Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 36 (2010)
Heft: 3

Artikel: Substitutionsbehandlungen kommen in die Jahre - die PatientInnen auch

Autor: Dürsteler-MacFarland, Kenneth M. / Vogel, Marc

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800211

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 31.12.2025

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

Substitutionsbehandlungen kommen in die Jahre – die PatientInnen auch

Aufgrund des Erfolges von Substitutionsbehandlungen zeichnet sich zukünftig eine deutliche Zunahme älterer opioidsubstituierter PatientInnen ab. Bisher fehlen wissenschaftliche Daten zur bedürfnisgerechten Behandlung dieser PatientInnen. Vielerorts bestehen Mängel und Widerstände im Versorgungssystem, die auch anhand eines Fallbeispiels veranschaulicht werden.

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland
lic. phil., klinischer Psychologe; Abhängigkeitsbereich, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Wilhelm Klein-Str. 27, CH-4025 Basel, Tel. +41 (0)61 325 51 25, sowie Forschungsgruppe Substanzstörungen, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, kenneth.duersteler@upkbs.ch

Marc Vogel
Dr. med., Abteilungsarzt, Abhängigkeitsbereich, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Wilhelm Klein-Str. 27, CH-4025 Basel, Tel. +41 (0)61 325 53 65, marc.vogel@upkbs.ch

Einleitung

Die Opiatabhängigkeit ist eine schwere, chronisch verlaufende Erkrankung, die mit einer Vielzahl von gesundheitlichen und sozialen Risiken einhergeht und eine angemessene Langzeitbehandlung erfordert.[1,2] Auf der Grundlage jahrzehntelanger Forschung gelten Substitutionsbehandlungen mit Methadon oder anderen geeigneten Opioiden (z.B. Buprenorphin, retardiertes Morphin) heute als Therapie der ersten Wahl.[3,4] Im Idealfall handelt es sich um eine zeitlich unbeschränkte und umfassende medizinische Behandlung mit psychosozialer Betreuung, bei der opiatabhängigen Menschen ein Substitutionsmedikament in ausreichender Dosierung verschrieben wird. Substitutionsbehandlungen sind wirksam, kosteneffektiv und gut verträglich; sie gehören zu den wissenschaftlich am besten untersuchten Therapien überhaupt.[5,6] Bei adäquater Dosierung und regelmässiger Einnahme des Substituts wird das Auftreten von Entzugssymptomen verhindert, das Verlangen nach Heroin und anderen Opiaten gestillt und deren belohnende Wirkung blockiert.[7] Darüber hinaus werden durch die Behandlung gesundheitliche und soziale Risiken, die der illegale Opiatkonsum und dessen Begleitumstände mit sich bringen, vermindert.[8,9]

Demografische Entwicklung substituierter Populationen

Seit der Einführung der Opioid-Substitutionsbehandlung Mitte der 1960er Jahre haben weltweit Hunderttausende von opiatabhängigen PatientInnen von dieser profitiert. Während heute eine neue Generation von opiatabhängigen Menschen erstmals in eine Substitutionsbehandlung eintritt, nimmt die Gruppe der langjährig behandelten *älteren* PatientInnen stetig zu.[10] Dies ist grösstenteils dem Erfolg von Substitutionstherapien zuzuschreiben, die opiatabhängige PatientInnen langfristig in Behandlung zu halten vermögen und deren Lebenserwartung positiv beeinflussen – trotz der häufig komplexen komorbiden Problemlage.[11,12,13]

Das Phänomen von alternden Populationen in Substitutionsbehandlung wurde erst in den letzten Jahren bemerkt. So weisen Daten aus dem mit über 8'000 PatientInnen grössten Methadonprogramm der USA, dem *Beth Israel Healthcare System* in New York City, auf dramatische Trends in der Entwicklung zwischen 1975 und 2002 hin.[14] Der Anteil von über 50-jährigen PatientInnen stieg während dieser 27 Jahre deutlich und machte 2002 über ein Drittel (35,3%) der Population aus. Knapp 6,5% waren 60 Jahre oder älter. Im gleichen Zeitraum nahm der Anteil von PatientInnen, die 39 Jahre oder jünger waren, kontinuierlich ab. Vergleichbare Zahlen finden sich auch in vielen anderen US-amerikanischen Substitutionskliniken,[15] wobei zwischen den verschiedenen Zentren eine grosse Variabilität besteht.[16]

