

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 39 (2013)

Heft: 1

Artikel: Substitution im Alter

Autor: Hälg, Regula / Dürsteler-MacFarland, Kenneth M.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800022>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Substitution im Alter

Personen in substitutionsgestützter Behandlung werden zunehmend älter. Mit dem Alter nehmen komorbide Störungen und soziale Defizite zu und haben u. a. Einschränkungen der Mobilität zur Folge. Dies erfordert einen Ausbau an altersgerechten Wohnformen, welche den spezifischen Bedürfnissen dieser Gruppe von Personen gerecht werden.

Regula Hälg

Lic. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin Infodrog, Eigerplatz 5, Postfach 460, CH-3000 Bern 14, r.haelg@infodrog.ch, www.infodrog.ch

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland

Dr. des. phil., Klinischer Psychologe, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, UPK Basel, Wilhelm Klein-Str. 27, CH-4012 Basel, kenneth.duersteler@upkbs.ch

Schlagwörter:

Substitution | Behandlung | Alter | Wohnform | Komorbidität | Pharmakologie |

Durchschnittsalter substituierter Personen steigt

In der Schweiz befinden sich rund 19'000 Personen in einer substitutionsgestützten Behandlung.¹ Als solche wird die Kombination der Substitution mit den derzeit registrierten Medikamenten Methadon, Buprenorphin und Diacetylmorphin als Basisbehandlung mit medizinischen Behandlungen sowie Unterstützung im Sozialbereich verstanden.² Ende 2011 waren 1'392 Personen in heroingestützter Behandlung (Substitution mit Diacetylmorphin).³ Das Durchschnittsalter der PatientInnen betrug 2011 41.6 Jahre, die Spannweite reicht von 21 bis 74 Jahren. Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der PatientInnen in heroingestützter Behandlung für die Jahre 1994 bis 2011. Im Jahr 1994 waren lediglich 1.6% der PatientInnen über 45 Jahre alt; dieser Anteil betrug 2011 bereits 36.2%.

Die Zahl der Neueintritte in die heroingestützte Behandlung ist seit 2005 konstant und beträgt zwischen 100 und 150 Personen. Abb. 2 zeigt, dass das Alter bei Neueintritt ebenfalls angestiegen ist: Seit 2005 ist jede zweite Person, die neu eintritt, über 35 Jahre alt und rund 10% der neu Eingetretenen sind über 45 Jahre alt.

Der Anstieg des Alters bei den neu eintretenden Personen wirft die Frage auf, ob Heroinabhängigkeit ein Kohortenphänomen ist, also ein Phänomen, das sich auf altersgleiche Per-

sonengruppen mit vergleichbaren Sozialisationsbedingungen bezieht. Wäre dies der Fall, müsste allerdings das durchschnittliche Alter der Ersteintritte jedes Jahr um ein Jahr höher sein. Andererseits lässt sich die Heroinabhängigkeit nicht als reines Altersphänomen (als in den gleichen Lebensjahren entstehend) sehen, denn dann wäre das durchschnittliche Alter bei den Neueintritten konstant, was aber durchaus nicht der Fall ist. Bei der Inanspruchnahme einer heroingestützten Behandlung spielen sowohl Kohorten- wie auch Alterseffekte eine Rolle.⁶

Dieselbe Entwicklung zeigt sich auch bei der substitutionsgestützten Behandlung mit Methadon und Buprenorphin. Per Ende 2011 befanden sich rund 18'000 Personen in Behandlung.⁷ In der nationalen Methadonstatistik erfolgt allerdings keine Ausdifferenzierung der Alterskategorien ab 40.⁸ Der Anteil der MethadonbezogenerInnen über 40 Jahre beträgt jedoch in den meisten Kantonen rund 50%.

Exemplarisch sei hier die Altersverteilung der Personen in Methadonbehandlung (Abb. 4) und die Entwicklung des Anteils der über 40-jährigen Personen in Methadonbehandlung über die letzten 4 Jahre hinweg (Abb. 5) für den Kanton Bern dargestellt. Dabei wird ersichtlich, dass der Anteil dieser Gruppe um gut 10% (von 43.1% auf 53.6%) angestiegen ist.

Gesundheitliche Probleme der älter werdenden Personen in substitutionsgestützter Behandlung

Dank der deutlich gestiegenen Lebenserwartung nehmen – analog zur nicht abhängigen Allgemeinbevölkerung – altersbedingte Begleiterkrankungen bei substituierten PatientInnen stetig zu.¹¹ Körperliche Erkrankungen setzen bei den häufig vorgealtert wirkenden PatientInnen allerdings meist früher und z.T. ausgeprägter ein als bei nicht abhängigen Personen,¹² was möglicherweise einer chronischen Aktivierung des Immunsy-

