

## **„Sucht im Alter – schwer zu sehen, lange Zeit übersehen“**

von Monika Gerhardinger, Diplom-Sozialpädagogin (FH), Suchtberaterin an der Caritas-Fachambulanz für Suchtprobleme Regensburg

Dem Thema „Sucht im Alter“ wurde bis vor kurzem keine besondere Beachtung geschenkt. Ältere Menschen haben das Suchthilfeangebot bisher nur in Einzelfällen für sich in Anspruch genommen, was sich zahlenmäßig auch darin zeigt, dass in den Suchthilfestatistiken der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen DHS und dem epidemiologischen Suchtsurvey ESA die Altersgruppe der über 64-Jährigen gar nicht mehr erfragt wird ([www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de)). Der sog. demographische Wandel bedingt einen immer größer werdenden Anteil an älteren Menschen. Folglich ist davon auszugehen, dass auch der Anteil der älteren Menschen, die einen problematischen Konsum von suchterzeugenden Stoffen zeigen, immer größer werden wird. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) hat darauf reagiert, indem sie das Jahr 2006 zum Schwerpunktjahr „Missbrauch und Abhängigkeit im Alter“ erklärt hat. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat 2009 insgesamt acht Modellprojekte in den verschiedenen Bundesländern gefördert ([www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de)). Die Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung hat sich im Juni 2013 erneut mit dem Thema befasst. Es fanden außerdem mehrere Fachtage dazu statt, es wurden mehrere Publikationen zu dem Thema erstellt und Studien zum Aufkommen suchtspezifischer Probleme in ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen durchgeführt. Einzelne stationäre Behandlungseinrichtungen haben altersspezifische Gruppenangebote in ihr Behandlungsangebot aufgenommen. Das Ergebnis all dessen ist, dass noch großer Handlungsbedarf besteht, was die Behandlung älterer substanzabhängiger Menschen betrifft und dass diese Personengruppe das Versorgungssystem vor neue Herausforderungen stellt (Hillemacher/Bleich zit. nach Kuhn/Haasen 2009, S.3).

Die Autorin stellte im Rahmen ihrer langjährigen beruflichen Tätigkeit an der Fachambulanz für Suchtprobleme beim Caritasverband für die Diözese Regensburg fest, dass das Thema „Sucht im Alter“ auch dort bisher keine gesonderte Beachtung gefunden hat. Ältere Menschen haben nur vereinzelt die Beratungsstelle aufgesucht und wenn, dann waren es meist die, die schon in jüngeren Jahren wegen eines Suchtproblems mit dem Suchthilfesystem in Verbindung gekommen sind und sich aufgrund eines Rückfalls wieder an das Angebot erinnert haben. Ganz anders dagegen die Situation in den Selbsthilfegruppen. Der Altersdurchschnitt derjenigen, die schon seit Jahren regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besuchen, bewege sich immer mehr nach oben. Einzelne im Suchtselbsthilfebereich ehrenamtlich Engagierte, die selbst mittlerweile in die Jahre gekommen sind, nahmen sich der Bedürfnisse älterer suchtkranker Menschen an, indem sie sich persönlich als Ansprechpartner zur Verfügung stellten und ein Gruppenangebot speziell für ältere suchtkranke Menschen zu installieren versuchten. Aufgrund der geringen Inanspruchnahme resultierte daraus die Idee, an der Fachambulanz für Suchtprobleme Regensburg ein Suchthilfeangebot speziell für ältere suchtkranke und suchtgefährdete Menschen in enger Zusammenarbeit mit einem ehrenamtlichen Helferkreis zu schaffen. Seit Oktober 2013 gibt es an der Fachambulanz für Suchtproble-