Was das Älterwerden der opioidsubstituierten Population angeht, zeichnen sich hierzulande ähnliche Trends ab, wenngleich zeitlich verzögert.[17] So zeigen Trendanalysen des baselstädtischen Methadonregisters, dass sich der Anteil der über 50-jährigen PatientInnen zwischen 1996 und 2003 verzehnfachte, während derjenige der unter 30-jährigen von 52% auf 13% sank.[18] Abbildung 1 veranschaulicht diese «Alterung» am Beispiel des Substitutionskollektivs des *Ambulanten Dienst Sucht ADS* der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. Der ADS behandelt vorwiegend schwer betroffene PatientInnen mit Störungen durch illegale psychotrope Substanzen, die aufgrund ihrer komplexen Problemlagen in privaten Praxen nur schwer zu betreuen sind. Zu diesen gehören v.a. Menschen mit Mehrfachdiagnosen und erheblichen sozialen Defiziten.

Substitutionsbehandlung im Alter

Das Älterwerden ist ein vielschichtiger Prozess. Er umfasst biologische, soziale, emotionale und oft auch finanzielle Veränderungen, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen nachhaltig beeinträchtigen können. PatientInnen in Substitutionsbehandlung bilden da keine Ausnahme. Im Gegenteil, ein beträchtlicher Teil wirkt infolge des häufig langjährigen Opiatkonsums und des damit assoziierten Lebensstils vorgealtert und leidet frühzeitig an chronischen Erkrankungen und Invalidität.[19,20] Hinzu gesellen sich häufig psychosoziale Probleme wie ausgedünnte familiäre und freundschaftliche Beziehungsnetze sowie mangelnde sozioökonomische Ressourcen und Sicherheiten. Bis anhin existieren jedoch nur vereinzelte wissenschaftliche Studien, die sich mit den spezifischen Problemen und Bedürfnissen von älteren PatientInnen in Substitutionsbehandlung befassen. In Folge dessen sind noch immer viele Fragen zum Älterwerden von substituierten PatientInnen und zur adäquaten medizinischen Versorgung ungeklärt (vgl. auch Tab. 1).

Grundsätzliche Haltung

Vom medizinischen Standpunkt aus sollten ältere SubstitutionspatientInnen, wie alle anderen Personen auch, entsprechend ihrem Alter behandelt werden, d.h. das Substitut sollte vorbehaltlos als Medikament für das Wohlergehen dieser PatientInnen betrachtet werden. Behandlungsvoraussetzung ist eine von Respekt getragene professionelle Haltung. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass viele PatientInnen aufgrund ihrer Abhängigkeit negative Erfahrungen mit dem Medizinalsystem gemacht haben. Zudem wirken sich vorhandene gesellschaftliche Vorurteile auch im Alter häufig negativ für sie aus.[21]

Komorbidität

Mit der deutlich verbesserten Lebenserwartung geht eine Zunahme der Begleiterkrankungen (Komorbidität) einher.[22,23,24] Körperliche Erkrankungen setzen bei den häufig vorgealterten opiatabhängigen PatientInnen oft früher ein als bei nicht abhängigen Altersgenossen. Hier sind in erster Linie Störungen wie Arthritis, Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Osteoporose, aber auch Erkrankungen der Leber oder der Nieren zu nennen.[25,26,27] Daneben bestehen häufig chronische Folgen des intravenösen Substanzkonsums wie HIV, Hepatitis C, Insuffizienz der Beinvenen, postthrombotisches Syndrom, Herzklappenfehler oder Schlaganfälle.[28,29] Gerade bei anhaltendem Substanzkonsum ist von einer erheblichen Zunahme des im Alter generell erhöhten Sturzrisikos mit der Gefahr von Frakturen auszugehen, so dass frühzeitig eine Versorgung mit Gehhilfen, z.B. einem Rollator, erfolgen sollte.

Chronische psychiatrische Störungen, an denen opiatabhängige Menschen überdurchschnittlich häufig leiden,[30] «verebben» nicht im Laufe des Lebens, sondern bestehen auch in höherem Lebensalter fort.[31] Neben Angststörungen und affektiven Störungen wie Depressionen sind hier vor allem Persönlichkeitsstörungen zu nennen, die den Beziehungsaufbau auch im Alter deutlich erschweren können.[32,33] Natürlich können auch im Alter psychiatrische Störungen wie affektive Erkrankungen erstmalig auftreten.

