

Abhängigkeitserkrankungen des alternden und alten Menschen

Artikelserie: Alterspsychiatrie

Ibach Bernd

Clenia Littenheid AG, Littenheid, Schweiz

Summary

Dependency diseases of aging and old people

In the last 120 years, the proportion of elderly persons in industrial countries has tripled, and life expectancy has doubled. There is reason to believe that the prevalence of elderly persons suffering from addiction will increase significantly in the next few years. This paper describes current epidemiological knowledge on this topic. Current knowledge of specific aspects of the aging process, of risk factors, and of diagnosis and therapy are presented. Scientific evidence on the treatment of elderly persons who suffer from addiction is limited and mostly based on findings in younger adults. The treatment of elderly persons who suffer from alcohol or prescription drug addiction (benzodiazepines) additionally takes into account the special needs of older people. Recognising and identifying addiction problems in primary care are key factors for providing access to therapy. Much further research is required to answer the open questions about addiction in the elderly.

Key words: Alcohol, benzodiazepines, tobacco, dependency, harmful use, chronic use, withdrawal, therapy, old age, elderly

Alkoholabhängigkeit und alkoholbezogene Krankheiten

Epidemiologie

Die Epidemiologie von Abhängigkeitserkrankungen im höheren Alter wird massgeblich von Kohorteneffekten geprägt, die spezifische Merkmale absehbar machen, mit denen sich die Gesellschaft und die Suchtmedizin auseinandersetzen müssen. Während der ökonomischen Krise in Europa Ende der 2000er-Jahre, erhöhte sich das relative Risiko für einen riskanten Alkoholkonsum in einer Kohorte von 50-65 Jährigen signifikant auf einen Wert von 1.55 (95% CI = 1.08-2,23) [1]. Noch vor wenigen Jahren wurden Menschen mit in jüngeren Jahren beginnendem Alkoholismus wegen der hohen Mortalität selten über 60 Jahre alt. Aufgrund der inzwischen erheblich verbesserten medizinischen und sozialen Versorgungsmöglichkeiten stellt sich diese Situation nun anders dar. In der kommenden geburtenstarken Kohorte der Babyboomer kön-

nten ausserdem Frauen zum Alkoholkonsum der Männer aufschliessen [1, 2].

Die 12-Monatsprävalenz von alkoholassoziierten Störungen bei Menschen >65 Jahren liegt zwischen 0,5% und 1,5%, subsyndromale alkoholassoziierte Störungen (AAS) werden in 5,2% der untersuchten Populationen diagnostiziert, Binge-drinking bei Männern in 14%, bei Frauen in 3% beobachtet [3–6]. Die Prävalenz von risikoreichem Alkoholkonsum in einer Kohorte von >75-jährigen nicht Demenzkranken wird in Deutschland auf 6,5% geschätzt [7]. Für Pflegeheime werden Prävalenzen von AAS zwischen 8% und 53% [8] bis zwischen 0% und 31% [9] beschrieben. Riskanter Alkoholkonsum im Alter nimmt ab [10].

Die Ergebnisse des Schweizer Suchtmonitorings legen eine Zunahme des täglichen Konsums mit dem Alter nahe, von 0.3% bei den 15- bis 19-Jährigen, bis zu 22.2% bei den 65-74 Jährigen und 26.2% bei Personen ab 75 Jahren, während der Bevölkerungsdurchschnitt bei 9,4% liegt [2]. Die Häufigkeit punktuell risikoreichen Konsums (Rauschtrinken=Binge drinking=Konsum von mindestens 4 Drinks bei Frauen, 5 Drinks bei Männern an einem Anlass mindestens zweimal pro Woche) nimmt jedoch mit zunehmendem Alter eindeutig ab und erreicht bei den 65-74, respektive ≥75 Jährigen einen Wert von 5.1, respektive 3,8% versus 6,4% in der Gesamtbevölkerung. Der Anteil Ex-Konsumierender beträgt schweizweit 7.0%, macht bei den 65-74 Jährigen ebenfalls 7.0% aus (9.0% Männer, 5.0% Frauen) und liegt bei den >75 Jährigen mit 12,8% (15.7% Männer, 8.2% Frauen) hingegen deutlich über dem Bundesdurchschnitt [2].

Wann wird der Alkoholkonsum zum Problem für ältere Menschen?

In den vergangenen 20 Jahren stellten verschiedene Studien einen J-förmigen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Mortalität fest und schlossen daraus, dass dies mit einem protektiven Effekt von Alkohol zusammenhängen dürfte [11]. Positive Effekte auf das vaskuläre System, besonders bei älteren Menschen mit entsprechenden Risikofaktoren, wurden dafür verantwortlich gemacht. Kritische Analysen und neuere Daten weisen jedoch darauf hin, dass die Hypothese in dieser Form infrage gestellt

Correspondence:
PD Dr. med. Bernd Ibach,
Clenia Littenheid AG, Privat-
klinik für Psychiatrie,
und Psychotherapie, Haupt-
strasse 130, CH-9573 Litten-
heid,
bernd.ibach[at]clenia.ch

werden muss [12]. Sollte dennoch ein protektiver Effekt vorhanden sein, könnte dies am ehesten für ältere Menschen zutreffen [13]. Das Mortalitätsrisiko ist individuell verschieden und hängt von der genetischen Prädisposition sowie zusätzlich existenten Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck) ab [14]. Gegenwärtig liegen laut der aktuellen S3 «Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen» der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aus Deutschland die empfohlenen Grenzwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum bei bis zu 24g Reinalkohol pro Tag für Männer (z.B. zwei Gläser Bier à 0,3l) und bis zu 12g Reinalkohol für Frauen (z.B. ein Glas Bier à 0,3l) [15]. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen empfiehlt zusätzlich mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche [16]. Eine Beratung zu den mit dem Konsum von Alkohol verbundenen Risiken berücksichtigt besonders beim älteren Menschen die mit dem Alterungsprozess verbundenen physiologischen Veränderungen (1), vorhandene Morbiditäten (2), allgemeine und altersspezifische Risikofaktoren (3) und die Einnahme von Medikamenten (4).

Alkoholkonsum und Kognition

Kognitive Beeinträchtigungen treten altersunabhängig früh im Krankheitsverlauf auf und lassen keine wesentlichen Unterschiede in Abhängigkeit von der Krankheitsdauer erkennen [17]. Im stationären und konsiliarpsychiatrischen Kontext scheint bei Patienten >64 Jahren im Vergleich zu Jüngeren das Risiko von neuropsychiatrischen Komplikationen um den Faktor 5 erhöht zu sein [18]. In einer Übersichtsarbeit zu Alkoholkonsum und Demenz kommen andere Autoren zum Schluss, dass ein geringer bis moderater Alkoholkonsum einen protektiven Effekt gegenüber der Alzheimerkrankheit und Demenz haben könnte [19, 20]. Abstinente Kohorten im mittleren Alter kann allerdings auf keinen Fall zum Start eines geringen oder gar moderaten Alkoholkonsums geraten werden.

MEMO 1

Bei älteren Menschen ist

- ... der Anteil von Ex-Konsumierenden häufiger,
- ... der tägliche Alkoholkonsum weiter verbreitet,
- ... der schädliche Gebrauch von Alkohol häufiger [2],
- ... die Häufigkeit punktuell risikoreichen Alkoholkonsums seltener,
- ... die Häufigkeit von Alkoholexzessen (≥ 9 Drinks/Anlass) seltener als in der Gesamtbevölkerung.

Neurobiologische und psychologische Grundlagen

Die Effekte von Alkohol sind weithin bekannt und reichen von einer kurzfristigen Anhebung der Stimmung, der Reduktion sozialer Ängste und Unsicherheit bis zur Distanzierung von negativen Emotionen. Über lange Frist jedoch erhöht Alkohol via Einfluss auf das serotonerge und dopaminerge Transmittersystem das Risiko für die Entstehung von depressiven Syndromen. Alkohol verursacht eine dopaminerge Stimulation des Nucleus accumbens und damit des Belohnungssystems. Operante (angenehmer Effekt des Konsums an sich) und klassische Konditionierung (Verbindung des Konsums mit angenehmen Umständen) erhöhen die Wahrscheinlichkeit für regelmässige Kon-

sum. Alkohol induziert jedoch unmittelbar gegenregulatorische neuronale Adaptationsprozesse, was zu Toleranzentwicklung führt. Wird der Alkoholkonsum gestoppt, fällt die alkoholinduzierte sedierende Wirkung weg, die Gegenregulation dauert jedoch an und führt zu exzitatoren Entzugssymptomen. Deren autonome Komponenten (Schwitzen, Tremor, Tachykardie, Hypertension, Gereiztheit) erhöhen die Wahrscheinlichkeit, erneut zu trinken, trotz des Wunsches nach Abstinenz [21]. Bei älteren Menschen kann es im Rahmen von Demenzerkrankungen de novo zu vermehrtem Alkoholkonsum kommen [22].

Altersbezug der diagnostischen Kriterien

Die Anwendung der diagnostischen Kriterien der ICD-10 oder der DSM 5 bei älteren und hochbetagten Menschen kann sich als schwierig erweisen, da die Reliabilität der Klassifikationssysteme stärker auf jüngere Menschen ausgerichtet ist [23]. Körperliche Entzugssymptome lassen sich im Einzelfall mit Beschwerden im Rahmen einer Multimorbidität erklären. Dies gilt ebenfalls für die Toleranz, die trotz fortgesetzten Konsums mit dem Älterwerden physiologisch abnimmt. Es besteht die Gefahr, schädliche Folgen auf die Hirnleistung und andere Organe zu leicht mit somatischen und psychischen Erkrankungen anderer Genese oder mit Arzneimittelnebenwirkungen zu erklären. Eingeengte Verhaltensmuster oder Versagen bei Rollenaufgaben mit einer Einschränkung von sozialen Aufgaben, lassen sich in Pflegeheimen oder bei Alleinlebenden nur schwer von aussen wahrnehmen. Psychische Entzugssymptome können als BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) fehlklassifiziert werden. Erholungsphasen nach Konsum werden als berechnete Müdigkeit des alternden Menschen interpretiert.