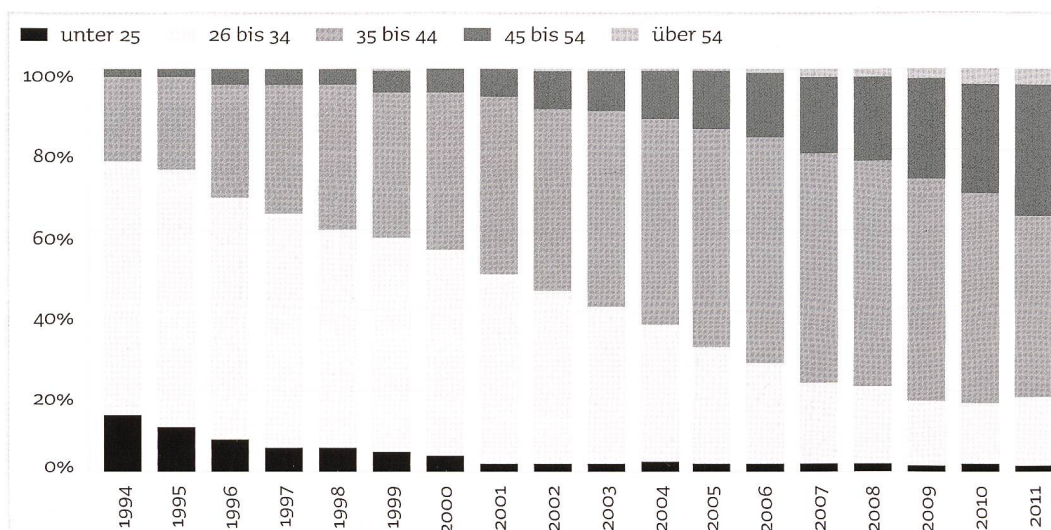


Abb. 1: Verteilung des Alters aller HeGeBe-PatientInnen, Schweiz.⁴

stems geschuldet ist, z.B. bei bronchialen, oralen oder dermatologischen Infektionsherden.¹³ Generell scheinen Gesundheitsprobleme, die vom jahrelangen illegalen Substanzkonsum und den damit verbundenen Risiken herrühren, die «normalen» altersbedingten körperlichen und psychischen Funktionseinbußen zu verschärfen.¹⁴

Somatische Komorbidität

Gegenüber jüngeren mit vergleichbarer Situation, was Konsum und Lebensführung angeht, weisen ältere SubstitutionspatientInnen denn auch häufiger einen schlechteren Allgemeinzustand auf.¹⁵ Auch bei den Todesursachen unterscheiden sich ältere erheblich von jüngeren PatientInnen, wie eine englische Studie zeigt.¹⁶ So hingen die Todesursachen bei in Behandlung stehenden unter 40-jährigen PatientInnen zu etwa 50% direkt mit dem Drogenkonsum zusammen, während dies bei den über 40-jährigen nur für etwa ein Viertel galt. Auch in den nicht direkt drogenassoziierten Todesursachen fanden sich deutliche Unterschiede. Während bei jüngeren PatientInnen Erkrankungen der Leber und vorsätzliche Selbstschädigung häufig auftraten, waren bei den älteren neben Lebererkrankungen der Reihe nach vor allem Tumore, Erkrankungen der Lunge sowie Virushepatitis von Bedeutung.

Die Begleiterkrankungen älterer substituierter PatientInnen erhöhen nicht nur die Anforderungen an die behandelnden ÄrztInnen und Institutionen, sondern erfordern meist eine multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem gut funktionierenden Versorgungsnetzwerk. Neben den gegenüber der Allgemeinbevölkerung markant höheren Durchseuchungsraten mit Infektionskrankheiten wie HCV, HBV und HIV finden sich unter älteren SubstitutionspatientInnen auch gehäuft andere somatische Leiden, die eine langfristige und regelmässige medizinische Behandlung erfordern. In einer Studie von Rosen et al.¹⁷ wurde bei mehr als der Hälfte der über 50-jährigen PatientInnen eine Arthritis diagnostiziert; bei 45% eine Hypertonie, bei je über 20% eine chronische Lungenkrankheit, ein Magengeschwür bzw. ein spastisches Kolon (Reizdarm). Je ein Zehntel der PatientInnen litt zudem an Herzproblemen, Leberzirrhose oder Diabetes mellitus. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung scheinen bei substituierten PatientInnen bestimmte chronische Leiden häufig früher aufzutreten. Hierzu zählen u. a. Bluthochdruck, Gelenkprobleme (Arthrose, Arthritis), Diabetes mellitus, Osteoporose sowie Leber- und Niereninsuffizienz. Trotz des klaren Bedarfs an kontinuierlicher medizinischer Behandlung hat laut einer US-amerikanischen Studie aber nur ein Bruchteil der SubstitutionspatientInnen regelmässigen Kontakt zu einem somatischen Arzt.¹⁸ Für die Schweiz liegen zu dieser Thematik

noch keine verlässlichen Zahlen vor. Bei anhaltendem Substanzkonsum ist zudem von einer erheblichen Zunahme des im Alter allgemein erhöhten Sturzrisikos mit der Gefahr von Frakturen auszugehen.¹⁹ Laut einer grossen dänischen Fall-Kontroll-Studie scheint dieses Risiko bei einer Medikation mit Morphin und Methadon vergrössert zu sein, während sich unter den mit Buprenorphin Behandelten keine Risikoerhöhung fand.²⁰ Allerdings beschränkte sich diese bevölkerungsbasierte Studie nicht auf opioidabhängige PatientInnen. Besonders problematisch sind in diesem Zusammenhang Befunde einer verminderten Knochendichte und eines erhöhten Osteoporoserisikos in substituierten Populationen.²¹ Dabei scheint die Knochendichte bei opiatabhängigen PatientInnen mit fortschreitendem Alter im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung übermässig stark abzunehmen.²²