Neurokognitive Defizite

Viele opiatabhängige PatientInnen leiden frühzeitig an neurokognitiven Einschränkungen wie Störungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit oder der planerischen Funktionen.[34] Dieses Problem wird noch verschärft durch die Folgen des häufigen langjährigen Konsums von Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepinen und Kokain.[35] Daneben können sich auch chronische Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis C schädigend auf das Gehirn auswirken.[36] Auch ohne die Entwicklung einer Demenzerkrankung im engeren Sinne haben diese Defizite oft erhebliche Auswirkungen auf die Behandlungsführung. Insbesondere stellt sich die Frage nach der Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme, gerade auch des Substituts. Eine Abgabe im Wochendosett oder täglicher Bezug der Medikation können in solchen Fällen angezeigt sein. Auch bei neuropsychologisch unauffälligen PatientInnen führt der Umstand, dass sie neben dem Substitut noch eine Vielzahl anderer Medikamente einnehmen müssen, häufig zu Problemen in der korrekten Handhabung der Medikation. Generell sind Präparate anzustreben, die die PatientInnen so wenig wie möglich in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Gemeinsam mit den PatientInnen müssen Vor- und Nachteile von Reduktion oder Absetzen solcher Medikamente erwogen werden. Dies gilt auch für den Fall der Substitution einer begleitenden Benzodiazepinabhängigkeit. Die langjährige Einnahme dieser Präparate kann neurokognitive Einbussen verursachen. Häufig sind diese Einschränkungen jedoch bei Abstinenz von Benzodiazepinen zumindest teilweise reversibel.[37] Das Erkennen von Symptomen einer dementiellen Erkrankung kann aufgrund vorbestehender neurokognitiver Defizite erschwert sein. Um eine frühzeitige Behandlung einleiten zu können, muss bei neurokognitiver Verschlechterung jedoch auch immer an eine solche Erkrankung gedacht werden.

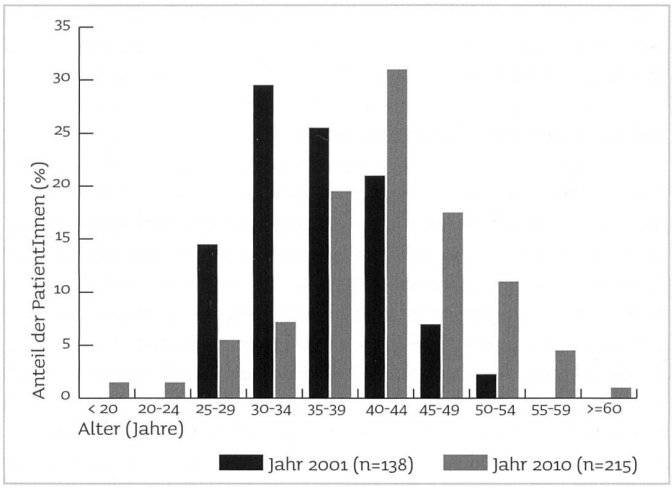


Abb. 1: **Altersentwicklung der substituierten PatientInnen des Ambulanten Dienst Sucht Basel; Kollektiv Dezember 2001 versus Kollektiv April 2010. Die Population ist in diesem Zeitraum deutlich älter geworden; 2001 lag das Durchschnittsalter bei 36,1 Jahren, 2010 bei 42,1 Jahren**

Medikation

Die gehäuften Komorbiditäten führen bei älteren PatientInnen in Substitutionsbehandlung oft zu einer komplexen und umfangreichen Medikation, deren Wechselwirkungen auch in Bezug auf das Substitut zum Teil kaum noch kontrollierbar sind. Mögliche Interaktionen wie auch etwaige altersbedingte Veränderungen der Verstoffwechselung von Medikamenten müssen berücksichtigt werden. Hierbei können Internetportale wie www.mediq.ch hilfreich sein. Auch die Dosierung des Substituts muss gegebenenfalls angepasst werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Abbau und Ausscheidung durch eine eingeschränkte Funktion von Leber oder Niere beeinträchtigt werden. Andererseits kann auch eine kurz- oder längerfristige Dosissteigerung nötig werden, z.B. bei der Verschreibung von Medikamenten, die die Verstoffwechselung des Substituts beschleunigen.[38,39,40]

Ärztliche Versorgung und institutionelle Vernetzung

Etwa 60% der Substitutionsbehandlungen in der Schweiz werden in Praxen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen durchgeführt.[41] Obwohl hierunter auch viele HausärztInnen sind, befindet sich ein beträchtlicher Anteil der opioidsubstituierten PatientInnen nicht in hausärztlicher Behandlung. Diese Funktion wird zum Teil von den behandelnden SuchtmedizinerInnen übernommen. Da die körperlichen Probleme und Erkrankungen mit zunehmendem Alter jedoch immer komplexer werden, ist die Anbindung der PatientInnen an die hausärztliche Versorgung von zentraler Wichtigkeit. Aus den gleichen Gründen gewinnt die Vernetzung der verschiedenen Behandlungs- und Beratungsstellen, die für den Erfolg einer Substitutionsbehandlung generell unerlässlich ist, weiter an Bedeutung.