Die folgenden Umstände können die Diagnosestellung eines Substanzmissbrauchs/einer Abhängigkeit bei älteren Menschen verschleiern:

1. Physiologische Veränderungen erhöhen das Risiko für Intoxikationen schon bei geringen Dosen und führen z.B. zu erhöhten Plasmaspiegeln, verzögerter hepatischer und renaler Elimination. Die Alkoholdehydrogenase-Aktivität nimmt ab und augmentiert die Alkoholtotoxizität.
2. Begründete Fehlinterpretation von Symptomen wie Schwindel, Stürzen, kognitiver Störung.
3. Polypharmazie fördert das Risiko für Interaktionen zwischen Alkohol und Medikamenten und erhöht das Nebenwirkungsrisiko.
4. Morbidität verschleiert Symptome und Folgen der Alkoholkrankheit, hierzu gehören Herz-Lungen-Erkrankungen, cerebrovaskuläre Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Multimorbidität, Demenz.
5. Krankheitsverarbeitung und soziale Dimension führen zur Verleugnung, Bagatellisierung der Problematik, fehlendem Bewusstsein für die Suchtproblematik bei dem Patienten und im sozialem Umfeld. Die soziale Kontrolle ist gering. Stattdessen dienen Schmerzen, Schlaf-, Gedächtnisstörungen, Angst oder Depression der Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt.

6. Diagnostische Hilfen bedürfen einer sorgsam Anwendung. Die Kriterien der ICD-10 werden von alten Menschen nicht erfüllt, Testinstrumente sind weniger sensitiv (Audit-C, CAGE), Fragebogen sind nicht für ältere Menschen validiert (fehlende soziale Auffälligkeiten, keine realitätsnahe Selbsteinschätzung), Laborparameter sind weniger valide.

Krankheitsbeginn und Krankheitsdauer

Die weit verbreitete typologische Unterscheidung von Early onset-Alkoholismus (EOA) und Late onset-Alkoholismus (LOA) basiert ursprünglich auf einer Studie mit N=36 Patienten, in der die Grenze zwischen EOA und LOA arbiträr bei 40 Jahren gesetzt wurde [24]. Später konnte gezeigt werden, dass in einer Gruppe von stationär zur Entgiftung behandelten Alkoholikern mit vergleichbarer Krankheitsdauer, in 94% der jüngeren Patienten (onset-Alter <25 Jahre) aber nur in 62% der älteren Gruppe (onset-Alter >45 Jahre) die Diagnose einer Abhängigkeit gestellt wurde [25]. Trotz einer Reihe von gemeinsamen Faktoren [26], scheinen sich Alkoholiker mit LOA von EOA zu unterscheiden: LOA berichteten über höhere 12-Monats-Abstinenzraten nach Entgiftung, geringeren Alkoholkonsum und weisen eine bessere soziale Integration sowie niedrigere Lebenszeitprävalenz von psychiatrischen Störungen auf.

Entzug und Delir

Die Entzugssymptomatik bei Alkoholabhängigen im höheren Alter unterscheidet sich klinisch nicht von der Symptomatik jüngerer Abhängiger. Bei langen Krankheitsverläufen ist auch bei alten Menschen mit schweren Entzugssymptomen zu rechnen [6]. Ein Alkoholentzugsdelir kann durch reduzierte physiologische Kreislauf- und stoffwechselbezogene Adaptationsmechanismen oder eine bestehende cerebrale und somatische Multimorbidität verstärkt, prolongiert und damit kompliziert werden. Bei der Entzugssymptomatik ist besonders auf die potenziell lebensbedrohlichen vegetativen Symptome und das Risiko einer zentralen pontinen Myelinolyse oder ein seltenes Marchiafava-Bignami-Syndrom zu achten. Es kann sehr schwierig werden uncharakteristische Symptome anderer Ätiologie vom Alkoholdelir abzugrenzen: Medikamentennebenwirkungen (Anamnese, Kenntnis des Nebenwirkungsprofils von verwendeten Substanzen), Hirnerkrankungen wie Demenz (Anamnese), eine sich entwickelnde Wernicke-Enzephalopathie, ein irreversibles Korsakow-Syndrom und andere akute bis chronische somatische Erkrankungen [27].

Therapie und Entzug

Ältere Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit oder einem -missbrauch repräsentieren eine inhomogene Gruppe, für die grundsätzlich eine Wirksamkeit therapeutischer Interventionen angenommen wird, wie diese für andere Altersgruppen beschrieben wird [28, 29]. Die ernsthaftesten Komplikationen des Alkoholentzugs sind das Alkoholdelir und epileptische Anfälle. Unbehandelt liegt die Mortalität des Delirium tremens bei 5-15%, die Wahrscheinlichkeit für einen epileptischen Anfall bei 10%. Zur Behandlung der Entzugssymptomatik bei älteren Menschen gelten die gleichen Grundsätze wie für Jüngere. Eingesetzt werden nach klinischem Befinden, Clomethiazol

in zweistündigen Intervallen und Benzodiazepine (auf 2-4 tägliche Dosen/d verteilt: Lorazepam, Diazepam, Oxazepam oder Chlordiazepoxid), sie werden meistens innerhalb einer Woche wieder ausgeschlichen. Alternativ werden Carbamazepin und Oxcarbamazepin eingesetzt [15, 24, 29].

Im Anschluss an die Entgiftungsphase folgt eine qualifizierte Entzugsbehandlung, mit der sich Patienten durch Kurzinterventionen oder eine motivierende Gesprächsführung zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen anregen lassen sollen. Die Postakutbehandlung schliesslich beinhaltet die Psychotherapie, sozialpsychiatrische Methoden, medikamentöse Rückfallprophylaxe und je nach Alter Massnahmen zur Arbeitsförderung und beruflichen Wiedereingliederung durch die Invalidenversicherung in der Schweiz.

Ziele der Postakutbehandlung können eine Totalabstinenz, eine substantielle Trinkmengenreduktion oder ein kontrollierter Konsum bei nicht erzielbarer Abstinenz sein.

Als Screeninginstrumente existieren der AUDIT und der CAGE, von denen der AUDIT1 bei älteren Menschen als hilfreicher eingeschätzt wird, um problematischen und risikoreichen Alkoholkonsum festzustellen [30].

Die bei älteren Menschen erzielten Abstinenzraten stimmen mit den Zahlen von jüngeren Patienten überein, die Berücksichtigung von altersspezifischen Modalitäten scheint die Ansprechraten zu verbessern [31]. In Interdisziplinären Untersuchungen liessen sich nur teilweise signifikante Unterschiede zwischen Intervention und care as usual nachweisen, die Outcomevariablen (Anzahl der Drinks, riskanter Konsum, AUDIT-Score) verbesserten sich in beiden Gruppen signifikant [32]. In einer älteren Studie wirkte sich ein tolerantes, rehabilitativ ausgelegtes Programm signifikant besser auf die Patienten aus, als ein auf völlige Abstinenz und konfrontativ ausgelegter Studienarm [33]. Ein individuell orientierter Therapieansatz erwies sich ebenfalls effektiver als ein Gruppenangebot, das auf völlige Abstinenz abzielte (Anzahl der Drinks, Häufigkeit von Bingetrinken) [34]. Mit zunehmendem Alter stiegen die Abstinenzraten an. Aufgrund von Heterogenität und niedrigen qualitativen Studienstandards kann jedoch keine eindeutige Aussage zur Wertigkeit dieser Ergebnisse gemacht werden [32].

Es gibt keinen Anlass, ältere Menschen mit einer alkoholassozierten Suchterkrankung oder subsyndromaler Alkoholkrankheit nicht ebenso gezielt wie jüngere Menschen zu behandeln.

Empirisch belegt ist der Umstand, dass negative Lebensübergänge mit einem negativen Outcome verbunden sind und daher in therapeutischen Interventionen im Fokus stehen sollten. Typische Risiken, die ältere Menschen für den Gebrauch von Suchtmitteln anfällig machen, sind verstärkt auftretende Verlustereignisse, Verkleinerung des sozialen Netzwerks und finanzielle Einbussen [35]. Möglicherweise respondieren ältere Menschen sogar besser als Jüngere, denn altersspezifische Therapieansätze verbessern das Outcome im Vergleich zu altersgemischten Gruppen und jüngeren Patienten [32, 36, 37]. Höheres Alter und soziale Unterstützung sind in Therapiestudien mit Langzeitremissionen und Abstinenz assoziiert [38]. Ein besonderes Augenmerk sollte in der Psychotherapie auf

Transitionen, wie die Übernahme von neuen sozialen Rollen gelegt werden, da diese möglicherweise mit einem erhöhten Risiko für Alkoholkonsum einhergehen [39]. Die untersuchten und wirksamen (Kurz-) Interventionsmethoden lassen sich wie folgt zusammenfassen [24]:

- Kognitive Verhaltenstherapie
- Psychoedukation
- Motivierende Gesprächsführung
- Kontingenzmanagement
- Adjuvante Sport-, Bewegungstherapien, Ergotherapie, Symptomanagement in altershomogenen Gruppen.
- Einbezug von Partnern.
- Der Postakutbehandlung sollte eine nachhaltige Abstinenzstabilisierung mit Rückfallprävention für mindestens ein Jahr folgen.

