

# SUCHT

Grüner Kreis magazin No. 100 | Österreichische Post AG Sponsoringpost 04Z035724 S | DVR: 0743542

**Im Herbst des Lebens**

## Wir danken unseren SpenderInnen

Friedrich Achitz, Linz  
Johann Andorfer, Peuerbach  
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Beate Cerny, Wien  
Apollonia Berger, Gutenstein  
Leonhard Dünser, Ludesch  
Doris Grossi, Wien  
Gabriele Hiba, Wien  
Elfriede Jilg, Bad Vöslau  
Mag. Brigitta Kandl, Wien  
Karla Kapper, Möllersdorf  
Sandra Maria Königshofer, Gföhl  
Gabriele Karner, Wien  
Robert Kopera, Reisenberg  
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach  
Christine Sigmund, Ernstshofen  
Dr. Alfons Willam, Wien

und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**  
Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.  
»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«  
Niederösterreichische Versicherung AG  
[www.noever.s.at](http://www.noever.s.at)  
Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises!**

## Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die  
NÖ Landesbank-Hypothekbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222  
BIC HYPNATWW  
oder fordern Sie bei  
[spenden@gruenerkreis.at](mailto:spenden@gruenerkreis.at)  
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf  
[www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)  
im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

## Impressum

### Erklärung über die grundlegende Richtung gem.

#### § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

**Medieninhaber:** **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

### Herausgeber: Verein Grüner Kreis

**Geschäftsführer:** Dir. Alfred Rohrhofer

**Redaktion:** Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch,

**Eigenverlag:** **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Alle:** 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

**Tel.:** +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

[redaktion@gruenerkreis.at](mailto:redaktion@gruenerkreis.at) | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

**Layout:** Peter Lamatsch

**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH

**Druck:** AV+Astoria Druckzentrum GmbH

### Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Alfred Rohrhofer, Shird Schindler, Leo Zehender, Christian Jagsch, Hans Haltmayer, Petra Scheide, Georg Preitler, Dominik Batthyány, Human-Friedrich Unterrainer, Anabela Dias de Oliveira, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

### Bildquellennachweis:

Cover: Sergey Galyamin / 123RF

Autorenportraits: privat (soweit nicht anders erwähnt)

**Gender-Hinweis:** Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen.



## Helfen Sie uns helfen!

»Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom »Grünen Kreis« bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um uns kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute nicht die Suchtkranken von morgen werden.

**Geben Sie Sucht keine Chance - unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!**

Verein **Grüner Kreis** | NÖ Landesbank-Hypothekbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW

# editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Sie halten die 100. Ausgabe unseres Magazins »Sucht - Wege aus der Sucht: Abhängigkeiten erkennen - behandeln - bewältigen« in Händen.

Das erfüllt mich natürlich mit großer Freude. Viele KollegInnen unterschiedlichster Professionen, aber auch viele KlientInnen, haben mit ihren Beiträgen dieses Magazin beseelt. Ihnen allen gilt mein besonderer Dank.

Aber nicht nur unser Magazin kommt in die Jahre, sondern auch suchtkranke Menschen können aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie der suchtspezifischen Angebote immer älter werden. Wie Primarius Dr. Schindler berichtet, erreicht der älteste substituierte Wiener Klient bald das stolze Alter von 80 Jahren. Daher beschäftigt sich unser Jubiläums-Magazin mit dem Thema »Sucht im Alter - Altern mit Sucht«.

Seit September 2016 steht suchtkranken Menschen unser neues ambulantes Beratungszentrum in Wien Simmering zur Verfügung. Dies ermöglicht uns, mehr KlientInnen als bisher zu beraten, zu behandeln und zu rehabilitieren.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und besinnliche Festtage.

Alfred Rohrhofer



Der Verein »Grüner Kreis« wünscht im Namen seines Präsidenten DI Wolf Klerings, des gesamten Vorstandes und der Geschäftsführung allen LeserInnen, KlientInnen und MitarbeiterInnen ein frohes Fest und ein erfolgreiches Neues Jahr!

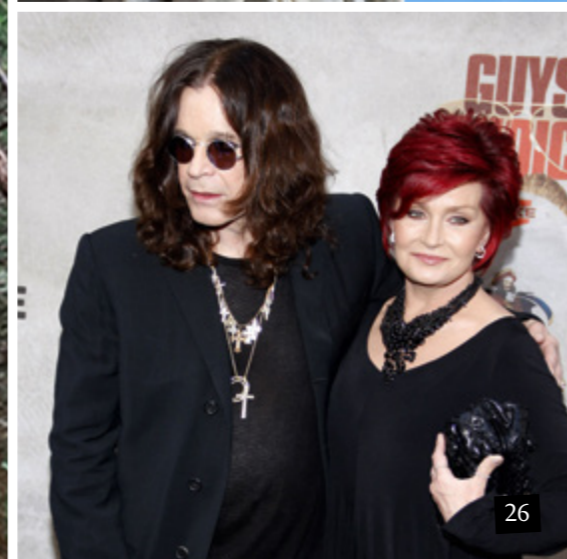
Dr. Robert Muhr  
psychotherapeutischer Leiter

Dr. Leonidas Lemonis  
ärztlicher Leiter

Dir. Alfred Rohrhofer  
Geschäftsführer



8



26



28



29

30

# Inhalt

- 3 Editorial  
Alfred Rohrhofer
- 6 Sucht im Alter – Altern mit Sucht  
Shird Schindler
- 8 Das Alter und seine Bilder in der Philosophie  
Leo Zehender
- 10 Sucht im Alter  
Christian Jagsch
- 12 Klinische Aspekte der Langzeitsubstitution mit Opioiden  
Hans Haltmayer
- 14 Stationäre Dauerbetreuung älterer Suchtkranker im Verein Grüner Kreis  
Petra Scheide
- 16 Unser Betreuungsangebot
- 18 Auch drogenkranke Menschen werden älter  
Georg Preitler
- 20 Glück und Erfüllung im Alter  
Dominik Batthyány
- 22 Spurensuche  
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 24 Wohnhilfen für (alternde) chronifiziert erkrankte Drogenabhängige  
Anabela Dias de Oliveira
- 26 Der alte Sünder, der kennt sich aus...  
Human-Friedrich Unterrainer
- 28 Wir stellen vor:  
Das neue Beratungs- und Betreuungszentrum in Wien Simmering
- 29 Der neue Präsident des Vereins Grüner Kreis  
Wolf Klerings
- 30 Kunst im Grünen Kreis  
Kurt Neuhold im Gespräch mit Maja Pogačnik



# Sucht im Alter – Altern mit Sucht



von Shird Schindler

»Sucht im Alter« oder »Altern mit Sucht« ist zwar nicht dasselbe, aber beides sind Themen, deren Wichtigkeit durch die demografischen Veränderungen der Gesellschaft von Jahr zu Jahr zunimmt. Dennoch wird die Sucht im Alter bislang noch kaum thematisiert.

## Altern mit Sucht

PatientInnen mit einer Suchterkrankung werden durch die medizinischen Fortschritte und insbesondere auch durch die Einführung der Substitutionstherapien immer älter. Das Durchschnittsalter der Substituierten steigt seit Jahren an. In Wien ist der älteste Substituierte bald schon 80 Jahre alt. Auch kommen nun die Babyboomer ins Pensionsalter. Sie wurden in den experimentierfreudigen 60er- und 70er-Jahren sozialisiert und hatten somit mehr Kontakt zu illegalen Substanzen wie Cannabis, aber auch Heroin und Opiaten, als die Generationen früher.

Dies bedeutet, dass es in Österreich in den nächsten Jahren immer mehr Menschen geben wird, die an einer Suchterkrankung leiden bzw. abstinent sind, aber Suchterfahrungen haben. Diese PatientInnen kommen nun in ein Alter, in dem mit zusätzlichen altersbedingten Erkrankungen zu rechnen ist bzw. in dem durch altersbedingte Krisen Rückfälle bei bislang abstinenten PatientInnen wahrscheinlicher werden.

Aber nicht nur Drogenabhängige, son-

dern auch Alkoholranke werden älter, beide Gruppen sind durch den Substanzkonsum oft deutlich vorgealtert und haben oft schon mit Mitte 40 das biologische Alter von 60-Jährigen.

## Sucht im Alter

Es gibt aber auch die Gruppe jener, die bis ins Alter keine Suchterkrankungen hatten, die aber aufgrund von Lebensereignissen (fehlende Tagesstruktur nach der Pensionierung, Tod von PartnerInnen, Belastungen durch Krankheit/Pflegebedürftigkeit von PartnerInnen/Eltern u.v.m.) im fortgeschrittenen Alter mit einem Alkohol- oder Benzodiazepinkonsum beginnen.

Egal, ob Abhängigkeiten im Alter schon lange bestehen oder erst frisch aufgetreten sind, oft geht mit ihnen ein gewisser therapeutischer Nihilismus einher. Unter dem Aspekt, dass diese PatientInnen schon alt sind, wird oft gar nicht an die therapeutische Behandlung gedacht, die bei jüngeren PatientInnen »state of the art« wäre. Dabei ist es gerade bei Alkohol und Benzodiazepinen so, dass diese die kognitiven Fähigkeiten gerade im Alter noch wesentlich mehr verschlechtern, als dies bei jüngeren PatientInnen der Fall wäre.

Daher erscheint es notwendig, sich mit diesem Thema genauer auseinanderzusetzen. Dirk Wolter widmete 2011 diesem Thema eine ganze Monografie, die geeignet ist, das Standardwerk zum Thema Sucht im Alter zu werden. Wichtig an diesem Werk ist die Botschaft des Autors, dass eine Behandlung älterer Suchtkrankter jedenfalls Erfolg versprechend ist.

## Diagnostik

Grundsätzlich gibt es in der Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen keine altersspezifischen Unterschiede. In der ICD-10 ist einer von mindestens drei diagnostischen Punkten, die für die Diagnose einer Abhängigkeit benötigt werden, »die Fortführung des Konsums trotz eingetretener körperlicher, psychischer und sozialer Folgeschäden«. Menschen ab 60 leiden aufgrund der physiologischen Veränderungen durch den Alterungsprozess weit stärker unter den negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums als jüngere PatientInnen (Kunz et al 2011). Daher ist anzunehmen, dass der oben genannte Punkt bei älteren PatientInnen schneller und schon bei einer geringeren Alkoholdosis zutrifft.

Darüber hinaus ist die Diagnostik einer Suchterkrankung bei älteren Suchtkranken zusätzlich durch Komorbiditäten mit ähnlichen Symptomen oft erschwert.

## Epidemiologie

Die quantitative Erfassung von Suchtproblemen im Alter wird durch folgende Gründe erschwert: Die Symptome von depressiven Erkrankungen, von Demenz und von Alkoholerkrankungen zeigen einerseits viele Ähnlichkeiten, und andererseits leiden viele PatientInnen an mehreren dieser Erkrankungen gleichzeitig. Dies erklärt auch die hohe Variationsbreite der Prävalenzrate von 2-16 % (Zeman 2009) von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei älteren Menschen. Unter Annahme der Richtwerte der American Geriatric Society ist die Prävalenz für einen riskanten Konsum in Deutschland insgesamt bei 15 %, also 27 % für Männer und 8 % für Frauen, das bedeutet, ca. 70 % der Kranken sind Männer. Obwohl sich im Altersgruppenvergleich jenseits der 60 ein niedrigerer Alkoholkonsum zeigt, so steigt dieser dennoch von Alterskohorte zu Alterskohorte (Wolter 2006). Die Abnahme des Alkoholkonsums in diesem Alter wird auch dadurch begründet, dass in diesem Alter viele PatientInnen, die schon sehr früh alkoholkrank wurden, bereits verstorben sind.

Bei der Medikamentenabhängigkeit dreht sich das Geschlechterverhältnis um, 70 % ist hier der Frauenanteil. Diese Abhängigkeit wird auch als die »stille Sucht« bezeichnet, da sie unauffälliger als die Drogen- oder Alkoholabhängigkeit verläuft. Hier sind aber die Übergänge von Gebrauch zu Missbrauch fließend, und eine Abhängigkeit ist nicht so einfach festzustellen.

## Besonderheiten der Sucht im Alter

Suchterkrankungen älterer Menschen unterscheiden sich von denen jüngerer Menschen in einigen Punkten. Diese Unterschiede werden hier kurz zusammengefasst.

## Toleranzdosis:

- Im Alter nimmt die Suchtmitteltoleranz stoffwechselbedingt ab, das bedeutet, dass mit einer niedrigeren Alkoholdosis schon höhere Wirkspiegel erzielt werden.

- Dies bewirkt auch eine stärkere Schädigung des Nervensystems.
- Damit sinken für ältere PatientInnen auch die Grenzwerte für den noch risikolosen Konsum.

## Abhängigkeitstypen im Alter (nach Zeman 2009):

- »Early-onset-Abhängige« werden wegen des langen Suchtverlaufs und der körperlichen Folgeerkrankungen oft nicht älter als 65 und sind daher bei den älteren Suchtkranken unterrepräsentiert. Allerdings leiden diese PatientInnen in den letzten Jahren an vielen der körperlichen, psychiatrischen und suchtspezifischen Komplikationen, welche dann oft eine intensive medizinische/psychiatrische Behandlung in Krankenanstalten erfordern.
- »Late-onset-Abhängige«, deren Abhängigkeit erst später, oft durch alters-typische kritische Lebensereignisse wie Pensionierung oder Partnerverlust ausgelöst wurde, sind häufig stabiler und leiden weniger unter psychischen Begleiterkrankungen.
- »Rezidiv Abhängige« sind PatientInnen, die nach langer Abstinenz im Alter durch verschiedene Auslöser wieder rückfällig werden.

## Risikofaktoren für Medikamentenabhängigkeit im Alter (nach Zeman 2009):

- Frühere Suchterfahrung
- Psychosoziale Belastungen wie Einsamkeit nach Partnerverlust
- Einschränkungen der sozialen Aktivitäten durch Komorbidität
- Belastung durch Pflege des Partners/der Partnerin
- Schlaflosigkeit
- Schmerzen
- Grundkrankheiten wie Depressionen, Angsterkrankungen und chronische Schmerzen

## Spezielle Herausforderungen bei Suchterkrankungen im Alter:

- Im Alter kommt es oft zur Häufung von Risikofaktoren (Schmerzen, Schlafstörungen, Komorbiditäten, Partnerverlust etc.).
- Die schädliche Wirkung von Suchtmitteln nimmt mit dem Alter zu.
- Alkoholkonsum oder Benzodiazepinverschreibungen werden bagatellisiert und oft als das kleinere Übel wahrgenommen.
- Suchterkrankungen sind wegen anderer Komorbiditäten im Alter schwieriger zu diagnostizieren.

- Fehleinschätzung der therapeutischen Möglichkeiten und der Veränderungsbereitschaft älterer Menschen mit nachfolgendem therapeutischem Nihilismus, also der Nicht-Ausschöpfung vorhandener Behandlungsmöglichkeiten.

## Zusammenfassung

Suchterkrankungen bei älteren PatientInnen zu diagnostizieren, ist schwierig. Eine Studie an der John-Hopkins-Universität, die Wolter in seiner Publikation 2006 nennt, hat gezeigt, dass eine Alkoholabhängigkeit bei 60 % der jüngeren, aber nur 37 % der älteren PatientInnen diagnostiziert wurde. Doch eine Diagnose ist wichtig, denn ohne diese wird auch keine Therapie erfolgen.

Daher wird es bedeutsam sein, gerade bei älteren PatientInnen auch auf das Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen zu achten und eventuell diesen Punkt auch gezielt abzufragen.

Doch selbst wenn eine Diagnose gestellt wurde, heißt dies – wegen des weitverbreiteten therapeutischen Nihilismus – noch lange nicht, dass auch tatsächlich eine Behandlung erfolgt. Daher ist es wichtig, darauf aufmerksam zu machen, dass weitverbreitete Einschätzungen zur Behandelbarkeit von Sucht im Alter nicht zutreffen. Die Annahme, dass im Alter die Therapiechancen gering seien und dass sich der Behandlungsaufwand wegen des Alters nicht mehr lohne, entspricht nicht mehr dem aktuellen Kenntnisstand. Dies wird inzwischen durch zahlreiche Publikationen über erfolgreiche Behandlungen von älteren Suchtkranken belegt (Zeman 2009). Aus diesem Grund sollten MitarbeiterInnen, die mit älteren Menschen arbeiten, auch diesbezüglich geschult sein.

Nachdem in Wien die Substituierten immer älter wurden, durch Komplikationen schon oft massiv vorgealtert waren und daher schon mit 40 Jahren Pflegeheimplätze benötigten, stellte sich die Frage, ob man für Suchtkranke eigene Pflegeheimplätze schaffen sollte oder ob die älteren Suchtkranken in schon bestehenden Pflegeheimen behandelt werden sollten. Sucht und Drogen Wien hat damals entschieden, diese PatientInnen in schon bestehenden Pflegeheimen unterzubringen. Dabei gab es am Anfang viele Probleme, da die MitarbeiterInnen mit den DrogenpatientInnen überfordert waren. Aus diesem Grund wurde in Kooperation mit den Drogen- und Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien für die Wiener Pflegeeinrichtungen gemeinsam ein Leitfaden über Suchterkrankungen erstellt. In dieser Publikation für die Mit-

arbeiterInnen dieser Pflegeeinrichtungen kann man sich seither über Abhängigkeitserkrankungen und deren Behandlung bzw. über die Behandlungseinrichtungen informieren. Dies ist sicher ein wichtiger erster Schritt in Richtung Erkennen und Behandeln von Suchterkrankungen im Alter.