Immobilität und Pflegebedürftigkeit

Bei zunehmender Immobilität und Pflegebedürftigkeit der PatientInnen müssen die verschiedenen Behandlungs- und Unterstützungsangebote zudem flexibel genutzt werden können. Beispielsweise sind die Regelungen der Mitgabe in Basel noch vergleichsweise rigide. So darf im Normalfall maximal eine Wochendosis ausgehändigt werden. Erfahrungen aus den USA zeigen jedoch, dass auch Mitgaben für längere Zeitintervalle bei geeigneten PatientInnen sicher sind.[42]

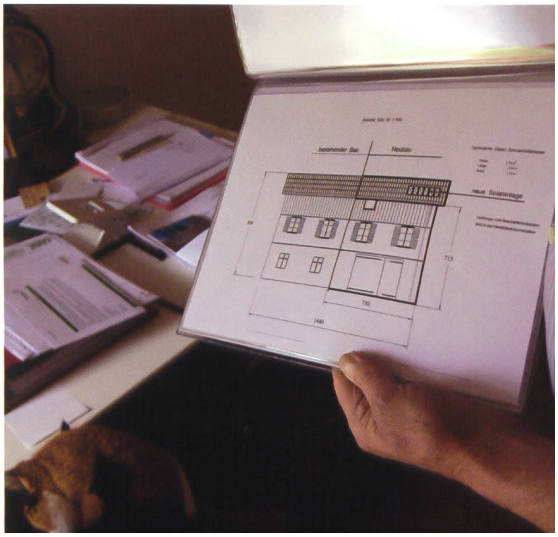
Gemeinnützige Fahrdienste können den PatientInnen ermöglichen, die Abgabestelle auch bei eingeschränkter Mobilität noch zu erreichen. Daneben sind auch Modelle mit aufsuchender Pflege durch die Abgabestelle selber oder häusliche Pflegedienste wie die Spitex denk-

Wenn **Urs Kradolfer** (67) von seinem bisherigen Leben erzählt, dann passen seine Schilderungen so gar nicht zum Klischee, das man vom Werdegang eines Menschen mit Alkoholproblem hat.
Er sei in gesicherten Verhältnissen aufgewachsen, so Kradolfer, und habe eine schöne Kindheit gehabt. Schon früh begann er sich für Leichtathletik zu interessieren. Als junger Mann startete er bei Wettkämpfen zusammen mit Sportlern, deren Namen auch heute noch Gewicht haben. Unter anderem sei er, so Kradolfer, zusammen mit demjenigen gelaufen, der als erster die 100 Meter in 10 Sekunden schaffte. Auch beim Militär brachte Kradolfer Leistung, diente bei den Grenadieren: «Wir waren so was wie die Eliteeinheit.» Und beruflich hatte Kradolfer ebenso Erfolg, arbeitet als Techniker beim Strassen- und Tiefbau.
Die ersten Probleme mit dem Alkohol liegen nun schon etwa 40 Jahre zurück. Damals habe er einen «persönlichen Schicksalsschlag» erlitten, so Kradolfer. Was genau ihm wiederfuhr, das möchte er nicht gedruckt sehen. Kradolfer trank, um seine Probleme «zuzudecken»: «Dabei schmeckte mir der Alkohol nicht einmal, hat mir nie geschmeckt.»
Damals normalisierte sich der Alkoholkonsum wieder, doch viele Jahre später sorgten Beziehungsprobleme und der Verlust der Arbeit im Alter von 58 Jahren für einen Rückfall in das alte Verhalten: «Gerade die Arbeitslosigkeit hat grausam an meinem Ego gekratzt und in dem Alter ist es ja nicht leicht, wieder etwas zu finden. Ich habe dann ganz bewusst getrunken, um meine Probleme zu verdrängen. Ich wollte mich besser fühlen, die schlechten Gedanken loswerden.»
Der Konsum geriet ausser Kontrolle. Man werde «dünnhäutig» so Kradolfer, immer kleinere Anlässe hätten ausgereicht, um die Hilfe des Alkohols zu suchen.