MEMO 2

Neben den allgemein gültigen Variablen der Psychotherapie gibt es einige Faktoren und Modalitäten, die für eine erfolgreiche Suchtbehandlung mit älteren Menschen besonders berücksichtigt werden müssen.

- Supportive, stützende Grundhaltung
- Traumatische Erlebnisse als Verdingkinder, Kriegskinder/-teilnehmer, sexueller Missbrauch, Scham.
- Verlust von Bezugspersonen
- Armut
- Schwere körperliche Erkrankungen
- Berentung
- Begrenzte Lebenserwartung
- Mitbehandlung körperlicher und/oder neurologischer Störungen und kognitiver Defizite
- Förderung der sozialen Kompetenz, Teilhabe, Autonomie
- Schaffung von Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens
- Anbindung an ambulante, teilstationäre, gemeindenahe Einrichtungen
- Alltagsstrukturierung

Langzeitpharmakotherapie der Alkoholabhängigkeit

Anticraving-Substanzen können Abstinenz fördern und müssen in eine Gesamtbehandlungsstrategie integriert werden. Gegenwärtig sind Acamprosat und Naltrexon zugelassen. In Studien mit Naltrexon vs. Placebo zeigte sich bei kleinen Patientenzahlen älterer Menschen keine signifikante Verum-Überlegenheit. Die Ansprechraten lagen dennoch hoch und teilweise höher als bei jungen Patienten [40]. Nalmefen ist als zusätzliche Behandlung in Verbindung mit kontinuierlicher psychosozialer Unterstützung, die auf Therapieadhärenz und eine Reduktion des Alkoholkonsums zielt, zugelassen. Die Wirksamkeit zur Reduktion des Alkoholkonsums wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss kritisch und ohne Zusatznutzen gegenüber Naltrexon eingestuft. Eine ausdrucksdeutsche Version des häufig verwendeten Screeningtools AUDIT findet sich auf der Website «Alter und Sucht» [41]. Die längste klinische Erfahrung besteht mit Disulfiram (Antabus®), das in der Schweiz zur unterstützenden Behandlung von chronischem Alkoholismus und periodisch wiederkehrendem Alkoholismus in Verbindung mit nicht-medikamentösen Behandlungsformen zugelassen ist. Disulfiram (Tetraethylthiuramdisulfid) inhibiert die Acetaldehyd-Dehydrogenase und damit den vollständigen metabolischen Abbau von Alkohol in der Leber. Dies führt nach wenigen Minuten zur in der Regel aversiv erlebten typischen Antabus-Alkohol-Interaktion mit Flush (Hitze, Rötung) und einer Störung der Kreislaufregulation bis zum Kollaps, die bis zu mehreren Stunden anhalten kann. In Tinkturen und ähnlichen Arzneimittelzubereitungen oder Nahrungsmitteln enthaltener Alkohol kann bereits zu den genannten Reaktionen führen. Patienten, die Disulfiram einnehmen benötigen eine intensive ärztliche Betreuung. Aufgrund in physiologischer Weise eingeschränkter Kreislaufregulationsmechanismen, einer häufigen Polypharmazie und Multimorbidität muss beim Einsatz von Disulfiram bei älteren Menschen mit allergrösster Vorsicht vorgegangen werden [42].

ram (Antabus®), das in der Schweiz zur unterstützenden Behandlung von chronischem Alkoholismus und periodisch wiederkehrendem Alkoholismus in Verbindung mit nicht-medikamentösen Behandlungsformen zugelassen ist. Disulfiram (Tetraethylthiuramdisulfid) inhibiert die Acetaldehyd-Dehydrogenase und damit den vollständigen metabolischen Abbau von Alkohol in der Leber. Dies führt nach wenigen Minuten zur in der Regel aversiv erlebten typischen Antabus-Alkohol-Interaktion mit Flush (Hitze, Rötung) und einer Störung der Kreislaufregulation bis zum Kollaps, die bis zu mehreren Stunden anhalten kann. In Tinkturen und ähnlichen Arzneimittelzubereitungen oder Nahrungsmitteln enthaltener Alkohol kann bereits zu den genannten Reaktionen führen. Patienten, die Disulfiram einnehmen benötigen eine intensive ärztliche Betreuung. Aufgrund in physiologischer Weise eingeschränkter Kreislaufregulationsmechanismen, einer häufigen Polypharmazie und Multimorbidität muss beim Einsatz von Disulfiram bei älteren Menschen mit allergrösster Vorsicht vorgegangen werden [42].

Alkoholbegleit- und -folgekrankheiten

Folge- und Begleiterkrankungen bei älteren Alkoholabhängigen sind in der Regel stärker ausgeprägt, als das bei jüngeren der Fall ist. Ohne dass zwingend eine Demenz vorliegen muss, lassen sich früh im Bereich der Gedächtnisfunktionen Defizite nachweisen.

Typische Begleiterkrankungen älterer Alkoholiker sind [6]:

Kardiopulmonale Erkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen, Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, Magenulcera, Bluthochdruck, Schlaganfälle, Herzinfarkte, Karzinom-Erkrankungen (Larynx, Leber, Pharynx, Lunge, Mamma), Unfälle und die folgenden hirnganischen Schädigungen:

Wernicke-Korsakow-Syndrom (akute und chronische Form eines Thiamin Mangels) [6, 24, 43]. Morphologisch werden in den Corpora malleolaria, im subependymalen Gewebe um den dritten Ventrikel, im medialen Thalamus, im Mittelhirn und Kleinhirn typische Merkmale wie Eisenablagerungen und Einblutungen beobachtet. Bei Verdacht auf das Vorliegen eines Wernicke-Korsakow-Syndroms wird die intravenöse Thiamingabe empfohlen.

Alkoholdemenz (kritik- und urteilsgemindertes Denken, Wesensänderung mit emotional-affektiver Verflachung und depressiv-euphorischer Stimmung), die unter Alkoholkarenz teilweise reversibel sein kann. Das Konzept der Alkoholdemenz wird kontrovers diskutiert. Entscheidend für die Prognose ist die Alkoholkarenz. Grundsätzlich wird auch hier die Gabe von Thiamin empfohlen.

Marchiafava-Bignami-Syndrom. Das klinische Bild des sehr seltenen und meist durch den Konsum von Alkohol verursachten Marchiafava-Bignami-Syndroms ist uneinheitlich und reicht von einer Wesensänderung bis zur Demenz und Exitus letalis. Neuropathologisch findet sich eine Entmarkung des Corpus callosum mit Atrophie, in akuten Fällen kann es zu Nekrosen kommen. Eine absolute Alkoholkarenz sowie die hochdosierte Substitution mit Thiamin und Vitamin B12 werden therapeutisch empfohlen [44].

Hepatische Enzephalopathie. Bei einer Alkoholabhängigkeit kann sich eine akute oder chronische hepatische Enzephalopathie entwickeln, die klinisch einem Delir ähnelt, kognitive Einschränkungen aufweist und von neurologischen Symptomen begleitet wird (Tremor, Ataxie, Dysarthrie, Primitivreflexe, Choreoathetose). Richtungsweisend sind der Nachweis einer Leberschädigung, das EEG und die Abgrenzung von Hepathopathien anderer Genese. Die Therapie umfasst den Ausgleich von Elektrolytstörungen, Korrektur einer Malnutrition und Alkoholabstinenz [15, 24, 29].

Schlüsselempfehlungen für ältere Menschen mit alkoholbezogenen Störungen modifiziert nach [15]

- Bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) sollen auch allen älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.
- Kurzinterventionen sollen auch bei älteren Menschen angeboten werden.
- Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die auf Pflege angewiesen sind, sollten störungsspezifische Interventionen angeboten werden.
- Berücksichtigung somatischer und psychischer Komorbidität (Planung und Durchführung von Interventionen, Behandlung).
- Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) sollten angeboten werden.
- Es soll eine Postakutbehandlung (einschließlich Entwöhnung) der alkoholbezogenen Störung mit Hinweis auf die überdurchschnittlich günstige Prognose angeboten werden.
- Beim Einsatz von Arzneimitteln in der Entwöhnungsbehandlung oder als «harm reduction» bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen gelten altersadaptiert die allgemeinen Regeln der Pharmakotherapie in der Postakutbehandlung.
- Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen kann niederschwellig eine stationäre Entzugsbehandlung angeboten werden.
- Primärärztliche Versorgung: Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden.

MEMO 3

Risiken im Umgang mit älteren süchtigen Personen

1. Alkohol- und der Missbrauch anderer Substanzen kann unentdeckt bleiben, wenn Screeningfragen während Routinekonsultationen oder Visiten vermieden werden.
2. Der Gebrauch von Alkohol kann eine nicht erkannte Ursache für Stürze, kognitive Einschränkungen, Verschlechterungen und andere Medizinische Probleme sein (z.B. Anämien, erhöhte Leberwerte, Thrombozytopenie, Makrozytose).
3. Als Ursache eines unklaren Delirs muss bei älteren Menschen die Diagnose eines Alkohol- oder Benzodiazepinentzugs in Erwägung gezogen werden.
4. Eine durch Alkoholmissbrauch induzierte kognitive Störung bei älteren Menschen kann durch nachhaltige Abstinenz gelindert werden.
5. Der Missbrauch von verordnungspflichtigen Medikamenten, einschliesslich von Benzodiazepinen und Opioiden, wird oft nicht erkannt.
6. Die Option, das Rauchen aufzugeben besteht lebenslang.

Missbrauch und Abhängigkeit von Benzodiazepinen

Benzodiazepine werden bei älteren Menschen überwiegend zur Therapie von Angstsyndromen, Schlafstörungen und demenzassoziierten Verhaltensproblemen eingesetzt. Die Häufigkeit ihres Einsatzes steht im Widerspruch zur geringen bis fraglichen empirischen Evidenz für deren Wirksamkeit, insbesondere bei Angststörungen und Demenzerkrankungen [45].