Da ältere PatientInnen mit einer Suchterkrankung insgesamt kränker sind, sollten die Behandlungseinrichtungen, in denen diese PatientInnen behandelt werden, auch die dafür nötige medizinische Versorgung gewährleisten können. Ein wichtiger Punkt dabei wird auch der Aufbau einer Expertise für eine sinnvolle Medikation bei diesen PatientInnen sein, weil ältere PatientInnen meist schon viele Medikamente einnehmen und aufgrund des langsamen Stoffwechsels Wechselwirkungen mit Entzugsmedikationen anzunehmen sind. Dies wird, da vermutlich die Zahl der älteren Suchtkranken zunehmen wird, die meisten Einrichtungen im Suchtbereich betreffen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Thema Sucht und Alter überraschenderweise kaum thematisiert wird, obwohl der Anteil der älteren Menschen ständig ansteigt. Sowohl im Bereich Diagnostik als auch im Bereich Therapie werden noch längst nicht alle älteren PatientInnen mit einer Suchterkrankung erfasst. Auch wird die Indikation zu einer suchtspezifischen Behandlung noch zu selten gestellt. Daher ist es wichtig, dass die Einrichtungen, an Suchterkrankungen denken und dass die Abteilungen für Suchtkranke ihre Angebote so gestalten, dass diese die Bedürfnisse der älteren Suchtkranken berücksichtigen.

## Literatur

**Dirk K. Wolter:** Sucht im Alter, Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer 2011

**Peter Zeman:** Sucht im Alter, in: Informationsdienst Altersfragen, Heft 3, 2009, S. 10-14

**I. Kunz, U. W. Preuss, F. M. Wurst:** Sucht und Alter, in: Nervenheilkunde, Heft 6, 2011, S. 432-436

**Dirk K. Wolter:** Sucht im Alter, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, Jg. 19, Heft 4, 2006, S. 189-193

## Primar Dr. Shird Schindler

Abteilungsleiter Zentrum für Suchtkranke im Otto-Wagner-Spital  
Facharzt Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum Wien *Grüner Kreis*  
Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin  
Kunsttherapeut

# Das Alter und seine Bilder in der Philosophie

## Eine ideengeschichtliche Annäherung



von Leo Zehender

»Es steht so etwas an wie die Suche nach einer neuen Souveränität des Alters.«  
(Reimer Gronemeyer)

Der renommierte und für seine pointierten Formulierungen so bekannte Gießener Soziologieprofessor und Theologe Reimer Gronemeyer stellt in einem seiner jüngsten Bücher über das Alter (2014) provokant fest: Die Alten »sind Nutznießer und Unterworfenen einer degenerierten Gesellschaftsform, die im Wesentlichen darauf beruht, dass niemanden anderen braucht.« Er begreift das Alter als Chance »zur Flucht aus der Oberflächlichkeit«. Zu diesem Zweck müsste es sich aber aus der »Zwangsjacke der Jugendlichkeit« befreien. Denn: »Der 80-Jährige auf dem Surfbrett ist das heimliche Idol, aber doch auch ein Stresselement und eine Lüge.«

Dieser Diagnose werden wohl viele zustimmen, auch wenn nicht ganz nachvollziehbar ist, warum ein 80-Jähriger auf dem Surfbrett eine »Lüge« darstellen sollte, so dieser sein ganzes Leben hindurch sehr sportlich war. Es ist daher durchaus schlüssig, wenn heute aus sozialgerontologischer Sicht differenziertere Altersbilder eingefordert werden, die der soziologischen Vielfältigkeit des menschlichen Alterns besser gerecht werden. Allerdings bleibt dabei unberücksichtigt, dass die individuellen Altersbilder der Menschen, in denen natürlich auch ihre Wünsche und Ängste zum Ausdruck kommen, sich kaum an den neuesten sozialgerontologischen Trends zu orientieren pflegen.

Die Grundideen der modernen Alterstheorien finden sich schon in der Geschichte der Philosophie. Hingegen sind in den überlieferten philosophischen Texten uralte Wissensinhalte (neben uralten Vorurteilstrukturen) gespeichert, die dem Alltagsbewusstsein heute noch viel näher stehen dürften als so manche moderne wissenschaftliche Erkenntnis. Diese philosophischen Altersbilder sollen nun unter dem Gesichtspunkt des heutigen gerontologischen Wissens in Ansätzen nachgezeichnet werden.

Im Unterschied zu den »wissenschaft-

lichen« Alterstheorien des 20. Jahrhunderts wurden die differierenden Altersvorstellungen in der Philosophie kaum generalisiert; d. h., bei den meisten Philosophen finden sich in deren Reflexionen über das Alter Anknüpfungspunkte zu mehreren, wenn nicht zu allen dieser modernen Theorien. Die unterschiedlichen Vorstellungen vom Alter existieren in der Philosophie weitgehend parallel, und solchermassen kann kein Vertreter derselben in Anspruch nehmen, »der Begründer« der Defizit-, Aktivitäts-, Disengagement- oder Kontinuitätstheorie zu sein.

### Das Alter als Defizit?

Die dem Defizitmodell zugrunde liegenden Gedanken zählen wohl zu den frühesten Vorstellungen, die mit dem Alter verbunden wurden. Schon in der Antike wurden über den Vergleich mit der kraftvollen Jugend die körperlichen – und zum Teil auch geistigen – Schwächen des Alters thematisiert. Auch im mittelalterlichen Diskurs sind Defizitvorstellungen des Alters verbreitet. So findet sich etwa bei Lotario dei Conti di Segni (1160/61–1216), dem späteren Papst Innozenz III., folgende Beschreibung: »Wenn aber jemand bis zum Greisenalter gelangt ist, dann gerät also bald sein Herz in Betrübniß, sein Geist in Verwirrung; das Leben ermattet, der Athem stößt ab, das Antlitz runzelt und die Haltung krümmt sich; es dunkeln die Augen und unsicher werden die Finger; es äußert sich die Nase und schwindet das Haar; es zittert die Berührung und erlahmt die Bewegung; die Zähne werden morsch und taub die Ohren. Leicht wird der Greis gereizt, schwer besänftigt [...], trübselig und klagend, geschwätzig und schwerhörig, dabei aber zum Zorne geneigt; so lobt er die Alten, verachtet die Neueren, tadelt Gegenwart, erhebt die Vergangenheit, seufzt und ängstigt sich, und ist doch ohne Gefühl und Kraft.« (Zit. nach Nühlen-Graab)

Auch in der Neuzeit und fast bis in die Gegenwart herein – denkt man etwa an Jean Améry – sind Defizitvorstellungen

des Alters in der Philosophie weit verbreitet. Parallel dazu existierten aber stets auch andere Altersbilder.

### Aktivitätstheoretische Vorstellungen

Die Ansicht etwa, dass Lernen bis ins höchste Alter möglich wäre, findet sich schon im 6. vorchristlichen Jahrhundert bei Solon und spielt dann ebenso bei Platon (vgl. etwa den Dialog »Euthydemos« 271c ff) und Cicero eine große Rolle. Laut Letzterem wird der Geist nur »frisch erhalten«, wenn man ihn betätigt. »Denn auch die Geisteskräfte schwinden im hohen Alter, falls man nicht, wie bei einer Lampe, Öl nachträufelt.«

Aktivitätstheoretische Vorstellungen gibt es nicht nur in der klassischen Philosophie, sondern auch in der frühen griechischen Medizin. Bei Hippokrates heißt es: »Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie mit Maß gebraucht und in den Arbeiten, an die jeder Teil gewöhnt ist, geübt werden. Wenn man sie aber nicht braucht, sondern untätig läßt, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig.« (Zit. nach Nühlen-Graab)

In einem sehr modernen Sinn werden aktivitätstheoretische Vorstellungen im späten 18. Jahrhundert vom Philosophen Immanuel Kant propagiert. In der Schrift »Der Streit der Fakultäten« wendet sich der bereits weit über 70-jährige Kant gegen die damals in der Medizin vertretene Auffassung, dass man im Alter ruhen und sich pflegen lassen sollte, um Kräfte zu sparen und länger leben zu können. Kant ist da ganz anderer Ansicht. Gerade das führe zu einer Verkürzung des Lebens. Vielmehr ginge es darum, das »Gemüth« zu aktivieren und damit die Lebenskraft zu fördern.

Dies könne durch »philosophieren« geschehen, welches »unangenehme« Gefühle abwehren helfe und das Gemüt aktiviere, doch müsse eine entsprechende Beschäftigung nicht notwendigerweise philosophischer Natur sein. Denn sogar »bloße Tendeleien in einem sorgenfreien Zustande leisten [...] bei eingeschränkten Köpfen fast eben dasselbe, und die mit Nichtsthun immer vollauf zu thun haben, werden gemeinlich auch alt.« Kant nennt in diesem Zusammenhang einen »sehr bejahrten Mann«, dessen Leidenschaft darin bestand, seine vielen »Stutzuhren« im Zimmer so zu »stellen«, dass sie nicht gleichzeitig, sondern stets nacheinander schlugen.

Ein anderer wiederum »fand in der Abfütterung und Cur seiner Singvögel hinreichend Beschäftigung, um die Zeit zwischen seiner eigenen Abfütterung und dem Schlaf auszufüllen.«

### Disengagement (Rückzug) im Alter

Will man wiederum Homer Glauben schenken, so haben alte (adelige) Männer, wie etwa Laertes, der Vater des Odysseus, zurückgezogen am Land gelebt und Gartenarbeit verrichtet; ein Bild, das sich auch bei Cicero findet, und die darin suggerierte höhere »Naturverbundenheit« im Alter kommt auch bei Jacob Grimm und in abgewandelter Form selbst bei Bloch (»Land statt Stadt«) noch zum Ausdruck (vgl. Zehender).

Der philosophische Disengagementgedanke kreist aber keineswegs nur um Themen wie »Gartenarbeit« und »Natur«. Bei Platon und Aristoteles wird beispielsweise die Rückzugsvorstellung mit religiösen Tätigkeiten verknüpft. So beschreibt etwa Platon in der »Politeia« eine Situation, in der sich der alte Kephalos, der von Sokrates gebeten wurde, über das Alter zu berichten, vom Gespräch schließlich zurückzieht, um sich um die »Opfer« zu kümmern (vgl. 331d). Auch Aristoteles ist der Ansicht, dass der Dienst an den Göttern den alten Männern (allerdings nicht Bauern oder Handwerkern) vorzubehalten wäre, damit sie sich entsprechende »Ruhe gönnen« könnten (vgl. Pol. 1329a 30).

Etwa 2000 Jahre später beschreibt Montaigne wiederum andere Dimensionen des Rückzugs, in denen – wie es scheint – bereits eine Spur »späte Freiheit« (Rosenmayr) sichtbar wird. Denn Montaigne, der seit seinem 40. Lebensjahr das Leben eines (wohlhabenden) »Aussteigers« führte, genoss es, dass das Alter »viele Wünsche und Sorgen beschwichtigt, durch die das Leben beunruhigt wird: die Sorge um Politik, um Reichtum, um Ansehen, um Wissen, um Gesundheit«, ja letztlich auch die Sorge um ihn selbst.

### Kontinuitätstheoretische Vorstellungen

Die Kontinuitätsthese des Alterns besagt, dass »Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter im Prozess der Anpassung an das Alter versuchen, bestehende innere und äußere Strukturen zu bewahren« (Lehr). Darunter wird verstanden, dass bestimmte Einstellungen, Ideen, Vorlieben und Fähigkeiten aufrechterhalten werden, und auch nach außen hin, beispielsweise in Alltagshandlungen, weiterhin in Erscheinung treten.

Dieser Kontinuitätsgedanke des Alters spielt auch in der Philosophie eine große Rolle. Cicero geht etwa davon aus, dass eine aktive Haltung im Alter nur vorstellbar sei, wenn Aktivität auch die früheren Lebensjahre bestimmt habe. Kontinuitätstheorien finden sich vor allem auch im Hinblick auf gesundheitsbewusste Lebensführung und Gesundheitserhaltung im Alter. So etwa bei Cicero, Seneca und in der Neuzeit beispielsweise bei Francis Bacon. Nicht nur die hier angesprochenen modernen Alterstheorien, auch das in der Medizin heute so weit verbreitete »Risikofaktorenkonzept« hat damit seine Vorläufer im philosophischen Diskurs.

In der modernen Gerontologie kommt der Kontinuitätsgedanke des Alters nahezu ausschließlich im Zusammenhang mit Aktivitätsvorstellungen und/oder mit Vorstellungen des »erfolgreichen Alterns« vor. Auch in der Philosophie wird der Kontinuitätsgedanke zumeist mit derartigen Vorstellungen parallelisiert. Als typische Vertreter dieser Ansicht wären neben dem schon genannten Cicero beispielsweise der Humanist Erasmus von Rotterdam (»Altmännergespräch«) und Voltaire zu nennen, der gemäß Bloch anmerkte, »für Unwissende sei das Alter wie der Winter, für Gelehrte sei es Weinlese und Kelter.«

Zuweilen finden sich in der Philosophie aber

→ Seite 27

Foto: Statue des Cicero vor dem Palazzo di Giustizia in Rom (Cristiano Frommeddu / 123RF)



# Sucht im Alter



von Christian Jagsch

Riskanter Alkoholkonsum ist definiert mit einem täglichen Alkoholkonsum von mehr als 30 g Alkohol/Tag (entspricht ca. 0,5 l und 0,3 l Bier oder 1/4 und 1/8 l Wein) für Männer und mehr als 20 g/Tag Alkohol bei Frauen.

In epidemiologischen Untersuchungen wurde vor allem bei über 65-jährigen Männern bei ca. 10-12 % ein riskanter Alkoholkonsum festgestellt, bei Frauen bei ca. 4 %. Riskanter Alkoholkonsum ist definiert mit einem täglichen Alkoholkonsum von mehr als 30 g Alkohol/Tag (entspricht ca. 0,5 l und 0,3 l Bier oder 1/4 und 1/8 l Wein) für Männer und mehr als 20 g/Tag Alkohol bei Frauen. In Senioren- und Pflegeheimen wurden Raten zwischen 1 und 10 % erhoben.

Für den Anstieg der Anzahl älterer alkoholkranker Menschen gibt es drei ursächliche Faktoren:

1. Aufgrund des demografischen Wandels erhöht sich die Gesamtzahl alkoholkranker älterer Menschen, bei vorausgesetzter konstanter Prävalenz.
2. Die Babyboom-Generation (definiert als zwischen 1946 und 1964 Geborene) weist einen überdurchschnittlich hohen

Alkoholkonsum auf und wird dieses Konsummuster wahrscheinlich im Alter beibehalten.

3. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ist mit einem Anstieg deralt gewordenen Alkoholkranken zu rechnen.

Symptome oder auch Hinweise für einen möglichen Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeitserkrankung werden oft »typischen Alterskrankheiten« zugeordnet und somit nicht wahrgenommen und festgestellt. Die Verträglichkeit von Alkohol nimmt im Alter aufgrund von Besonderheiten des Alkoholstoffwechsels ab. Es kommt zu einem Absinken des Körperwasseranteils und zu veränderten Verteilungsvolumina, die herabgesetzte enzymatische Abbaukapazität führt zu Sensitivitätssteigerung und prolongierten Wirkzeiten, und die Aktivität der Abbauenzyme wird reduziert, mit einer Toleranzminderung im

höheren Lebensalter.

Symptome oder Hinweise für einen möglichen Alkoholmissbrauch oder eine mögliche Alkoholabhängigkeit:

1. **Psychosoziale und psychische Veränderungen**  
Sozialer Rückzug  
Verlust von Antrieb/Interesse  
Depressivität  
Schlafstörungen  
Reduktion geistiger Leistung  
Vernachlässigung der Körperpflege  
Inanspruchnahme – Notfallambulanz/Notarzt
2. **Somatische Veränderungen**  
Gangunsicherheit/Stürze  
Verletzungen/Blutergüsse  
Magen-Darm-Probleme  
Inkontinenz  
Mangelernährung/Gewichtsverlust  
Bluthochdruck  
Hyperurikämie  
Diabetes mellitus – instabil

Man kann zwei Prototypen bezüglich des Beginns des möglichen Missbrauchs oder der Abhängigkeit unterscheiden, nämlich ein »early-onset«- und ein »late-onset«-Muster.

	»early onset«	»late onset«
Alter bei Beginn des Alkoholproblems	< 60 Jahre	> 60 Jahre
Geschlecht	eher männlich	eher weiblich
Häufigkeit	2/3 der Prävalenz	1/3 der Prävalenz
Persönlichkeit	eher instabil	eher stabil
Wohnsituation	häufig wechselnd	eher konstant
Soziales Netzwerk	häufig alleinstehend, geschieden	häufig familiär gebunden
Sozioökonomischer Status	eher niedriger	häufig höherer
Bildungsniveau	eher niedrig	eher höher
Raucherstatus	meist Langzeitraucher	häufig Nichtraucher
Kognitive Beeinträchtigung	eher ausgeprägt	eher gering
Therapieadhärenz und Prognose	mäßig	gut

Diese Unterscheidung ist von großer Bedeutung, da die Menschen – vor allem Frauen –, die nach dem 60. Lebensjahr zu konsumieren beginnen, eine viel bessere Prognose bezüglich des Therapieerfolges haben, da sie sozial und beziehungs-mäßig deutlich besser integriert sind.

Ursachen für den späten Beginn sind Verlust des Lebenspartners, Pensionierung, Reduktion der sozialen Kontakte, Vereinsamung/Isolation, finanzielle Einbußen, psychische Erkrankungen, schwere körperliche Erkrankungen und Schmerzen.