Psychiatrische Komorbidität

Chronische psychische Störungen, an denen opiatabhängige Menschen überdurchschnittlich häufig leiden,²³ klingen nicht einfach ab, sondern bestehen auch in höherem Lebensalter fort.²⁴ Neben Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und affektiven Erkrankungen wie Depressionen sind hier vor allem Persönlichkeitsstörungen und andauernde Persönlichkeitsänderungen, z.B. nach psychischer Erkrankung zu nennen, die das Beziehungsverhalten auch im Alter prägen und zu sozialen Problemen nicht nur im Allgemeinen, sondern auch in der psychotherapeutischen Beziehung beitragen können.²⁵ Natürlich treten psychiatrische Störungen wie affektive Erkrankungen im Alter auch erstmalig auf, in Zusammenhang mit zunehmenden körperlichen Beschwerden und Verlust der allgemeinen Leistungsfähigkeit sowie sozialer Ausgrenzung und Vereinsamung. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Spezialisierung der behandelnden ÄrztInnen wäre hier sicherlich wünschenswert, um eine adäquate Behandlung dieser Störungen zu gewährleisten, insbesondere auch im Hinblick auf die Erkennung suizidaler Gedanken und Verhaltensweisen.²⁶ Eine Besonderheit stellt der Alterungsprozess von PatientInnen in heroingestützter Behandlung dar. So können der im Alter zunehmend heiklere Venenstatus aber auch Tremor oder Sehprobleme die intravenöse Applikation verunmöglichen. Hier stellt sich die Frage nach der Umstellung auf eine andere Darreichungsform und/oder auf ein anderes Substitut. Da misslungene Therapieversuche mit einem peroralen Substitut ein Kriterium für die Aufnahme von opiatabhängigen Menschen in die heroingestützte Behandlung darstellen, sollte man jede Umstellung behutsam angehen, um Rückfälle in den illegalen Drogenkonsum zu vermeiden.