Es war die Familie, der Kradolfers Probleme zuerst auffielen: «Ich habe zwar nicht in der Öffentlichkeit getrunken, aber irgendwann merkt das Umfeld doch etwas.» Nach einem Auf und Ab von Phasen der Abstinenz und Rückfällen verbrachte Kradolfer Anfang 2006 drei Wochen in einer Entzugsklinik: «Ich war erleichtert, als ich gehen konnte, es war eine gute Zeit.» In der Klinik und während der nachfolgenden Betreuung durch eine Suchtberatungsstelle habe er, so Kradolfer, das «Sprechen gelernt»: «Vorher habe ich meine Probleme im Alkohol ertränkt, jetzt konnte ich über sie reden. Ich habe ja immer ein erfolgreiches Leben geführt, da passt es nicht rein, wenn man Schwierigkeiten hat, wenn es einem schlecht geht.»
Eine grosse Hilfe sei ihm seine jetzige Lebensgefährtin gewesen, die er vor rund acht Jahren kennen lernte. Anfangs wusste sie nichts von seinem Alkoholproblem, als sie es bemerkte, «da hat diese wunderbare Frau trotzdem zu mir gehalten. Sie hätte auch einfach gehen können, das Haus gehört ihr.»
Urs Kradolfer besucht regelmässig eine Suchtberatungsstelle und nimmt Antabus. Sehnsucht nach Alkohol hat er nicht: «Es hilft bestimmt, dass er mir nie geschmeckt hat. Ich habe ja immer mit einem bestimmten Ziel getrunken.»

Das Haus, in dem Kradolfer zusammen mit seiner Lebensgefährtin wohnt, liegt in ländlicher Gegend. Kradolfer mag die Landschaft, das Paar unternimmt lange Wandertouren mit dem Hund. Viele Nachbarn und Bekannte wissen über das Alkoholproblem Bescheid: «Ich verstecke mich nicht, ich gehe offen mit meiner Geschichte um.»
Diese Offenheit ermögliche ihm, so Kradolfer, letztlich eine weniger verkrampfte Teilhabe am sozialen Leben. Treffen mit Bekannten, auch Treffen bei denen die anderen Alkohol trinken, sind kein Problem, ebenso wenig der Besuch des örtlichen Wirtshauses: «Im Ochsen wissen sie schon Bescheid, wissen dass für mich was Alkoholfreies da sein muss, da stellt mir keiner einen Schnaps hin.»

Obwohl seit zwei Jahren im Ruhestand, übernimmt Urs Kradolfer noch ab und zu kleinere Aufträge für Bauzeichnungen: «Aber das sind nur Gefälligkeiten für Bekannte.» Nach der zweijährigen Phase der Arbeitslosigkeit fand Kradolfer wieder eine Anstellung und arbeitete noch fünf Jahre.
Der Abschied in den Ruhestand sei ihm nicht schwergefallen: «Ich geniesse mein momentanes Leben, treibe Sport, bin viel unterwegs.»Er sei, so Kradolfer, glücklich darüber, dass der Alkohol bei ihm keine körperlichen Schäden hinterliess: «Manchen sieht man es ja schon am Gesicht an, dass sie trinken oder getrunken haben. Ich bin froh, dass es bei mir nicht so ist.»



bar. Aus Ressourcengründen wird die aufsuchende Behandlung in unserem Dienst bisher nur vorübergehend bei akuten Erkrankungen der PatientInnen eingesetzt. Aus den Niederlanden stammt die Idee von spezialisierten Altenheimen für alternde Abhängige. Diese dürften allerdings nicht zu einer Entstigmatisierung von substituierten PatientInnen beitragen.[43] In Basel wurden im Jahr 2009 mit dem Sternenhof zwei spezialisierte Wohngruppen für diese Klientel etabliert. Hier sind allerdings nicht nur opiatabhängige Menschen untergebracht. Oft sind die noch langen Wartezeiten auf einen freien Platz jedoch ein Hindernisgrund für eine erfolgreiche Platzierung. Daher erscheint die «dezentrale» Unterbringung in herkömmlichen Pflegeheimen viel versprechender. Vorurteile müssen auf Seiten des Pflegepersonals und der MitbewohnerInnen, aber auch bei den PatientInnen abgebaut werden. Daneben muss das Personal für den Umgang mit abhängigen Menschen und spezifische Aspekte der Substitutionsbehandlung geschult werden, um Berührungsängste abzubauen und eine gleich bleibend hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass ältere opiatabhängige PatientInnen sich letztendlich erfolgreich in einem solchen Setting integrieren können. Oft stellt jedoch der Rollenwechsel vom «Senior» in der Drogenszene zum «Junior» im Pflegeheim die PatientInnen vor Probleme.