Im Alter finden wir die gleichen klinischen Erscheinungsbilder wie bei jungen und jüngeren Erwachsenen, jedoch kommen zusätzlich kognitive Störungen und demenzielle Entwicklungen hinzu. Mögliche klinische Erscheinungsbilder sind Alkoholmissbrauch (assoziiert mit depressiven Symptomen, erhöhter Suizidalität, Schmerzen), Alkoholabhängigkeit, Alkoholintoxikation, Alkoholentzugssyndrome mit und ohne Delir, Alkoholhalluzinose und Eifersuchtswahn.

Bei den kognitiven Störungen unterscheiden wir eine Wernicke-Enzephalopathie mit der späteren Entwicklung eines Korsakow-Syndroms (»amnestisches Syndrom« oder »Korsakow-Demenz«), eine Alkoholdemenz (»alcohol related dementia« oder »primary alcoholic dementia«) und eine Kombination von degenerativen Demenzformen wie Alzheimer-Demenz plus einen riskanten Alkoholkonsum. Diese Differenzierung ist bedeutend bezüglich der Häufigkeit des Auftretens, der unterschiedlichen Symptomatik und der therapeutischen Möglichkeiten.

Die Korsakow-Demenz kann sich im Anschluss an eine Wernicke-Enzephalopathie (Vitamin-B1-Mangel = Thiaminmangel) entwickeln, kommt relativ selten vor und wird auch unzureichend diagnostiziert, da sich die klassischen Symptome oft nicht einstellen oder durch ein gleichzeitiges Delir überdeckt sind. Die Symptome sind Störung des Neuzeitgedächtnisses, komplexe kognitive Defizite ähnlich dem Frontalhirnsyndrom, Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses und der Exekutivfunktionen, Störung höherer Frontalhirnsymptome wie Urteilsvermögen, Kreativität, Krankheitseinsicht und vor allem klassisch die Konfabulationsneigung. Unter Abstinenz ist keine Besserung zu erwarten, der Vitamin-B1-Mangel im Stadium der Enzephalopathie führt zu irreversiblen Schäden. Therapieversuch mit Vitamin-B1-Substitution ist bei chronisch alkoholkranken Patienten dringend zu empfehlen.

Alkoholdemenz ist die häufigste Form. Sie wird bei Alkoholikern unter 70 Jahren mit einer Inzidenz von 11,6 % angegeben, ihr Anteil an allen Demenzformen beträgt 1,25 %. Als Ursache wird eine direkt neurotoxische Wirkung des Alkohols diskutiert. Die kognitiven Symptome sind weniger ausgeprägt als bei degenerativen Demenzen und zeigen nicht das Bild der Korsakow-Demenz. Unter einer Abstinenz bzw. deutlichen Reduktion des Konsums kann es zu einer deutlichen Verbesserung der kognitiven Störung innerhalb kurzer Zeit kommen.

Bei degenerativen Demenzformen wie bei der Alzheimer-Demenz erhöht riskanter Alkoholkonsum das Risiko des Auftretens, therapeutisch ist eine Abstinenz sinnvoll, und eine antidementive Therapie kann die kognitiven Beeinträchtigungen beeinflussen.

## Besondere Aspekte in der Therapie

1. Entzugsbehandlung bei älteren unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der bei jüngeren Patienten.
2. Gabe von Vitamin B1 zur Prophylaxe einer Wernicke-Enzephalopathie ist sinnvoll.
3. Zentrale therapeutische Intervention ist die Alkoholkarenz, besonders bezogen auf die zum Teil reversiblen kognitiven Beeinträchtigungen, oder zumindest eine deutliche Reduktion der Menge.
4. Antidementiva sind nur effektiv und sinnvoll bei der Kombination mit degenerativen Demenzformen.
5. Die Ergebnisse der Entwöhnungsbehandlungen bei älteren Patienten sind keineswegs schlechter als bei jüngeren, bei den »late-onset«-Patienten sogar besser.
6. Medikamente zur Abstinenzförderung und Rückfallprophylaxe, vor allem Acamprosat (z. B. Campral) und Naltrexon (z. B. Revia), sind auch bei älteren Patienten indiziert, auf Disulfiram (z. B. Antabus) sollte wegen der zahlreichen Kontraindikationen verzichtet werden.
7. Psychosoziale-psychotherapeutische Therapie bei älteren Patienten beinhaltet ressourcenorientiertes und nicht defizitorientiertes Vorgehen sowie Respekt vor dem Alter und den erbrachten Lebensleistungen. Die Behandlung ist erfolgreicher in altershomogenen Gruppen (Zugehörigkeitsgefühl, Solidarität, geteilte Lebenserfahrungen, reduzierte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit). Wichtig

sind Themen wie Verlusterlebnisse und das Wiedererlernen von sinnvollen und befriedigenden Freizeitaktivitäten sowie die Integration religiös-spirituelle Dimensionen.

## Benzodiazepine im Alter

### Epidemiologie

Aktuelle Studien aus Europa zeigen einen regelmäßigen Gebrauch von Benzodiazepinen bei 9-15 % der Bevölkerung ab 75 Jahren; Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Bewohner von Altenheimen erhalten häufiger und regelmäßiger Benzodiazepine als ältere Menschen, die zu Hause leben, eine Hochdosisabhängigkeit ist im Alter allerdings eher selten.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Benzodiazepin-Abhängigkeit sind:

- vorbestehende Suchterkrankungen
- zunehmende Behandlungsdauer und Dosis
- Patient leidet unter chronischen und/oder schweren Erkrankungen
- hohe psychosoziale Belastungen
- Erwartungshaltung des Patienten (psychotrope Effekte)
- fehlende Arzt-Patienten-Beziehung
- Verschreibung ohne Indikation
- mangelhafte Berücksichtigung von Persönlichkeit und Biografie der Patienten
- fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der Gefahren von Langzeit- und Hochdosisverordnungen

Benzodiazepine werden zur Behandlung von Angststörungen, als Begleitmedikation bei schweren Depressionen mit Suizidalität und psychotischen Störungen, bei Schlafstörungen und Erregungszuständen, in der Entzugsbehandlung von Alkohol, in der Prämedikation bei einer Narkose, bei Epilepsie und bei Muskelverspannungen verordnet.

Bei der Verordnung von Benzodiazepinen ist auf eine strenge Indikationsstellung, eine möglichst niedrige Dosierung, eine kurze Halbwertszeit (HWZ) und eine Verordnung der kleinsten Packungseinheit zu achten. Die Behandlung sollte möglichst kurz und von begrenzter Dauer (max. 4-6 Wochen) sein, es sollten keine Dauerrezepte verschrieben werden und es ist das Alter und vorbestehendes Suchtverhalten zu berücksichtigen. Nach längerer Einnahme sollte man die Medikation ausschleichend absetzen.

Risiken und Nebenwirkungen sind in der Behandlung mit Benzodiazepinen zu beachten – dazu gehören → Seite 21

# Klinische Aspekte der Langzeit-substitution mit Opioiden



von Hans Haltmayer

Die Opioidabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, die Betroffene in unterschiedlicher Intensität über Jahrzehnte, oft ein ganzes Leben lang, begleitet und dabei das Individuum selbst sowie dessen Umfeld vor große Herausforderungen stellt. Hinzu kommt, dass Opiat-abhängige zusätzlich durch eine Vielzahl von Grund-, Begleit-, und Folgeerkrankungen belastet sind.

Weltweit sind etwa 15 Millionen Menschen betroffen (WHO 2009). In Europa schätzt man die Zahl der Hochrisiko-Opioidabhängigen auf etwa 1,3 Millionen (EBDD 2016), in Österreich geht man von 28.000 bis 29.000 Betroffenen aus (GÖG 2015).

## Mortalität

Unbehandelt verläuft die Opioidabhängigkeit zu einem hohen Prozentsatz tödlich. Die Sterblichkeitsrate liegt systematischen Reviews zufolge bei etwa 1 % pro Jahr und ist damit zehnfach höher als die der Durchschnittsbevölkerung (Degenhardt et al. 2011). In einer Longitudinalstudie mit 581 opiatabhängigen Männern in den USA betrug die Sterblichkeitsrate über einen Zeitraum von 33 Jahren 48 %! Dabei verstarben 21,6 % an einer Opiatüberdosis

und 15,2 % an Lebererkrankungen (Hser et al. 2001).

## Opioid-Substitutionstherapie (OST)

Als »Therapie der Wahl« bei der Behandlung der Opioidabhängigkeit gilt die Substitutionstherapie mit Opioiden (ÖGABS 2009, Meili et al. 2008, Fischer et al. 2006).

Als einer der wichtigsten Erfolgsparameter im Rahmen der OST gilt die Haltequote bzw. Retentionsrate, sie ist das Maß für ein Verbleiben der Patienten in der Therapie. In einer »post hoc«-Kohortenanalyse wurde die Haltequote in Österreich für einen Zeitraum von zwei Jahren untersucht. Eingeschlossen wurden jene Personen, die im Zeitraum 1.1.2011 bis 31.12.2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben. Zur Berechnung der Haltequote wurde das Verfahren der »Überlebensanalyse« nach Kaplan-Meier herangezogen. Dabei ergab sich in einem regionalen Vergleich zwischen Wien und den anderen Bundesländern, dass die Haltequote in Wien nach 800 Tagen hervorragende 70 % betrug und in den anderen Bundesländern für denselben Zeitraum bei noch guten 57 % lag (ÖBIG 2013). Das bedeutet, dass ein hoher Anteil derer, die einer Behandlung bedürfen und diese auch erhalten, über einen längeren Zeitraum in der Behandlung verbleibt.

## Dauerbehandlung mit besserem Outcome

Es besteht keinerlei Evidenz dafür, eine Opioid-Substitutionstherapie von vornherein zeitlich zu begrenzen. Im Gegenteil: Internationale Studien zeigen, dass eine längere Dauer der OST mit besseren Behandlungsergebnissen korreliert (Grella & Lovinger 2011, Ward et al. 1998). Demgegenüber besteht starke Evidenz dafür, dass eine zeitlich limitierte OST die Rückfallhäufigkeit erhöht, die Beschaffungskriminalität fördert, die Verbreitung von »blood borne«-Virusinfektionen fördert und die Rate an tödlichen Überdosierungen erhöht (ACMD 2014). Darüber hinaus betrachtet das Advisory Council on the Misuse of Drugs, das als beratendes Gremium für die Regierung des United Kingdom tätig ist, eine primär zeitlich limitierte OST als medizinrechtlichen Verstoß gegen das ärztliche Gebot, Patienten die effektivste Behandlung auf Basis der besten ver-

fügbaren Evidenz zur Verfügung zu stellen (ACMD 2014).

Der Umstand einer über Jahre hinweg dauernden, eventuell lebensbegleitenden Opioid-Agonisten-Behandlung wirft die Frage auf, ob diese Pharmakotherapie im Langzeitverlauf unerwünschte, eventuell sogar schädigende Begleiteffekte aufweist.

## Suppression des Plasma-Testosteronspiegels

Opiode (exogene und endogene) haben endokrinologische Effekte, die sie unter anderem über die Beeinflussung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse ausüben. Opiode reduzieren die Freisetzung des Gonadotropin-Releasing-Hormons (GnRH) im Hypothalamus und damit die Freisetzung des follikelstimulierenden Hormons (FSH) aus dem Hypophysen-Vorderlappen. Darüber hinaus unterdrücken Opiode die Produktion von Testosteron und Östrogen im Hoden und in den Eierstöcken (Katz 2005).

Untersuchungen über die Auswirkung von OST auf den Plasma-Testosteronspiegel kommen zu dem Ergebnis, dass der Plasma-Testosteronspiegel bei Männern unter Opioidtherapie signifikant reduziert ist und dass dieser Effekt bei allen Typen von Opioiden auftritt. Widersprüchliche Ergebnisse gibt es in Bezug auf die Korrelation zwischen der Höhe der Opioiddosis und des Plasma-Testosteronspiegels. Während einige Untersuchungen eine reziproke Korrelation zwischen Plasma-Testosteron und Opioiddosis fanden (Bawor et al. 2015; Bawor et al. 2014), konnten andere Studien keinen Zusammenhang zwischen Plasma-Testosteron und individueller Opioiddosis herstellen (Gerra et al. 2016).

Typische klinische Erscheinungen von Testosteronmangel sind etwa Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Stimmungsschwankungen, Libidoverlust, sexuelle Dysfunktion (insbesondere erektile Dysfunktion) und Hypogonadismus.

Aufgrund der Studienlage empfiehlt es sich bei Männern in OST, den Testosteronspiegel vor Beginn und während der Opioidtherapie zu kontrollieren.

## Sexuelle Dysfunktion (SD)

Die sexuelle Funktionsfähigkeit sowie deren dysfunktionale Ausprägungen sind das Ergebnis eines komplexen Zusam-

menspiels von physiologischen, psychologischen und gesellschaftlichen Faktoren. Hormonelle Aspekte spielen im Zusammenhang mit der sexuellen Funktionsfähigkeit eine wichtige Rolle, im Speziellen der Plasma-Testosteronspiegel beim Mann. Unter sexueller Dysfunktion werden Einschränkungen in den Bereichen erektile Funktion, Orgasmusfunktion, Libido und sexuelle Appetenz sowie befriedigende Geschlechtshandlungen zusammengefasst. Interessanterweise existieren zu dieser Thematik fast ausschließlich Studien mit männlichen Probanden.

Tendenziell ist die Prävalenz der sexuellen Dysfunktion bei Männern in OST unter Methadon (Razemat) höher als unter Buprenorphin. Beim Auftreten von SD unter Methadon stellt die Umstellung auf Buprenorphin eine therapeutische Option dar. Allerdings ist die Datenlage inkohärent und von nicht ausreichender Validität, um beim Auftreten von Symptomen einer sexuellen Dysfunktion eine generelle Empfehlung zur Umstellung von Methadon auf Buprenorphin auszusprechen (Yee 2014).

Weitere Faktoren, die neben einem reduzierten Plasma-Testosteronspiegel mit dem Auftreten von SD korrelieren, sind frühe stressvermittelnde Lebensumstände wie eine traumatische, vernachlässigte Kindheit und das Vorkommen psychiatrischer Begleiterkrankungen (Gerra et al. 2016). Die begleitende Therapie mit Psychopharmaka oder Antihypertensiva sowie ein bestehender Nikotinabusus sind ebenso zu nennen.

## Langzeitsubstitution und Osteoporose

Zum Auftreten von Osteoporose unter OST gibt es nur eine limitierte Anzahl von Studien. Sie liefern Hinweise darauf, dass Männer in OST ein erhöhtes Osteoporose-Risiko und damit ein erhöhtes Frakturrisiko haben. Die Studien konnten allerdings nicht klären, ob dieser Effekt bereits vor dem Eintritt in die OST als Folge des vorangegangenen Heroingebrauches bestanden hat oder ob sich die Osteoporose erst unter der Opioid-Agonisten-Therapie entwickelte (Grey et al. 2010).

## Entwicklung von Opioidtoleranz

Eine interessante Studie aus der Charité in Berlin kam zu dem Ergebnis, dass sich unter Langzeitsubstitution sowohl bei razemischem Methadon als auch bei Levomethadon eine Toleranzentwicklung beobachten lässt (Gutwinski et al. 2016).

679 Patienten (370 Methadon-Razemat; 309 Levomethadon) wurden hinsicht-

lich der Korrelation von Behandlungsdauer und Dosishöhe untersucht. Dabei betrug die durchschnittliche Methadon-Äquivalentdosis bei jenen Patienten, die ein Jahr oder kürzer in Behandlung standen, 81,6 mg. Bei den bereits 20 Jahre oder länger in OST befindlichen Patienten lag die durchschnittliche Dosis mit 125,4 mg um das 1,5-fache höher.

## Zusammenfassung

Die zeitlich unlimitierte Behandlung von Opioidabhängigen durch eine Opioid-Substitutionstherapie vermittelt eine Reihe von positiven klinischen Effekten. Zu nennen sind eine deutliche und anhaltende Reduktion der Mortalität, der Rückfallhäufigkeit und der Prävalenz von »blood borne«-Infektionen.

Als klinisch negative Effekte können ein verminderter Plasma-Testosteronspiegel, eine erhöhte Prävalenz sexueller Dysfunktionen, eine verminderte Knochendichte mit erhöhtem Frakturrisiko sowie die Entwicklung einer Opioidtoleranz auftreten.

Die Langzeitsubstitution mit Opioiden kann negative klinische Effekte mit sich bringen, die zu beachten sind, die positiven Effekte dieser Behandlungsform überwiegen diese jedoch bei Weitem!

