hilfe und Nachbarschaften generieren.
6. Förderung von soziokulturellen Aktivitäten von Älteren, von Sport, Bildung, von aufsuchenden niedrigschwelligen Besuchsdiensten für hochaltrige Menschen.
7. Weiterentwicklung und Förderung der professionellen Sozialarbeit mit und für ältere Menschen, die kaum gelehrt und praktiziert wird (z. B. in Seniorenbüros) und Sensibilisierung für das Thema Sucht im Alter in diesem Arbeitsfeld.
8. Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen in jedem Lebensalter.

SUCHTHILFESYSTEM

Sebastian Weiske

Suchthilfesystem für ältere Menschen

Das Suchthilfesystem in Deutschland ist sehr gut ausgebaut und kann eine Unterstützung auf verschiedenen Ebenen anbieten. Betroffene finden Zugang zu Angeboten, die ihrer aktuellen Situation entsprechen.

Als betroffene Person gilt nicht nur diejenige Person, welche ein Suchtproblem hat. Auch das soziale Umfeld (Familie, Freunde, Arbeit etc.) ist häufig direkt von der Suchtproblematik betroffen. Suchtprobleme von älteren Menschen werden oft tabuisiert und unterliegen Vorurteilen. So wird den Betroffenen oft unterstellt, sie seien weniger motiviert bzw. nicht in der Lage, ihr Verhalten zu ändern. Dieser Ansicht muss widersprochen werden. Eine Veränderung und das Aufsuchen von Hilfe lohnt sich in jedem Lebensalter – insbesondere im höheren Alter. Beginnen Ältere eine Behandlung, sind ihre Erfolgsaussichten mindestens genauso gut wie bei jüngeren Personen. Deutlich wird dies in den folgenden Aussagen betroffener Senioren nach der Suchtbehandlung (aus „Alter und Sucht: Zurück ins Leben – Hilfe bei Sucht im Alter“):

- Abstinenz steigert Vitalität und Selbstwertgefühl.
- Positive Sozialkontakte werden wieder möglich.
- Das Familienklima wird nachhaltig entlastet und verbessert.
- Persönliche Hobbys machen wieder Freude.
- Das veränderte Körpergefühl setzt neue Aktivitäten in Gang.
- Die kleinen Dinge des Lebens erfreuen wieder.
- Das Achten auf die körperliche Gesundheit wird nicht mehr vernachlässigt und als persönliche Qualität und Stärke erlebt.
- Die eigene Kreativität wird neu angeregt (Handarbeit, Spiele, Musik, Malen, Gedächtnistraining).
- Kleinere oder größere Reisen zur Wiederentdeckung von bereits Erlebtem oder zur Erweiterung des persönlichen Horizonts können geplant werden.

Meist werden Probleme und Schwierigkeiten vom eigenen sozialen Umfeld erkannt. Folgende Symptome können auf Probleme hinweisen, aber auch andere Ursachen haben: (Wiederholte) Stürze, nachlassende geistige Leistungsfähigkeiten (Konzentrationsprobleme, mangelnde Aufmerksamkeit), Interessenlosigkeit, Vernachlässigung des äußeren Erscheinungsbilds und des Haushalts, Schwindel, Voralterung, Stimmungsschwankungen, Fehlernährung, Zittern etc. Je nach Schwere der aktuellen Suchtproblematik ist der Weg zu deren Überwindung sehr unterschiedlich. Zunächst ist es wichtig, selbst zu erkennen, dass man ein Problem hat. Hierbei spricht man von der Einsichtsfähigkeit der eigenen Problematik. Neben der Einsichtsfähigkeit ist die Veränderungsmotivation die wesentliche Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Also die eigene Motivation der betroffenen Person, die eigene Lage zum Besseren zu ändern. Nachfolgend wird kurz das Suchthilfesystem – auch für ältere Menschen – dargestellt. Es gliedert sich im Wesentlichen in zwei Bereiche (ambulant und stationär) auf.

Telefonische Beratungen

BUNDESWEITE SUCHT & DROGEN HOTLINE

Mo – So: 00:00 – 24:00 Uhr
Telefon: +49 (0) 1806 313031

(20 Cent/Anruf aus dem dt. Festnetz,
60 Cent/Anruf aus dem dt. Mobilfunknetz)

BZGA-INFOTELEFON ZUR SUCHTVORBEUGUNG

Mo – Do: 10:00 – 22:00 Uhr
Fr – So: 10:00 – 18:00 Uhr
Telefon: +49 (0) 221 892031

(Preis entsprechend der Preisliste Ihres
Telefonanbieters)

TELEFONSEELSORGE

Mo – So: 00:00 bis 24:00 Uhr
Telefon: +49 (0) 800 111 0 111
oder: +49 (0) 800 111 0 222

(gebührenfrei)

Ambulante Hilfe: Berufliche Hilfe

Um die Ursachen besser abklären zu können, ist der erste Ansprechpartner/die erste Ansprechpartnerin oftmals der **Hausarzt/die Hausärztin**. Eine vertrauensvolle Beziehung ermöglicht die Ansprache privater Themen. Eine erste suchtspezifische Beratung können Sie über das Telefon oder vor Ort in **Suchtberatungsstellen** erhalten. Die sachkundigen Mitarbeitenden sind spezialisiert auf alle Suchtformen und können betroffene Personen kompetent beraten. Dies ist ohne große Hürden kostenlos möglich und wird anonym behandelt. Beraten werden Betroffene sowie deren Angehörige als auch Bezugspersonen wie Pflegepersonal und Betreuer*innen zu geeigneten Strategien und Wegen aus der Sucht.

Ambulante Hilfe: Ehrenamtliche Hilfe

Auch der Besuch einer **Suchtselbsthilfegruppe** kann hilfreich sein. Es gibt flächendeckend Gruppenangebote für von einer Sucht betroffene Personen sowie auch für Angehörige.

Stationäre Hilfe

Ein Klinikaufenthalt kann entweder in einer akuten Krisensituation als eine sogenannte **Entgiftungsbehandlung (Entzug)** stattfinden oder auch als eine langfristige **Entwöhnungsbehandlung (Langzeittherapie)**.