Kombinierter Konsum von Alkohol und Sedativa

Die Prävalenz der Einnahme von Benzodiazepinen (BZD) unter Alkoholkonsumenten ist generell hoch und reicht bis zu 88% bei Männern und bis zu 79% bei Frauen [46]. Unter BDZ-Konsumenten in Frankreich lag der Anteil von moderaten Weintrinkern ($\leq 0,25$ l/d) bei den ≥ 65 Jährigen bei 31,3%, der von stärker Konsumierenden ($> 0,25$ l/d) bei 19,3% [47]. Der kombinierte Konsum von Alkohol und Hypnotika ist ein starker Prädiktor von sturzassoziierten Folgeschäden. Komplizierend kommt hinzu, dass es für Frauen und Männer mit hohem Alkoholkonsum mehr als doppelt wahrscheinlich ist, BZD einzunehmen, als bei geringem Konsum (Tabelle 1) [48].

Epidemiologie

Neuere empirische Daten sprechen dafür, dass die Babyboomer-Generation von einem erhöhten Alkoholkonsum und einem angestiegenen Missbrauch von legalen Medikamenten sowie illegalen Drogen betroffen sein könnte [49, 50]. Nur ein kleiner Teil der Personen mit problematis-

Tabelle 1: Unter BZD Konsumenten liegt der Anteil mit kritischem Alkoholkonsum hoch [48]

Altersgruppe	Frauen			Männer		
	Alkoholkonsum unter BZD-Konsumenten					
	Häufig	Binge	Schwer	Häufig	Binge	Schwer
<65 Jahre	10,8%	19,2%	10,8%	26,7%	42,6%	20,6%
≥ 65 Jahre	10,4%	8,0%	4,5%	23,1%	24,9%	12,3%

Häufiger Alkoholkonsum: ≥ 2 Drinks/Woche, Binge drinking $\geq 5/4$ Drinks bei Männern/Frauen pro Anlass, Heavy drinking $> 14/7$ Drinks bei Männern/Frauen pro Woche.

chem Substanzgebrauch erhält eine Behandlung. Die «number needed to treat» (NNT) für einen erfolgreichen Benzodiazepinentzug bei älteren Menschen liegt für gezielte Absetzinterventionen bei $N=3$, was für eine hohe Erfolgsquote spricht [51].

5-6% der Erwachsenen weisen Probleme mit psychotropen Substanzen auf, davon ungefähr 80% der Fälle mit Benzodiazepinen [18, 24]. Metaanalytisch zeigt sich, dass 47% der älteren BDZ-Konsumenten diese chronisch einnehmen [52]! Zwischen 58% und 100% entwickeln als Folge eines abrupten Absetzens eine Entzugssymptomatik. Die Dunkelziffer des Medikamentenmissbrauchs wird als sehr hoch eingeschätzt, über Überschreitungen der empfohlenen Dosierungen für ältere Menschen wird je nach Studiendesign in 3-70% der Fälle berichtet [24, 52, 53]. Bei älteren Patienten spielt die gewohnheitsmässige Einnahme von BDZ eine bedeutsame Rolle [54].

BDZ Konsumenten erfüllen je nach Versorgungssetting (Patienten in Allgemeinarztpraxen / psychiatrische Ambulanzpatienten / Patienten in Selbsthilfegruppen) zwischen 52% und 88% die ICD 10 Kriterien für eine Abhängigkeit [55]. Von der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen wird geschätzt, dass die Hälfte der Dauerkonsumenten von BDZ abhängig werden [56].

Beim Zugang zu BDZ oder Opioiden spielt das sogenannte «Doctor-Hopping» eine wichtige Rolle. Für >65-Jährige wurde das Einlösen von Rezepten bei drei oder mehr Apotheken, die von verschiedenen Ärzten ausgestellt worden waren, als möglicher Indikator für eine medikamentöses Problem identifiziert. Opioidverordnungen von verschiedenen Ärzten zeigten zusätzlich einen Zusammenhang mit einer erhöhten Anzahl von Krankenhausaufnahmen. Illegale Beschaffungsstrategien, z.B. via Online-Apotheken können kaum kontrolliert werden. Auslöser und Risikofaktoren für den Beginn eines Substanzmissbrauchs in der zweiten Lebenshälfte können vielfältig sein und lassen oft keine klare Indikation zur Verordnung von psychotropen Substanzen erkennen [57].

MEMO 4

Risiken ärztlichen Verhaltens für einen Medikamentenmissbrauch durch ältere Menschen

1. Nicht ausreichende Awareness
2. Unzureichende Abklärung von auffälligen Symptomen oder Beschwerden
3. Fehlinterpretation von Symptomen und Fehldiagnosen
4. Scheu vor Thematisierung
5. Stillschweigende Resignation
6. Überforderung
7. Fehlende Unterstützung durch Angehörige oder (Langzeit-)Institutionen
8. Fehlendes Fachwissen

81.7% der im «Suchtmonitoring Schweiz 2016» befragten Bevölkerung geben an, die Schlaf- und Beruhigungsmittel über den Arzt bzw. in der Apotheke auf Rezept erhalten zu haben, die Beschaffungswege über Freunde und Bekannte lagen im Jahr 2016 bei 3.1%. Ab einem Alter von etwa 45 Jahren nimmt die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung, nämlich über 90% der täglich Einnehmenden, das sind etwa 4% der Gesamtbevölkerung, Schlaf- und Beruhigungsmittel aus dem Spektrum der Benzodiazepine und der eng Verwandten z-Substanzen über einen längeren Zeitraum als 3 Monate ein. Die maximal empfohlene Behandlungsdauer von 2-3 Monaten wird damit systematisch überschritten, sodass von einer Abhängigkeitsgefährdung ausgegangen werden muss. Es gibt einen relativ regelmässigen Anstieg der Schlaf-/Beruhigungsmittelaufnahme und der Einnahme von starken Schmerzmitteln mit zunehmendem Alter. Beispiel 30-Tageprävalenz: 4.1%/1.8% bei den 15- bis 19-Jährigen und 18.4%/13.5% bei den über 74-Jährigen. Diese Anstiege mit dem Alter sind über Jahre stabil. Demnach nehmen zwischen 8% und 9% bezogen auf die Gesamtbevölkerung in dieser Altersgruppe mehrmals pro Woche starke Schmerzmittel ein [2].

Heimversorgung

In einer umfangreichen Studie aus Belgien wurden mehrere Fragen zum Gebrauch von BZD in Pflegeheimen untersucht, die zu einigen wichtigen Ergebnissen führten. Es zeigte sich, dass die wichtigsten Indikationen für die Verordnung von BDZ/z-Substanzen Schlaflosigkeit (59%), Angst (17%) und Unruhe (10%) waren. Die empfohlene Höchstdosis für geriatrische Patienten wurde bei Lormetazepam (95%), Zolpidem (82%), Zopiclon (78%) und Lorazepam (35%) systematisch überschritten (Tabelle 2) [58]. Die Schlafqualität mit BDZ-Einnahme verbesserte sich innerhalb von 12 Monaten nicht und war schlechter, als bei Patienten ohne BDZ-Einnahme [59]. Die Autoren konnten ferner zeigen, dass das Absetzen einer chronischen BZD-Verordnung auch in Pflegeheimen gut möglich ist und bei den Bewohnerinnen zu einer verbesserten Schlafqualität führen kann, ohne dass es zu Entzugskomplikationen kommt [60, 61].

Neurobiologische Grundlagen

Benzodiazepine und die mit ihnen verwandten z-Substanzen (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) potenzieren die neuroinhibitorischen Effekte des Neurotransmitters γ -Aminobutyrsäure (GABA) im Gehirn und im Rückenmark. Dieser Effekt führt zu einer Reduktion von Angst, Schlafinduktion und Muskelrelaxation. Nach der Einführung der BDZ in den 1960er-Jahren stellte sich bald heraus, dass diese neue Substanzgruppe entgegen der Erwartungen nur bei einem Teil der behandelten Patienten anxiolytische Eigenschaften zeigte, zur Toleranzentwick-

Tabelle 2: Empfohlene maximale Dosierungen von BDZ und z-Substanzen bei geriatrischen Patienten [58]

Substanz	Lorazepam		Bromazepam	Prazepam	Lormetazepam	Zolpidem	Zopiclon
Indikation	Schlaflosigkeit	Angst	Angst	Angst	Schlaflosigkeit	Schlaflosigkeit	Schlaflosigkeit
Maximale geriatrische Dosierung	2mg/d	3 mg/d	10mg/d	30mg/d	0,5mg/d	5mg/d	3,75mg/d
Diazepam- Äquivalent	20 mg/d	30mg/d	20mg/d	20mg/d	3,3mg/d	2,5mg/d	2,5mg/d

lung führte, Rebound-Phänomene auftraten, ein Suchtpotenzial aufwies, jedoch über gute Verträglichkeitseigenschaften verfügte. Kognitive Einschränkungen unter der Therapie erwiesen sich nach Absetzen nur teilweise als rückbildungsfähig. Neuere Untersuchungen sehen einen Zusammenhang zwischen Dauer der Einnahme, kumulativ eingenommener Dosis und demenzassoziierten Symptomen [62, 63].

Die sedierenden Effekte der BDZ werden nach neueren Erkenntnissen für eine reduzierte Neuroplastizität verantwortlich gemacht [64]. Ferner konnte gezeigt werden, dass über die inhibitorischen Eigenschaften von BDZ in dopaminergen Neuronen des Belohnungssystems, ähnlich wie bei anderen Stimulantien (Opiode, Alkohol), die glutamaterge Plastizität mit ihren inhibitorischen Eigenschaften induziert wird.