## Literatur

- Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD)** (2014): Time limiting opioid substitution therapy. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/371521/ACMD\\_RC\\_Time\\_limiting OST\\_061114.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/371521/ACMD_RC_Time_limiting OST_061114.pdf)
- Bawor M, Bamic H, Dennis BB, Plater C, Worster A, Varenbut M, Daiter J, Marsh DC, Steiner M, Angling R, Coote M, Pare G, Thabane L, Samaan Z** (2015): Testosterone suppression in opioid users: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 149(2015)1–9
- Bawor M, Dennis BB, Samaan MC, Plater C, Worster A, Varenbut M, Daiter J, Marsh DC, Desai D, Steiner M, Angling R, Coote M, Pare G, Thabane L & Samaan Z** (2014): Methadone induces testosterone suppression in patients with opioid addiction. *SCIENTIFIC REPORTS* 4:6189 DOI: 10.1038/srep06189
- Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, McLaren J** (2011): Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 106(1):32-51
- EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)** (2016): Europäischer Drogenbericht 2016: Trends und Entwicklungen, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
- Fischer G, Kayer B** (2006): Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – Stat-of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. *Psychiatrie & Psychotherapie* 2(2):16, 39-54
- Gerra G, Manfredini M, Somaini L, Maremani I, Leonardi C, Donnini C** (2016): Sexual Dysfunction in Men Receiving Methadone Maintenance Treatment: Clinical History and Psychological Correlates. *Eur Addict Res* 22:163–175
- Grella CE & Lovinger K** (2011): 30-year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California. *Drug and Alcohol Dependence* 118
- Grey A, Rix-Trott K, Horne A, Gamble G, Bolland M & Reid IR** (2010): Decreased bone density in men on methadone maintenance therapy. *Addiction* 106, 349–354
- Gutwinski S, Schoofs N, Stuke H, Riemer ThG, Wiers CE & Berman F** (2016): Opioid tolerance in methadone maintenance treatment: comparison of methadone and levomethadone in long-term treatment. *Harm Reduction Journal* 13:7
- Hser Y, Hoffmann V, Grella Ch E, Anglin D** (2001): A 33-Year Follow-up of Narcotics Addicts. *Arch Gen Psychiatry* 58:503-508
- Katz N** (2005): The Impact of Opioids on the Endocrine System. *Pain Management Rounds* 1:9
- Meili D, Broers B, Bruggmann P, Fink A, Hämmig R** (2008): Medizinische Empfehlungen für substanzgestützte Behandlung (SBG) bei Opioidabhängigkeit-Erstellt durch die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin/Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM). *Suchtmed* 10, 29-53.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)** (2013 und 2015): Epidemiologiebericht Drogen 2013. Bericht zur Drogensituation 2015. *Gesundheit Österreich GmbH*
- ÖGABS (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Sucht-krankheit)** (2009): Konsensus-Statement »Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger.« *Suchtmed* 11(6) 281-297
- Ward J, Mattick RP and Hall W** (1998): How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J. Ward, R.P. Mattick, and W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 305-336). Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers.
- WHO (World Health Organization)** (2009): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.
- Yee A, Loh HS, Hisham Hashim HM, Ng CG** (2014): The Prevalence of sexual Dysfunction among Male Patients on Methadone and Buprenorphine Treatments: A Meta-Analysis Study. *J Sex Med* 11:22-32

## Dr. Hans Haltmayer

Ambulatorium Suchthilfe Wien; Suchthilfe Wien gGmbH, Wien

# Stationäre Dauerbetreuung älterer Suchtkranker im Verein Grüner Kreis



von Petra Scheide

Das Angebot »Stationäre Dauerbetreuung mit oder ohne dislozierte Wohnform« – ein Konzept, das sich seit vielen Jahren auch bei älteren Suchtkranken bewährt

## Zahlen und Fakten

Ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung wurden bis vor wenigen Jahren eher als Randgruppe betrachtet und die Therapieangebote in den versorgenden Einrichtungen vermehrt nach den Bedürfnissen jüngerer Menschen konzipiert. Gleich wie der Anteil älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung durch den demografischen Wandel steigt, so steigt laut aktuellen Studien auch der Anteil älterer Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung unter anderem auch aufgrund verbesserter sozialer, medizinischer und Schaden minimierender Versorgungsangebote.

In einem Bericht der Zeitung »Ärzte Woche« führt M. Wurst, Vorstand der Abteilung Psychotherapie II und Suchtmedizin der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg, 2010 an, dass die Suchtproblematik im Alter eine häufig auftretende Thematik ist. Aus wissenschaftlichen Studien geht hervor, dass von einem regelmäßigen Alkoholkonsum bei mindestens 50 Prozent der über 60-Jährigen ausgegangen werden muss und dass bis zu drei Prozent der über 65-Jährigen eine Alkoholproblematik im Sinne einer Alkoholabhängigkeit aufweisen. Bei weiteren 5-20 Prozent in der Altersgruppe über

65 Jahren liegt ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vor. Bei 5-10 Prozent der über 60-Jährigen zeigt sich ein problematischer Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten (z. B. Beruhigungs- und Schlafmittel etc.) beziehungsweise von Schmerzmitteln. Während Alkohol vor allem ein Männerproblem ist, greifen Frauen deutlich häufiger zu Tabletten. Der Konsum illegaler Drogen bei älteren Menschen ist eher selten, die Häufigkeit steigt jedoch. Nach Schätzungen aus den Vereinigten Staaten könnte sich die Zahl der über 50-Jährigen, die illegale Drogen konsumieren und wegen ihres Drogenproblems behandelt werden müssen, bis 2020 verdreifachen. M. Wurst folgert letztlich, dass der Notwendigkeit von entsprechenden Behandlungsangeboten insgesamt vermehrte Bedeutung zukommen soll.

Der Fokus der österreichischen Studie von I. Eisenbach-Stangl und H. Spirig aus dem Jahr 2010 liegt bei Menschen mit einem problematischen Drogenkonsum, das heißt, einem Missbrauch illegaler Substanzen und/oder Substitutionsmittel. Sie beschreiben, dass sich die Anzahl der älteren Drogenabhängigen inklusive des Anstiegs auf Basis des Substitutionsregisters – sie gehen dabei von einem Alter ab 35 Jahren und höher aus – zwischen 2000 und 2007 verdoppelt hat. 2007 gab es somit 7.166 ältere Drogenabhängige in Österreich, vier Fünftel davon waren Männer und zwei Drittel davon lebten in Wien. Letzteres schreiben die AutorInnen unter anderem dem besseren Zugang zu versorgenden Einrichtungen in Wien zu. Abschließend erwähnen sie ebenfalls die Notwendigkeit der Diskussion der Frage nach angemessener Versorgung und Behandlung.

## Probleme und Folgen des Alterns und älterer Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im Speziellen

Das Altern ist eine Phase der Neuorientierung und geht mit dem Verlust von Autonomie und Strukturen einher. Es wird häufig mit negativen Zuschreibungen versehen. Hauptsächlich wird das Altern mit Verlusten in Verbindung gebracht und überwiegend mit der Abnahme der intellektuellen und physischen Leistungsfähigkeit verknüpft wahrgenommen.

H. Scholz führt als Gründe für den vermehrten Missbrauch von Alkohol oder

anderen Substanzen im Alter die durch die soziale Rollenveränderung bedingten Faktoren wie das Verlieren des Arbeitsplatzes durch Kündigung oder Pensionierung, in Folge Rückzug, innere Leere und finanzielle Probleme an. Er beschreibt, dass ältere Menschen durch den Verlust von Angehörigen und durch den Zerfall der Familie an Vereinsamung leiden. Sie sind vermehrt von gesundheitlichen Problemen betroffen und es kommt zu einer Verschlechterung der gesamten Lebensqualität. Er führt in Folge das Motiv der Selbstbehandlung bei Depressionen, Ängsten und anderen psychischen Leiden, die im Alter auch oft als Begleiterkrankungen von Isolation und Verlust einhergehen, an. Die Selbstständigkeit dieser Gruppe nimmt ab und sie ist auf die Hilfe anderer angewiesen, was als deprimierend und schambesetzt wahrgenommen wird. ÄrztInnen verschreiben älteren Menschen schneller Beruhigungsmittel und Antidepressiva oder empfehlen Alkohol, da die psychotherapeutische Behandelbarkeit angezweifelt wird. Allerdings ist diese Überlegung inzwischen überholt.

I. Vogt und MitarbeiterInnen (2010) vom Institut für Suchtforschung in Frankfurt beschreiben als Folgeerkrankungen von Opiat- und Drogenabhängigkeit und den damit verbundenen Lebensweisen einen beschleunigten Alterungsprozess und früher beginnende typische Alterserkrankungen wie Herz-Kreislauf-Probleme, Hypertonie, Stoffwechselerkrankungen, Muskel- und Skelettkrankheiten, Krebs. Virusinfektionen wie Hepatitis B und C und Aids können den Krankheitsprozess verkomplizieren und beschleunigen. Die AutorInnen beschreiben in Folge Hinweise darauf, dass sich bei älteren Drogenabhängigen relativ früh im Leben Zeichen von Demenz häufen. Die KlientInnen in der Untersuchung vom I. Vogt et al. nennen am häufigsten Ängste, Depressionen, Suizidgedanken, Essstörungen, Vergesslichkeit und psychotische Symptome als psychische Folgen ihrer Abhängigkeitserkrankung.

In den letzten Jahren entstehen, die Behandlung älterer Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung betreffend, individuelle ambulante Angebote und erweiterte stationäre Konzepte, integriert in Einrichtungen der Sucht- und der Altenhilfe. Es erfolgt auch eine Vernetzung der ExpertInnen

der Alten- und Suchthilfe, so dass einerseits das in der Altenhilfe tätige Personal Abhängigkeitserkrankungen und deren Risiken besser einschätzen kann, als auch die in der Suchthilfe Tätigen über die Angebote für ältere Menschen und insgesamt über Möglichkeiten der Prävention und Therapie bei älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung besser Bescheid wissen.

Oberstes Ziel ist der Erhalt der Autonomie, solange diese aufgrund der finanziellen Situation vorhanden und der Verbleib aufgrund körperlicher und psychischer Probleme möglich ist. Prinzipiell werden älteren Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit oder einer kombinierten Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gute Behandlungserfolge in Richtung Abstinenz zugeschrieben. Derzeit ist bei älteren Drogenabhängigen in Österreich eher die Substitutionsbehandlung das Mittel der Wahl. Geht es letztlich um eine dauerhafte stationäre Unterbringung, so gibt etwa die Hälfte der nach der Art der gewünschten Variante befragten »älteren Süchtigen« in den vorliegenden Untersuchungen von I. Eisenbach-Stangl et al. und I. Vogt et al. (2010) an, dass sie lieber zusammen mit aktiven oder ehemaligen Drogenabhängigen in einer Art Wohngemeinschaft leben möchten als in einem Altersheim.

## Das Angebot der »stationären Dauerbetreuung« im Verein Grüner Kreis

Der Verein Grüner Kreis bietet seit dem Jahr 2000 vor allem KlientInnen, die neben der Abhängigkeitserkrankung psychiatrische Komorbiditäten aufweisen, nach erfolgter stationärer Therapie die Möglichkeit zur »stationären Dauerbetreuung« an. Dieses Konzept bewährt sich auch bei älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung.

Die in den vergangenen Jahren gemachten Erfahrungen in der Behandlung von KlientInnen in den *Therapeutischen Gemeinschaften* zeigen, dass eine bestimmte Gruppe von Menschen mit zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung entweder vorliegenden psychischen Erkrankungen wie Psychose, Depression, Borderlinesyndrom, Angststörung, ADHS usw. oder geistiger Behinderung oder aber auch psychischen, körperlichen und sozialen Problemen aufgrund des fortgeschrittenen Alters eine adäquate und individuelle Weiterbetreuung benötigt. Diese Menschen haben nach erfolgter Entwicklung und dem Erreichen des Abstinenzziels oder einer stabil eingestellten Substitution in der stationären Behandlung und bei einer fehlenden entsprechenden Weiterbetreuungsmöglichkeit immer wieder Rückfälle in alte Störungsmuster

Der Grüne Kreis bietet KlientInnen, die neben der Abhängigkeitserkrankung psychiatrische Komorbiditäten aufweisen, die Möglichkeit einer »stationären Dauerbetreuung« an.

und Bewältigungsstrategien. Sie werden zu sogenannten »DrehtürpatientInnen« und fallen unter Umständen nach zahlreichen Therapieversuchen und Aufenthalten in den unterschiedlichsten Einrichtungen ganz aus dem Behandlungskontext. Sie verlieren ihre persönliche Hoffnung auf ein einigermaßen würdiges Leben und eine Bewältigung ihrer Probleme und verursachen letztlich vergleichsweise betrachtet hohe Kosten. Im Sinne des Lebens dieser Menschen und einer entsprechenden Weiterentwicklungsmöglichkeit in Richtung einer Problembewältigung in Form von selbstständigem Wohnen und einer weiteren Anbindungsmöglichkeit an die Tagesstruktur der *therapeutischen Gemeinschaft* wurde vom Verein Grüner Kreis und seitens des ersten Kostenträgers mit umsichtigen und engagierten MitarbeiterInnen der Niederösterreichischen Landesregierung im Jahr 2000 für den ersten Klienten das »stationäre Betreuungssystem« realisiert. Es folgten in den nächsten Jahren Kostenübernahmen durch mehrere andere Bundesländer.

In den Fällen, in denen eine unabhängige, eigenständige Rehabilitation nach Abschluss der stationären Langzeittherapie nicht realistisch erscheint, versuchen die Betroffenen einen teilweisen Schritt in die Welt außerhalb der jeweiligen therapeutischen Gemeinschaft des Vereins und damit in ihre Entwicklung zu mehr Selbstständigkeit. Sie nutzen tagsüber die Struktur und die Behandlungsmöglichkeiten (Arbeitstherapie, psychotherapeutische, allgemeinmedizinische und psychiatrische Versorgung, Freizeitangebote, soziale Kontakte etc.) und leben in der übrigen Zeit in vom Verein zu diesem Zweck angemieteten Wohnungen. Die Form und das Ausmaß der Betreuung werden dabei auf die individuellen Fertigkeiten, Ressourcen, Bedürfnisse und Defizite dieser Menschen abgestimmt und sie werden in den verschiedenen Entwicklungsphasen immer wieder gemeinsam mit den KlientInnen adaptiert. Die »stationäre Dauerbetreuung« erfolgt dabei durch geschulte MitarbeiterInnen des Vereins Grüner Kreis. Zusätzlich nutzt diese Gruppe von Menschen die Weiterbetreuung durch die BezugspsychotherapeutInnen. Dies erweist sich im Sinne des

für eine psychische Weiterentwicklung bedeutenden Wirkfaktors – der konstanten therapeutischen Beziehung – als äußerst zielführend. Die Dauer der stationären Betreuung richtet sich nach dem jeweiligen Entwicklungsstand dieser Menschen. Sie kann einerseits ein zeitbegrenztes Modell darstellen, andererseits kann bei Bedarf auch eine lebenslange Begleitung im Sinne eines Dauerbetreuungsplatzes mit Bedacht auf die weitestgehende Entwicklung von Selbstständigkeit angeboten werden. Im Falle von psychischen Krisen und Rückfällen können die KlientInnen zur Stabilisierung bis zu einer Dauer von drei Monaten wieder ganz in den stationären Rahmen aufgenommen werden. Vor allem kann mit diesem Konzept eine stigmatisierende Gettoisierung durch den Verbleib in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, Heimen, Krankenhäusern oder auch Altersheimen verhindert werden.

## Abschließende Bemerkungen

Das beschriebene Konzept der »stationären Dauerbetreuung« bietet derzeit bereits einem kleinen Teil von älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und somatisch und psychisch vorliegenden Komorbiditäten im Verein Grüner Kreis eine lebenswerte Chance. Die Betroffenen führen immer wieder an, dass sie dieses Angebot sehr schätzen und darauf hoffen, dass sie in diesem Sinne ihr Leben weiter mitgestalten können.

## Literatur

- Radebold H., Hirsch R.D.: Altern und Psychotherapie. Verlag Huber, Bern, 1994
- Scholz H.: Substanzabhängigkeiten im höheren Lebensalter. Department für Psychosomatik am KH Waiern und Spielsuchtambulanz Villach. Vortrag gehalten beim »Gerontopsychiatrischen Samstag« Hotel Europa, Graz, 6.2.2011
- Eisenbach-Stangl I., Spirig H.: Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien, 2010
- Verein Grüner Kreis: Stationäre Dauerbetreuung, <https://www.gruenerkreis.at/dauerbetreuung>
- Vogt I. et al.: Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Institut für Suchtforschung, Frankfurt, 2010
- Wurst M., Kunz I.: Sucht im Alter wird unterschätzt. Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte Woche, Ausgabe 19/2010
- Zapococzky H.G., Fischhof P.K.: Handbuch der Gerontopsychiatrie. Springer Verlag, Wien, 1996

## Dr.<sup>in</sup> Petra Scheide

Leitung »Region Ost« im Verein Grüner Kreis



# Unser Betreuungsangebot

## Prävention

Suchtprävention ist dem Grünen Kreis ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

### In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithilfe, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

### In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

## Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbereitung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins Grüner Kreis und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

### Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§ 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO)
- Angehörige

## Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

**Für Wiener KlientInnen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

**Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

## Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

## Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

## Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.

## Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins Grüner Kreis mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom Grünen Kreis angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

## AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein Grüner Kreis möglich.



# Auch drogenkranke Menschen werden älter

## Problemlage und integrative Strategie in Wien



von Georg Preitler

Die Zahl der LangzeitkonsumentInnen von Drogen und die Zahl der älteren substituierten Personen sind durch die höhere Lebenserwartung dieser Zielgruppen in den letzten Jahren angestiegen. Die integrative Versorgung von Suchtkranken in Wien macht die Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems auch für sie zugänglich und verhindert dadurch weitere Ausgrenzung.

Waren in Wien 2002 noch ungefähr 1.000 SubstitutionspatientInnen über 40 Jahre alt, so stieg diese Zahl bis 2012 auf das Doppelte an – ein wesentlicher Erfolg von psychosozialen und medizinischen Maßnahmen in der Beratung, Behandlung und Betreuung von Suchtkranken. Dabei hat die Substitutionsbehandlung zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung dieser Zielgruppe ebenso beigetragen wie Harm-Reduction-Maßnahmen.