Die Entgiftungsbehandlung findet meist in großen und/oder suchtspezialisierten Kliniken statt. Eine Einweisung erfolgt häufig über den Hausarzt oder die Hausärztin. Die Kosten trägt vorwiegend die gesetzliche Krankenversicherung. Die Aufenthaltsdauer variiert zwischen 1–3 Wochen, je nach Suchtmittel.

Die Entwöhnungsbehandlung findet meist nach einer Entgiftungsbehandlung statt und dauert, je nach Suchtdiagnose, zwischen 3 und 9 Monaten. Kostenträger ist vorwiegend die gesetzliche Krankenversicherung oder die deutsche Rentenversicherung. In Einzelfällen zahlt auch das Sozialamt die Kosten. Eine Entwöhnungsbehandlung kann auch ambulant stattfinden.

Einrichtungen für betreutes Wohnen, sogenannte Sozialtherapeutische Einrichtungen, unterstützen suchtkranke Menschen innerhalb verschiedener Wohnformen (gemeinschaftliches Wohnen oder Einzelwohnen) über längere Zeiträume. Kontaktadressen und Unterstützungsangebote können Sie auch auf Seite 26 einsehen.



Angaben zum Autor:

Sebastian Weiske, Sozial- und Suchttherapeut, M. A. Erziehungswissenschaft, B. Sc. Psychologie, Koordinator der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Weitere Infos und Hilfe

Informationsmaterial der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter:

www.unabhaengig-im-alter.de und **https://www.dhs.de/lebenswelten/sucht-im-alter**

Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: **www.bzga.de**

Verzeichnis der DHS aller Suchtberatungsstellen in Deutschland:

www.suchthilfeverzeichnis.de

Kontaktadressen zu den Einrichtungen: in Sachsen (Online-Datenbank)

www.suchthilfe-sachsen.de/online-datenbank-der-saechsischen-suchtkrankenhilfe

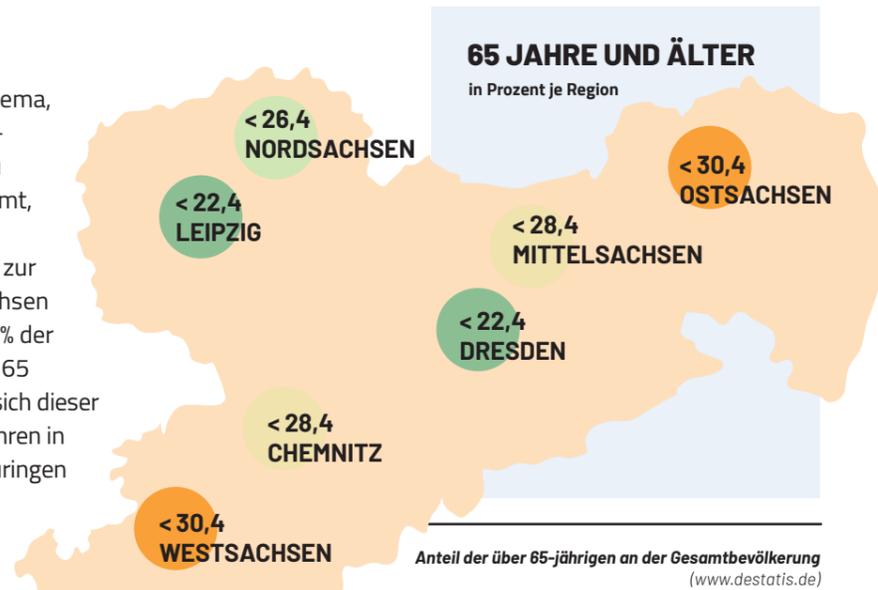
in Thüringen (Online-Wegweiser)

www.tls-suchtfragen.de/service-hilfe/suchtwegweiser

SUCHTHILFE IM DEMOGRAFISCHEN WANDEL

Juliane Jähkel, SLS e. V.
Dr. rer. medic. Olaf Rilke, SLS e. V.

„Sucht im Alter“ ist ein Thema, das durch den demografischen Wandel von Jahr zu Jahr an Bedeutung zunimmt, da sich der Anteil älterer Menschen erhöht. Waren zur Jahrtausendwende in Sachsen 18,6 %/in Thüringen 16,8 % der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter, erhöhte sich dieser Anteil innerhalb von 19 Jahren in Sachsen auf 26,5 %/in Thüringen auf 26,2 % im Jahr 2019. Der Bevölkerungsanteil älterer Menschen



(65 Jahre und älter) beträgt somit ein reichliches Viertel und fällt in einigen Regionen, wie im Vogtlandkreis, mit über 30 % noch weit höher aus. Die Übersichtskarte aus dem Demografie-monitor (unter www.demografie.sachsen.de/monitor/html/atlas.html) verdeutlicht farblich die Bevölkerungsanteile der Ü65-Personen

in den sächsischen Regionen. Auffällig sind besonders hohe Anteile (annähernd 30 %, rot dargestellt) in West- und Ostachsen. In den Großstädten Dresden und Leipzig sind die Bevölkerungsanteile mit ca. 20 % geringer, umfassen dennoch rein zahlenmäßig einen beachtlichen Bevölkerungsanteil.

Entsprechend der dargestellten Bevölkerungsverteilung sind ältere Menschen keine Randgruppe und benötigen angemessene Beachtung sowohl in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe als auch im Rahmen der Suchtselbsthilfe, denn insbesondere im fortgeschrittenen Alter können Suchtprobleme die Lebensqualität enorm beeinträchtigen, z. B. durch diverse Organschädigungen, erhöhte Unfall- und Sturzgefahr oder kognitive und psychische Beeinträchtigungen. Obwohl die Beratungs- und Betreuungsangebote der ambulanten und stationären Suchthilfe sich auch an ältere Personen richten, fehlen in der Regel spezielle Angebote, die den demografischen Herausforderungen gerecht werden. Dennoch konnten in den vergangenen Jahren verschiedene Ansätze und notwendige Handlungsfelder beschrieben werden, die zunehmende Beachtung finden, aber teilweise aufgrund fehlender Ressourcen noch nicht flächendeckend umgesetzt sind:

Für spezifische Beratung und Kurzintervention sind Suchtberatungsstellen sehr geeignet („ELDERLY-Studie“, TU Dresden 2014–2018). So stehen spezielle Behandlungsmanuale für ältere Menschen zur Verfügung. Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen mit Senioreneinrichtungen ermöglichen eine zielgerichtete Vermittlung. Die Einrichtung von Senioren-Therapiegruppen im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung fördert die Therapiebereitschaft bei älteren suchtkranken Menschen. Behandlungskosten werden von der Krankenkasse übernommen. Die Behandlungsergebnisse sind vergleichbar mit bzw. besser als in anderen Altersgruppen. Erfolgreiche Suchtbehandlung reduziert langfristig Kosten für diverse Krankenhausbehandlungen und Pflegeaufwand.