Altersbezug und Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

Substanzmissbrauch kann absichtlich oder unabsichtlich erfolgen, indem ein Medikament nicht im Sinne der ursprünglich intendierten Verordnung eingenommen wird. Bei einer solchen Fehleinnahme von BDZ und Opioiden finden sich eine erhöhte Morbidität und Wahrscheinlichkeit zur Nutzung von Notaufnahmen. Als Fehleinnahme kommen die Einnahme von zu hohen Dosen, die Einnahme des Medikaments durch eine andere als die Indexperson, Missbrauch oder Abhängigkeit infrage [65]. Ältere Menschen haben ein grösseres Risiko für Fehlanwendungen, da sie häufiger als jüngere Menschen im Gesundheitssystem unterwegs sind, gehäuft über Schmerzen klagen und andere gesundheitliche Probleme aufweisen. Die langfristige oder chronische Einnahme von Medikamenten ist nicht zwangsläufig identisch mit dem Vorliegen einer substanzbezogenen Störung.

Als Besonderheit bei der Einnahme von Benzodiazepinen gilt der Umstand, dass bereits bei therapeutischen Dosierungen eine Abhängigkeit entstehen kann. Typischerweise erfolgt keine Dosissteigerung und die Kriterien für eine Substanzabhängigkeit sind nur teilweise anwendbar. Absetzsymptome können folglich erstmals beim Weglassen der Substanzen auftreten und legen somit erst spät den Verdacht auf eine Low-dose-Abhängigkeit nahe.

Ältere Patienten sind sich durchaus einer gewissen Suchtgefahr, die von BDZ ausgeht bewusst und wissen über die Notwendigkeit einer niedrigdosierten Anwendung Bescheid.

Nur wenige süchtige Menschen nehmen die Angebote der Suchtberatungsstellen an. Bei den >65 Jährigen liegt dieser Anteil bei 2%. Dies hängt damit zusammen, dass Probleme verleugnet und bagatellisiert werden, Scham und Angst vor Stigmatisierung vorherrschen, das Bewusstsein für ein Suchtproblem fehlt, der Substanzkonsum mit Beschwerden oder der Behandlung von meist affektiven Störungen gerechtfertigt wird.

Therapie – Entzug

Systematischer und geduldiger Umgang mit den älteren Patienten

Der Umgang mit abhängigen Patienten erfordert viel Zeit und Geduld, sodass es vorzuziehen ist, nur fraktioniert konfrontativ vorzugehen und das Thema behutsam immer

wieder anzusprechen. Hilfreich kann es sein, den Fokus zunächst auf mögliche Nebenwirkungen und Risiken zu lenken oder eine Umstellung auf eine kürzer wirksame Substanz zu erwägen. Eine sorgfältige Abklärung der Beschwerden, die zum Arzneimittelmisbrauch geführt haben und die Einleitung einer adäquaten Therapie sind von zentraler Bedeutung. Es ist wichtig, Patienten darüber aufzuklären, dass die ursprünglichen Beschwerden (Angst oder Depression?), die zur Einnahme der Substanzen geführt haben, auch nach vielen Jahren erneut auftreten können und nun andere wirksame Therapieoptionen zur Verfügung stehen [66].

Eine hohe Bedeutung kommt der Sensibilisierung von Hausärzten in der Grundversorgung zu, in deren Händen die Identifikation, die erste diagnostische Einordnung und die Ansprache des problematischen Verhaltens ihrer Patienten liegen [24].

Hinweise für eine Medikamentenproblematik können kognitive Beeinträchtigungen sein, affektive Veränderungen (einschliesslich medikamenteninduzierte Depression und Kopfschmerzen), motorische Auffälligkeiten (Koordinationsstörungen, Gangunsicherheit, Sturz- und Verletzungseignisse) und Verwahrlosungszeichen, wie sie gerade bei geriatrischen Patienten oft zu sehen sind [57]. Diese Auffälligkeiten können bei älteren Menschen bereits im Niedrigdosisbereich auftreten.

MEMO 5

In der Primärversorgung von Patienten mit einer BDZ-Problematik hat sich die Berücksichtigung der folgenden Faktoren als erfolgsversprechend erwiesen (modifiziert nach 79):

- Aufklärung der Patienten (Beratung, Verlauf des Entzugs, positiver Outcome).
- Die Rolle von Familien und Freunden: hilfreich oder dysfunktional im Entzug?
- Klare Strategie: Ausschleichen innerhalb einer Frist von <6 Monaten.
- Substitution durch Diazepam (Liquid) & regelmässige Kontrolle der Medikation.
- Medikamentöse Unterstützung des Entzugs.
- Kombinierten Missbrauch von Alkohol und BDZ kombiniert angehen.
- Rauchen nicht parallel zum BDZ Entzug aufgeben. Dies ist später möglich.
- Verschicken eines Briefes mit einer Empfehlung zum Ausschleichen von BDZ.
- Ermutigung zu Anpassungen des Lebensstils (z.B. Sport).
- Eine begleitende Psychotherapie ist wirksam und wichtig.

Neben den in MEMO 2 beschriebenen Variablen der Psychotherapie mit älteren Menschen, die bei Suchterkrankungen besonders berücksichtigt werden müssen, gibt es einige spezifische Faktoren, die für einen erfolgreichen BDZ-Entzug berücksichtigt werden sollten. Gezieltes Ausschleichen, die Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie und/ oder medikamentöser Substitution führen zu Erfolgsraten, die zwischen 25% und 85% liegen

[66]. Metaanalytisch lässt sich die Effektivität für gezielt durchgeführte BDZ-Entzüge bei älteren Patienten vs. «Treatment as usual» gut belegen [67–70]. Obwohl die Anzahl und Aussagekraft der durchgeführten Studien begrenzt ist, lassen sich mit einer gewissen Vorsicht die folgenden Schlüsse daraus ziehen:

1. Eine Überprüfung der aktuellen Medikation – Beratung – Ausarbeitung eines Entzugsplans – Edukation für die verordnende und einnehmende Person sind sinnvoll (vgl. Arbeitsmaterial der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie [71]).
2. Die Ausarbeitung/Supervision eines Entzugsplans und Augmentation mit einer (kognitiven) Psychotherapie sind effektiv. Eine psychopharmakologische Augmentation kann hilfreich sein.
3. Die sichere Beurteilung von therapeutischen Langzeiteffekten ist in Ermangelung einer eindeutigen Datelage nicht möglich. Eine Nachbetreuung von bis zu 12 Monaten scheint jedoch effektiv zu sein.
4. Interventionen durch Versenden eines psychoedukativen Informationsbriefes an ältere Patienten unter Langzeitbehandlung sind wirksamer als Routineberatung.

Älterwerden: Pharmakologische Besonderheiten des Entzugs

Die Risiken älterer Menschen für Nebenwirkungen sind hoch. BDZ, z-Substanzen und Opioide führen zu kognitiven Einschränkungen, erhöhtem Sturzrisiko, Hüftfrakturen und Verkehrsunfällen. Physiologische altersassoziierte Veränderungen des hepatischen Metabolismus, der Körperfett-Muskel-Relation und die Zunahme von Medikamenteninteraktionen tragen bereits bei regelrechter Anwendung zu einer reduzierten Verträglichkeit von BDZ und Opioiden bei. Altersassoziierte soziale und psychologische Faktoren wie Einsamkeit, Depression, Hilfsbedürftigkeit verstärken diese Risiken. Dies kann dazu führen, dass Abhängigkeitssyndrome oder akute wie chronische Intoxikationen aufgrund kumulativer Effekte gleichzeitig mit depressiven Störungen, Delirien oder Demenzen auftreten [65].

Im BDZ-Entzug wird zwischen Niedrig- und Hochdosisabhängigkeit unterschieden. Erstgenannte Form wird als Abhängigkeit bei Dosierungen im therapeutischen Bereich beschrieben, ohne dass es zu einer deutlichen Dosissteigerung kommt. Qualitativ unterscheidet sich die Entzugssymptomatik bei Niedrigdosisabhängigkeit nicht von der bei Hochdosisabhängigkeit. Unter Hochdosisabhängigkeit kann sich ein reversibles Demenzsyndrom entwickeln. Daten zu älteren Menschen sind jedoch rar, sodass keine klaren Schlüsse über spezielle Risiken abgeleitet werden können.

Im Gegensatz zu einer bei älteren Menschen seltener zu beobachtenden Hochdosisabhängigkeit ist die Diagnose einer BZD-Niedrigdosisabhängigkeit schwieriger zu stellen. Betroffene Personen nehmen BZD über lange Zeit hinweg meistens auf ärztliche Verordnung ein, ohne dass es zu einer Dosissteigerung kommt. Typische Absetzsymptome sind leicht- bis mässiggradige Unruhe- und Angstzustände, vegetative Symptome und Schlafstörungen. Dabei kann es sich sowohl um die nun erneut auftre-

tenden Beschwerden handeln, die ursprünglich zur Einnahme des BZD geführt haben, als auch um Rebound-Phänomene oder Entzugssymptome (diese nehmen nach einigen Tagen zu). Eine klare Unterscheidung lässt sich klinisch nicht treffen. Die Anamneseerhebung und Berücksichtigung von Halbwertszeiten (Rebound-Phänomene klingen nach wenigen Tagen ab) können bei der Einschätzung hilfreich sein. Manche Patienten entwickeln die genannten Symptome bereits in Erwartung einer avisierten Medikamentenreduktion. Insbesondere die aufkommende Unruhe wird als ausserordentlich quälend erlebt. Ein BZD-Entzug kann in Einzelfällen protrahiert über bis zu 15 Monate anhalten, cerebrale Anfälle sind spät im Entzug noch möglich [43].