Aufgrund der verschiedenen Problemlagen älterer Suchtkranker, die u. a. im Zusammenhang mit einer Voralterung der Zielgruppe stehen, sah sich das Gesundheits- und Sozialsystem bei der Behandlung älterer Suchtkranker auch zunehmend mit Herausforderungen konfrontiert, die insgesamt die Integration der älteren PatientInnen in bestehende Angebote von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vorsahen. Dabei sollen insbesondere die Selbstständigkeit und die Fähigkeit der eigenen verantwortungsvollen Lebensgestaltung von älteren SuchtpatientInnen gefördert werden. Diverse Betreuungsangebote müssen die speziellen Bedürfnisse von älteren Suchtkranken berücksichtigen und gleichzeitig die Schwierigkeiten, mit denen ExpertInnen in der Betreuung dieser KlientInnengruppe konfrontiert sind, erfassen.

Dieses Ziel bedarf jedoch einer entsprechenden Flexibilität und Aufnahmebereitschaft des Systems, um die bedarfsgerechte Versorgung älterer Suchtkranker auch langfristig sicherzustellen. Dabei sind Vernetzung, Kooperation, Fachberatung und Weiterbildung essenzielle Bausteine in der Ausarbeitung klientInnengerechter Versorgungsstrukturen.

**Wien: Arbeitsgruppe »Ältere Suchtkranke«**  
Ältere Suchtkranke werden in Wien in Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe sowie je nach weiteren Problemfeldern in anderen Bereichen des Gesundheits-

und Sozialsystems (Wohnungslosenhilfe, Pflege und Betreuung etc.) versorgt. Um die Kooperation und den Austausch zwischen den Bereichen zu optimieren, wurde 2010 die Arbeitsgruppe »Ältere Suchtkranke« ins Leben gerufen. In dieser Arbeitsgruppe sind ExpertInnen aus den unterschiedlichsten Bereichen des Wiener Gesundheits- und Sozialsystems vertreten (Sucht- und Drogenhilfe, mobile Pflege und Betreuung, stationäre Pflege und Betreuung, Ärztekammer, Krankenhäusern uvm.). In entsprechenden bereichsübergreifenden und multiprofessionellen Unterarbeitsgruppen wird an den Themenfeldern »Entlassungsmanagement«, »Schulung, Fortbildungen und Fachberatung«, »mobile/aufsuchende Leistungen« sowie »Tagesstruktur« gearbeitet und es werden korrespondierende Maßnahmenkataloge entwickelt.

Die Arbeit der verschiedenen Arbeitstreffen fand bisher – kurz zusammengefasst – ihren Niederschlag in folgenden Ergebnissen:

- Spezialfallbearbeitung / HelferInnenkonferenz: In einzelnen Fällen bestehen aufgrund der Komplexität der Problemlagen vor allem von vorgealterten und multimorbiden Suchtkranken bzw. der Überforderung der Einrichtungen Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten in der Versorgung. In diesen Fällen setzen sich alle SystempartnerInnen und ggf. auch die betreuende Einrichtung rasch zusammen, um eine möglichst adäquate und ggf. bereichsübergreifende Versorgung zu ermöglichen.
- Standardisiertes Zuweisungsformular für substituierte PatientInnen zu Pflege und Betreuungseinrichtungen
- Telefonliste der wichtigsten Informations-/Unterstützungsstellen rund um ältere KonsumentInnen illegaler Substanzen bzw. Substituierte
- Bildungsangebote des Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes (SDHN) für Aus-

bildungsstätten für Pflege und Betreuung, um das Thema Sucht im Rahmen der Ausbildung zu diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie PflegehelferInnen, HeimhelferInnen und Fach-SozialbetreuerInnen praxisnahe zu behandeln

- Fortbildungen für das SDHN sowie vom SDHN zum Thema Sucht und Pflege: Beispielhaft fand 2012 die Tagung »Versorgung älterer Suchtkranker im und außerhalb des Krankenhauses« statt.
- Grobkonzept für eine suchtspezifische medizinische und psychosoziale Versorgung nicht mobiler Suchtkranker
- Merkblatt für Substitution und Pflege für MitarbeiterInnen des SDHN und substituierende ÄrztInnen
- Konzeptvorschlag »Zeitgestaltung«: Projekt zur Verbesserung der Tagesstruktur bei älteren Suchtkranken

Parallel dazu wurde im Jahr 2011 die Arbeitsgruppe »Handlungsleitlinien Pflege und Sucht« unter Teilnahme von Suchthilfeeinrichtungen, des Sucht- und Drogenbeauftragten der Stadt Wien, der Vertretungen des Bereiches Pflege und Betreuung (Fonds Soziales Wien und Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen), der Behörden und der Sucht- und Drogenkoordination (SDW) gebildet. Diese befasste sich mit der Erstellung von allgemeingültigen Handlungsleitlinien zum Umgang mit Sucht/Abhängigkeit von Substanzen für MitarbeiterInnen der Berufsgruppe Pflege. So wurden Qualitätshandbücher für den ambulanten Bereich und für den stationären Bereich fertiggestellt, welche eine wertvolle Orientierung und Unterstützung in der täglichen Arbeit bieten:

- Handlungsleitlinie Umgang mit Sucht/ Abhängigkeit von Substanzen für mobile Pflege- und Betreuungsdienste in Wien
- Handlungsleitlinie Umgang mit Sucht in Wohn- und Pflegeeinrichtungen

Die seit 2014 tätige Steuerungsgruppe Rehabilitation und Substitution beschäftigt sich mit der Frage der Organisation der Substitution im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Rehabilitationszentrum oder Sonderkrankenhaus. Eine etwaige Substitutionsbehandlung soll und darf kein Ausschlussgrund für den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation sein. Unklarheiten und Unsicherheiten bezüglich einer rechtskonformen Verschreibung bei einer Aufnahme in eine stationäre medizinische Rehabilitation wurden

durch die Tätigkeit der Steuerungsgruppe bereinigt. In Kooperation zwischen der Ärztekammer Wien, dem Beauftragten für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, dem Gesundheitsdienst der Stadt Wien, dem Fachbereich Gesundheitsrecht der Stadt Wien, der Pensionsversicherungsanstalt, der Wiener Gebietskrankenkasse und der Sucht- und Drogenkoordination Wien

- Merkblatt zum Vorgehen bei geplantem Aufenthalt von substituierten PatientInnen in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten und ein
- Merkblatt zum Vorgehen bei geplantem Aufenthalt in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten bei PatientInnen mit einer Begleitverschreibung bei Benzodiazepinabhängigkeit im Rahmen der Substitutionstherapie erstellt. Die Kooperation in der Steuerungsgruppe wurde inzwischen durch die Teilnahme der Apothekerkammer und des Reha-Zentrums Sonnenpark Bad Hall erweitert.

Im Zentrum aller Aktivitäten steht der integrative Ansatz, um den älteren Suchtkranken den Zugang zu bestehenden Angeboten zu ermöglichen.

### Integrative Suchtpolitik

Eine zentrale Rolle der integrativen Suchtpolitik nimmt das Fachberatungsangebot des Liaisondienstes Konnex der Sucht- und Drogenkoordination Wien wahr. Konnex hat das Ziel, die Betreuung von Suchtkranken in den unterstützten Einrichtungen durch individuelle Fachberatung und praxisnahe Wissensvermittlung zu verbessern und zu erleichtern. Den MitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtungen wird ein breites Spektrum an Fachberatung und Schulung geboten, das individuell auf die jeweilige Einrichtung abgestimmt ist. Alle FachberaterInnen sind langjährige MitarbeiterInnen der Sucht- und Drogenhilfe, sodass die Angebote von Konnex vom Zugang »aus der Praxis – für die Praxis« geprägt sind. Durch die Arbeit von Konnex wird das subjektive Sicherheitsgefühl der MitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtungen im Umgang mit KonsumentInnen illegaler Substanzen erhöht und das Wissen über illegale Substanzen, Substitutionsmittel, Harm Reduction und die Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes erweitert. Konnex unterstützt die KooperationspartnerInnen dabei, ihre Angebote und Leistungen besser auf die Bedürfnisse suchtkranker Personen abzustimmen. Dieses Angebot wurde in den

letzten Jahren verstärkt auch von Einrichtungen der Pflege und Betreuung genutzt. Da ältere Suchtkranke vielfach multimorbid sind, werden sie häufiger im Krankenhaus behandelt. Der Spitalsverbindungsdienst CONTACT sensibilisiert bereits seit 15 Jahren für die Problematik der älter werdenden KonsumentInnen illegaler Substanzen und Substituierten. In diesem Zusammenhang beschäftigt sich CONTACT vor allem mit der Beratung und Betreuung von PatientInnen in Wiener Krankenhäusern, bei denen eine Suchterkrankung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen vorliegt. Damit stellt CONTACT sicher, dass die erforderlichen Schritte zur psychosozialen Stabilisierung sowie zur Pflege und Betreuung eingeleitet werden, und vermittelt die PatientInnen bedarfsorientiert in weiterführende Betreuungseinrichtungen.

### Resümee

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Zahl der älteren Suchtkranken in Wien kontinuierlich ansteigt und das Gesundheits- und Sozialwesen vor neue Herausforderungen stellt. Ältere KonsumentInnen illegaler Substanzen und Substituierte sind häufig desintegriert, nicht mehr berufstätig, beziehen überwiegend bedarfsorientierte Mindestsicherung oder Pensionen und weisen einen problematischen Gesundheitszustand auf. Die Betreuung von älteren Suchtkranken erfordert die koordinierte Zusammenarbeit der betreffenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die gegenseitige Beratung, Unterstützung und Schulung und schließlich die für eine zufriedenstellende Betreuung nötigen Rahmenbedingungen. Tatsächlich kann in Wien heute die überwiegende Mehrheit der älteren Suchtkranken mit Pflegebedarf in den bereits vorhandenen Angeboten der Pflege und Betreuung versorgt werden. Die MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen erhalten u. a. von Konnex laufend Fort- und Weiterbildungen sowie Fachberatung, wodurch der notwendige Wissenstransfer gewährleistet wird. Mit Hilfe verschiedener Maßnahmen wurde in Wien in den letzten Jahren die Integration sowohl von älteren KonsumentInnen von illegalen Substanzen als auch von Substituierten in bestehende Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems maßgeblich erleichtert.

**DSA Dipl. Päd. Georg Preitler**

Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)

# Glück und Erfüllung im Alter oder Die Zweideutigkeit des Alters



von Dominik Batthyány

Heute glauben viele, dass Glück die Quelle für Lebensfreude, Lebendigkeit, Vitalität ist. Nicht das Glück ist die Quelle der Lebensfreude, sondern die Haltung der tiefen Dankbarkeit. Jeder Augenblick ist eine Gelegenheit für ein Geschenk und die Dankbarkeit. Das braucht Achtsamkeit. Dankbar leben heißt, hellwach leben.  
(David Steindl-Rast)

Das Alter hat seine eigenen Nöte, aber auch einen besonderen Eigenwert. Es konfrontiert uns mit der psychischen und physischen Gebrechlichkeit des Lebens. Es kann als belastend empfunden werden, dass Dinge, die man noch gerne tun oder erleben möchte, einem verwehrt bleiben. Das Alter ist ein Lebensabschnitt, der zunehmend die Auseinandersetzung mit der Vergänglichkeit führt. Der Blick auf die Lebenszeit zeigt, dass der Bereich der Vergangenheit größer wird und der Bereich der Zukunft schrumpft. Vor diesem Hintergrund kann das Alter oder das Altern eine krisenanfällige Phase des menschlichen Lebens sein.

Tatsächlich ist für viele Menschen das Altern ein schwieriger Prozess. Das Selbstverständliche wird nicht mehr fassbar, Selbstbilder, die den Selbstwert getragen haben, werden womöglich brüchig und müssen losgelassen werden; Fremdbestimmung und das Gefühl des Ausgeliefertseins nehmen zu. Dennoch, die andere Seite ist: Das Alter kann auch einen Gewinn an Freiheit und Unabhängigkeit bedeuten – im Tun und Denken. Das Alter kann den Blick weiten zu einem größeren Verständnis für Menschliches und Allzumenschliches. Auf diese Weise bedeutet das Altern ein Übersich-Hinauswachsen. Und es bedeutet den Gewinn eines neuen, veränderten Blicks auf das, was gemeinhin als »schön«, »stark«, »leistungsfähig«, »frei«, »lebendig« etc. gilt. Es eröffnet dann eine neue Art von (innerer) Freiheit – und das Bewusstsein, dass wir vergängliche Wesen sind, dass das Leben uns nur auf Zeit gegeben ist. Dies zu verstehen, vor allem auch den Wert des Augenblicks, ist eine Frucht des Alters. Den Wert des Augenblicks zu sehen bedeutet aber eigentlich, wirklich zu leben.

Sinnvoll kann daher eine Blickrichtungsänderung auf die besonderen Fähigkeiten des Alters sein, das Hervortreten einer Dankbarkeit auf das bisher möglich Gewordene und auch auf das, was einem bislang im Leben vielleicht auch erspart geblieben ist.

Viktor Frankl sieht die Frage nach einem erfüllten Leben unabhängig vom Alter. »Also nicht darauf kommt es an«, schreibt er, »ob einer jung oder alt ist, und wie alt er sein mag; sondern worauf es ankommt, ist vielmehr die Frage, ob seine Zeit und sein

Bewusstsein ausgefüllt sind von irgendeinem Gegenstand, an den sich dieser Mensch hingibt, und ob er selbst das Gefühl haben kann, auch trotz seines Alters, nach wie vor ein wertvolles und lebenswürdiges Dasein zu leben, mit einem Wort, sich auch noch im Alter innerlich zu erfüllen. Und nicht darauf kommt es an: ob die Tätigkeit, die dem menschlichen Dasein einen Sinn und Inhalt geben soll, mit Gelderwerb verknüpft ist oder nicht; sondern vom psychologischen Standpunkt ausschlaggebend und entscheidend ist einzig und allein die Frage, ob diese Tätigkeit im Menschen, und mag er noch so bejahrt sein, das Gefühl erweckt, für etwas da zu sein – für etwas oder für jemand.« (Viktor Frankl, Psychotherapie für den Alltag)

Für die seelische Gesundheit ist wichtig, immer wieder neu einen Sinn im Leben zu finden. Negative Lebensbilanzen angesichts von ungelebtem Leben und Sinnversäumnissen führen zu destruktiven Haltungen und Schuldgefühlen. Menschen können aber auch sehr ungerecht sich selbst gegenüber sein, wenn sie ein in der Vergangenheit fehlerhaftes oder schuldhaftes eigenes Tun verurteilen. Denn sie tun dies womöglich als Person, die heute viel reicher an Lebenserfahrung und Wissen ist als die Person, die in der Vergangenheit falsch gehandelt hat. Die Person, die wir inzwischen geworden sind, hätte vielleicht vieles anders gemacht.

Viele Menschen übersehen auch, was sie im Leben bereits an »Früchten« geerntet haben. Vieles wird nicht wertgeschätzt und für selbstverständlich gehalten. Dazu gibt es auch ein schönes Gleichnis von Viktor Frankl in seinem Buch »Der Wille zum Sinn«: »Die Zeit wird missverstanden. Denn wie steht der durchschnittliche Mensch zur ‚Zeit‘? Er sieht nur das Stoppfeld der Vergänglichkeit – aber er sieht nicht die vollen Scheunen der Vergangenheit. Er will, dass die Zeit stillstehe, auf das nicht alles vergänglich sei; aber er gleicht darin einem Manne, der da wollte, dass eine Mäh- und Dreschmaschine stille steht und am Platz arbeitet, und nicht im Fahren; denn während die Maschine übers Feld rollt, sieht er – mit Schaudern – immer nur das sich vergrößernde Stoppfeld, aber nicht die gleichzeitig sich mehrende Menge des Kornes im Innern der Maschine. So ist der Mensch geneigt, an

den vergangenen Dingen nur zu sehen, dass sie nicht mehr da sind; aber er sieht nicht, in welche Speicher sie gekommen. Er sagt dann, sie sind vergangen, weil sie vergänglich sind – aber er sollte sagen: vergangen sind sie; denn: ‚einmal‘ gezeitigt, sind sie, für immer ‚verewigt.« – Oder anders gesagt: »In der Vergangenheit ist nichts unwiederbringlich verloren: in der Vergangenheit ist alles unverlierbar geborgen.« (Viktor Frankl, Der leidende Mensch) Vielleicht ist es eine gute Wahrnehmungsübung, für das Leben einmal ganz bewusst und mit genügend Zeit die Ernte im Speicher der Vergangenheit wahrnehmen und zu betrachten.

Und natürlich mischt sich auch reichlich »Unkraut« unter die Ernte. Manches Versagen bleibt und ist nicht mehr wieder gutzumachen. Wir können tatsächlich das Unkraut aus der Scheune nicht mehr herausholen. Was gelebt worden ist, ist gelebt worden. Wir können aber immer noch »ernten bis zuletzt«. Wenn jemand nicht unzufrieden ist mit dem, was in der

→ Seite 11 Abhängigkeitsentwicklung, Hangover-Effekt mit Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit, muskelrelaxierende Wirkung mit erhöhter Sturzgefahr, verstärkt Blasen-schwäche und verstärkte Vergesslichkeit. In seltenen Fällen kann man »paradoxe« Disinhibitionsphänomene mit Agitiertheit, Erregungszuständen und Aggressivität beobachten.