Stärkere Beachtung der Thematik in Einrichtungen der Seniorenhilfe (z. B. Wohnheime, Beratungsstellen) gelingt durch Personalentwicklung/Mitarbeiterfortbildung (hinsichtlich Diagnostik, Handlungsoptionen) und Kooperationen mit Einrichtungen der Suchthilfe. Bedeutsam ist eine akzeptierend wertschätzende Haltung, die die Lebensleistung würdigt und auf deren Grundlage eine Motivation zur Verhaltensänderung als Basis für eine Verbesserung der Lebensqualität erfolgt. Suchtselbsthilfegruppen bieten auch für ältere suchtkranke Menschen und angehörige Personen geeignete langfristige Unterstützungsmöglichkeiten. Die Einrichtung spezieller Seniorengruppen als auch eine regionale Zusammenarbeit mit Seniorenbeiräten, Krankenkassen und Selbsthilfekontaktstellen fördert die Hilfevermittlung und Inanspruchnahme dieser Unterstützungsform.

Mehr Infos

Aktuelle Bevölkerung in Thüringen:
www.statistik.thueringen.de

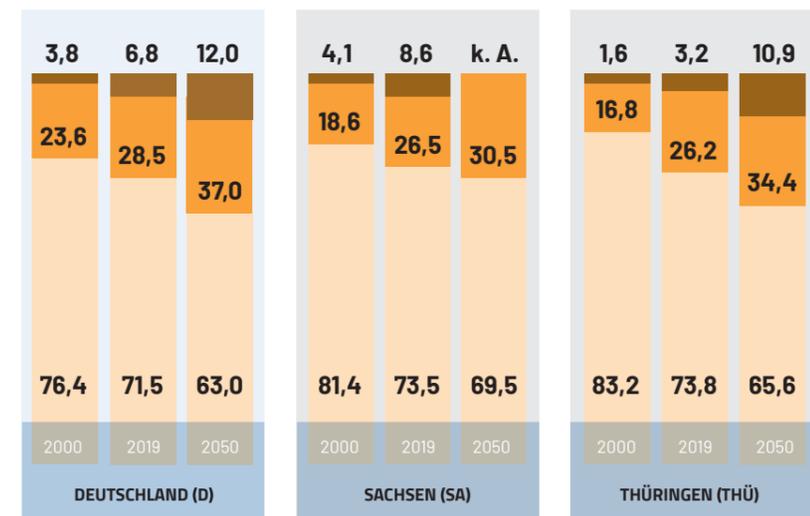
Demografiemonitor Sachsen:
www.demografie.sachsen.de/monitor

Alterspyramide Deutschland:

ALTERSGRUPPEN

in Prozent

- über 60-jährige (SA, THÜ) über 65-jährige (D)
- unter 60-jährige (SA, THÜ) unter 65-jährige (D)
- davon über 80-jährige (SA, THÜ) davon über 85-jährige (D)



Bevölkerungsanteile nach Altersgruppen
(www.destatis.de)

ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Sebastian Weiske

Alkoholabhängigkeit – besondere Suchtprobleme im Alter

Eine Feier ohne Alkohol ist für Viele undenkbar. An Weihnachten wird häufig Glühwein getrunken, zum Geburtstag werden meist verschiedene alkoholische Getränke angeboten und zur Jugendweihe/Konfirmation werden die Jugendlichen oftmals in den Genuss von alkoholischen Getränken eingeführt – wenn nicht schon früher. Alkohol, und insbesondere Bier, sind in Deutschland stark präsent und werden oft als „Kulturgut“ bezeichnet.

Gegen den bewussten Genuss von Alkohol in Maßen ist bei gesunden Personen nichts einzuwenden. Doch wenn der Konsum von Alkohol zur Gewohnheit wird und Schaden anrichtet, sollte man alarmiert sein. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen.

Denn das Älterwerden bringt Veränderungen mit sich, die dazu führen können, dass Alkohol schlechter vertragen wird:

- Mit steigendem Alter sinkt der Wasseranteil im Körper. Somit verteilt sich die getrunkene Menge Alkohol auf weniger Körperflüssigkeit und führt zu einer höheren Alkoholkonzentration im Blut.
- Die Leber als wichtigstes „Abbauorgan“ von Alkohol benötigt mehr Zeit für diesen Prozess. Es dauert also länger, wieder nüchtern zu werden.

Zusätzlich können geistige und körperliche Beschwerden auftreten, die auf den ersten Blick altersbedingt erscheinen, tatsächlich aber durch einen erhöhten Alkoholkonsum verursacht werden können. Alkohol ist ein sogenanntes Zellgift und kann jeden Bereich des Körpers negativ beeinflussen. So können bspw. Schwindel, Stürze, Unruhe, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und depressive Verstimmungen auf Alkohol zurückzuführen sein.

Doch welche Menge an Alkohol ist gut verträglich?

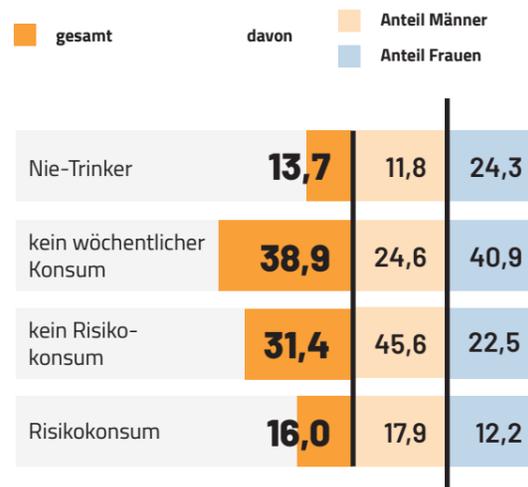
Expertinnen und Experten gehen bei Personen von über 65 Jahren von einer maximalen Trinkmenge an reinem Alkohol pro Tag von 10 g aus.