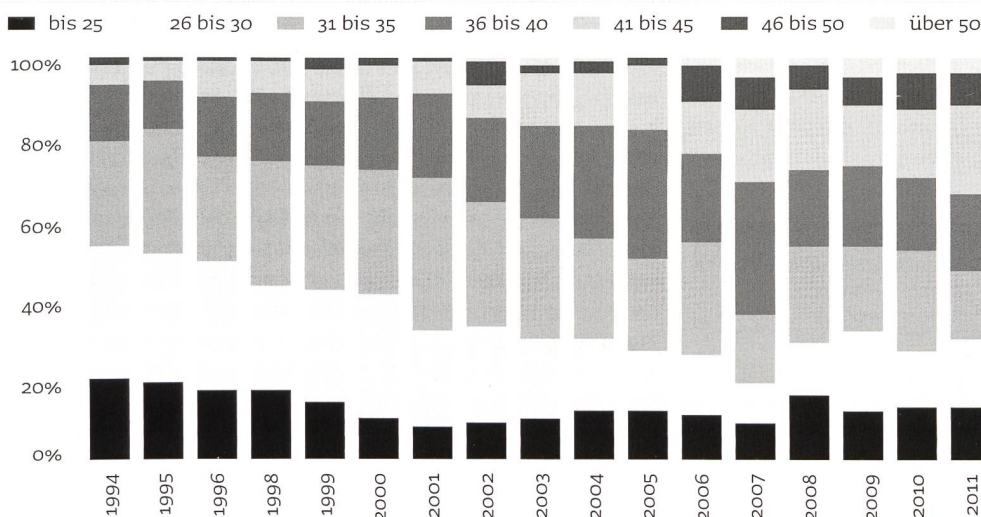


Abb. 2: **Alter der Neueintritte heroingestützte Behandlung, Schweiz.**⁵

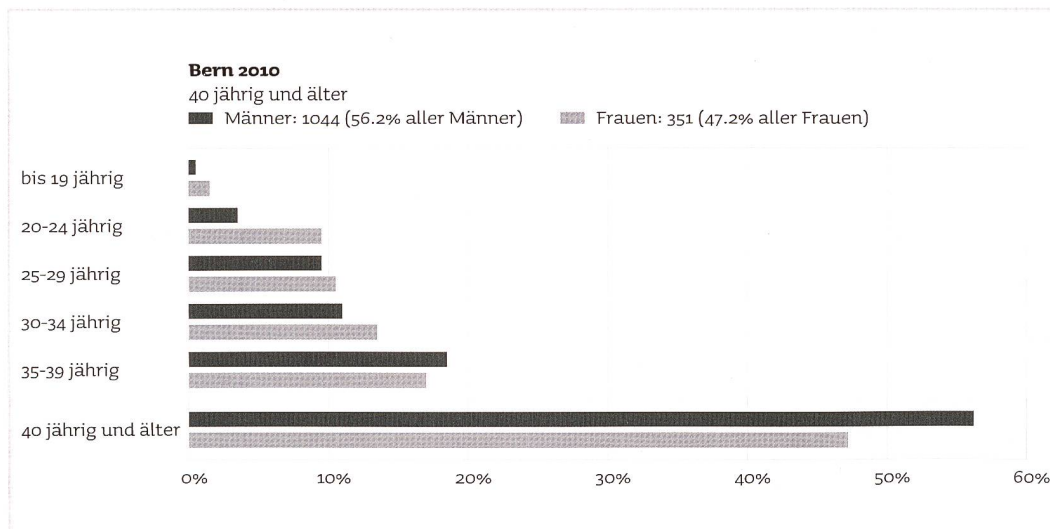


Abb. 3: Methadonbehandlungen nach Alter und Geschlecht, N=2602, Kt. BE, 2010.⁹

Pharmakologische Aspekte

Die im Alter gehäuft auftretenden Beschwerden und Erkrankungen bedingen bei älteren SubstitutionspatientInnen oft eine vielfältige und komplizierte Medikation. Diese ist in Bezug auf Interaktionen bei medikamentösen Kombinationsbehandlungen, die auch das Substitut betreffen, zunehmend schwieriger zu überblicken. Hier empfiehlt sich die Zuhilfenahme einer webbasierten Interaktionssoftware (www.mediq.ch oder www.epocrates.com).²⁷ Mögliche Wechselwirkungen wie auch etwaige altersbedingte Veränderungen der Verstoffwechslung von Medikamenten müssen bei der Substitutionsbehandlung in jedem Fall berücksichtigt werden. Veränderte pharmakologische Bedingungen wie verminderte renale und hepatische Elimination (verminderter First-Pass-Effekt)²⁸ und das durch den niedrigeren Wassergehalt des Körpers im Vergleich zu jüngeren reduzierte Verteilungsvolumen führen bei älteren PatientInnen zu einer stärkeren und längeren Wirkung von einer Reihe von psychoaktiven Medikamenten (u.a. auch von Methadon), aber auch von Alkohol und wahrscheinlich auch von anderen psychotropen Substanzen wie Nikotin. Obwohl Methadon vor allem über die Cytochrom-P450-Enzyme der Leber metabolisiert wird, kann bei einer schweren Leberzirrhose auch eine Dosiserhöhung notwendig werden, da die Speicherung und Freisetzung aus der Leber vermindert sind.²⁹ Bei Opioiden, die wie Morphin vor allem renal ausgeschieden werden, kann auch das reduzierte Gesamtvolumen des gefilterten Primärharns pro Zeiteinheit (glomeruläre Filtrationsrate) zu einer Wirkungsverstärkung führen.³⁰ Dosissteigerungen des Substituts sollten bei älteren PatientInnen in aller Regel langsamer und vorsichtiger erfolgen (start low, go slow). Letztendlich muss aufgrund der zum Teil widersprüchlichen Befunde gelten, dass die Dosis des Substituts individuell und behutsam gefunden werden muss, zumal viele ältere PatientInnen höhere Substitutionsdosen zu bevorzugen scheinen.³¹

Bei manchen PatientInnen kann der Umstand, dass sie neben dem Substitut noch weitere Medikamente einnehmen müssen,

Kanton Bern, Nationale Methadonstatistik, 40-jährig und älter

Jahr	Männer	in %	Frauen	in %	Total	in %
2007	846	45.0	282	28.2	1128	43.1
2008	950	49.1	325	43.2	1275	47.5
2009	977	50.8	335	45.6	1312	49.4
2010	1044	56.2	351	47.2	1395	53.6

Abb. 4: MethadonbezügerInnen, 40-jährig und älter, im Jahresvergleich 2007-2010, Kt. BE.¹⁰

zu Problemen in der korrekten Handhabung der Medikation führen. Generell sind einmal tägliche Gaben von Präparaten anzustreben, die die PatientInnen so wenig wie möglich in ihrer neurokognitiven Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Gemeinsam mit ihnen müssen Vor- und Nachteile der Reduktion oder des Absetzens von kognitiv beeinträchtigenden Medikamenten erwogen werden. Dies gilt auch für die in der Praxis verbreitete Substitution einer begleitenden Benzodiazepinabhängigkeit.³² Die langjährige Einnahme dieser Präparate kann gerade im Alter neurokognitive Einbußen verursachen und die Sturzneigung erhöhen.³³ Diese Einschränkungen sind jedoch bei Abstinenz von Benzodiazepinen zumindest teilweise reversibel.³⁴ Allerdings sind die Auswirkungen von anhaltendem Drogenkonsum auf das alternde Gehirn noch unzureichend untersucht. Es gibt aber Hinweise darauf, dass neurotoxische Effekte, bspw. durch Kokain oder Amphetamine, im Alter stärker ausgeprägt sind.³⁵