## Wann sollte ein Benzodiazepin-Entzug überlegt werden?

1. Besteht bereits ein Schaden durch Benzodiazepin-Gebrauch (z. B. Sturzgefahr, Wesensveränderung, kognitive Störung)?
2. Hat der Patient noch einen Nutzen von der Benzodiazepin-Behandlung (z. B. Behandlung starker Angsterkrankungen)?
3. Sind nachteilige Folgen des Entzugs zu erwarten (z. B. schlechter somatischer Zustand, schwere Erkrankung)?
4. Verbleibende Lebensspanne/ Lebensqualität
5. Vorhandenes soziales Umfeld

Bereits eine Dosisreduktion ist ein Behandlungserfolg!

## Benzodiazepin-Entzug

Beim Absetzen zeigen sich, wie bei jüngeren Patienten, folgende Symptome: Schwitzen, Schlaflosigkeit, Angstzustände, zerebrale Kramp fzustände, Tremor, Übelkeit, Erbrechen, abdominale Krämpfe,

»In der Vergangenheit ist nichts unwiederbringlich verloren: in der Vergangenheit ist alles unverlierbar geborgen.« (Viktor Frankl)

Lebensgeschichte in der Vergangenheit da war, kann er »raus aufs Feld und gutes Korn einfahren«. Jeder Mensch hat noch Bereiche, die zu ernten sind: eine Versöhnung, ein guter Abschluss, eine große Dankbarkeit, ein Vorbild zu sein. So lange bewusstes Lebens gelebt wird, ist der Mensch immer noch Mitgestalter des Lebens – und wenn es nur innere Prozesse sind, die in ihm ablaufen. Ein liebevoller Gedanke, ein Gebet, ein Frieden, den erschließt, etc. Im Letzten kann der Mensch selbst noch Sinnstiftung sein für andere, indem er den anderen Menschen, die sich um ihn bemühen, durch seine Schwäche das Beste herauslockt. Elisabeth Lukas sagte einmal in einem Interview: »Bleiben

Depersonalisationsphänomene, optische Wahrnehmungsstörungen, kinästhetische Störungen, depressiv-wahnhaftes Symptome, Delirien.

Eine Hochdosis-Abhängigkeit erzeugt schwerere Entzugssymptome als eine Niedrigdosis-Abhängigkeit, Benzodiazepine mit kürzerer HWZ verursachen beim Absetzen größere Probleme als solche mit längerer HWZ.

Benzodiazepin-Entzüge dauern Wochen bis Monate. Unterstützend können folgende Psychopharmaka im Entzug hilfreich sein: Antidepressiva (Trazodon, Mirzapapin), Mood-Stabilizer (Carbamazepin, Oxcarbazepin), Betablocker und auch niedrig dosiert Antipsychotika.

## Schmerzmittel im Alter

### Epidemiologie

Die Verordnung von Analgetika (vor allem Opiate) steigt mit dem Alter kontinuierlich an, bei Schmerzpatienten werden bei bis zu einem Drittel der Patienten Suchtprobleme beobachtet. Die Suchtentwicklung ist bei nicht tumorbedingten Schmerzen höher.

Die Prävalenz für Abhängigkeit liegt bei nur 3 % für chronische nicht tumorbedingte und für chronische tumorbedingte Schmerzen.

### Wirkung

Nicht opioidhaltige Analgetika führen zu einer Stimmungsverbesserung, die (psy-

wird alles in der Wahrheit, wie es war, aber zählen mag das Gute. Ich denke auch so: Es spricht vieles dafür, die Scheune ist ja für das Korn gebaut worden, nicht für das Unkraut. Das Korn zählt mehr als das Unkraut und so zählt auch die Wahrheit mehr als die Lüge und der Sinn mehr als der Widersinn. Das gelingende Leben ist das, wofür wir ins Leben gerufen sind. Es ist das, wofür wir da sind. Wenn wir diesen Blick haben können, dann gibt es auch viel Hoffnung und noch mehr Motivation, sich um das gute Korn zu bemühen und nicht immer sich Gedanken zu machen, ob ein Unkraut dazwischenrutscht oder nicht.«

Heute ist der erste Tag vom Rest meines Lebens: Noch kann ich ernten, noch kann ich Möglichkeiten hereinholen in die Wirklichkeit.

## Dr. Dominik Batthyány

Leitung Prävention, Verein Grüner Kreis  
Leitung Institut für Verhaltenssuchte an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien

chische) Substanzabhängigkeit führt über die schmerzbezogene Anwendung zur prophylaktischen und zur täglichen Anwendung, bis es aufgrund zum Beispiel des »Analgetika-Kopfschmerzes« zur Zunahme der Einnahme kommt.

Opioidhaltige Analgetika wirken über Opioid-Rezeptoren im Belohnungssystem, und es kann sich eine psychische und physische Abhängigkeit entwickeln. Auf psychischer Seite bewirkt dies eine Verstärkung des Verhaltens, da es zur Aktivierung und Entstehung von Lustgefühlen und zur Stimmungsverbesserung kommt. Auf somatischer Ebene entwickelt sich nach langfristiger Anwendung auf zellulärer Ebene eine Signalreduktion am Opioidrezeptor mit Toleranzentwicklung.

Eine Verschreibungssorgfalt ist durch Verschreibung kleiner Mengen unter laufender Kontrolle, regelmäßige Dosisüberprüfung, die Verwendung eher retardierter Opiate (Pflaster) und die Verschreibung durch den gleichen Arzt anzustreben.

## Buchempfehlung

Dirk K. Wolter: Sucht im Alter, Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. Kohlhammer 2011

## Prim. Dr. Christian Jagsch

Vorstand der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie LKH Graz Süd-West  
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie  
Kontakt: christian.jagsch@kages.at

# Spurensuche

KlientInnen berichten über ihr Leben mit der Sucht.

## Sucht und Alter

Ich bin 55 Jahre und schon zehn Jahre beim Grünen Kreis. Ich bin Alkoholiker und seit zehn Jahren trocken. Ich war dem Alkohol komplett verfallen. Natürlich ist mir das nüchterne Leben sehr schwer gefallen. Es hat sich mit dem Älterwerden sehr viel verändert. Das nüchterne Leben ist für mich zur Routine geworden. Trotzdem habe ich manchmal das Verlangen nach Bier, aber ich habe schon Mittel und Wege gefunden, um dem entgegenzuwirken. Ich weiß auch, wenn ich wieder Alkohol trinken würde, wäre ich ganz schnell wieder abhängig und ganz unten. Ich sehe das realistisch und will das Vertrauen zu meinen Kindern und zu meiner Ex-Freundin nicht zerstören, das ich mir so langwierig und mühsam erarbeitet habe. Ich merke auch das Alter schon. Die körperliche Leistungsfähigkeit lässt nach. Die Kinder sind groß geworden. Auch ich wurde ruhiger und gelassener, lasse das schnelllebige Handy-Zeitalter hinter mir. Ich gehe viel lieber hinaus in die Natur. Die Strukturen im Grünen Kreis sind sehr wichtig für mich, denn als älterer Mensch bringt man ein faules Leben sehr schwer wieder weg. Ich treffe meine Entscheidungen wohlüberlegt, stehe mehr über den Dingen und erkenne meine Grenzen besser. Kein Stress und Gemütlichkeit sind sehr wichtig für mein abstinentes Leben.

Klaus M.

Die Sucht kommt durch die verschiedensten Türen in unterschiedlichen Gewändern daher. Man kann zwar schon etwas reifer, wissender und erfahrener sein, doch wenn man nur für einen Moment nicht auf der Hut vor ihr ist, findet sie ihre Tür gewiss. Soviel traue ich mich mit meinen 49 Jahren zu sagen.

Ich sehe das Thema Sucht aus zwei Perspektiven. Einerseits als »Sucht im höheren Alter« und andererseits als »Sucht im jüngeren Alter«. Ich möchte anhand meiner Suchtgeschichte auf beide Sichtweisen eingehen.

Aus heutiger Sicht bin ich seit meinem sechzehnten Lebensjahr alkoholabhängig, mit Benzodiazepinen habe ich Mitte dreißig begonnen. Ich habe zwei Alkohol- und zwei Benzo-Entzüge mit anschließender Entwöhnungstherapie hinter mir. Den ersten

Alkoholentzug machte ich mit 34 Jahren - reichlich spät -, doch vorher ist es mir einfach nicht in den Sinn gekommen, süchtig zu sein. Ich war die längste Zeit meines Lebens reiner Rauschtrinker und das auf höchstem Niveau. Die Sucht brauchte nicht lange, um sich zu etablieren. Ich fing an zu trinken, weil Erwachsene es taten und merkte, dass ich dadurch entspannter, mutiger, lustiger und enthemmter wurde. Außerdem war Alkohol ein riesiges Thema in meinem Leben. Fast zwanzig Jahre hindurch soff ich von Rausch zu meinem Rausch, genoss die Wirkung und dachte, es wäre eine schlechte Angewohnheit, maximal ein kleines Problem. Die Worte Angst und Depression existierten in meinem Sprachschatz quasi nicht. Erst mit 34 Jahren erkannte ich, dass ich schwerstens süchtig war und unternahm einen Entzug. Ich war überzeugt, dass der Alkohol mein einziges Problem wäre, das ich lösen müsste, um ein rundum glücklicher Mensch zu werden. Doch als der Alkohol weg war, erfuhr ich wie durch eine schallende Ohrfeige, was Ängste und Depressionen sind. Es folgten fast fünfzehn Jahre intensiver Psychotherapie. Heute sehe ich junge Menschen, die um die 20 schon eine Therapie beginnen. Alle Achtung!

Die nächste Sucht ließ nicht lange auf sich warten. Zunächst wurden mir Benzodiazepine als Einschlafhilfe verschrieben, später in rauen Mengen. Diese Sucht schlich sich über Jahre langsam ein. Der Absturz kam unweigerlich bei diesem Suchtpotential. Als es für mich nicht mehr tragbar war, machte ich den nächsten Entzug.

Die dritte Phase der Sucht begann durch reinen Leichtsinn, war relativ kurz und endete letztes Jahr mit einem körperlichen Zusammenbruch. Ich hatte über Monate nur noch Unmengen getrunken und Benzos wie Traubenzucker verschlungen. Diesmal war ich kein Rauschtrinker mehr, sondern ich trank ständig, eingeschlossen in meiner Wohnung und abgeschottet von der Außenwelt.

Dennoch betrachte ich mein bisheriges Leben mit Zufriedenheit. Ich habe eine 20-jährige Berufslaufbahn hinter mir, ich hatte eine langjährige Beziehung und Ehe, und ich habe zwei tolle Töchter. Das unterscheidet mich zwar von den meisten Jüngeren, doch die Sucht ist uns gemein. Aufgrund meiner Erfahrungen glaube ich, dass die Sucht einfach kein Alter kennt. Egal wie und wo sie daherkommt.

Reinald M.

# Wohnhilfen für (alternde) chronifiziert erkrankte Drogenabhängige



von Anabela Dias de Oliveira

drogenabhängige Frauen und Männer, die nicht in der Lage sind, selbstständig am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und von den herkömmlichen Drogenhilfeangeboten nicht mehr oder auch noch nicht erreicht werden.

Ein Großteil unserer KlientInnen hat in den 60er/70er-Jahren begonnen, Drogen zu konsumieren und den Ausstieg aus diesem drogenbezogenen Lebensstil aus vielfältigen Gründen nicht geschafft und/oder gewollt.

## Wohnhilfen

Die LÜSA-Hilfen wurden von Beginn an den unterschiedlichen Hilfebedarfen der NutzerInnen angepasst, sie bieten derzeit in differenzierten Wohnhilfen 43 stationäre Plätze und darüber hinaus Tagesstrukturangebote und »ambulant betreutes Wohnen«:

### ■ Haupthaus

Das Haupthaus ist Vereinssitz, zentrale Anlaufstelle und bietet, fußläufig zur Fußgängerzone, in einer großen, denkmalgeschützten Jugendstilvilla 16 Wohnplätze, die meisten als Einzelzimmer und darüber hinaus seit 2008 in einem barrierefreien/behindertengerechten Neubaugebäude 5 Wohnplätze für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen.

### ■ Außenwohngruppe – »AWG«

BewohnerInnen, die sich stabilisieren konnten, können in der »AWG« diesen Ablösungsprozess fortsetzen (4 Plätze).

### Stationäres dezentrales Einzelwohnen – »SEWO«

BewohnerInnen (insbesondere mit psychotischen Störungen), die einen hohen Hilfebedarf haben, jedoch von Gruppensituationen schnell überfordert sind, bieten wir in Einzelzimmern oder Zweier-WGs engmaschig stationär betreut geschützten Rückzugsraum (4 Plätze).

### Ambulant betreutes Wohnen – »BEWO«

Das Angebot zielt auf drogenabhängige Menschen aus dem Kreis Unna sowie auf die LÜSA-AbsolventInnen, die ausreichend Ressourcen zum selbstständigen Leben haben, jedoch einen verlässlichen

Betreuungsrahmen benötigen, um die erreichte Stabilisierung halten zu können.

### Dauerwohneinrichtung – »DAWO«

Für BewohnerInnen, die auch perspektivisch umfassende Hilfe benötigen, haben wir 2015 das »DAWO«, eine Wohnhilfe für alternde chronifiziert mehrfachgeschädigte DrogenkonsumentInnen eröffnet.

Mit 14 Plätzen, in Unna am Stadtrand ländlich gelegen, bietet es Ruhe, einen großen Garten, Barrierefreiheit und Weiträumigkeit in den Einzelzimmern und Gemeinschaftsräumen. Hier enden die Ähnlichkeiten, weder juristisch noch formell ist das »DAWO« ein »Altenheim«.

Insbesondere wird dies beim tatsächlichen Lebensalter der DAWO-BewohnerInnen (ca. 45 Jahre) deutlich. Auch die Gestaltung von Alltag und Zusammenleben unterscheidet sich stark und ist vom Leben in der Subkultur geprägt:

- Illegalität, Kriminalisierung, Stigmatisierung
- Prostitution und Beschaffungskriminalität
- andere Sprache und anderer Humor
- andere Lautstärke und andere Musik
- andere Rauscherfahrung
- anderer Wohnstil und anderer Raumbedarf

Kurz: andere Fähigkeiten, Unzulänglichkeiten, Hilfebedarfe und andere Gewohnheiten müssen beachtet werden.

Die »Best Practice«-Grundlagen (Substitutionsbehandlung, Risikominimierung, Einzelbetreuung, Tagesstruktur etc.) wurden auf das neue Hilfeangebot übertragen und angepasst.

Die langjährige Erfahrung, die Netzwerke und die daraus entstehenden Synergie-Effekte waren für uns hilfreich beim »Betreten« des fachlichen Neulandes.

Nach fast zwei Jahren sind wir überzeugt: Grundlegendes ist an den Schnittstellen zwischen stationärer Wiedereingliederung und Pflege zu erarbeiten, Verständnis muss wachsen für die unterschiedlichen Arbeitsanforderungen von Alten- und Drogenhilfe sowie für die spezifischen Problemlagen der HilfenutzerInnen – ein Austausch ist unerlässlich.

So groß die Unterschiede sind – das Bedürfnis, in Würde zu leben und alt zu werden in einer gewohnten und vertrauten Umgebung, einen eigenen Platz und eigene Aufgaben zu haben und »gebraucht zu werden«, und die hohe Sicherheit, möglichst lange »zu Hause bleiben zu können« unterscheiden sich jedoch nicht.

## Arbeitsansatz

LÜSA bietet niedrigschwellige »Nischen zum Leben und Arbeiten«, Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Der in allen LÜSA-Hilfeangeboten angewandte lösungsorientierte Arbeitsansatz basiert als »Hilfe zur Selbsthilfe« auf vier Säulen:

### ■ Ein Zuhause

Für uns ein Menschenrecht, sicher, empathisch. Wir fordern von unseren BewohnerInnen Beteiligung, Verantwortung, Respekt und sozial verträgliches Verhalten.

### ■ Behandlung

Als wesentliches Basisangebot dient das Fortführen von Substitutionsbehandlung und fortlaufender medizinischer Begleitung durch eine/n Hausarzt/Hausärztin und eine/n PsychiaterIn. Darüber hinaus pflegen wir die Kooperation mit AnbieterInnen von qualifizierter Entzugsbehandlung, Ergotherapiepraxen, AIDS-Hilfe, ambulanten Pflegediensten, sog. »WundmanagerInnen«, Hospizen, die zum Teil auch ins Haus kommen.

### ■ Betreuung

Wir orientieren uns auf die Gegenwart und stärken die Selbstbestimmung unserer KlientInnen. Wir arbeiten lösungsorientiert und leiten sie bei den Dingen an, die sie nicht mehr bzw. noch nicht können. Wir arbeiten mit ihnen zusammen, aber wir übernehmen die Alltagsbewältigung nicht für sie. Vor diesem Hintergrund haben der Selbstversorgungsansatz wie das Tagesstrukturangebot einen zentralen Stellenwert.

Wir erwarten von den BewohnerInnen Respekt und einen demokratisch-toleranten Umgang untereinander und mit anderen BürgerInnen. Wir konfrontieren unsere KlientInnen auch mit (bürgerschaftlichen) Rechten und Pflichten und versuchen, einen Blick für die Welt um sie herum und weiter weg zu schaffen.