Dies entspricht einem kleinen Glas Bier (0,25 l) oder Wein (0,1 l).

Über alle Altersspannen hinweg spricht man von einem riskanten Alkoholkonsum ab 12 g bei Frauen und ab 24 g bei Männern. (Die Differenzierung zwischen Frau und Mann hat körperliche Ursachen bzgl. Abbauprozessen von Alkohol.) In der nachfolgenden Tabelle sind die Zahlen der GEDA-Studie 2014/2015 – Journal of Health Monitoring des Robert-Koch-Instituts, Ausgabe 2017 2(2) abgebildet. Insgesamt haben 24.019 Personen an der Studie zum Thema „Alkoholkonsum“ teilgenommen. Nachfolgend werden nur die Personen über 65 Jahren betrachtet.

ALKOHOLKONSUM BEI ALTERSGRUPPE 65+

in Prozent



Durchschnittliche Zeitverwendung von Personen nach Alter
(GEDA-Studie 2014/2015 – Journal of Health Monitoring des Robert-Koch-Instituts, Ausgabe 2017 2(2))

Somit trinken Männer im Vergleich zu Frauen häufiger Alkohol – auch im riskanten Bereich. Eine Alkoholabhängigkeit kann sich auch noch im hohen Alter entwickeln bzw. weiter verfestigen. Die Ursachen sind vielfältig: Schwierigkeiten mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, fehlende Sozialkontakte, eigene Krankheit und/oder Krankheit oder Tod des Lebenspartners/der Lebenspartnerin etc.

Für eine erste Einschätzung Ihres eigenen Alkoholkonsums können Sie nachfolgend einen kurzen Test durchführen, welcher extra für ältere Personen entwickelt wurde.

Die Fachgesellschaften der Suchthilfe sind sich einig, dass, bedingt durch die demografische Entwicklung, die Zahl der älteren Personen mit Alkoholproblemen in den kommenden Jahren deutlich ansteigen wird. Deshalb ist es wichtig, diesen Personenkreis nicht aus den Augen zu verlieren und passgenaue Angebote zur Unterstützung vorzuhalten.

Angaben zum Autor:

Sebastian Weiske, Sozial- und Suchttherapeut, M. A. Erziehungswissenschaft, B. Sc. Psychologie, Koordinator der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Mehr Informationen

Informationen zu Hilfe und Unterstützung finden Sie auf den Seiten 14, 15 und 26.

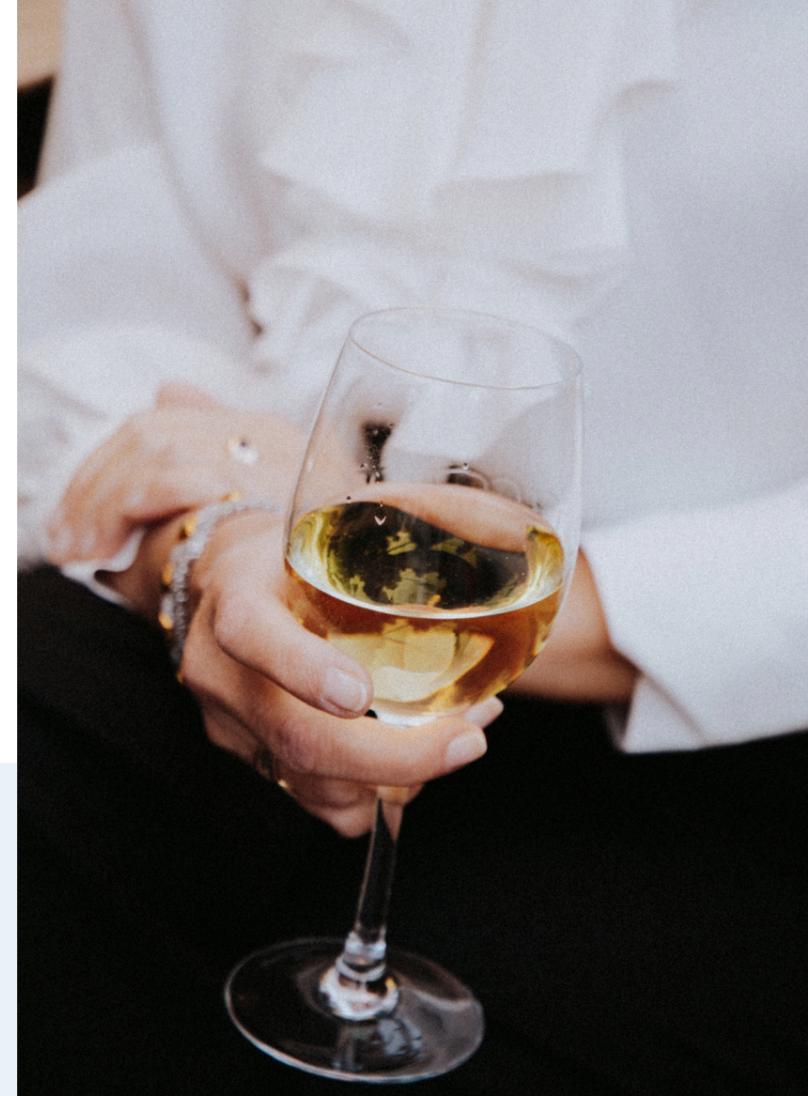
SELBSTTEST

PROBLEME DURCH ALKOHOL?

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Verhaltensweisen und Problemen, die auftreten können, wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken. Denken Sie an das vergangene Jahr und prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht. Seien Sie dabei ehrlich zu sich selbst.

1. Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wieviel Alkohol Sie trinken?
2. Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten?
3. Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihre Zittrigkeit oder Ihr Zittern zu verhindern?
4. Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern?
5. Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen?
6. Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können?
7. Haben Sie Ihren Alkoholkonsum erhöht, um einen Verlust in Ihrem Leben besser zu verkraften?
8. Hat Ihnen schon einmal ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine andere Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums?
9. Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klarzukommen?
10. Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen?