Neurokognitive Defizite

Obgleich die Gruppenmittelwerte in den meisten Studien nicht im defizitären Bereich liegen, zeigen viele opiatabhängige PatientInnen bereits frühzeitig neurokognitive Einbußen. Zu den neurokognitiven Auffälligkeiten, die bei ihnen gehäuft festzustellen sind, gehören u.a. Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, Psychomotorik und der exekutiven Funktionen, die für die Verhaltenssteuerung zuständig sind.³⁶ Chronische Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis C können sich negativ auf die Gehirnfunktionen auswirken.³⁷ Der oftmals langjährige Konsum von Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepinen oder Kokain trägt ebenfalls zu diesen Beeinträchtigungen bei.³⁸ Neurokognitive Einbußen können erhebliche Auswirkungen auf die Behandlungsplanung und -führung haben. So mindern defizitäre Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen bspw. auch die Erfolgsaussichten von nicht-pharmakologischen Therapien mit psychoedukativen und kognitiven Schwerpunkten. Nicht selten steht eine geringe Compliance in Zusammenhang mit neurokognitiven Funktionsstörungen, was die Behandlung von opiatabhängigen Menschen erschwert.³⁹ Auf der Beziehungsebene können unerkannte neurokognitive Störungen zudem zu erheblichen Schwierigkeiten und schlimmstenfalls zu Therapieausschlüssen oder -abbrüchen führen. Bei bestehenden neurokognitiven Defiziten stellt sich auch die Frage nach der Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme. Eine Abgabe im Wochendosierer (bei der die Medikamente für die Einnahme nach Tageszeiten und Wochentagen vorbereitet werden) oder der tägliche Bezug der Medikation können in solchen Fällen hilfreich sein. Letzteres bedeutet für viele langjährig stabile PatientInnen jedoch einen Eingriff in ihre autonome Lebensfüh-

rung und sollte deshalb im Vorfeld mit ihnen eingehend erörtert werden.

Aufgrund vorbestehender neurokognitiver Defizite kann die Identifikation einer dementiellen Erkrankung erschwert sein. Allerdings sollte bei neurokognitiver Verschlechterung immer an eine solche Erkrankung gedacht werden, um eine frühzeitige Behandlung einleiten zu können. Bislang ist jedoch noch unklar, welche neuropsychologischen Tests zur Diagnostik bei opiatabhängigen PatientInnen am besten geeignet sind.⁴⁰

Hilfsbedürftigkeit versus Autonomieansprüche

Ein allgemeines Problem in der adäquaten Versorgung älterer substituierter PatientInnen besteht in der zunehmenden Hilfsbedürftigkeit, die den Autonomieansprüchen der Betroffenen meist entgegengesetzt ist. Wie in der Allgemeinbevölkerung ist der Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Eigenständigkeit und steigender Hilfsbedürftigkeit bei SubstitutionspatientInnen mit zunehmendem Alter regelmässig zu beobachten. Der Konflikt manifestiert sich oft verschärft, z. B. aufgrund des dünnen sozialen Netzes, und meist auch deutlich früher. Auf der einen Seite steht der Wunsch, die eigene Autonomie, ohnehin eingeschränkt durch die teilweise rigiden Regeln der Substitutionsbehandlung, zu bewahren. Dies kann sich bspw. im Festhalten an der eigenen Wohnung, an grosszügigen Bezugszeiträumen oder eigener Finanzverwaltung äussern. Darüber hinaus berichten viele PatientInnen von negativen Erfahrungen mit dem Helfersystem, so dass grosse Angst davor besteht, auf andere Menschen angewiesen zu sein. Die hohe Belastung dieser Population mit traumatischen Kindheitserfahrungen und Inkonsistenzerleben im Rahmen der Herkunftsfamilie spielen hierbei wahrscheinlich auch eine wichtige Rolle.⁴¹ Auf der anderen Seite stehen zunehmende körperliche und psychisch-kognitive Veränderungen, die eine Anpassung der Behandlung oder der gesamten Lebenssituation erfordern. Unter Umständen ist ein Übertritt in intensiver betreute Wohnformen nicht vermeidbar. Bei kognitiven Einschränkungen, aber auch bei Verwahrlosung, drängen sich allenfalls auch Massnahmen des Erwachsenenschutzes auf, wie z. B. die Errichtung einer Beistandschaft nach Art. 390 ZGB oder eine fürsorgliche Unterbringung nach Art. 426 ZGB. Das neue Erwachsenenschutzgesetz ist per 01.01.2013 in Kraft getreten;⁴² welche und ob es Auswirkungen auf die Betreuung von älteren substituierten Personen hat, muss sich erst noch zeigen.

Altersgerechte Wohnformen

Adäquate Wohnformen für ältere suchtmittelabhängige Personen sind von zunehmender Bedeutung.⁴³ Eine zentrale Debatte kann unter «Integration versus Separation» zusammengefasst werden: Sollen Suchtmittelabhängige in bestehende Strukturen (Alters-/Pflegeheime) integriert oder sollen spezifische Institutionen für diese Personen geschaffen werden? In der Schweiz sind beide Lösungsansätze zu beobachten.⁴⁴ Um der bestehenden Stigmatisierung sowie einer Ghettoisierung von suchtmittelabhängigen Personen entgegenzuwirken, ist es wünschenswert, wenn sich Alters-/Pflegeheime für diese Klientel öffnen. Damit eine Integration gelingt, sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Die Erarbeitung und Verankerung eines Konzepts für die Pflege und Betreuung dieser Personen lohnt sich. Hierzu gehören Schulungen für das Personal zu Themen wie «Grenzen setzen» oder «eine akzeptierende Grundhaltung gegenüber Suchtmittelabhängigen einnehmen». Zu beachten sind zudem die spezifischen Bedürfnisse von älteren Personen mit einer Opioidabhängigkeit, wie z. B. die Möglichkeit, rauchen oder Cannabis konsumieren zu können, Beikonsum von weiteren illegalen Substanzen, der oftmals veränderte