Fallbeispiel

Fr. H., 66 Jahre alt, begann anfangs der 1970er Jahre mit dem intravenösen Konsum von Amphetaminen, Heroin und Morphin. Nach ersten psychiatrischen Hospitalisationen und einem Jahr in der Besserungsanstalt Hindelbank erfolgte 1978 die IV-Berentung. Die Patientin wurde in der Folge in einer psychiatrischen Ambulanz betreut. Während dieser Zeit wurden eine paranoide Schizophrenie sowie eine fortgeschrittene Syphilis diagnostiziert, die sich bereits auf das zentrale Nervensystem ausgewirkt hatte, aber erfolgreich behandelt werden konnte. Von 1983 bis 2000 lebte Fr. H. in einer stabilen Partnerschaft und nahm eine ambulante psychiatrische Behandlung wahr. In dieser Zeit gelang es ihr, heroinabstinent zu leben, jedoch nahm sie weiterhin Cannabis und regelmässig auch Codein in höheren Mengen zu sich. Nach dem Tod des langjährigen Partners begann sie erneut mit dem Konsum von Heroin, Kokain und Amphetaminen, der rasch zu einer Dekompensation und erneuten psychiatrischen Hospitalisationen führte. Seit dem Jahr 2001 befand sich Fr. H. nun in opioidgestützter Behandlung in unserem Dienst.
Während die Schizophrenie medikamentös gut therapiert werden konnte, litt die Patientin immer wieder unter körperlichen Beschwerden wie Atemnot oder Krampfanfällen, deren weitere Abklärung und Behandlung durch SpezialistInnen sie jedoch meist ablehnte. Aufgrund von chronischen Schmerzen musste das Substitut von Methadon auf langwirksames Morphin umgestellt werden. Hierunter kam es weiterhin zu gelegentlichem Konsum von Heroin und Kokain. Im Verlauf zeigten sich die neurokognitiven Fähigkeiten der Patientin in zunehmenden Mass beeinträchtigt. So hatte sie häufig Schwierigkeiten, ihre Medikation selbstständig in verordneter Form einzunehmen, und die Abgabe musste im Dosett erfolgen.
In der Folge nahm die Gehfähigkeit von Fr. H. deutlich ab und es kam zu wiederholten Stürzen, auch als sie in unserer Abgabestelle ihre Medikamente bezog. Daraufhin wurde ein Rollator beantragt, mit dem die Mobilität aber nur kurzfristig verbessert werden konnte. Bald war es ihr nicht mehr möglich, die Abgabestelle selbstständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Gemeinsam mit dem Sozialdienst wurde ein Behindertentransport organisiert, welcher die Patientin an den Bezugstagen in unsere Abgabestelle brachte. Zur Unterstützung bei den häuslichen Tätigkeiten wurde ein ambulanter Pflegedienst avisiert, der jedoch seine Arbeit nur unregelmässig verrichten konnte, da die Patientin aus Misstrauen die Tür häufig nicht öffnete. Fr. H. berichtete über das Gefühl zunehmender Vereinsamung angesichts vermehrter Todesfälle in ihrem Freundeskreis. Auch die von ihr geschätzten sozialen Kontakte mit Pflegepersonal