Bei alten Menschen kommt es seltener zu Toleranzentwicklung gegenüber der BDZ-Wirkung, gleichzeitig besteht aus pharmakodynamischen und -kinetischen Gründen sowie der Zunahme der BDZ-Rezeptoren eine höhere Sensibilität. So kann es selbst bei niedrig dosierter Einnahme zu einer verzögerten, schleichenden Intoxikation kommen. Benzodiazepine tragen in gleichem Umfang wie chronische Erkrankungen zu einer (iatrogenen) Beeinträchtigung der instrumentellen Alltagskompetenzen von >65 Jährigen bei [72].

Der fraktionierte Entzug kann medikamentös unterstützt werden. Erfahrungen bestehen mit Valproinsäure, Carbamazepin, Pregabalin (Cave Suchtpotenzial), Trazodon. Wenngleich trizyklische Antidepressiva im Alter grundsätzlich vermieden werden sollten, wird über positive Erfahrungen mit Trimipramin (bei erheblichen Schlafstörungen) und Doxepin, dessen sedierende Eigenschaften die im Entzug oft quälende Unruhe der Patienten vorübergehend lindern, berichtet. Bei starken vegetativen Symptomen kann der Einsatz des Betablockers Propranolol hilfreich sein. Im klinischen Alltag werden ausserdem niederpote Neuroleptika eingesetzt.

Nach einem begleiteten oder supervidierten Ausschleichen von BDZ kann Craving als Ursache und unabhängiger Risikofaktor für einen Rückfall eine wichtige Rolle spielen (HR 1,26; 95% CI = 1,02-1,54) [73]. Craving sollte deshalb als Risikofaktor für einen Rückfall nach Entzug erkannt werden.

MEMO 6

- Indikationen für einen BDZ-Entzug
- Reduzierte Wirksamkeit der Medikation
- Zunahme von Angst- und Schlafstörungen unter der Medikation
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Rahmenbedingungen für einen Entzug:
- Patienteneinverständnis muss vorliegen
- Fraktioniertes Absetzen erfolgt über einige Monate hinweg
- Ist auch in Pflegeheimen möglich.
- Kann bei Low-dose Abhängigkeit in der Regel ambulant erfolgen.
- Ein stationärer Entzug in einer psychiatrischen Fachklinik ist indiziert bei:
- Multimorbidität
- Hochdosisaufnahme

- Mehrfachabhängigkeit
- Schlechtem Allgemeinzustand
- Instabiler sozialer Lebenssituation

Nach langjähriger und hochdosierter Einnahme von BDZ oder bei Multimorbidität, Mehrfachabhängigkeit, schlechtem Allgemeinzustand und einer instabilen sozialen Lebenssituation sollte ein stationärer Entzug in einer psychiatrischen Fachklinik durchgeführt werden. Dies ermöglicht ferner die Aufgleisung einer in diesen Fällen meist indizierten Psychotherapie.

Qualitätsmanagement innerhalb des Versorgungssystems

Die häufige und langfristige Verordnung von BDZ bei älteren Menschen wirft Fragen nach deren Ursache auf. Eine Hypothese wäre, dass in den Kohorten der >50 Jährigen die Hemmschwelle zur Offenbarung einer psychischen Problematik und Vorurteile gegenüber «Psy-Berufen» immer noch erhöht sind. Es ist für Alle einfacher, in der Hausarztpraxis über diffuse körperliche Zustände, Unruhe und Schlafstörungen zu sprechen, als sich Angst- und Panikzustände oder eine Depression einzugestehen. Unter dem Druck der Patientenbitte um «etwas zum Schlafen und Beruhigen» wird das somatische Krankheitsmodell unhinterfragt bedient und verstärkt, wenn rasch und auf längere Frist ein BDZ verordnet wird. Tabuisierung, Scham und Abwehr des Psychischen könnten auf Seiten der Patienten eine nicht unbedeutende Rolle spielen, wenn nach einer «Pille» gefragt wird, aber auch Unkenntnis und mangelnde Aufklärung über psychische Probleme und Therapiemöglichkeiten im Alter, die von den gängigen Therapieschulen angeboten werden. Hier könnten die hausärztlichen Grundversorger einen doppelten Dienst zur Enttabuisierung von psychischen Problemen, aber auch von Psychotherapie im Alter leisten.

Die Verordnung von psychotropen Medikamenten sollte daher nur bei klarer Indikation, definiertem Therapieziel, zeitlich begrenzt erfolgen und regelmässig überprüft werden. Sie wird idealerweise flankiert von einer genauen Dokumentation, Erinnerungssystemen, begleitender Fortbildung, Aufklärung der Patienten über Nebenwirkungen, Risiken und Therapiealternativen. Besonders wichtig ist dies für Patienten mit diffusen Befindlichkeitsstörungen und vielfältigen somatischen Beschwerden. Dabei sollten systematisch die Erwartungen an die Medikation, das implizite Krankheitsverständnis und die Hintergründe der Symptomatik erarbeitet werden.

Bei Unklarheiten oder Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Störung sollte eine fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung initiiert werden. Eine eventuell erforderliche psychopharmakologische Dauerbehandlung sollte auf Medikamente mit Suchtpotenzial, wo immer möglich, verzichten. Bei erkennbarer Ab-

hängigkeit ist eine Kooperation mit Suchteinrichtungen und -experten ratsam.

Aus dem gegenwärtigen Stand der Literatur lassen sich die folgenden praktischen Empfehlungen ableiten [74–76]:

1. Restriktive Verschreibungspraxis
2. Keine Gefälligkeitsverordnungen
3. Keine Verordnung an Patienten mit Abhängigkeit-sanamnese
4. Rezepte an Patient persönlich aushändigen
5. Hinweis auf Nebenwirkungen, welche die Fahreignung beeinträchtigen können
6. Genaue Klärung der Therapiedauer
7. Weiterbehandlung kritisch überprüfen
8. Verordnung der kleinsten Packung
9. Exakte Aufklärung über Abhängigkeitspotenzial
10. Nach längerer Anwendung: Ausschleichen!

Tabakbezogene Störungen

Epidemiologie

Gemäss «Suchtmonitoring Schweiz 2016» ist der Konsum von Tabak in der Altersgruppe der über 65-Jährigen der niedrigste der gesamten Schweizer Erwachsenenbevölkerung (Tabelle 3), 20,3% davon (=1,6% aller Raucher) sind Pfeifenraucher [2]. Unter den Hochaltrigen (75+) findet sich der grösste Bevölkerungsanteil mit einer starken Nikotinabhängigkeit (6-7 Punkte von max. 10 Punkten, FTND-Skala 2016) und 96,4% der Täglichen- und Gelegenheitsraucher hegen keine Aufhörabsichten. Der hohe Anteil von stark Nikotinabhängigen macht deutlich, dass diese zum Rauchstopp einer professionellen Unterstützung bedürfen [77]. Ein Rauchstopp bei älteren Menschen führt zur einer Reduktion der nikotinbezogenen Morbidität, erhöht die Lebenserwartung der abstinenten Menschen und fördert deren Lebensqualität [78]. Kontrolliertes Rauchen gelingt insbesondere bei psychiatrischen Komorbiditäten kaum und verbessert die gesundheitliche Situation dieser Menschen offenbar ebenfalls wenig [77]. Wenn Ärzte oder Pflegefachpersonen selber rauchen in Kliniken oder in Einrichtungen der Langzeitpflege, fällt die Unterstützung beim Rauchstopp geringer aus [79].

Therapie

In der gegenwärtig aktuellen S3 Leitlinie zur Behandlung von tabakbezogenen Störungen wird darauf hingewiesen, dass älteren Personen >50 Jahre alle zur Verfügung stehenden und empirisch evaluierten Therapiemöglichkeiten zugänglich gemacht werden sollen, einschliesslich Menschen mit psychischen Komorbiditäten [80]. Hierzu gehören spezifische Beratung, verhaltenstherapeutisch basierte Entwöhnungsverfahren und Kurzinterventionen

Tabelle 3: Tabakkonsum der täglich rauchenden älteren Bevölkerung in der Schweiz im Jahr 2016 [2]

	65-74 Jahre	75+	Rentner	Gesamtbevölkerung
Täglich Rauchende	10,8%	5,1%	9,2%	18,0%
Männer	10,7%	6,8%	10,1%	20,8%
Frauen	11,0%	4,0%	8,6%	15,3%
Niemals Rauchende	48,2%	64,6%	55,0%	51,2%

[77]. Die studienbasierte Evidenz für die Wirksamkeit von altersbezogenen Therapieansätzen ist zwar sehr gering, bestätigt jedoch die empirisch belegte Wirksamkeit der Interventionen bei jüngeren Menschen und die Sinnhaftigkeit der Berücksichtigung von altersspezifischen Variablen wie Multimorbidität, Pharmakologie, Selbstwirksamkeit und motivationale Aspekte [81, 82]. Als weiterer Erfolgsfaktor wirkt sich die langfristige Begleitung älterer Menschen positiv auf den Outcome aus [83].