Tagesrhythmus sowie Respekt und Akzeptanz.⁴⁵ Verschiedene stationäre Einrichtungen schliessen mit den BewohnerInnen Verträge ab, welche die gegenseitigen Rechte und Pflichten – inkl. Umgang mit Konsum – festlegen. Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass die übrigen – nicht suchtmittelabhängigen – BewohnerInnen sowie deren Angehörige entsprechend vorbereitet und informiert werden.⁴⁶ Eng verknüpft mit der Frage nach altersgerechten Wohnformen ist die Frage der Finanzierung, die nicht immer geklärt und je nach Kanton unterschiedlich geregelt ist.⁴⁷ Bei Personen in substitutionsgestützter Behandlung, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, braucht es verschiedene Möglichkeiten von Wohnformen. Diese reichen von selbständigem Wohnen, z. B. unterstützt durch die Spitex, über betreute Wohnformen bis hin zu den Bedürfnissen dieser Gruppe angepassten Plätzen in Alters- und Pflegeheimen. ●

Literatur

- Abrams, R.C./Horowitz, S.V. (1999): Personality disorders after age 50: a meta-analytic review of the literature. P. 55-68 in: E. Rosowsky/R. C. Abrams/ R. Zweig (Eds.), Personality disorders in older adults: emerging issues in diagnosis and treatment. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit BAG (2012): Die Heroingestützte Behandlung / Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) im Jahr 2011. www.tinyurl.com/cj5wu8p, Zugriff 26.01.2013.
- Bates, M.E./Convit, A. (1999): Neuropsychology and neuroimaging of alcohol and drug abuse. P. 342-75 in: A. Caley (Ed.), Neuropsychological functions in psychiatric disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beynon, C.M./Roe, B./Duffy, P./Pickering, L. (2009): Self reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. BMC Geriatrics 9: 45.
- Beynon, C./McVeigh, J./Hurst, A./Marr, A. (2010): Older and sicker: Changing mortality of drug users in treatment in the North West of England. International Journal on Drug Policy 21(5): 429-1.
- Broner, R.K./King, V.L./Kidorf, M./Schmidt, C.W. Jr./Bigelow, G.E. (1997): Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Archives of General Psychiatry 54(1): 71-80.
- Callaly, T./Trauer, T./Munro, L./Whelan, G. (2001): Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 35(5): 601-5.
- Chalupny, H. (2010): Dank euch werden wir alt, aber wo sollen wir leben? Über pflegebedürftige Drogenkonsumierende in Langzeitinstitutionen. Diplomarbeit zum Erwerb des Bachelor-Diploms. Berner Fachhochschule Soziale Arbeit.
- Copersino, M.L./Fals-Stewart, W./Fitzmaurice, G./Schretlen, D. J./Sokoloff, J./Weiss, R.D. (2009): Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. Experimental and Clinical Psychopharmacology 17(5): 337-44.
- Davies, G./Kingswood, C./Street, M. (1996): Pharmacokinetics of opioids in renal dysfunction. Clinical Pharmacokinetics 31(6): 410-22.
- Dowling, G.J./Weiss, S.R./Condon, T.P. (2008): Drugs of abuse and the aging brain. Neuropsychopharmacology 33(2): 209-18.
- Dube, S. R./Felitti, V.J./Dong, M./Chapman, D.P./Giles, W.H./Anda, R.F. (2003): Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. Pediatrics 111(3): 564-72.
- Dürsteler-MacFarland, K.M./Herot Cereghetti, K./Wiesbeck, G.A. (2005): Neurocognitive impairment: an underdiagnosed comorbid entity in the treatment of substance use disorders? p. 115-36 in: R. Stohler/W. Rössler (Eds.), Dual diagnosis – the evolving conceptual framework. Basel: Karger.
- Dürsteler-MacFarland, K.M./Kowalewski, R./Bloch, N./Wiesbeck, G.A./Kraenzlin, M.E./Stohler, R. (2011): Patients on injectable diacetylmorphine maintenance have low bone mass. Drug and Alcohol Review 30(6): 577-82.
- Ersche, K.D./Jones, P.S./Williams, G.B./Robbins, T.W./Bullmore, E.T. (2013): Cocaine dependence: a fast-track for brain ageing? Molecular Psychiatry 18(2): 134-5.
- Fareed, A./Casarella, J./Amar, R./Vayalapalli, S./Drexler, K. (2009): Benefits of retention in methadone maintenance and chronic medical conditions as risk factors for premature death among older heroin addicts. J Psychiatr Pract 15(3): 227-34.
- Firoz, S./Carlson, G. (2004): Characteristics and treatment outcome of older methadone-maintenance patients. American Journal of Geriatric Psychiatry 12(5): 539-41.
- Goldberg, R.J./Grabowski, R. (2003): Methadone maintenance: its future in skilled nursing facilities. Journal of the American Medical Directors