Haben Sie zwei oder mehr dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet? Dann haben Sie vermutlich ein ernstzunehmendes Alkoholproblem entwickelt und sollten Hilfe und Beratung annehmen. (siehe auch Seiten 14, 15 und 26)



NIKOTINABHÄNGIGKEIT

Richard Kunstmann

Nikotin-Abhängigkeit – besondere Suchtprobleme im Alter

Viele Situationen sind für Raucherinnen und Raucher mit der Zigarette verknüpft: Das Aufschlagen der Zeitung am Morgen, die fünfminütige Pause am Arbeitsplatz, eine Tasse heißen Kaffees am Nachmittag, der Beginn der Nachrichten am Abend oder das Starten des Autos. Tabakprodukte haben in Deutschland eine hohe Präsenz in unserem Alltag. In fast jedem Supermarkt, am Kiosk oder an der Tankstelle – überall sind die großen Aufsteller zu sehen, meist in Kassennähe oder direkt dahinter, vollgestopft mit Zigarettenschachteln und mittlerweile auch Ersatzprodukten wie E-Zigaretten.

Bewusster Konsum?

Viele Raucherinnen und Raucher denken nicht ans Aufhören, obwohl in Umfragen knapp die Hälfte angibt, dass sie es gerne einmal versuchen würden oder schon versucht haben. Sie versuchen stattdessen, ihren Konsum herunterzufahren und somit Risiken für ihre Gesundheit zu minimieren. Doch: Einen bewussten oder reduzierten Konsum – wie vergleichsweise beim Alkohol – gibt es beim Tabak nicht. 93 % der Raucherinnen und Raucher rauchen täglich mindestens fünf Zigaretten. Davon 12 % sogar mehr als 20 Stück. Expertinnen und Experten warnen, dass auch bei vergleichsweise wenig gerauchten Zigaretten täglich Risiken für u. a. das Herz-Kreislauf-System bestehen.

Abhängigkeit von Tabak (Nikotin)

Die Tabakabhängigkeit ist durch einen Doppelcharakter gekennzeichnet:

1. Abhängigkeit von Nikotin
2. Gewöhnung an das Rauchen

Geschätzt wird, dass vier von fünf Raucherinnen und Rauchern nikotinabhängig sind. Doch die Sucht ist mehr als nur der Wunsch, dem eigenen Körper Nikotin zuzuführen. Es ist insbesondere die Alltäglichkeit des Rauchens und die häufige Wiederholung. Es entstehen Schlüsselreize, die immer wieder den Griff zur Zigarette bedingen. Dies können wiederkehrende Situationen,

bestimmte Gefühle oder auch Bedürfnisse sein, die unmittelbar mit der Zigarette verknüpft sind. Somit greift man unbewusst wieder in die Schachtel und raucht. Genau das macht das Aufhören so schwierig. Im Alltag treffen Ex-Raucherinnen und -Raucher immer wieder auf Situationen, die sie mit dem Rauchen verknüpfen. Das erhöht die Rückfallgefahr enorm.

Rauchen im Alter

Erstmal eine positive Nachricht: Ab dem mittleren Erwachsenenalter gehen die Raucherinnen- und Raucheranteile kontinuierlich zurück. Im höheren Alter nehmen sie sogar stark ab. Trotzdem ist Rauchen im höheren Lebensalter keinesfalls selten: Bei den 60- bis 65-Jährigen rauchen jeder vierte Mann und jede sechste Frau, im Alter von 70 – 75 Jahren immerhin noch jeder achte Mann und jede dreizehnte Frau. Die Tabelle verdeutlicht dies:

RAUCHEN IM ALTER

gerundet

	MÄNNER	FRAUEN
60-65 Jahre	26 %	18 %
65-70 Jahre	19 %	13 %
70-75 Jahre	13 %	8 %
75+ Jahre	8 %	4 %

Durchschnittliche Zeitverwendung von Personen nach Alter
(Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2013)

Andererseits sinkt die Motivation, das Rauchen aufzugeben, mit steigendem Alter. Es ist jedoch immer ratsam, auch nach langjährigem Nikotinkonsum, den Ausstieg zu wagen. Der Rauchstopp hat viele Vorteile, die unabhängig vom Alter sind:

- Der Körper erhält direkt mehr Sauerstoff und Sie fühlen sich besser.
- Das Atmen fällt Ihnen leichter.
- Ihre körperliche Leistungsfähigkeit steigt.
- Das Herzinfarkt-Risiko sinkt.



- Sie haben mehr Geld.
- Das Essen schmeckt besser.
- Die Durchblutung, insbesondere der Extremitäten, verbessert sich.
- Sie belasten Ihre Familie, z. B. Enkelkinder, nicht mehr durch Passivrauchen.
- Haare und Kleidung riechen nicht mehr nach Rauch.
- Der Raucherhusten hört nach und nach auf.
- Das Risiko für Gefäßerkrankungen sinkt.
- Das Krebsrisiko sinkt.

Nikotinpräparate

Mit dem Rauchen aufzuhören ist trotz der vielen Vorteile, die die betroffenen Personen oft auch kennen, schwierig. Dabei helfen können Nikotinpräparate. Hierzu zählen Nikotinpflaster und -kaugummi.

Der Einsatz dieser Präparate ist bei der Entwöhnung des Tabakkonsums mittlerweile anerkannt. Der Körper bekommt durch diese das gewohnte Nikotin. Dies lindert die Entzugserscheinungen des abhängigkeiterzeugenden Inhaltsstoffes Tabak, wie Schlafstörungen, Nervosität, Hunger, Angst und Konzentrationsstörungen. Dadurch kann der Fokus auf das Auflösen der Gewohnheiten, die man mit dem Rauchen verbindet, gelegt werden. Sobald das geschafft ist, ist es in

den meisten Fällen nur noch ein kleiner Schritt, auch die Nikotinpräparate abzusetzen. Sinnvoll ist die Nutzung dieser Präparate grundsätzlich nur für wenige Wochen.

Rauchen bei Anderen thematisieren

Rauchen findet nicht im Verborgenen statt. Es ist präsent. Kolleginnen und Kollegen, Familie und Freund*innen wissen meist Bescheid. Dennoch wird der Rauchstopp selten zum Thema gemacht. Raucherinnen und Raucher in geeigneter Form auf ihren Tabakkonsum anzusprechen und sie zu ermutigen, einen Ausstiegsversuch zu starten, bleibt die Ausnahme.

Wieso eigentlich? Ein Gespräch unter Freunden oder Kolleginnen und Kollegen oder der Wunsch der Familie können ausschlaggebend sein, dass Raucherinnen und Raucher einen weiteren Aufhörversuch starten.