me beim Caritasverband für die Diözese Regensburg eine vom Bezirk Oberpfalz für vorerst drei Jahre finanzierte Projektstelle mit dem Ziel, neue Zugangswege zu älteren suchtkranken und suchtgefährdeten Menschen zu erproben und ein den Bedürfnissen der Älteren angepasstes Behandlungsangebot zu entwickeln. Es unterscheidet sich vom bisherigen Beratungs- und Behandlungsangebot dadurch, dass die Kontaktaufnahme möglichst niedrigschwellig gehalten wird durch Hausbesuche, Besuche im Krankenhaus und in Altenpflegeeinrichtung mit Unterstützung der ehrenamtlichen Mitarbeiter aus verschiedenen Selbsthilfeorganisationen. Diese stehen auch als Erstan-sprechpartner zur Verfügung, bieten Begleitdienste an und bauen damit die Brücke zur professionellen Suchthilfe. Neben der Einzelberatung finden regelmäßige Grup-pentreffen am Nachmittag statt, an denen Betroffene aber auch deren Angehörige ohne Voranmeldung teilnehmen können. Ferner wird den Mitarbeitern aus der Alten- und Gesundheitshilfe sowie anderen Multiplikatoren Unterstützung angeboten in Form von Informationsveranstaltungen und Schulungen (vergl. [www.suchthilfe-ostbayern.de](http://www.suchthilfe-ostbayern.de)).

Bisherige Praxiserfahrungen auch vor dem Hintergrund von Literaturstudien und unter Berücksichtigung verschiedener Studienergebnisse lassen die Autorin zu folgenden Schlussfolgerungen und Überlegungen kommen: Es ist eine differenzierte Betrachtung und Anpassung an die Gegebenheiten des Alters notwendig, wenn genaue Diagnosen und Zielformulierungen sowie adäquate Zugangs- und Behandlungswege möglich gemacht werden sollen!

„Älter werden“ geht einher mit physiologischen Veränderungen, einer grundsätzlichen Abnahme der Vitalkapazität und häufig auch mit der Zunahme von Erkrankungen, die die Einnahme oft mehrerer Medikamente erforderlich machen. Zur Vermeidung und Behandlung von Nebenwirkungen dieser Medikamente kommen oft noch weitere Me-dikamente hinzu. Wie aus dem Barmer GEK Arzneimittelreport 2013 hervor geht, er-halten heute bereits mehr als 40 % der Patienten über 65 Jahre fünf oder mehr ver-schiedene Wirkstoffe in einem Quartal. Polypharmazie nimmt mit dem Alter zu; es er-höhht das Risiko von Stürzen, Arzneimittelinteraktionen und Krankenhausaufenthalten (Thürmann et al.zit. nach Barmer GEK Arzneimittelreport 2013, S. 74). Besondere Vor-sicht ist bei der Einnahme von Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential geboten; dazu gehören vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Tranquilizer, Muskelrelaxantien mit einem Wirkstoff aus der Gruppe der Benzodiazepine, opiathaltige Schmerzmittel und Stimulanzien. „Schätzungsweise rund ein Drittel bis die Hälfte dieser Medikamen-te werden langfristig zur Suchtunterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserschei-nungen verordnet“ (DHS 2011, S. 42). Nicht zu vernachlässigen sind außerdem die freiverkäuflichen Medikamente und sog. „Stärkungsmittel“ in den Apotheken, die sich ältere Menschen meist ohne jegliche Bedenken zusätzlich besorgen. Geringste Men-gen an Alkohol reichen dann aus, damit es vermehrt zu Stürzen und anderen Folge-problemen kommt. Die betroffenen alten Menschen sehen sich in aller Regel weder suchtmittelgefährdet noch suchtkrank. Im Vertrauen auf den Arzt oder Apotheker werden die Medikamente nicht selten unreflektiert und unkritisch eingenommen. Oft unzureichende Aufklärung durch den Arzt über Nebenwirkungen und Wechselwirkun-

gen mit anderen Medikamenten, Verordnung von Medikamenten, die im Alter als ungeeignet eingestuft werden (vgl. Priscusliste, [www.priscus.net](http://www.priscus.net)), ausbleibende Dosisanpassung und fehlende Übersicht über Mehrfachverordnungen durch verschiedene Ärzte führen zu weiteren Problemen.