- Association 4(2): 98-100.
- Gonzalez, R./Cherner, M. (2008): Co-factors in HIV neurobehavioural disturbances: substance abuse, hepatitis C and aging. *International Review of Psychiatry* 20(1): 49-60.
- Hilckmann, M. (2011): Wohn- und Pflegegemeinschaften für ältere Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS: Modellprojekt am Beispiel von «ZIK – zuhause im Kiez» in Berlin. In: Vogt, I. (Hg.): *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Hser, Y.I./Gelberg, L./Hoffman, V./Grella, C. E./McCarthy, W./Anglin, M.D. (2004): Health conditions among aging narcotics addicts: medical examination results. *Journal of Behavioral Medicine* 27(6): p. 607-22.
- Kim, T.W./Alford, D.P./Malabanan, A./Holick, M.F./Samet, J.H. (2006): Low bone density in patients receiving methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 85(3): 258-62.
- Liebrenz, M./Boesch, L./Stohler, R./Cafilisch, C. (2010): Agonist substitution-a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction* 105(11):1870-4.
- Lofwall, M.R./Brooner, R.K./Bigelow, G.E./Kindbom, K./Strain, E.C. (2005): Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28(3): 265-72.
- Morse, J.Q./Lynch, T.R. (2000): Personality disorders in late life. *Current Psychiatry Reports* 2(1): 24-31.
- Paterniti, S./Dufouil, C./Alperovitch, A. (2002): Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 22(3): 285-93.
- Rajaratnam, R./Sivesind, D./Todman, M./Roane, D./Seewald, R. (2009): The aging methadone maintenance patient: treatment adjustment, long-term success, and quality of life. *Journal of Opioid Management* 5(1): 27-37.
- Reece, A.S. (2010): Chronic immune stimulation as a contributing cause of chronic disease in opiate addiction including multi-system ageing. *Medical Hypotheses* 75(6): 613-9.
- Rosen, D./Smith, M.L./Reynolds, C.F.3rd (2008): The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 16(6): 488-97.
- SSAM - Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2012): Medizinische Empfehlungen für substituionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012. <http://tinyurl.com/cyyortv>, Zugriff 13.12.2012.
- Smith, H./Passik, S. (2008): *Pain and Chemical Dependency*. Oxford: University Press.
- Soyka, M./Apelt, S.M./Wittchen, H.U. (2006): Insufficient involvement of psychiatrists in substitution treatment. *Nervenarzt* 77(11): 1368-72.
- Stewart, S.A. (2005): The effects of benzodiazepines on cognition. *Journal of Clinical Psychiatry* 66(Suppl 2): 9-13.
- Tegeder, I./Lötsch, J./Geisslinger, G. (1999): Pharmacokinetics of opioids in liver disease. *Clinical Pharmacokinetics* 37(1):17-40.
- Teichner, G./Horner, M. D./Roitzsch, J. C./Herron, J./Thevos, A. (2002): Substance abuse treatment outcomes for cognitively impaired and intact outpatients. *Addictive Behavior*, 27(5): 751-63.
- Vestergaard, P./Rejnmark, L./Mosekilde, L. (2006): Fracture risk associated with the use of morphine and opiates. *Journal of Internal Medicine* 260(1): 76-87.
- Vogt, I. (Hg.) (2011): *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Weiner, D.K./Hanlon, J.T./Studenski, S. A. (1998): Effects of central nervous system polypharmacy on falls liability in community-dwelling elderly. *Gerontology* 44(4): 217-21.
- Woods, S.P./Moore, D.J./Weber, E./Grant, I. (2009): Cognitive neuropsychology of HIV-associated neurocognitive disorders. *Neuropsychology Review* 19(2): 152-68.
- Woolcott, J.C./Richardson, K.J./Wiens, M.O./Patel, B./Marin, J./Khan, K.M., et al. (2009): Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Archives of Internal Medicine* 169(21): 1952-60.
- Yucel, M./Lubman, D.I./Solowij, N./Brewer, W. J. (2007): Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41(12): 957-68.
- 6 Ebd.
- 7 Die definitiven Zahlen per 2011 liegen noch nicht vor, Ende 2010 befanden sich gemäss der Nationalen Methadonstatistik 18'101 Personen in Behandlung. Rund 90% der PatientInnen werden mit Methadon substituiert, die restlichen Behandlungen werden mit Buprenorphin, Morphin oder Codein durchgeführt. Die HeGeBe machen 8% sämtlicher Substitutionsbehandlungen in der Schweiz aus. Derzeit erlaubt die nationale Methadonstatistik keine genauen Angaben darüber, wie häufig Methadon, Buprenorphin oder weitere Substitutionsmedikamente verschrieben werden.