### ■ Tagesstruktur/Beschäftigung

Neben dem Selbstversorgungsansatz stellen Alltagsstraining und die Beschäftigungsbereiche Druck-, Holz-, Fahrrad-

und Kreativwerkstatt, der Secondhand-Verkaufsbereich und der »Versorgungsbereich« mit Garten-, Renovierungs- und Hauswirtschaftstätigkeiten sowie die differenzierten Freizeitangebote, die allen NutzerInnen offen stehen, in unserer Arbeit einen großen Wert dar. Es ist uns wichtig, auch mit den Beschäftigungsangeboten Gemeinwesenbestandteil zu sein – das Selbstverständnis kann wie folgt knapp zusammengefasst werden: Partizipation fordern und fördern und unseren KlientInnen da, wo ihre Stimme nicht gehört wird, eine parteiische Lobby zu sein.

## Das LÜSA-Team

Das interdisziplinäre Team bietet mit Heil-, Erziehungs- und GesundheitspflegerInnen, »Ex-UserInnen«, Heil- und DiplompädagogInnen, ErgotherapeutInnen, HauswirtschaftlerInnen, Verwaltungsangestellten sowie den handwerklichen AnleiterInnen in den Tagesstrukturangeboten eine breite und vielschichtige Qualifikation und Sicht auf die Problemkomplexität der Projekt-NutzerInnen und mögliche Lösungswege. Wir sind multikulturell und familienfreundlich, bieten mit Überzeugung individuelle Arbeitszeitmodelle.

## Umgang mit Tod und Sterben

Die Mehrheit unserer BewohnerInnen kämpft gegen vielfältige, oft schwere somatische Erkrankungen, sodass wir immer wieder mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Zu unserem Verständnis von »Sterben in Würde« gehört deshalb, dass sie auf ihrem letzten Weg nicht »abgeschoben« werden in anonymes Sterben, sondern dass wir, die MitarbeiterInnen wie auch ihre MitbewohnerInnen, sie begleiten, trösten, unterstützen, nicht allein lassen, im Krankenhaus, im Hospiz und selten (aufgrund der schweren Krankheitsverläufe) auch in ihrem Zuhause – bei LÜSA. Es ist dann intensive Einzelbetreuung notwendig, es sind dies Phasen besonders intensiver Auseinandersetzung mit der eigenen Zukunft, die Sterben und Tod immer mit einschließt. Es sind belastende, aber auch nahe (Betreuungs-) Momente: Gerade hier wird unsere Rolle als »professioneller Familiensatz« sehr deutlich. Wir richten meist die Trauerfeier aus und werden seit vielen Jahren dabei eng von einem Pastor und einem örtlichen Bestatter unterstützt, sodass die Trauerfeiern schön und individuell sind. Soweit gewünscht, werden MitbewohnerInnen oder Verwandte in die Gestaltung einbezogen.

Wir nehmen von den Verstorbenen in

einer gemeinsamen Trauerfeier Abschied. Seit 2016 hat das Projekt LÜSA durch Spenden und emsiges Sparen nun auch die Möglichkeit, an unserem »Gemeinschaftsbaum« in einem nahegelegenen Ruhehorst zu bestatten.

Wir veröffentlichen eine individuelle Trauerannonce in der Tageszeitung (jedoch immer mit dem Zusatz: »wider das anonyme Sterben drogenabhängiger Menschen«).

Wir bewahren das Gedenken an die Gegangenen durch Gedenktafeln an einem Ort unseres Gartens und beteiligen uns seit vielen Jahren mit öffentlichen Aktionen und Gedenkfeiern an dem jährlichen »Nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige – 21. Juli«: Traditionell läuten die örtlichen Kirchen die Glocken für uns, wir essen an einer schön gedeckten Tafel mit unseren KlientInnen und Gästen aus der Bürgerschaft, Politik und Verwaltung und pflanzen zum Abschluss in unserem Garten ein Gedenkbäumchen.

Unsere Haltung »Keinen verderben zu lassen, auch nicht sich selber – Jeden mit Glück zu erfüllen, auch sich, das ist gut«<sup>1</sup> ist uns seit der Eröffnung Orientierung im kollegialen Umgang wie in der Arbeit mit unseren BewohnerInnen. Die Anpassung an den individuellen Hilfebedarf ist prägendes Merkmal des LÜSA-Alltages – anstrengend und lohnend zugleich.

## Schlussbemerkung

In den vergangenen Jahren haben über 400 Menschen bei LÜSA gelebt, gelacht, geweint, den Alltag gemeistert, ihren Beitrag zur Gemeinschaft geleistet, um eine Verbesserung ihrer Lebenssituation gerungen. Viele konnten wir beim Aufbau einer selbstbestimmten Wohnperspektive unterstützen, einige sind in ihrem »Zuhause«, wie wir denken und hoffen, gut von uns begleitet, würdevoll verstorben. Diesen Ansatz und die dahinterliegende Haltung werden wir in die Dauerwohneinrichtung mitnehmen.

## Anabela Dias de Oliveira

Verein zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger e.V.  
Seit 1997 Aufbau & Leitung/Geschäftsführung Landesmodellprojekt »LÜSA« (Langzeit-Übergangs-Stützungs-Angebot)  
Mitarbeiter/Mitglied im Bundes-Vorstand Akzept e.V.  
Ab 2006 Integrationsrat der Stadt Unna (Migrantenvertretung - gewähltes Mitglied)  
Ehrenamtliche Mitwirkung und Vorstandstätigkeit (KITA, Elternpflegschaft etc.) und in diversen bürgerschaftlichen Bündnissen »Frieden/Antirassismus«

<sup>1</sup> Berthold Brecht, Der gute Mensch von Sezuan, GW Bd. 4, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1967, S. 1553

# »Der alte Sünder, der kennt sich aus ...«



von Human-Friedrich Unterrainer

... sang Paul Hörbiger lauthals im Jahr 1951 in der Literaturverfilmung »Der alte Sünder« von Altmeister Franz Antel. Inhaltlich haben wir es in diesem Lied mit einem erfahrenen, allerdings auch unverbesserlichen älteren Herrn zu tun, welcher sich nachts heimlich aus dem Haus schleicht, um beim nächstbesten Wirt seines Vertrauens dem Wein, dem Weib und dem Gesang zu frönen.

Insgesamt wird hier der Eindruck suggeriert, dass es bei Frauen besonders gut ankommt, in die Jahre gekommen (»grau meliert«) und betrunken zu sein (»der alte Sünder trinkt und küsst«), solange man die »feinen Maderln« nur alle am Trinken hält (»... alle ladet er ein«). Die gute alte Zeit, im noch besseren alten Wien eben (vgl. Wolfingseder, 2015).

»Der alte Sünder, der kennt sich aus!«, dachte sich in neuerer Zeit auch John Michael Osbourne, besser bekannt unter seinem Spitznamen Ozzy, als er mit 68 Lebensjahren und nach 33 Ehejahren loszog, um seiner Leib-Friseurin leibhaftig zu werden. Ozzy, anerkannter Teufelsbraten der ersten Generation (seine Band Black Sabbath – »Schwarze Messe« – machte ihn ja schon den 1970er-Jahren zur Legende), kam allerdings nicht so ungeschoren davon wie der gute alte Paul aus dem ersten Paragraphen. So war Ozzy's Ehefrau (und gleichzeitig Managerin, Kindermädchen, Drogenberaterin etc.) Sharon wenig begeistert davon, die Hörner (und sei es auch vom Teufel höchstpersönlich) aufgesetzt zu bekommen. Ebendiese wurden dem guten, alten Ozzy nach seinem Fehltritt gehörig gestutzt, und er musste sich reuig dazu bekennen, »sexsüchtig« zu sein. Mein lieber Herr Teufel – die Zeiten ändern sich.

Aus suchttherapeutischer Perspektive stimmt ein dieser Leckerbissen der infernaln Klatschpresse allerdings nachdenklich: Ist es nicht so, dass Suchterkrankungen ab der Lebensmitte (also 40+) meistens ausheilen oder sich zumindest chronifizieren? Darüber hinaus passt die Generation 60+ doch eher in das Beuteschema von Pfizer, jenem Pharmakonzern, dem sein Produkt Viagra utopische umsatztechnische Höhenflüge bescherte. Dem und dem Thema im Allgemeinen entsprechend sei also vereinfachend die Fragestellung formuliert: Wie (zum Teufel) kann ein 68-jähriger sexsüchtig werden? Ist es die Rockmusik (gut möglich) oder sind es die Drogen (eher weniger), die den guten Ozzy so rüstig werden lassen? Oder handelt es sich bei Ozzy tatsächlich um einen »Teufel in Menschengestalt«? (Ein herzlicher Gruß geht an dieser Stelle an meinen längst verblichenen Schachpartner und großväterlichen Freund: Altmeister Karl »Charly« Raue, der sich auch als Hochaltriger noch jeden Atem- durch einen Zigarettenzug veredelte und dem ich diesen Ausspruch verdanke. Vielen

Dank dafür, lieber Charly – auch wenn du mich schon im zarten Alter von zehn Jahren zum Passiv-Kettenraucher gemacht hast.)

Um jetzt aber nicht vollends in nostalgische Konfabulationen abzugleiten, soll mich ein Blick in die angewandte Wissenschaft zum Zusammenhang »Sucht und Alter« begnadigen: So ist einmal aus sucht-anamnestischer Perspektive zu berichten, dass Herr Osbourne in seinem langen Leben den Substanzen nie so ganz abgeneigt war – besonders der Alkohol war stets ein treuer Wegbegleiter (»Wine is fine but whiskey is quicker« [Wein ist fein, aber Whiskey ist schneller] lautet zum Beispiel die düstere Botschaft aus dem Lied »Suicide Solution« [Selbstmord als Lösung]. Überhaupt gibt Herr Osbourne zu Protokoll, über lange Phasen seines Lebens Alkohol im selben Ausmaß wie Wasser konsumiert zu haben: »drank booze like water«). Des Weiteren findet sich auf der (nicht enden wollenden) Liste der missbrauchten Substanzen ein täglicher LSD-Konsum über eine Dauer von zwei Jahren bzw. ein kaum in Worte zu fassender exzessiver Gebrauch an Kokain. Im Kontrast dazu hebt Herr Osbourne gerne hervor, nie wirklich abhängig gewesen zu sein. So oder so sind diese Schandtaten mittlerweile im wahrsten Sinne des Wortes Schnee von gestern. Herr Osbourne hat sie alle überlebt, ist von allen Substanzen entzogen und ist am Ende nicht tot, sondern sexsüchtig.

Einen weiteren wichtigen Hinweis zur Lösung dieses Rätsels gibt Herr Osbourne dann selbst. So schrieb er in der Sunday Times London in seiner eigenen Kolumne »The Wisdom of Oz« (»Die Weisheit von Oz«) – ein möglicherweise substanzinduziertes, bummelwitziges Wortspiel zu »The Wizard of Oz« – »Der Zauberer von Oz«, dass es ihm selbst ein absolutes Rätsel sei und es auch medizinisch keinen belegbaren Grund dafür gebe, warum er noch immer am Leben ist. Vielleicht, so schlussfolgert er spitzfindig, liegt es bei ihm in den Genen. Auch Ehefrau Sharon schlug damals (noch besser gelaunt, aber möglicherweise in weiser Voraussicht zukünftiger Schandtaten) in dieselbe Kerbe: »Am Ende aller Tage werden zwei Kakerlaken übrig bleiben: Ozzy und Keith Richards [Leadgitarrist der Rolling Stones und gleichfalls Suchtpatient der ersten Stunde].«

All diese Indizien riefen dann irgendwann die Wissenschaft auf den Plan. So ließ sich der Genetiker Nathaniel Pearson von Knome Inc. in Massachusetts tatsächlich zur Aussage bewegen, dass Ozzy's genetische Ausstattung doch einige Mutationen aufweise, die ihm ein Durchhalten dieses jahrzehntelangen Exzesses ermöglicht hätten. Ausgestattet mit einer derart beneidenswerten Physis ist es Ozzy auch möglich, so ziemlich jede Substanz zu verdauen, auch verfügt der gute Ozzy über eine 2,6-mal höhere Chance, nach dem Konsum von Marihuana Halluzinationen zu erleben (müßig zu erwähnen, dass auch diese Substanz routinemäßig auf Ozzy's Speisplan zu finden war). Damit ist klar: Nicht der Teufel höchstpersönlich, sondern ein Mutanten-Gen ist für Ozzy's Agilität verantwortlich.

Das einzige, was Ozzy bzw. seinen Genen wirklich zu schaffen macht, ist: Kaffee – so die StudienautorInnen. »Es scheint, dass Ozzy's Kryptonit [jene garstige Substanz, die sogar Superman aus seinen Stiefeln haut] tatsächlich der Kaffee ist«, lässt sich hier zitieren ... und seine Frau Sharon, möchte man anfügen, die den guten Ozzy schlussendlich auf »intensive Therapie« (»Intense Therapy«) schickte (was auch immer das sein mag). Einigermaßen geläutert dankte der einstige Höllenspund dann schlussendlich sogar noch dem lieben Gott, dass seine Frau Sharon ihm hier zum wiederholten Male den rechten Weg gewiesen hat.

Foto: Ozzy und Sharon Osbourne (buzzfuss/123RF)

»Am Ende aller Tage werden zwei Kakerlaken übrig bleiben: Ozzy Osbourne und Keith Richards« (Sharon Osbourne)



Ein Happy End also für den alten Sünder, der sich nach Abklärung seiner genetischen Vorbelastung und der Absolvierung seiner intensiven Therapie hoffentlich besser auskennt. Hoffnung ist wie immer auch das, was am Ende bleibt: einerseits für Ozzy, dass die Fähigkeit zu vergeben ein

Jugend und der Reifezeit.

Und daran wird sich auch in Zukunft nichts ändern. Die von Gronemeyer geforderte »Suche nach einer neuen Souveränität des Alters« wird wohl auch die philosophischen Altersbilder kritisch zu reflektieren haben. Nicht, um sie in naiver Weise zu kopieren und selbige gleichsam als »verstaubtes« elitäres Bildungsgut zukunfts-tauglich zu erhalten, sondern um sie in ihrer notwendigen Widersprüchlichkeit, aber auch in ihrer großen Differenziertheit für die Lösung aktueller Problemlagen des Alters fruchtbar zu machen.

## Literatur

**Bloch, E.** (1977). Das Prinzip Hoffnung. Bd.1. Frankfurt/M. S. 41.  
**Bobbio, N.** (1997). Vom Alter – De Senectute. Berlin. S. 24; 36f.  
**Cicero, M. T.** (1993). Cato Maior de Senectute. Cato der Ältere über das Alter. München. S. 29; 47.  
**Gronemeyer, R.** (2014). Altwerden ist das Schönste und Dümme, was einem passieren

genetisch bedingtes Merkmal seiner Frau Sharon ist, und andererseits für den Pharmakonzern Pfizer, dass der Code von Ozzy's Mutanten-Genen nie entschlüsselt wird.

## Literatur

**Moreman, C. M.** (2003). Devil Music and the Great Beast: Ozzy Osbourne, Aleister Crowley, and the Christian Right. The Journal of Religion and Popular Culture, 5(1), 4-4.  
**Moynihan, M. & Söderlind, D.** (2003). Lords of chaos: The bloody rise of the satanic metal underground. Port Townsend: Feral House.  
**Osbourne, O.** (2011). Trust Me, I'm Dr. Ozzy. Advice from Rock's Ultimate Survivor. London: Sphere.  
**Wolfingseder, B.** (2015). Lust und Laster im alten Wien. Wien u.a.: Pichler Verlag.  
**Internetressource**  
**Albert, L.** (2010). Ozzy Osbourne is a mutant, say scientists; hard-partying rocker's genes may explain his survival. Abgerufen unter: <http://www.nydailynews.com/life-style/health/ozzy-osbourne-mutant-scientists-hard-partying-rocker-genes-explain-survival-article-1.450575>. [abgerufen am 15.10.2016]

**PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer**  
Klinischer- und Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut | Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung im Verein Grüner Kreis ([www.a-research.info](http://www.a-research.info)) | Priv.-Dozent an der Karl-Franzens-Universität Graz und Universität Wien

kann. Hamburg. S. 23f; 31.  
**Kant, I.** (1995). Der Streit der Fakultäten und kleinere Abhandlungen. Köln. S. 124.  
**Lehr, U.** (1991). Psychologie des Alterns. Heidelberg, Wiesbaden. S. 62.  
**Montaigne, M.** (1996). Die Essais. Stuttgart. S. 264.  
**Nühlen-Graab, M.** (1990). Philosophische Grundlagen der Gerontologie. Heidelberg, Wiesbaden. S. 44; 162.  
**Schopenhauer, A.** (1976). Aphorismen zur Lebensweisheit. Frankfurt/M. S. 229.  
**Zehender, L.** (2006). Alter und Emanzipation. Wien.

## DDr. Leo Zehender

Absolvierte das rechtswissenschaftliche Studium in Wien und studierte in Wien und Berlin Philosophie und Politikwissenschaft. Er ist heute als Philosophischer Praktiker, Lehrer, Publizist und Sachbuchautor in Wien tätig. 2014 erschien von ihm bei facultas (Universitätsverlag Wien) »Philosophie als Beruf – oder Philosoph(in)sein aus Berufung? Zum Berufsfeld der Philosophischen Praxis«.

# Das neue ambulante Beratungs- und Betreuungszentrum in Wien Simmering

Unser ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum Wien hat im September ein neues Zuhause bekommen. In unmittelbarer Nähe zur U-Bahn-Linie 3 (Station Enkplatz) gelegen, bietet unsere Ambulanz die ideale Infrastruktur zur professionellen Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen.