Problembereiche	***Mögliche Lösungsansätze***
Eingeschränkte Autonomie durch häufige Substitutbezüge trotz stabilen Behandlungsverlaufs	*Änderung der Substitut-Mitgabepraxis*
Eingeschränkte Mobilität infolge chronischer Krankheit oder Behinderung	*Organisieren von Transportdiensten oder proaktive Versorgung (Haus-/Heimlieferung des Substituts durch Anbieter), Nutzung professioneller Dienstleister (z.B. Spitex)*
Neurokognitive Einschränkungen	*Engere Abgabeintervalle, Abgabe im Dosett, Wahl von Medikamenten mit einmaliger täglicher Einnahme*
Betreuung zuhause während Krankheits- oder postoperativen Genesungsphasen	*Häusliche Pflege durch Substitutionsanbieter, Mobilisierung sozialer Netzwerke (Verwandte, Freunde, andere Personen) und Nutzung professioneller Dienstleister (z.B. Spitex)*
Umgang mit psychologischen, spirituellen und Alltags-Aspekten des sich ändernden Lebens im Alter	*Förderung von Ausbildungs- und Weiterbildungsangeboten für Betreuungspersonal*
Komplexe komorbide Problemlage, Sterben	*Förderung von Ausbildungs- und Weiterbildungsangeboten für ÄrztInnen jeder Fachrichtung, Vernetzung von Angeboten ambulanter und stationärer medizinischer Hilfe mit suchtmedizinischen Angeboten, Mitarbeiterschulung in Themen wie medikamentöse Behandlung von geriatrischen Krankheiten, Medikamenteninteraktionen, Umgang mit Krisensituationen (z.B. Suizidalität), Sterbebegleitung*
Eingeschränkte Wohnkompetenz und intensive Pflegebedürftigkeit	*Aufklärungs- und Vernetzungsarbeit durch Substitutionsanbieter im Bereich des betreuten Wohnens und der regulären Versorgungseinrichtungen für ältere und pflegebedürftige PatientInnen*

Tab. 1: **Häufige Problembereiche in der Behandlung älterer opioidsubstituierter PatientInnen und mögliche Lösungsansätze**

und MitpatientInnen fielen angesichts des wartenden Behindertentransportdienstes weitgehend weg.
Die Patientin stand der Platzierung in einem Pflegeheim zunächst sehr kritisch gegenüber, konnte sich aber darauf einlassen, eine betreute Alterswohngruppe zu besichtigen. Sie war schliesslich auch mit einem dortigen Eintritt einverstanden, allerdings betrug die voraussichtliche Wartezeit auf einen freien Platz ein bis zwei Jahre. In der Zwischenzeit klagte Fr. H. immer wieder über Schwindel und Sedierung, so dass die Dosierung des Substituts und der Blutdruckmedikation angepasst werden mussten. Mitunter kam es vor, dass die Patientin Bezugstermine verpasste, und bei Hausbesuchen oder von der häuslichen Pflege auf dem Sofa sitzend und schlafend angetroffen wurde. Bei den Wohnungsbesuchen fielen weiterhin Brandlöcher auf, da sie während des Rauchens einschlief. Wegen zunehmender körperlicher Schwierigkeiten musste die Patientin schliesslich zunächst somatisch und in der Folge auch psychiatrisch hospitalisiert werden. Schlussendlich war es Fr. H. nicht mehr möglich, nach Hause zurückzukehren. Es konnte eine Platzierung in einem allgemeinen Pflegeheim erreicht werden, wo seither auch die Abgabe der Medikamente inklusive des Substituts erfolgt.

Ausblick

Die oben angesprochenen und im Fallbeispiel aufgezeigten Themen sind nur eine Auswahl von Problemen, mit denen sich die wachsende Anzahl von älteren Substitutions-PatientInnen und das Versorgungssystem konfrontiert sehen. Wir würden es begrüssen, wenn sowohl von Seiten der Forschung als auch der Praxis mehr Anstrengungen unternommen würden, um diese Problematik anzugehen. Es ist an der Zeit, dass wir mit der Entwicklung und Nutzung von Ressourcen beginnen, um die speziellen Anforderungen dieser PatientInnen zu erfüllen und das Personal entsprechend zu schulen.●

Literatur

ATF (2003): Current comments – the further «graying of methadone». Addiction Treatment Forum 12(1): 4-5.

Bomsien, S./Skopp, G. (2007): An in vitro approach to potential methadone metabolic-inhibition interactions. European Journal of Clinical Pharmacology 63(9): 821-827.

Brust, J. C. (1998): Acute neurologic complications of drug and alcohol abuse. Neurologic Clinics 16(2): 503-519.

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): 601-605.

Conner, K. O./Rosen, D. (2008): «Your nothing but a junkie»: The multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. Journal of Social Work Practice in the Addictions 8(2): 244–264.

Dürsteler-MacFarland, K. M./Herot Cereghetti, K./Wiesbeck, G. A. (2005): Neurocognitive impairment: an underdiagnosed comorbid entity in the treatment of substance use disorders? S. 115-136 in: R. Stohler/W. Rössler (Hrsg.), Dual Diagnosis - the evolving conceptual framework. Basel: Karger.