- 8 Die Einführung einer neuen Software zur Erhebung von Daten für die Methadonstatistik ist geplant; damit soll auch eine bessere Differenzierung nach Alter erfolgen (persönliche Kommunikation von Urs Künzi, im Auftrag des BAG zuständig für die nationale Methadonstatistik, Dezember 2012).
- 9 Vgl. BAG Die nationale Methadonstatistik (N=2602), <http://tinyurl.com/dyzkrjy>
- 10 Ebd.
- 11 Vgl. Lofwall et al. 2005; Rajaratnam et al. 2009; Rosen et al. 2008.
- 12 Vgl. Beynon et al. 2009; Fareed et al 2009; Hser et al 2004.
- 13 Vgl. Reece 2010.
- 14 Vgl. Ebd.
- 15 Vgl. Lofwall et al. 2005; Firoz/Carlson 2004.
- 16 Vgl. Beynon et al. 2010.
- 17 Vgl. Rosen et al. 2008.
- 18 Vgl. Rajaratnam et al. 2009.
- 19 Vgl. Kim et al. 2006; Weiner et al. 1998.
- 20 Vgl. Vestergaard et al. 2006.
- 21 Vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011; Kim et al. 2006.
- 22 Vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011.
- 23 Vgl. Brooner et al. 1997; Callaly et al. 2001.
- 24 Vgl. Morse/Lynch 2000; Rosen et al. 2008.
- 25 Vgl. Abrams/Horowitz 1999; Morse/Lynch 2000.
- 26 Vgl. Soyka et al. 2006.
- 27 Die Nutzung von webbasierten Interaktionsprogrammen ermöglicht ÄrztInnen, das Interaktionspotential von medikamentösen Kombinationsbehandlungen einzuschätzen.
- 28 Vgl. Tegeder et al. 1999.
- 29 Vgl. Smith/Passik 2008.
- 30 Vgl. Davies et al. 1996.
- 31 Vgl. Goldberg/Grabowski 2003.
- 32 Vgl. Liebrenz et al. 2010.
- 33 Vgl. Paterniti et al. 2002; Woolcott et al. 2009.
- 34 Vgl. Stewart 2005.
- 35 Vgl. Dowling et al. 2008; Ersche et al. 2013.
- 36 Vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2005; Yucel et al. 2007.
- 37 Vgl. Gonzalez/Cherner 2008; Woods et al. 2009.
- 38 Vgl. Bates/Convit 1999; Ersche et al. 2012.
- 39 Vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2005; Teichner et al. 2002.
- 40 Vgl. Copersino et al. 2009.
- 41 Vgl. Dube et al. 2003.
- 42 Vgl. hierzu die Ausführungen des Bundesamtes für Justiz zur Revision des Vormundschaftsrechts www.tinyurl.com/coa6t6c6, sowie die neuen Bestimmungen www.admin.ch/ch/d/as/2011/725.pdf, Zugriff 06.12.2012.
- 43 Mehrere Arbeiten haben sich mit der Frage nach adäquaten Wohnformen für ältere Personen in substituionsgestützter Behandlung befasst: Vgl. Vogt 2011; Chalupny 2010. Auch die «Wohnkonferenz Region Bern» hat anlässlich einer Veranstaltung ein Papier «WOK-Forum vom 21.03.2012 zum Thema «Altern von Suchtmittelabhängigen», Pflegebedürftigkeit, intensive Begleitung, Platzierungsschwierigkeiten?» erarbeitet. Vgl. www.tinyurl.com/cpubadu, sowie www.wohnmkonferenz.ch, Zugriff, 06.12.2012.
- 44 Der Kanton Bern befürwortet bspw. die Integration in bestehende Strukturen und unterstützt die hierzu notwendigen Anpassungen. Es gibt jedoch auch einige spezifische für diese Klientel ausgerichtete Strukturen (z.B. Sune-Egge in Zürich). In Deutschland scheint eher eine Tendenz zur Schaffung von separaten Strukturen zu bestehen. Vgl. Vogt 2011; Hilckmann 2011.
- 45 Vgl. Chalupny 2010: 27f.; 31-34.
- 46 Weitere Aspekte siehe das Papier der «Wohnkonferenz Region Bern». Vgl. Endnote 43.
- 47 Die Finanzierung der Substitutionsbehandlung einerseits und der stationären Unterbringung sowie Pflege andererseits ist unterschiedlich geregelt, ein Überblick fehlt. Teilweise festgelegte Vollpauschalen für IV-Plätze sind bei PatientInnen mit vielen und/oder teuren Medikamenten (HIV/Hepatitis, Karzinome etc.) zu tief, die «Rendite» zu niedrig. Vgl. Papier der Wohnkonferenz Region Bern, Endnote 43. Auf diesen Punkt wird auch bei Chalupny 2010: 27, hingewiesen; die stationäre Platzierung von HIV-positiven Personen sei schwierig, wenn Alters-/Pflegeheime mit den Krankenkassen über eine Vollpauschale abrechnen, da die Kosten mit der Pauschale nicht gedeckt werden können.

Endnoten

- 1 www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629, Zugriff 23.11.2012. Weitere rund 1'100 Personen befinden sich in stationären Therapien.
- 2 Vgl. SSAM 2012. Siehe dort betreffend Verwendung weiterer Medikamente für die Substitutionsbehandlung.
- 3 Vgl. BAG 2012. Die Heroingestützte Behandlung / Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) im Jahr 2011, Juni 2012.
- 4 Die nötigen Angaben und die Tabellen wurden durch das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF zur Verfügung gestellt, 2012. Die Zahl der HeGeBe-Fälle liegt seit 2002 stabil bei etwa 1500.
- 5 Ebd.