Mehr Informationen

Hilfe und Unterstützungsmaßnahmen finden Sie auf den Seiten 14, 15 und 26.

Angaben zum Autor:

Richard Kunstmann, Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche in Ausbildung, M. A. Soziale Arbeit/Sozialpädagogik, Referent der Fachstelle Crystal Meth der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.

MYTHBUSTERS – FÜNF MYTHEN ÜBER KONSUM IM ALTER

Auf die Zigarette zum Kaffee oder das Bier am Abend zu verzichten, fällt oftmals schwer, obwohl es viele versuchen. Da ist es doch tröstlich, einfache Erklärungen für das Nichtgelingen zur Hand zu haben. Warum diese jedoch häufig nicht stimmen, zeigt die Enttarnung dieser 5 Mythen:

„In meinem Alter kann man nicht mehr viel tun, was einen glücklich macht. Da höre ich sicher nicht auch noch mit dem Rauchen auf!“

Diese Aussage impliziert, dass Rauchen glücklich mache. Dies ist jedoch falsch: Eine erst im März 2021 in Großbritannien veröffentlichte Meta-Studie hat gezeigt, dass es genau andersherum ist. Das Bedürfnis Rauchen zu wollen verursacht Stress. Um diesen zu lindern, greifen Raucherinnen und Raucher wieder zur Zigarette. Nichtraucherinnen und Nichtraucher hingegen geraten erst gar nicht in diese stressige Situation! Doch auch für Raucherinnen und Raucher gibt es Hoffnung: Die Meta-Studie konnte zeigen, dass die Personen, die erfolgreich aufhörten, ihr Stresslevel schon nach kurzer Zeit als deutlich gemindert empfanden.

„Mit dem Rauchen aufhören? So kommt man ja gar nicht mehr mit Personen zusammen!“

Hier wird auf den Mythos angespielt, dass die besten Gespräche bei der Zigarette vor der Tür oder auf dem Balkon stattfinden. Doch auch dies ist falsch: In der oben erwähnten Meta-Studie wurden auch die Befürchtungen und Sorgen, die mit einem Aufhören in Verbindung gebracht werden, untersucht. Das Ergebnis: Ein Rauchverzicht führt nicht zu einer Verschlechterung des Soziallebens. Mit dem Rauchen aufzuhören macht also nicht einsamer. Vielleicht ist es sogar ein guter Einstieg in ein Gespräch – Versuchen Sie es doch einmal!

„In meinem Alter kann ich sowieso nicht mehr abhängig werden!“

Auch dieser Mythos entspricht nicht der Wahrheit. Abhängigkeiten sind unabhängig vom Lebensalter und können demzufolge jederzeit ausgebildet werden. Natürlich spielen Faktoren wie die derzeitige Lebenssituation, psychische

Verfassung und genetische Dispositionen eine Rolle. Nichtsdestotrotz besteht ein mit jungen Menschen vergleichbares Risiko, eine Alkohol- oder Nikotinabhängigkeit zu entwickeln bzw. eine schon vorhandene Abhängigkeit weiter zu verfestigen.

„Es ist sowieso schon zu spät, daran noch etwas zu ändern!“

Dieser Mythos ist das Gegenstück zu dem Vorherigen. Er impliziert, dass es im höheren Alter nicht mehr möglich ist, eine vorhandene Abhängigkeit zu besiegen. Das stimmt so jedoch nicht: Grundsätzlich ist es nie zu spät, eine Veränderung zu unternehmen – das betrifft auch das Aufhören mit dem Rauchen oder Alkohol trinken. Eine erfolgreiche Behandlung im Alter ist möglich. Vielleicht haben Sie es auch schon einmal versucht und es nicht geschafft, weshalb Sie glauben, es nicht schaffen zu können. Doch Rückfälle beim Entzug können auftreten. Manchmal braucht es mehr als einen Versuch. Da sind Geduld und Durchhaltevermögen vonnöten!

„Früher war das eben so, dass alle getrunken und geraucht haben. Da hat das auch niemand zum Problem gemacht!“

Das kann gut sein, doch die vorherigen Mythen haben schon gezeigt: Auch im hohen Alter, selbst wenn man viele Jahre geraucht und getrunken hat, ist es noch möglich, eine Abhängigkeit auszubilden, aber auch von ihr loszukommen. Hinzu kommt, dass das Bewusstsein für die Gefahren des Konsums von Alkohol und Tabak in den letzten Jahren gestiegen ist. Menschen mit einer Nikotin- oder Alkoholabhängigkeit profitieren von diesem Wandel, da verstärkt Programme entwickelt wurden, die bei einer Entwöhnung unterstützen. Auch das Hilfesystem für Abhängigkeitsproblematiken wurde ausgebaut

GEMEINSCHAFTLICHE SELBSTHILFE IM ALTER

Ines Nitsche und Katrin Wieacker

Klassifizierung der Selbsthilfethemen

70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen sind in Deutschland aktiv. In folgende Themengebiete können Gruppen eingeordnet werden: Bei einer Klassifizierung der Selbsthilfe in „gesundheitsbezogen“, „psychosozial“ und „sozial“ handelt es sich meist nicht um eine klare Abgrenzung oder Zuordnung. Denn viele gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen sind zum Beispiel auch zu sozialen Fragen aktiv und legen ein erweitertes Verständnis von Gesundheit zugrunde. Ebenso befassen sich psychosoziale und soziale Selbsthilfegruppen mit gesundheitsrelevanten Aspekten ihrer Problemstellung.
www.nakos.de

Gesellschaft im Wandel

Für die gemeinschaftliche Selbsthilfe sind besonders Veränderungen in Lebensformen und Lebensstil bedeutsam: Die Zahl alleinlebender, alleinerziehender, älterer und alter Menschen wächst. Die primären Hilfesysteme und Netzwerke wie Familie, Verwandtschaft oder Nachbarn dünnen aus. Individualisierung, verschiedenste Lebensentwürfe und Wertepluralismus machen die Etablierung stabiler und tragfähiger Netze von Beziehungen, Bindungen, wechselseitiger Sorge und Verantwortlichkeit schwieriger. Das Soziale der Selbsthilfe wird deshalb von steigender Bedeutung in der Zukunft sein. Menschen leben, dank des Fortschritts in der Medizin, immer länger. Die Zahl der Menschen mit chronischen oder psychischen Erkrankungen wächst. Die Fürsorge um die ältere Generation macht es notwendig, verstärkt den Blick für außerfamiliäre Netzwerke zu öffnen. Selbsthilfegruppen können helfen, soziale Isolation und Einsamkeit zu verhindern.