Zur Therapie des Tabakentzugssyndroms wird auch bei älteren Menschen gemäss der S3 Leitlinie der Einsatz von Nikotinersatzprodukten oder Vareniclin empfohlen. Als unterstützende medikamentöse Begleittherapie kann bei Bedarf eine an den klinischen Symptomen orientierte (z.B. Depression, Angst) und altersangepasste Psychopharmakotherapie erfolgen. Vareniclin in Standard- und Niedrigdosierung verdoppelte in randomisierten und kontrollierten Studien die Wahrscheinlichkeit für einen Rauchstopp im Vergleich zu Placebo. Um einen einzigen zusätzlichen Rauchstopp zu erzielen, mussten N=11 Patienten mit Vareniclin behandelt werden. Ein aktueller Cochrane Review kommt zum Schluss, dass unter der Behandlung mit Vareniclin initial zwar Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für depressive Syndrome, Agitation oder Suizidgedanken vorlagen, diese Risiken zum jetzigen Stand der Anwendungserfahrung bis auf ein leicht erhöhtes Risiko bei Menschen mit einer zurückliegenden oder aktuellen psychischen Erkrankung jedoch nicht bestätigt werden konnten [84].

Grundsätzlich empfiehlt sich zur Therapie der Tabakabhängigkeit von älteren Menschen die Kombination von Beratung, Verhaltenstherapie, medikamentöser Behandlung und einer langfristigen Begleitung als ideale Intervention.

Zusammenfassung

Der Bedarf an spezifischen Therapiemöglichkeiten für ältere Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nimmt aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung (einschliesslich der von chronisch Suchtkranken) und der in die Jahre kommenden Babyboomer-Generation (mit hohem Substanzkonsum) zu. Spezifische Risikofaktoren wie Verlustereignisse durch Tod, Berentung werden als negativer Lebensübergang bewertet, eine Ausdünnung sozialer Netzwerke, der Wegfall externer sozialer Taktgeber oder finanzielle Probleme müssen frühzeitig erkannt und benannt werden. Zu Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen der stark zunehmenden Hochaltrigkeit als Risikofaktor für Suchterkrankungen liegen kaum Informationen vor.

Die Diagnose von Suchterkrankungen bei älteren und alten Menschen kann kompliziert sein. Sie muss sorgfältig durchgeführt werden und kann niederschwellig von Spezialisten unterstützt werden. Wissen über die Risiken der konsumierten Substanzen bei Patienten und Behandlern begünstigt eine offene Kommunikation über das Thema «Sucht» und reduziert Verdrängungsprozesse auf beiden Seiten. Die ungeprüfte Übernahme von psychotherapeutischen Therapiekonzepten, medikamentösen und pflegerischen Optionen aus der Suchtforschung mit jüngeren Erwachsenen wird mangels Evidenz im Altersspektrum empfohlen, braucht jedoch in der klinischen Praxis zumindest die Berücksichtigung von altersspezifischen Variablen (z.B. historisch-generativer Kontext, so-

matische und psychiatrische Komorbiditäten, psychologische-biologische-soziale Alterungsprozesse) und muss an diese angepasst werden. Die bisherigen Erfahrungen sprechen für eine mindestens ebenso gute Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei älteren Menschen mit Suchterkrankungen, wie bei jüngeren Erwachsenen. Die Durchführung von ambulanten kurzen psychosozialen Interventionen im Bereich der Grundversorgung zeigen beeindruckende Abstinenzraten und sollten flächendeckend implementiert werden. Grundsätzlich können Entzüge bei älteren Menschen niederschwellig unter stationären Bedingungen durchgeführt werden. Bei den Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen liegen die Prävalenzen für Suchterkrankungen niedriger als in der Altersbevölkerung. Hausärzte, Alterspsychiater und Pflegenden stehen hier jedoch vor den besonderen systemischen Problemen des Umgangs mit diesen Patienten und deren Konsumverhalten in einer Langzeiteinrichtung.

Acknowledgement

The author thanks Dr. phil. Marie-Luise Hermann for critically reading the manuscript.

Funding / potential competing interests

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Literatur:

- 1 Bosque-Prous M, Espelt A, Borrell C, Bartroli M, Guitart AM, Villalbí JR, et al. Gender differences in hazardous drinking among middle-aged in Europe: the role of social context and women's empowerment. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):698–705. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku234>. PubMed.
- 2 Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C. Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. *Sucht Schweiz*. 2017; Lausanne, Schweiz.
- 3 Lin JC, Karno MP, Grella CE, Warda U, Liao DH, Hu P, et al. Alcohol, tobacco, and nonmedical drug use disorders in U.S. Adults aged 65 years and older: data from the 2001–2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(3):292–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e898b4>. PubMed.
- 4 Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health. *Am J Psychiatry*. 2009;166(10):1162–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010016>. PubMed.
- 5 Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of alcohol use disorders and sub-threshold dependence in a middle-aged and elderly community sample. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(8):685–94. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182006a96>. PubMed.
- 6 Soyka M, Bahlmann M, Koller G, Rütther T. Sucht. In: Förstl H, Hrsg. *Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter*. München, Jena: Urban & Fischer Verlag; 2001. p.189–205.
- 7 Weyerer S, Schäufele M, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Maier W, Haller F, et al.; German AgeCoDe Study group. Further members of the German AgeCoDe Study group.-Heinz-Harald Abholz, Cadja Bachmann, Wolfgang Blank, Michaela Buchwald, Mirjam Colditz, Moritz Daerr, Frank Jessen, Sven Heinrich, Hanna Kaduszkiewicz, Teresa Kaufeler, Hans-Helmut König, Tobias Luck, Melanie Lupp, Manfred Mayer, Julia Olbrich, Heinz-Peter Romberg, Anja Rudolph, Melanie Sauder, Britta Schürmann, Michael Wagner, Jochen Werle, Anja Wollny. (German Study on Ageing, Cognition, Dementia in At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(12):1376–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2274>. PubMed.
- 8 Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(7):575–81. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/1099-1166\(200007\)15:7<575::AID-GPS151>3.0.CO;2-0](http://dx.doi.org/10.1002/1099-1166(200007)15:7<575::AID-GPS151>3.0.CO;2-0). PubMed.
- 9 Schäufele M, Weyerer S, Hendlmeier I, Köhler L. Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: eine bundesweite repräsentative Studie. *Sucht*. 2009;55(5):292–302. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/2009.05.04>.