## Unser Behandlungs- und Betreuungsangebot richtet sich an

- Erwachsene und jugendliche Suchtkranke (legale Substanzen)
- Suchtkranke Menschen (auch mit substanzungebundenen Abhängigkeiten, wie z.B. Spielsucht)
- Erwachsene und jugendliche Suchtkranke (illegale Substanzen)
- Suchtkranke Menschen mit Weisungen der Justiz
- Schwangere Suchtkranke
- Suchtkranke Eltern und deren Kinder
- Angehörige suchtkranker Menschen

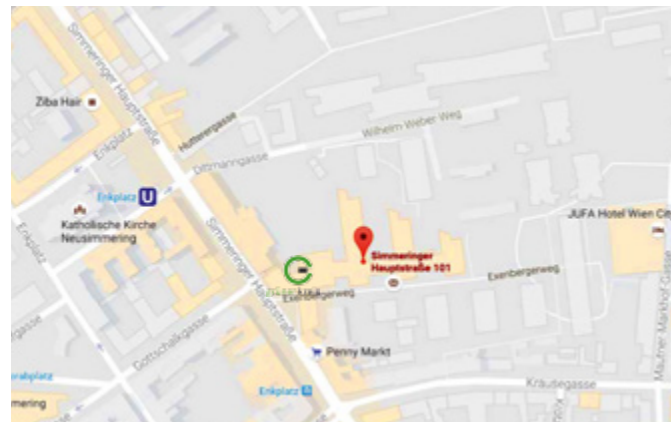
## Wir bieten unseren KlientInnen

- Information (z.B. über das Thema Suchtprävention) und Beratung
- Ambulante Betreuung, Behandlung, Rehabilitation
- Ambulante Vorbetreuung stationärer Therapie
- Allgemeinmedizinische und psychiatrische Diagnose und Behandlung
- Psychotherapie/klinisch-psychologische Behandlung
- Sozialarbeiterische Begleitung (z.B. in rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten, Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Behörden)
- Vermittlung in das Gesundheits- und Sozialsystem
- Krisenintervention
- Angehörigenbetreuung

## Kontakt

**Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum Wien**  
 Simmeringer Hauptstraße 101/6. Stock  
 1110 Wien

T +43 1 5269489  
 F +43 1 5269489-40  
 E [ambulanz.wien@gruenerkreis.at](mailto:ambulanz.wien@gruenerkreis.at)



Fotos: Peter Lamatsch



## DI Wolf Klerings

Präsident des Vereins Grüner Kreis



Wolf Klerings ist seit zwölf Jahren ehrenamtliches Vorstandsmitglied im Verein Grüner Kreis und war in der Zeit von 2008 bis 2016 als Vizepräsident tätig. Er folgt Dr. Erhard Doczekal als Vereinspräsident nach, welcher für sein verdienstvolles Engagement zum Ehrenpräsidenten auf Lebenszeit ernannt wurde.

Die Geschäftsführung gratuliert DI Wolf Klerings zu dessen Ernennung im Namen aller Vereinsmitglieder sowie des gesamten Teams.

## Berufliche Laufbahn und ehrenamtliche Tätigkeiten

1968 – 1975: Studium Architektur TU Wien    seit 2006: Bürogemeinschaft mit DI Walter Brada  
 1982: Kanzleieröffnung mit Architekt DI Walter Brada    2008 bis 2016: Vizepräsident des Vereins Grüner Kreis  
 1996 – 2005: Architekturbüro DI Klerings    seit April 2016: Präsident des Vereins Grüner Kreis

## Unsere Buchempfehlung

Georg Psota  
 Michael Horowitz

Das weite Land der Seele  
 Über die Psyche in einer verrückten Welt

Depression, Demenz und Burn-out-Syndrom bestimmen das Krankheitsbild unserer Zeit. Ein Reiseführer zu unserer Psyche. Was tut uns Menschen psychisch gut, vom Baby- bis zum Greisenalter? In einer Zeit, in der seelische Erkrankungen und auch Verirrungen zunehmen, in der sich das Bild unserer Gesellschaft rasant verändert, in der die Menschen immer gestresster und überforderter sind. Philosophen beschrieben dieses Phänomen noch vor wenigen Jahren mit dem Titel »Die Müdigkeits-Gesellschaft«. Zunehmend scheint sich diese Müdigkeit in Ängsten und Ratlosigkeit zu verdichten. Die Autoren nehmen den Leser mit auf eine Expedition in die wundersame Welt der Psyche. Sie beantworten Fragen, die jedem von uns schon einmal begegnet sind, wenn sich die Seele in einem Ausnahmezustand befindet, und stellen neue Fragen an eine immer verrücktere Welt.



Georg Psota

Medizinstudium in Wien und Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Seit 2010 Chefarzt des Psychosozialen Dienstes in Wien. Seit 2013 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Mitglied des Beirates für psychische Gesundheit.

GEORG PSOTA /  
 MICHAEL HOROWITZ  
 GESUNDE PSYCHE  
 IN EINER VERRÜCKTEN WELT

RESIDENZ  
 VERLAG

# DAS WEITE LAND DER SEELE

# Kunst im Grünen Kreis

## Kunst im Wald - LandArt am Wechsel



Maja Pogačnik

Die Leiterin des Workshops  
LandArt im Gespräch mit  
Kurt Neuhold.

Äste knacken, leises Klopfen, Stimmen und Gelächter sind zu hören, als wir uns der Lichtung nähern, in deren Umgebung die TeilnehmerInnen des LandArt-Workshops konzentriert arbeiten. Zwischen den Bäumen, im Moos, auf Vertiefungen im Waldboden und auf kaum begangenen Wegen sind Skulpturen, bizarre Gebilde, Mosaiken aus Steinen, Gräsern und Blättern zu entdecken – eindrucksvolle Kunstwerke aus Naturmaterialien, eingefügt und angepasst an die Formen und Materialien der umgebenden Natur.

Nicht nur wir Besucher des Workshops waren von der entspannt-kreativen Stimmung und den originellen Arbeiten beeindruckt, auch die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen zu diesem LandArt-Workshop sind sehr positiv. Viele beantworten die Frage, was ihnen besonders gefallen hat, dass sie »genauer hinzuschauen lernten...«; »die Natur bewusster wahrgenommen haben...«; »entdeckten, wie schön die Natur ist...«; aber auch, dass sie ruhig geworden seien und das Selbstbewusstsein gestärkt wurde.

Um zu erfahren, wie die Workshopleiterin Maja Pogačnik dies einschätzt und was ihr bei ihren Projekten wichtig ist, führte ich mit ihr folgendes Gespräch:

**Wenn du an den LandArt-Workshop im Hotel Binder denkst - was ist dir besonders in Erinnerung geblieben?**

LandArt-Workshops im Grünen Kreis leite ich seit 6 Jahren. Am stärksten berühren mich immer die Reaktionen der TeilnehmerInnen, die durch das künstlerische Gestalten ausgelöst werden. Bei den Grünen Kreis-Projekten ist zwar das Künstlerische im Vordergrund, aber dahinter versteckt sich auch etwas, was mit der Person zu tun hat. In ihnen wird etwas ausgelöst, wovon sie bisher meist nichts wussten.

**Wie bereitest du dich auf die Workshops vor?**

Am Tag davor suche ich die entsprechenden Plätze in der Natur, an denen wir dann arbeiten. Wichtig ist, dass es unterschiedliche Plätze sind, z.B. im Wald, am Bach, usw. und dass es dort genug Material zum Gestalten gibt, also Äste, Steine, Pflanzen, denn sonst sind die TeilnehmerInnen überfordert. Auch erstelle ich einen Plan, den ich aber auch spontan verändern kann. Von Einstiegsübungen steigern wir das Niveau bis zum freien Arbeiten. Denn es ist mir bewusst, dass die TeilnehmerInnen normalerweise keine Profis sind.

Am Beginn machen wir Übungen in der Natur, damit die TeilnehmerInnen sich leichter auf unterschiedliche Ebenen einlassen können. Wenn es gelingt, wenigstens ein wenig vom Kopf ins Gefühl zu wechseln, passiert das schon. Denn die Sprache der Natur ist auf der emotionalen Ebene angesiedelt. Dann spüren wir einiges, auch wenn uns das oft nicht bewusst ist.

In der Natur ist die Ablenkung rundherum schwächer, alles ist direkter, essentieller, purer. Dadurch wird man wacher und sensibler, reagiert anders, erlebt sich selbst mehr von innen und in feineren Facetten. Die meisten arbeiten alleine, sind mit sich selbst stärker konfrontiert und können diese Empfindungen, die dabei entstehen, gleich und direkt in ihren Werken ausdrücken. Mit der Wahl des Materials in seinen

Eigenschaften, Beschaffenheit und der Qualität wird dieser Ausdruck unterstützt.

**Die Teilnehmerinnen beantworten die Frage, was ihnen beim LandArt-Workshop besonders gut gefallen hat, dass sie »genauer hinzuschauen lernten...«; »die Natur bewusster wahrgenommen haben...«; »entdeckten, wie schön die Natur ist.«**

Es ist ein Unterschied, ob man an einem Baum, Stein oder Ort einfach so vorübergeht, oder wenn man stehen bleibt, sich hinein fühlt und daraus etwas gestaltet. Dann eröffnen sich neue Welten und man kann ganz neue Erfahrungen machen.

Mit Naturmaterialien »zu spielen«, das kennen die meisten nur aus der Kindheit. In einigen ist diese Erinnerung wieder wach geworden und somit wird eine Verbindung zu damals geschaffen. Diese Brücke hilft dabei, sich tiefer einzulassen und loszulassen, was wiederum wichtig ist, um leichter in intuitive und inspirative Welten zu gelangen. Auch die Energie der Gruppe fördert das eigene Kreative.

**Viele beschreiben, dass sich ihre Wahrnehmung vertieft und intensiviert habe. Zum Ausdruck kommt dies in Rückmeldungen, wie: »ich bin ruhig geworden, das Arbeiten war ein flow...«; »ich hab mich im hier und jetzt gespürt«, aber auch: »durch die Intensität der Eindrücke und Gefühle, die ausgelöst wurden – davon war ich überfordert, ...« Was glaubst du, wodurch, wieso und warum dies möglich wird?**

Für mich hat das künstlerische Arbeiten in der Natur eine besondere Qualität, weil die Natur beseelt ist und ganz stark auf uns wirkt. Es ist eigenartig, zu denken, es gäbe nur das, was wir sehen. Ich glaube, wenn wir uns in der Natur ganz auf sie einlassen, dass wir sehr »ehrliche« künstlerische Werke schaffen. Es ist auch ein großartiges Gefühl, ein unendlich großes Atelier und endlos viel Material, das nichts kostet, zur Verfügung zu haben. Das hat sowas Ursprüngliches, Archaisches in sich.

**Was ist für dich »Natur«?**

Für mich ist die Natur bzw. die Landschaft, die Erde nicht etwas Starres, → Seite 31



Foto: Maja Pogačnik (LandArt)

Totes, sondern etwas Lebendiges, mit eigener Intelligenz und Gesetzen. Etwas, das ganz stark mit uns Menschen zu tun hat, wir sind eigentlich ein Teil davon. Die Landschaft spiegelt uns unser Inneres. Wir lernen dadurch den Ort und uns selbst besser kennen. Außerdem nährt es uns, künstlerisch bzw. gestalterisch in der Natur tätig zu sein.

**Kunst im Grünen Kreis – Workshops sind Angebote zur Wiederentdeckung der eigenen Kreativität – wie siehst du das?**

Durch die Gestaltungen, die bei den Workshops entstehen, entdeckt man nicht nur die eigene Kreativität, sondern auch die Sehnsucht danach. Viele haben im Zuge ihrer Erkrankung vergessen, dass und wie kreativ sie sind. Manchmal fließen bei dieser Erkenntnis sogar Tränen.

**Du leitest Workshops mit unterschiedlichen Gruppen, mit Kindern und Erwachsenen. Unterscheidet sich die Arbeit mit KlientInnen des Grünen Kreises von anderen Workshops? Wenn ja, was ist das Besondere, Spezifische?**

Die Grünen Kreis-Gruppen sind für mich sehr speziell, ich kenne ihre Problematik und das ist sehr wichtig. Viele sind nicht so belastbar und sind sehr sensibel, psychisch, wie auch körperlich. Darauf muss ich natürlich Rücksicht nehmen. Sehr schnell ist ein tiefgehender Kontakt möglich, weil sie von den Therapiegruppen im Grünen Kreis gewohnt sind, über sich zu sprechen. Die Kunstwerke, die entstehen, erzählen viele Geschichten und diese können sie, wenn sie wollen, auch den anderen mitteilen. Ich erlebe sie als sehr offen und lerne viel von ihnen.

**Dein Resümee?**

Die LandArt-Workshops im Grünen Kreis finde ich sehr kostbar, weil ich merke, wie gut sie den PatientInnen tun. Das künstlerische Gestalten bringt für sie hoffentlich viele neue Anregungen für ihr weiteres Leben; der Aufenthalt in der Natur bringt mehr Balance und innere Ruhe in ihr Sein. Das künstlerische Gestalten ist eine Möglichkeit des Ausdrucks und des ästhetischen Empfindens, das sie vielleicht schon vergessen oder vernachlässigt haben.

Meistens wollen sie es alleine oder in kleinen Gruppen fortführen, darin sieht man ihre Begeisterung. Ich bin sicher, dass bei vielen ein neues Fenster aufgeht, das sie nicht gekannt haben und das sie weiterhin für sich nutzen können. Das bestärkt mich in meiner Rolle als Leiterin von LandArt-Workshops im Grünen Kreis und ich hoffe, dass es noch viele davon geben wird!

**Vielen Dank für das Gespräch! Erfreulich ist, dass mir bei meinem letzten Besuch im Hotel Binder die Workshop-Teilnehmerinnen voll Freude berichtet haben, dass sie regelmäßig zu ihren Kunstwerken gehen und daran weiterarbeiten.**

**Kurt Neuhold**

Leiter Kunst im Grünen Kreis

**Mag.<sup>a</sup> Maja Pogačnik**

ist freischaffende Künstlerin, Kunstpädagogin, Geomantin und arbeitet ausschließlich mit Naturmaterialien. Seit 1992 werden ihre Kunstwerke international präsentiert. Sie beteiligte sich an Kunstsymposien und geomantischen Projekten.



# Gastvortrag

## DDr. Leo Zehender

### »Das Alter und seine Bilder in der Philosophie«



»Der 80-jährige auf dem Surfbrett ist das heimliche Idol, aber doch auch ein Stresselement und eine Lüge« (Gronemeyer, 2014). Basierend auf dieser provokativen Aussage soll in diesem Vortrag eine differenzierte Darstellung der verschiedenen Facetten des Älterwerdens erfolgen. Positive als auch negative Aspekte des Alterns können so aus philosophischer Perspektive herausgearbeitet werden.

Leo Zehender ist als philosophischer Praktiker, Lehrer, Publizist und Sachbuchautor in Wien tätig. Aktuelle Buchpublikation: »Philosophie als Beruf – oder Philosoph(in)sein aus Berufung? Zum Berufsfeld der Philosophischen Praxis«.

WISSENSCHAFT IM POOL7  
**WIIP7**

**15. Dezember 2016, 19.30 Uhr**

**POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9**

Eintritt frei

Um Anmeldung wird gebeten

#### Beratungs- & Betreuungsteam Leiterin Beratungsteam

Veronika Kuran  
Tel.: +43 (0)664 9100005  
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

#### Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 3840827  
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at  
Mag. (FH) Birgit Freischlager  
Tel.: +43 (0)664 8111029  
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at  
Franziska Greimeister BA  
Tel.: +43 (0)664 8111004  
mail: franziska.greimeister@gruenerkreis.at  
Mag. (FH) Wolfgang Krikula  
Tel.: +43 (0)664 1809709  
mail: wolfgang.krikula@gruenerkreis.at  
Mag. (FH) Veronika Reissert  
Tel.: +43 664 8111010  
mail: veronika.reissert@gruenerkreis.at

#### Niederösterreich, Burgenland

Harald Berger (NÖ)  
Tel.: +43 (0)664 8111671  
mail: harald.berger@gruenerkreis.at  
Ronald Paur MSc (NÖ)  
Tel.: +43 (0)664 2305312  
mail: ronald.paur@gruenerkreis.at  
Gabriele Wurstbauer (NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 8111676  
mail: gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at

#### Oberösterreich

Claudia Neuhold  
Tel.: +43 (0)664 8111024  
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

#### Steiermark

Alexandra Baier, BA MA  
Tel.: +43 (0)664 8111041  
alexandra.baier@gruenerkreis.at

## Beratung & Hilfe

Günther Gleichweit  
Tel.: +43 (0)664 5247991  
guenther.gleichweit@gruenerkreis.at  
Jasmin Kupfer, BA MA  
Tel.: +43 (0)664 8111023  
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

#### Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA  
Tel.: +43 (0)664 384 0280  
thomas.liegl@gruenerkreis.at

#### Salzburg

Jürgen Pils, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111665  
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

#### Tirol

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111675  
susanne.fessler@gruenerkreis.at

#### Vorarlberg

Christian Rath  
Tel.: +43 (0)664 3109437  
christian.rath@gruenerkreis.at

#### Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103  
Tel.: +43 (0)1 5269489  
Fax: +43 (0)1 5269489-40  
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

#### Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14  
Tel.: +43 (0)664 8111676  
Fax: +43 (0)2622 61721  
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

#### Graz

8020 Graz, Sterngasse 12  
Tel.: +43 (0)316 760196  
Fax: +43 (0)316 760196-40  
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

#### Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3  
Tel.: +43 (0)463 590126  
Fax: +43 (0)463 590127  
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

#### Linz

4020 Linz, Sandgasse 11  
Tel.: +43 (0)664 8111024  
Fax: +43 (0)732 650275-40  
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)



grüner kreis