Eap C. B./Déglon, J.-J./Baumann, P (1999): Pharmacokinetics and pharmacogenetics of methadone: clinical relevance. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 1(1): 19-34.

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): 227-234.

Firoz, S./Carlson, G. (2004): Characteristics and treatment outcome of older methadone-maintenance patients. American Journal of Geriatric Psychiatry 12(5): 539-541.

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.

Hošek, M. (2006): Substitutionsbehandlungen in der Schweiz: Fortsetzung einer Erfolgsgeschichte. SuchtMagazin 32(1): 3-9.

Hser, Y. I./Hoffman, V./Grella, C. E./Anglin, M. D. (2001): A 33-year follow-up of narcotics addicts. Archives of General Psychiatry 58(5): 503-508.

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): 607-622.

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): 258-262.

Kreek, M. J./Vocci, F. J. (2002): History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session. Journal of Substance Abuse Treatment 23(2): 93-105.

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): 265-272.

Magura, S./Rosenblum, A. (2001): Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. The Mount Sinai Journal of Medicine 68(1): 62-74.

Petitjean, S./Dürsteler-MacFarland, K. M./Strasser, H./Wiesbeck, G. A. (2006): Das Phänomen einer alternden Patientenpopulation - Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Basel-Stadt, Nr. 8. Universitäre Psychiatrische Kliniken: Basel. www.gesundheitsdienste.bs.ch/kaed_06-02_nr8_methadon_evaluation.pdf, Zugriff 03.05.2010.

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.

Rosen, D. (2004): Factors Associated With Illegal Drug Use Among Older Methadone Clients. Gerontologist 44(4): 543-547.

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): 488-497.

SSAM – Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2007): Substitutionsempfehlungen - Medizinische Empfehlungen für substituionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit. www.ssam.ch/SSAM/de/Substitutionsempfehlungen, Zugriff 27.04.2010.

Stewart, S. A. (2005): The effects of benzodiazepines on cognition. Journal of Clinical Psychiatry 66(Suppl 2): 9-13.

Strain, E. C./Stitzer, M. L. (2006): The Treatment of Opioid Dependence. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Ward, J./Hall, W./Mattick, R. P. (1999): Role of maintenance treatment in opioid dependence. Lancet 353: 221-226.

Endnoten

1 Vgl. Hser et al. 2001.
2 Vgl. Ward et al. 1999.
3 Vgl. Kreek/Vocci 2002.
4 Vgl. Strain/Stitzer 2006.
5 Vgl. Ward et al. 1999.
6 Vgl. Strain/Stitzer 2006.
7 Vgl. Kreek/Vocci 2002.
8 Vgl. Magura/Rosenblum 2001.
9 Vgl. Kreek/Vocci 2002.
10 Vgl. dazu auch den Artikel von Maffli/Delgrande Jordan in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
11 Vgl. Hser et al. 2004.
12 Vgl. Lofwall et al. 2005.
13 Vgl. Rajaratnam et al. 2009.
14 Vgl. ATF 2003.
15 Vgl. Rosen 2004.
16 Vgl. Firoz/Carlson 2004.
17 Vgl. nochmals Maffli/Delgrande Jordan in dieser Ausgabe.
18 Vgl. Petitjean et al. 2006.
19 Vgl. Hser et al. 2004.
20 Vgl. Rosen et al. 2008.
21 Vgl. Conner/Rosen 2008.
22 Vgl. Lofwall et al. 2005.
23 Vgl. Rajaratnam et al. 2009.
24 Vgl. Fareed et al. 2009.
25 Vgl. Hser et al. 2004.
26 Vgl. Rosen et al. 2008.
27 Vgl. Kim et al. 2006.
28 Vgl. Hser et al. 2004.
29 Vgl. Brust 1998.
30 Vgl. Callaly 2001.
31 Vgl. Rosen et al. 2008.
32 Vgl. Lofwall et al. 2005.
33 Vgl. Rosen et al. 2008.
34 Vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2005.
35 Vgl. ebd.
36 Vgl. Gonzalez/Cherner 2008.
37 Vgl. Stewart 2005.
38 Vgl. Bomsien 2007.
39 Vgl. Eap et al. 1999.
40 Vgl. SSAM 2007.
41 Vgl. Hošek 2006.
42 Vgl. ATF 2003.
43 Vgl. Conner/Rosen 2008.