Suchtselbsthilfegruppen

Auch Suchtselbsthilfegruppen werden in den letzten Jahren immer stärker mit den Auswirkungen des demografischen Wandels konfrontiert, was sich darin zeigt, dass der Anteil der älteren Mitglieder relativ hoch ist. Auch das Beitrittsalter in eine Suchtselbsthilfegruppe ist

relativ hoch. Vor allem die junge Generation der Suchtkranken ist eher wenig in den Gruppen vertreten. Dabei sind Suchtselbsthilfegruppen „eine wichtige Anlaufstelle für Suchtkranke, denn

PSYCHOSOZIALE UND SOZIALE THEMEN

Sucht und Abhängigkeit sowie Familie, Partnerschaft, Erziehung, Gewalt, Tod oder andere Lebensprobleme, Arbeitslosigkeit, Verbraucherschutz, Ausbildung, Armut oder Migration

sie vermitteln Halt, Zuversicht und Geborgenheit.“ Etwas, das die schnelllebige Gesellschaft oft nicht mehr bieten kann. Insbesondere bei der Suchtnachsorge kommt Suchtselbsthilfegruppen daher eine bedeutende Rolle zu: Sie sind Betroffenen „ein kritischer Spiegel hinsichtlich der Gestaltung ihres abstinenter Lebens“ und sie

begleiten diesen Weg im Durchschnitt über einen recht langen Zeitraum.

Das Potenzial einer Selbsthilfegruppe kann darin liegen, dass sie Betroffene unterstützt „trocken“ zu werden und es zu bleiben. Sie kann den Weg in ein Leben persönlicher Zufriedenheit begleiten – einen Weg, der nicht immer geradlinig verläuft, der auch Höhen und Tiefen erfährt.

Was kann sich im Persönlichen durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe verändern? Die Selbsthilfegruppe ist ein wichtiger sozialer Anker.

Die Glücksspieler-Selbsthilfe in Deutschland

Dieser Bereich der Selbsthilfelandchaft in Deutschland ist bislang kaum beforscht. Bisher

GESUNDHEITSBEZOGENE THEMEN

körperliche Erkrankungen und Behinderungen von allergischen, asthmatischen und anderen Atemwegserkrankungen über Herz-Kreislauf bis hin zu Tumorerkrankungen



haben sich die Glücksspielerinnen und -spieler auch nur begrenzt in Gruppen für andere Abhängigkeitsformen integriert.

Ca. 90 % der Glücksspielsüchtigen sind Männer (vgl. IFT - Institut für Therapieforschung). Die erste Selbsthilfegruppe allerdings wurde von einer Frau (Maria K.) gegründet. Sie initiierte 1982 die „Anonymen Spieler“, nachdem sie mehrfach Ausstiegsversuche unternahm und keine geeigneten Behandlungsmöglichkeiten fand.

„Die Kernprobleme dieser Gruppen decken sich zum Teil mit denen vieler anderer Suchtselbsthilfegruppen: Überalterung, mangelnder Zulauf bei schwieriger Infrastruktur und wenige fortgebildete Gruppenleiter*innen.“

Die Universität Bremen hat in einer Studie „Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale“ untersucht. Die Stichprobe umfasste 355 Personen, die entweder professionelle Hilfe nutzten oder an Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige teilnahmen oder beide Hilfeformen in Anspruch nahmen.

Gefragt wurde unter anderem nach Effekten der Gruppenteilnahme und Inhalten der Gruppentreffen. Einige Studienergebnisse:

- „Zu den bedeutsamsten positiven Effekten der Teilnahme zählten die eigene Situation klarer zu sehen, die Hilfe der Gruppe beim Auffangen und Vermeiden von Rückfällen, die Motivation durch Erfahrungsberichte auch schwierige Phasen durchzuhalten sowie die Erleichterung durch Ansprechpartner*innen für Schwierigkeiten.“
- „Zu häufigeren negativen Effekten der Gruppenteilnahme zählten das mangelnde

Vertrauen durch bekannte Lügen anderer Teilnehmer*innen, häufige Wechsel von Teilnehmer*innen sowie eine extrinsische statt intrinsischer Motivation mancher Teilnehmer*innen.“

- „Zu den häufigsten tatsächlichen Inhalten bei Gruppentreffen zählten (1) aktuelle Glücksspielbezogene Erfahrungen und Probleme von Teilnehmer*innen, (2) private Probleme von Teilnehmer*innen, (3) der allgemeine Austausch über Glücksspielbezogene Themen z. B. Rückfall und Rückfallprävention sowie (4) Gespräche über eigene Gefühle.“
- „Etwa zwei Drittel der Stichprobe waren mit der SHG insgesamt sehr zufrieden, etwa ein Drittel war eher zufrieden, nur jede Vierzehnte Person war eher oder sehr unzufrieden.“
- Geringere Zufriedenheit zeigte sich bei Personen mit psychischen Erkrankungen ... sowie bei Erwerbslosen, Älteren, Personen mit Migrationshintergrund und Personen, die nur unregelmäßig von eigenen Erfahrungen berichteten ...“ (Hayer et. al., 2020).

Der Fachverband Glücksspielsucht e. V. konnte seit 2017 eine Referentenstelle zur Förderung der Glücksspieler-spezifischen Selbsthilfe einrichten. Ihre vorrangige Aufgabe ist die Förderung und Weiterentwicklung der Selbsthilfeaktivitäten im Bereich Glücksspielsucht.