In diesem Kontext kann der Konsum von Alkohol für ältere Menschen leicht zum Problem werden. Dass daraus resultierende Schwierigkeiten oft erst sehr spät erkannt werden, liegt zum einem daran, dass schon geringe Mengen an Alkohol (mehr als täglich 10g nach NIAAA; vgl. DHS 2011, S. 23) aufgrund der geringeren Verträglichkeit problematisch sein können. Ältere Menschen trinken weniger in Gesellschaft, in nur seltenen Fällen bis zum Rausch. Negative nach außen sichtbare Konsequenzen des Trinkens wie Führerscheinverlust, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Vernachlässigung gesellschaftlicher Verpflichtungen etc. fallen meist weg. Sie trinken in Zurückgezogenheit und ohne sofort auffällig zu werden. Die psychischen, geistigen und auch zum Teil körperlichen Folgen des Trinkens wie Vergesslichkeit, sozialer Rückzug, Apathie, Interesselosigkeit, Gangunsicherheit, Zitterigkeit usw. ähneln den Veränderungen, wie sie dem Alter an sich oft zugeschrieben werden und werden damit nicht ausreichend hinterfragt, manchmal sogar vorschnell als beginnende Demenz interpretiert.

Dass Suchtprobleme im Alter oft sehr spät, wenn überhaupt wahrgenommen werden, lässt sich des Weiteren damit erklären, dass das Thema auch in unserer Gesellschaft weitgehend tabuisiert wird. In der Ausbildung des Pflegepersonals von Altenhilfeeinrichtungen wird dem bislang keine gesonderte Aufmerksamkeit geschenkt. Die gängigen Diagnosekriterien nach den Klassifikationssystemen ICD und DSM lassen sich nicht problemlos auf ältere Menschen übertragen. In beiden Systemen gilt das typische Beschaffungs- und Einnahmeverhalten als charakteristisch für die psychische Abhängigkeit, während die körperliche Abhängigkeit im Wesentlichen über das Entzugssyndrom definiert wird (Freyberger/Stieglitz zit. nach Kuhn/Haasen 2009, S. 3).

Trifft die Schwierigkeit, Suchtprobleme zu erkennen, verbunden mit der Rat- und Hilflosigkeit wie mit den Problemen umzugehen sei, auf die Einstellung, dass man alten Menschen, „das bisschen Freude, die sie noch am Leben haben“ nicht nehmen dürfe oder auf die Haltung, „ältere Menschen seien ohnedies nicht mehr therapiefähig“, dann kommt es leicht zu Tabuisierung des Themas. Unter dem Deckmantel des „Rechts auf Selbstbestimmung“, lässt man den alten Menschen, solange er nicht „stört“, weitestgehend in Ruhe.

In den ambulanten und stationären Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen fehlen allgemein akzeptierte Behandlungskonzepte und Leitlinien für den Umgang mit suchtkranken Bewohnern bzw. zu Pflegenden, obwohl sich gerade hier hohe Prävalenzzahlen finden lassen (Weyerer/Zimber zit. nach Kuhn/Haasen 2009, S. 3). Nicht zu vergessen ist die Auslastung des Pflegepersonals mit den zu erbringenden Pflegedienstleistungen. Pflegekräfte fühlen sich oft überfordert, wissen nicht, wie sie das Problem am besten ansprechen können. Ein vertrauensvolles und motivierendes Gespräch mit Betroffenen braucht Zeit und auch eine Perspektive. Unterstützung durch Angehörige kann nicht immer vorausgesetzt werden, u.a. weil auch diese sich überfordert fühlen

und die Verantwortung gern an die Pflegenden abgeben möchten. Weiterführende Hilfe durch den behandelnden Arzt lässt oft zu wünschen übrig. Nicht selten werden bei Notfällen oft nur weitere Medikamente verordnet, so die Erfahrung von Pflegedienstleitern. Die Vernetzung mit dem Suchthilfesystem fehlt weitgehend, wie aktuelle Studien belegen. „Das Suchthilfesystem als eigenständige Möglichkeit, Hilfe für die Betreuten zu bekommen und Verantwortung abzugeben, wird nicht wahrgenommen und/oder nicht genutzt“ (Kuhn/Haasen, 2009, S. 28).