- 10 Ahacic K, Kennison RF, K reholt I. Alcohol abstinence, non-hazardous use and hazardous use a decade after alcohol-related hospitalization: registry data linked to population-based representative postal surveys. *BMC Public Health*. 2014;14(1):874. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-874>. PubMed.
- 11 Holman CD, English DR, Milne E, Winter MG. Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: a validation of NHMRC recommendations. *Med J Aust*. 1996;164(3):141–5. PubMed.
- 12 Knott CS, Coombs N, Stamatakis E, Biddulph JP. All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts. *BMJ*. 2015;10;350:h384.
- 13 Britton A, McPherson K. Mortality in England and Wales attributable to current alcohol consumption. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(6):383–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.6.383>. PubMed.
- 14 Singer M, Batra A, Mann K, editors. *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme; 2011.
- 15 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft f r Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft f r Suchtforschung und Suchttherapie e.V.S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener St rungen". 2016.
- 16 Seitz H, B hringer G. Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten f r den Konsum alkoholischer Getr nke. Deutsche Hauptstelle f r Suchtfragen. 2008.
- 17 Kist N, Sandjojo J, Kok RM, van den Berg JF. Cognitive functioning in older adults with early, late, and very late onset alcohol dependence. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(11):1863–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610214000878>. PubMed.
- 18 Wetterling T, Backhaus J, Junghanns K. Sucht im Alter Ein untersch tztes Problem in der klinischen Versorgung  lterer Menschen? *Nervenarzt*. 2002;73(9):861–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-002-1359-3>. PubMed.
- 19 Weyerer S, Sch ufele M, Wiese B, Maier W, Tebarth F, van den Bussche H, et al.; German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients). Current alcohol consumption and its relationship to incident dementia: results from a 3-year follow-up study among primary care attenders aged 75 years and older. *Age Ageing*. 2011;40(4):456–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/af007>. PubMed.
- 20 Ilomaki J, Jokanovic N, Tan EC, Lonnroos E. Alcohol Consumption, Dementia and Cognitive Decline: An Overview of Systematic Reviews. *Curr Clin Pharmacol*. 2015;10(3):204–12. doi: <http://dx.doi.org/10.2174/157488471003150820145539>. PubMed.
- 21 Batra A, M ller CA, Mann K, Heinz A. Alcohol dependence and harmful use of alcohol. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(17):301–10. PubMed.
- 22 Ibach B, Koch H, Koller M, Wolfersdorf M; Workgroup for Geriatric Psychiatry of the Psychiatric State Hospitals of Germany; Workgroup for Clinical Research of the Psychiatric State Hospitals of Germany. Hospital admission circumstances and prevalence of frontotemporal lobar degeneration: a multicenter psychiatric state hospital study in Germany. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2003;16(4):253–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000072810>. PubMed.
- 23 Falkai P, Wittchen U. Diagnostische Kriterien DSM-5. American Psychiatric Association. Deutsche Ausgabe. 2015. Hogrefe.
- 24 Atkinson RM, Turner JA, Kofoed LL, Tolson RL. Early versus late onset alcoholism in older persons: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 1985;9(6):513–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.1985.tb05594.x>. PubMed.
- 25 Wetterling T, Veltrup C, John U, Driessen M. Late onset alcoholism. *European Psychiatry*. 2003;18(3):112ff.
- 26 Atkinson RM, Kofoed LL. Alcohol and drug abuse in old age: a clinical perspective. *Subst Alcohol Actions Misuse*. 1982;3(6):353–68. PubMed.
- 27 M hlig S, Wolter D. Psychische und Verhaltensst rungen durch psychotrope Substanzen/Sucht und Substanzst rungen im Alter. In: Kl ppel S und Jessen F (Hrsg.) *Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. 1. Auflage. 2018;121-141. Elsevier, M nchen.
- 28 American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for the treatment of patients with Substance Use Disorders* Second Edition. 2006.
- 29 National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [Internet]: London, Manchester: NICE, c2017 [cited 16.5.2019]. Alcohol use disorders. Diagnosis and management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>. 2011.
- 30 Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr*. 2008;20(6):1090–103. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610208007497>. PubMed.
- 31 Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(3):629–54. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.008>. PubMed.
- 32 Kok RM. Treatment of alcohol use disorders in the elderly: an overview of RCTs. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(11):1767–70. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610214001781>. PubMed.
- 33 Kashner TM, Rodell DE, Ogden SR, Guggenheim FG, Karson CN. Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43(10):985–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ps.43.10.985>. PubMed.
- 34 Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, Are n PA. Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(1):54–60. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2073>. PubMed.
- 35 Mann K, Laucht M, Weyerer S. Suchterkrankungen in der Lebensspanne. *Nervenarzt*. 2009;80(11):1293–301. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-009-2809-y>. PubMed.
- 36 Kofoed LL, Tolson RL, Atkinson RM, Toth RL, Turner JA. Treatment compliance of older alcoholics: an elder-specific approach is superior to "mainstreaming". *J Stud Alcohol*. 1987;48(1):47–51. doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1987.48.47>. PubMed.
- 37 Oslin DW, Slaymaker VJ, Blow FC, Owen PL, Collieran C. Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addict Behav*. 2005;30(7):1431–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adbeh.2005.01.007>. PubMed.
- 38 Satre DD, Chi FW, Mertens JR, Weisner CM. Effects of age and life transitions on alcohol and drug treatment outcome over nine years. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73(3):459–68. doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2012.73.459>. PubMed.
- 39 Neve RJ, Lemmens PH, Drop MJ. Changes in Alcohol Use and Drinking Problems in Relation to Role Transitions in Different Stages of the Life Course. *Subst Abus*. 2000;21(3):163–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08897070009511430>. PubMed.
- 40 Oslin DW, Pettinati H, Volpicelli JR. Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10(6):740–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200211000-00013>. PubMed.
- 41 Alter und Sucht [Internet]. Bern: Infodrog; c2019. [cited 22.9.2018]. Available from <https://www.alterundsucht.ch/der/aeztinnen/alkohol/screening>.
- 42 Fachinformation des Arzneimittel-Kompodium der Schweiz  compendium.ch  Antabus  Zugriff 10.2.2019.
- 43 Wolter D. Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. 1. Auflage 2011. W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.
- 44 Fernandes LMP, Bezerra FR, Monteiro MC, Silva ML, de Oliveira FR, Lima RR, et al. Thiamine deficiency, oxidative metabolic pathways and ethanol-induced neurotoxicity: how poor nutrition contributes to the alcoholic syndrome, as Marchiafava-Bignami disease. *Eur J Clin Nutr*. 2017;71(5):580–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2016.267>. PubMed.
- 45 Gerlach LB, Wiechers IR, Maust DT. Prescription Benzodiazepine Use Among Older Adults: A Critical Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(5):264–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HRP.0000000000000190>. PubMed.
- 46 Ilom ki J, Palj rvi T, Korhonen MJ, Enlund H, Alderman CP, Kauhanen J, et al. Prevalence of concomitant use of alcohol and sedative-hypnotic drugs in middle and older aged persons: a systematic review. *Ann Pharmacother*. 2013;47(2):257–68. doi: <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1R449>. PubMed.
- 47 Lagnaoui R, Moore N, Dartigues JF, Fourrier A, B gaud B. Benzodiazepine use and wine consumption in the French elderly. *Br J Clin Pharmacol*. 2001;52(4):455–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.0306-5251.2001.01456.x>. PubMed.
- 48 Ilom ki J, Korhonen MJ, Enlund H, Hartzema AG, Kauhanen J. Risk drinking behavior among psychotropic drug users in an aging Finnish population: the FinDrink study. *Alcohol*. 2008;42(4):261–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2008.02.002>. PubMed.
- 49 Weyerer S, Sch ufele M. Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogener St rungen im h heren Alter. *Sucht*. 2017;63(2):69–80. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/0939-5911/a000473>.
- 50 Duncan DF, Nicholson T, White JB, Bradley DB, Bonaguro J. The baby boomer effect: changing patterns of substance abuse among adults ages 55 and older. *J Aging Soc Policy*. 2010;22(3):237–48. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2010.485511>. PubMed.
- 51 Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*.

- 2014;204(2):98–107. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126003>. PubMed.
- 52 Kurko TA, Saastamoinen LK, Tähkää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns - a systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry*. 2015;30(8):1037–47. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.003>. PubMed.
- 53 Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungsreport 2015*. 2015. Heidelberg: Springer.
- 54 Gérardin M, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Jolliet P. Benzodiazepines consumption: does dependence vary with age? *Subst Use Misuse*. 2014;49(11):1417–25. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2014.912226>. PubMed.
- 55 Kan CC, Breteler MH, Zitman FG. High prevalence of benzodiazepine dependence in out-patient users, based on the DSM-III-R and ICD-10 criteria. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96(2):85–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09911.x>. PubMed.
- 56 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. *Alkohol im Alter*. 2008. Hamm.
- 57 Bühren A, Flenker I, Jacobowski C, Kunstmann W, Schwantes U. *Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit: Leitfaden für die ärztliche Praxis*. Deutscher Ärzteverlag 2007. Köln.
- 58 Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012;68(5):833–44. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-011-1188-z>. PubMed.
- 59 Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. Sleep quality of benzodiazepine users in nursing homes: a comparative study with nonusers. 2013;14(7):614–21. *Sleep Med*.
- 60 Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(10):1251–60. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-014-1725-7>. PubMed.
- 61 Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. One-year evolution of sleep quality in older users of benzodiazepines: a longitudinal cohort study in belgian nursing home residents. *Drugs Aging*. 2014;31(9):677–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-014-0203-3>. PubMed.
- 62 Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Toumier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*. 2014;349(sep09 2):g5205. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5205>. PubMed.
- 63 Billioti de Gage S, Pariente A, Bégau B. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? *Expert Opin Drug Saf*. 2015;14(5):733–47. doi: <http://dx.doi.org/10.1517/14740338.2015.1014796>. PubMed.
- 64 Korpi ER, den Hollander B, Farooq U, Vashchinkina E, Rajkumar R, Nutt DJ, et al. Mechanisms of Action and Persistent Neuroplasticity by Drugs of Abuse. *Pharmacol Rev*. 2015;67(4):872–1004. doi: <http://dx.doi.org/10.1124/pr.115.010967>. PubMed.
- 65 Maree RD, Marcum ZA, Saghaifi E, Weiner DK, Karp JF. A Systematic Review of Opioid and Benzodiazepine Misuse in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(11):949–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.003>. PubMed.
- 66 Paquin AM, Zimmerman K, Rudolph JL. Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(7):919–34. doi: <http://dx.doi.org/10.1517/14740338.2014.925444>. PubMed.
- 67 Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*. 2009;104(1):13–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x>. PubMed.
- 68 Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2011;61(590):e573–8. doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X593857>. PubMed.
- 69 Voshaar RC, Couvée JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2006;189(3):213–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.189.3.213>. PubMed.
- 70 Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(5):. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009652.pub2>. PubMed.
- 71 Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie [Internet]. *Wahl: DGGPP; c2016 [cited 21. May 2019]*. Available from: <http://www.dggpp.de/Arbeitsmaterial/docs/BZD%20Absetzen%20Checkliste.pdf>.
- 72 Ried LD, Johnson RE, Gettman DA. Benzodiazepine exposure and functional status in older people. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(1):71–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb01016.x>. PubMed.
- 73 Mol AJ, Oude Voshaar RC, Gorgels WJ, Breteler MH, van Balkom AJ, van de Lisdonk EH, et al. The role of craving in relapse after discontinuation of long-term benzodiazepine use. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(12):1894–900. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v68n1209>. PubMed.
- 74 Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*. 2009;23(1):19–34. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/0023210-200923010-00002>. PubMed.
- 75 Lader M, Kyriacou A. Withdrawing Benzodiazepines in Patients With Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(1):8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-015-0642-5>. PubMed.
- 76 Hayhoe B, Lee-Davey J. Tackling benzodiazepine misuse. *BMJ*. 2018;362: k3208
- 77 Mühlhig S, Andreas S, Batra A, Petersen KU, Hoch E, Rütther T. Psychiatrische Komorbiditäten bei tabakbedingten Störungen. *Nervenarzt*. 2016;87(1):46–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-015-0020-x>. PubMed.
- 78 Gellert C, Schöttker B, Hollecsek B, Stegmaier C, Müller H, Brenner H. Using rate advancement periods for communicating the benefits of quitting smoking to older smokers. *Tob Control*. 2013;22(4):227–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050572>. PubMed.
- 79 Allen SC. What determines the ability to stop smoking in old age? *Age Ageing*. 2008;37(5):490–1. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afn137>. PubMed.
- 80 Batra A, Petersen KU, Hoch E, Mann K, Kröger C, Schweizer C, Jähne A, Rütther T, Thürauf N, Mühlhig S. Psychotherapy and pharmacotherapy for harmful tobacco use and tobacco dependency. 2016;87(1):35–45.
- 81 Zbikowski SM, Magnusson B, Pockey JR, Tindle HA, Weaver KE. A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. *Maturitas*. 2012;71(2):131–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.019>. PubMed.
- 82 Appel DW, Aldrich TK. Smoking cessation in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2003;19(1):77–100. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-0690\(02\)00053-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-0690(02)00053-8). PubMed.
- 83 Mühlhig S, Neumann-Thiele A, Teichmann C, Paulick J. Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie. In Maercker (Hrsg): *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. 2015;43–70. Berlin, Springer.
- 84 Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5):. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub7>. PubMed.