Mehr Informationen

Informationen und Materialien bietet die Webseite des Fachverbandes unter: www.gluecksspielsucht.de

Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen:

Thüringer Fachstelle GlücksspielSucht fdr Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.

www.gluecksspielsucht-thueringen.de

oder Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.

www.tls-suchtfragen.de

Abhängigkeitserkrankung: Alter und Pflege

„Abhängigkeitserkrankungen zählen in Deutschland zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass eine Alkoholerkrankung im Alter nur ein sehr randständiges Problem darstellt, da die betroffenen Menschen entweder bereits an den Folgen der Sucht verstorben sind oder im Alter abstinent leben. Beide Annahmen haben sich als nicht richtig herausgestellt. Unstrittig ist, dass ältere und alte Menschen aufgrund der Zunahme an Erkrankungen und Beschwerden mehr Medikamente einnehmen als jüngere Menschen. Psychopharmaka, vor allem Benzodiazepine und Z-Substanzen, die beruhigend, angstlösend und schlafanstoßend wirken, sind für ältere und alte Menschen nur eingeschränkt empfehlenswert. Besonders die Praxis der Langzeitverschreibungen dieser Substanzen wird heute kritisch hinterfragt.“

Noch finden wenige ältere suchtkranke Menschen den Weg in eine Suchtberatung und -behandlung, vor allem dann nicht, wenn sich ihre Abhängigkeit lebenszeitlich spät entwickelt hat. Die Pflegeeinrichtungen sind überfordert mit der Pflege suchtmittelabhängiger Menschen und nur wenige Einrichtungen haben sich diesem Problem offen gestellt.“ (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf).

Acht Modellprojekte, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurden, haben sich dieser Problematik der Abhängigkeitserkrankung und Substanzmissbrauch im Alter angenommen. Mitarbeitende der Alten- und Suchthilfe haben gemeinsam Maßnahmen entwickelt und in der Praxis erprobt. Die Ergebnisse und eine umfangreiche Materialsammlung sowie eine Liste mit Kontakten zur Selbsthilfe stehen Ihnen zur Information und zum freien Download unter www.alter-sucht-pflege.de zur Verfügung.

Die mittelbare Bedeutung von Selbsthilfegruppen für ältere Menschen: Angehörigen Selbsthilfe

„Selbsthilfegruppen bilden keinen Gegensatz zu verwandtschaftlichen Beziehungen, sondern sie wirken familienergänzend und -entlastend.“ (Thiel, 2011).

Insgesamt erfahren im Angehörigenkontext die Themen „Pfleger Angehörige“ sowie „Alkoholsucht“ eine starke Verbreitung. Es gibt Gruppen von Angehörigen „in der Altenpflege, Gruppen, die schwerkranke oder behinderte Familienmitglieder oder Freunde betreuen, Gruppen in der Sterbegleitung, Gruppen von Angehörigen psychisch Kranker usw.“

Für Selbsthilfegruppen von Angehörigen besteht immer eine doppelte Herausforderung: Sie handeln für betroffene Familienmitglieder, sind aber zugleich durch die Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, selbst Betroffene. Um Überforderung oder eigene Anteile an Problemstellungen (z. B. Co-Abhängigkeit bei einer Suchterkrankung) zu bewältigen und zu verarbeiten, bilden Angehörige daher auch Selbsthilfegruppen für sich selbst. Das Engagement und die mittelbare eigene Betroffenheit von Angehörigen sollten bei der Frage „Selbsthilfegruppen für ältere Menschen“ und bei der Beratung bzw. Hinführung zur Selbsthilfe immer mit bedacht werden.“ (Thiel, 2011).

Landeskontaktstelle für Selbsthilfe

Die Landeskontaktstelle für Selbsthilfe Thüringen e. V. ist eine Fachstelle zur Selbsthilfeunterstützung.

Zu den Aufgaben gehören:

Landesweite Selbsthilfeberatung und Vermittlung an Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen im Bundesland, Unterstützung der örtlichen Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützungsstellen sowie der landesweiten Selbsthilfeorganisationen durch Informationen, Beratung, Vernetzung und Fortbildungen und Qualitätsentwicklung der professionellen Selbsthilfeunterstützungsarbeit.

Die Landeskontaktstelle in Thüringen unterstützt seit 2017 als Informations- und Kontakteinrichtung die Selbsthilfe. LaKoST e. V. möchte einen Beitrag dazu leisten, die gesundheitsbezogene und soziale Selbsthilfe in Thüringen zu fördern, im Dialog zwischen zuständigen Landesgremien aktiv mitwirken und die Selbsthilfe qualitativ weiterentwickeln. Selbsthilfegruppen wollen wir stärken, Initiativen und Engagement fördern.



KONTAKTE ZU BERATUNGSSTELLEN

In Sachsen und Thüringen

Um Menschen bei der Bewältigung ihrer Suchtprobleme oder der Suchtprobleme naher Angehöriger oder Arbeitskollegen zu unterstützen, stehen bundesweit ca. 1.500 Suchtberatungsstellen mit qualifizierten Fachkräften bereit.

Auch in Thüringen und Sachsen gibt es in allen Landkreisen und kreisfreien Städten solche Angebote. Suchtberatungsstellen haben Nebenstellen eingerichtet, um eine möglichst gemeindenahe Nutzung zu ermöglichen. Die Beratungsangebote sind für alle Hilfesuchenden kostenfrei, es ist kein Überweisungsschein notwendig. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch anonym erfolgen.

Die „Landesstellen Sucht“ in Thüringen und Sachsen veröffentlichen regelmäßig aktuelle Verzeichnisse der Suchtberatungsdienste in den jeweiligen Ländern.

Versandanfragen an:

info@slsev.de (Sachsen)

info@tls-suchtfragen.de (Thüringen)

Auf den Internetportalen unter

www.suchthilfe-sachsen.de

bzw.

www.tls-suchtfragen.de

können Sie online nach geeigneten Angeboten (u. a. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Suchtfachkliniken) in Ihrer Region suchen.

Konzept und Gestaltung: ressourcenmangel dresden GmbH

Lektorat: Eva Wagner, TLS e. V.

Fotos: pexels.com: Barbhuiya Towfiq, rodnae-productions, Andrea Piacquadio, Gustavo Santana, unsplash.com: Klara Kulikova, Luke Southern, Mathilde Langevin, Matthew Bennet, istock (Seite 15)

Herausgeber:

Sächsische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e. V.

Glacisstraße 26
01099 Dresden

Telefon: 0351-8045506
E-Mail: info@slsev.de

Thüringer Landesstelle
für Suchtfragen e. V.

Steigerstraße 40
99096 Erfurt

Telefon: 0361-7464585
E-Mail: info@tls-suchtfragen.de

Die Herausgabe unseres Magazins wurde finanziell unterstützt von:



Die Landesstellen werden gefördert durch die zuständigen Staatsministerien der jeweiligen Länder sowie durch die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland.

Vielen Dank an alle Unterstützenden im Namen der Suchthilfe!