Neben den von Substanzmissbrauch betroffenen Bewohnern und zu Betreuenden in den ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen darf gerade auch der Kreis der Älteren, der noch in weitgehender Selbständigkeit zu Hause lebt oder von Angehörigen mitversorgt wird, nicht übersehen werden. Gerade in der dritten Lebensphase treten entscheidende Veränderungen ein wie der Eintritt ins Rentenalter, der Auszug erwachsener Kinder, das „Älterwerden“, Krankheit und/oder Tod des Lebenspartners usw., die den älter werdenden Menschen vor große Herausforderungen stellen. Einsamkeitsgefühle, plötzlich auftretende Sinnleere führen nicht selten dazu, dass der in den Jahren vorher latent erhöhte Alkoholkonsum plötzlich zum Problem wird. Das Trinken spielt sich meist heimlich zu Hause ab, so dass oft nur das unmittelbare familiäre Umfeld davon Kenntnis nimmt. Angehörige stehen der Problematik meist überfordert und hilflos gegenüber. Die Betroffenen selbst vermeiden oder verweigern gar Arztbesuche, aus Angst „erkannt“ zu werden. Stürze oder andere Folgeerkrankungen führen dagegen nicht selten zu wiederholten Krankenhausaufenthalten. In den Kliniken ist eine ähnliche Situation wie in den ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen vorzufinden. Das Krankenhauspersonal ist ausgelastet mit der Pflege und der Versorgung der Kranken. Dem Umgang mit Suchtproblemen wird auch in der Ausbildung des Krankenpflegepersonals nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ärzte haben vorrangig die Behandlung der körperlichen Probleme und Erkrankungen im Fokus. Eine Vernetzung mit dem Suchthilfesystem findet auch hier nur unzureichend statt.

Schamgefühle und die Hemmschwelle, Fachdienste in Anspruch zu nehmen bei persönlichen Problemen aber auch das fehlende Wissen um die Möglichkeit der Beratung und Behandlung verhindern oft lange Zeit, dass Betroffene und deren Angehörige sich Hilfe und Unterstützung holen. Oft fehlt die Motivation für eine Veränderung, sowohl bei den Betroffenen selbst als auch in deren Umfeld. Motivation für eine Suchtbehandlung ist erfahrungsgemäß erst dann ausreichend vorhanden, wenn eine Notwendigkeit dafür gesehen wird, eine gewisse Drucksituation gegeben ist, der Betroffene selbst darin einen Sinn erkennt und sich auch dazu fähig sieht.

Ältere Menschen trinken oft weniger exzessiv (low-dose-dependency), betrachten ihren hohen Medikamentenverbrauch als „normal“ und notwendig. Die Folgen ihres Konsums sind meist weniger offensichtlich. Aus der Sicht der Betroffenen und ihren Angehörigen besteht auf den ersten Blick oft kein dringender Handlungsbedarf. Die Sinnhaftigkeit einer Veränderung wird nicht sichtbar und in Frage gestellt („Für was soll ich mich noch anstrengen?“). Ältere Menschen fühlen sich oft überfordert, das bestehende Angebot für sich zu nutzen. Die Vorstellung, mit einer fremden Person über

persönliche Probleme zu reden und sich in Behandlung zu begeben, womöglich auch noch stationär für eine längere Zeit, weit weg von zu Hause in einer völlig fremden Umgebung, wird als beschämend empfunden („und das in meinem Alter“) und macht Angst. Dass es nicht darum geht, den Betroffenen „etwas zu nehmen“, sondern dass ein reduzierter selbstverantwortlicher Umgang mit Alkohol und Medikamenten und evtl. die dauerhafte Abstinenz von Alkohol ein wesentlicher Beitrag für mehr Lebensqualität, weniger Folgeerkrankungen und Lebensverlängerung sein könnte, ist oft schwer vermittelbar. Neben der Einstellung dürfen aber auch lebenspraktische Probleme nicht übersehen werden. Ältere Menschen sind oft eingeschränkt in ihrer Mobilität, kommen oft nur unter größter Anstrengung an die Fachambulanz in der nächstgelegenen Stadt. Die Treffen der verschiedenen Selbsthilfegruppen finden in aller Regel abends statt, zu einer Zeit, in der ältere Menschen oft nicht mehr alleine das Haus verlassen möchten oder keine Möglichkeit mehr haben, mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause zu kommen. Die Suchtberatungsstellen leisten in der Regel keine aufsuchende Hilfe (außer Besuchsdienste in Krankenhäusern), im Rahmen fester Öffnungszeiten finden die Beratungsgespräche – meist nach vorhergehender Terminvereinbarung – an den Fachambulanzen selbst statt. Die Inanspruchnahme der bisherigen Dienstleistungen ist gerade für ältere Menschen oft mit unüberwindbaren Hürden verbunden.

Das bisherige Beratungs- und Behandlungsangebot an der Fachambulanz des Caritasverbandes für die Diözese Regensburg wurde bisher in erster Linie von unter 65-Jährigen genutzt ([www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de)). Die Gesprächsinhalte in den Gruppen werden daher vorwiegend von den Themen und Bedürfnissen eher jüngerer Klienten dominiert. Auch was das „Tempo“ im Austausch und in der Umsetzung von Verhaltensänderungen und Einstellungen betrifft, fühlen sich ältere Menschen oft überfordert. Selbst wenn ältere Menschen manchmal vom Alter her gemischte Gruppen spontan bevorzugen („ich will nicht nur mit alten Menschen zusammen sein“, „die langweilen mich ..., alt bin ich selber“) und von unterschiedlichen Erfahrungen und Sichtweisen profitieren können, zeigen bereits erprobte altersspezifische Behandlungskonzepte, dass altershomogene Gruppen den Bedürfnissen und Möglichkeiten der älteren Generation besser gerecht werden und sich ältere Menschen sicherer und damit wohler fühlen (Wolter, 2011, S. 201). Aufsuchende Hilfe in Form von Hausbesuchen bei den Betroffenen zu Hause oder in den Altenhilfeeinrichtungen, Krankenhäusern etc. wird in Zukunft wieder mehr in Betracht zu ziehen sein, wenn aktiv die Hemmschwelle verringert werden soll. Ob das Aufsuchen zu Hause in der eigenen Wohnung von den Betroffenen selbst als Grenzüberschreitung und Verletzung der Privatsphäre empfunden wird, wird sich zeigen.

Einzelne stationäre Einrichtungen haben ein altersspezifisches Gruppenangebot bereits in ihr Behandlungskonzept aufgenommen und damit auch schon positive Erfahrungen machen können. Erfahrungsgemäß ist die Aufnahme in den Kliniken oft mit längeren Wartezeiten verbunden, oder die Klinik befindet sich weit entfernt vom Heimatort; beides Gründe für ältere Menschen, einen stationären Aufenthalt abzulehnen.

Wird „Suchtmittelabhängigkeit“ nach den Kriterien von ICD-10 oder DSM-V diagnostiziert, gilt nach wie vor nach dem heutigen Wissensstand die totale und dauerhafte Abstinenz vom Suchtmittel als unabdingbar und wird als Behandlungsgrundlage für eine ambulante und stationäre Therapie vorausgesetzt. Rückfälle während der Behandlung führen nicht mehr zwingend zu einem Therapieabbruch seitens der Behandler, sondern werden bei vorhandener Therapiemotivation in die Behandlung mit einbezogen, jedoch nach wie vor mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz. Vor jeder Behandlung ist abzuklären, ob es sich bereits um eine manifeste Suchtmittelabhängigkeit handelt; wenn ja, ob der Betroffene eine klare Abstinenzentscheidung treffen kann und die Voraussetzungen für eine Therapie gegeben sind.

Es stellt sich die Frage, ob dies in jedem Fall auch auf die Behandlung älterer Menschen mit problematischem Konsum suchterzeugender Substanzen übertragen werden kann. Gerade für ältere Menschen, die bereits auf fremde Hilfe angewiesen und in Altenhilfeeinrichtungen untergebracht sind, mag ein reduzierter kontrollierter Umgang mit Alkohol und psychoaktiven Substanzen im Sinne von „Schadensminimierung“ und „Schadensverhinderung“ realistischer sein, als die Forderung nach dauerhafter Abstinenz. Es kann keine allgemeingültigen Zieldefinitionen und Behandlungswege für ältere suchtkranke und suchtgefährdete Menschen geben. Die körperliche und geistige Fitness und damit auch die Frage nach der „Therapierbarkeit“ hängt nicht alleine vom Lebensalter ab. „Alter“ ist differenziert zu betrachten. Je nachdem, ob der oder die Betroffene zu der Gruppe der jungen Alten (ab 65 J.) oder zu der Gruppe der alten Alten bzw. Hochaltrigen (ab 85 J.) zählt, danach orientieren sich deren Bedürfnisse und Möglichkeiten.

Im Rahmen der neugeschaffenen Projektstelle an der Fachambulanz für Suchtprobleme Regensburg ist es uns nun möglich, neue Wege zu gehen. Erste Bemühungen, sowohl die regionalen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als auch die Krankenhäuser für dieses Thema zu sensibilisieren und als Kooperationspartner zu gewinnen, stießen auf Interesse und Zustimmung. Sowohl die Altenhilfe als auch die Suchthilfe verfügen über langjährige Erfahrungen, die miteinander verknüpft werden müssen. Die in der Altenhilfe Tätigen arbeiten sehr nahe an den alten Menschen, genießen deren Vertrauen, insofern sind sie diejenigen neben den Angehörigen, die ihre, wenn auch begrenzten Einflussmöglichkeiten, intensiver geltend machen können. Die in den Akutkrankenhäusern behandelnden Ärzte genießen Autorität, die für die Einflussnahme auf die Suchterkrankung noch mehr nutzbar gemacht werden könnte. Nachdem der Auftrag der ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen und der Krankenhäuser in erster Linie in der (medizinischen) Versorgung und Pflege besteht, wird es der Initiative von den Suchthilfeeinrichtungen bedürfen, die Entwicklung von Leitlinien im Umgang mit Suchtproblemen voranzubringen und konkrete Wege für eine bessere Zusammenarbeit zu finden. Zu hoffen bleibt aber auch, dass Hausärzte sich mehr in der Verantwortung sehen, ihre Einflussmöglichkeiten zu nutzen und ebenfalls bereit sind zur Kooperation mit dem Suchthilfesystem.

**Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit muss intensiviert werden, um die Hemmschwelle Fachdienste in Anspruch zu nehmen, zu verringern. Dabei sollte aber nicht nur von „Sucht im Alter“ die Rede sein, sondern vielmehr auf den „problematischen Konsum suchterzeugender Substanzen“ hingewiesen werden, damit sich ältere Menschen mehr angesprochen fühlen.**

**Zu wünschen bleibt auch, dass Politiker und Leistungsträger von Suchthilfeeinrichtungen neue Projekte fördern und der Entwicklung neuer Behandlungskonzepte auch die dafür nötige Zeit einräumen. Zu wünschen bleibt, dass sich auch die in dem Bereich Suchthilfe tätigen Therapeuten offen und interessiert zeigen für die Behandlung älterer suchtkrank Menschen; dass auch die ehrenamtlich Engagierten ausreichend Anerkennung und Bestätigung finden und in Zukunft noch verstärkt in das Suchthilfesystem mit einbezogen werden. Alle denen, die an einer Weiterentwicklung interessiert sind, sei die nötige Ausdauer und Zuversicht zu wünschen, nachdem davon auszugehen ist, dass es seine Zeit dauern wird, bis sich „Suchthilfe im Alter“ etabliert hat.**

**Autorin: Monika Gerhardinger, Dipl. Sozialpädagogin (FH), Regensburg 2014.**

#### **Quellen:**

**Barmer GEK Arzneimittelreport 2013: Spezielle Analysen zu einzelnen Indikationsgebieten, Berlin, S.74**

**Broschüre des Bundesministerium für Bildung und Forschung: Medikamente im Alter: Welche Wirkstoffe sind ungeeignet? , Berlin, 2012**

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. [www.dhs.de](http://www.dhs.de)**

**[www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de)**

**Broschüren der DHS:**

**Substanzbezogenen Störungen im Alter, Information und Praxishilfen , DHS 2011**

**Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenhilfe, DHS 2013**

**Kuhn, S./Haasen, Ch. (2009): Representative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Hamburg**

**Wolter D.(2011): Sucht im Alter – Altern und Sucht, Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie, Stuttgart. S. 201**