



# Alkoholbezogene Probleme im Alter

Larissa Schwarzkopf<sup>1</sup> nach Vorlagen von Ludwig Kraus<sup>1,2,3</sup>

1) IFT Institut für Therapieforschung, München, Deutschland

2) Department for Public Health Sciences, Stockholm Universität, Stockholm, Schweden

3) Institute of Psychology, ELTE Eötvös Loránd Universität, Budapest, Ungarn



# Alkoholkonsum in Maßen – ein akzeptiertes Phänomen

***Eine Kultur, in der Alkohol verboten ist, hat es ebenso schwer, geistreich zu sein wie eine Kultur, in der Alkohol eine zu große Rolle spielt."***

Gregor Brand

...aber wo liegt die Grenze?



# Ein Gläschen in Ehren....

- Schwellenwerte für Alkoholkonsum



- **Risikoarm:** <24g Ethanol/Tag
- **Risikant:** 24g -<60g Ethanol/Tag
- **Gefährlich:** 60g - <120 g Ethanol/Tag
- **Hochkonsum:** ≥120g Alkohol/Tag



- **Risikoarm:** <12g Ethanol/Tag
- **Risikant:** 12g -<40g Ethanol/Tag
- **Gefährlich:** 40g - <80 g Ethanol/Tag
- **Hochkonsum:** ≥80g Alkohol/Tag

- Oder etwas plastischer:

12 g Ethanol entspricht ungefähr



0,3 l Bier  
→ 1 Pils



0,125 l Wein  
→ 1 Schoppen

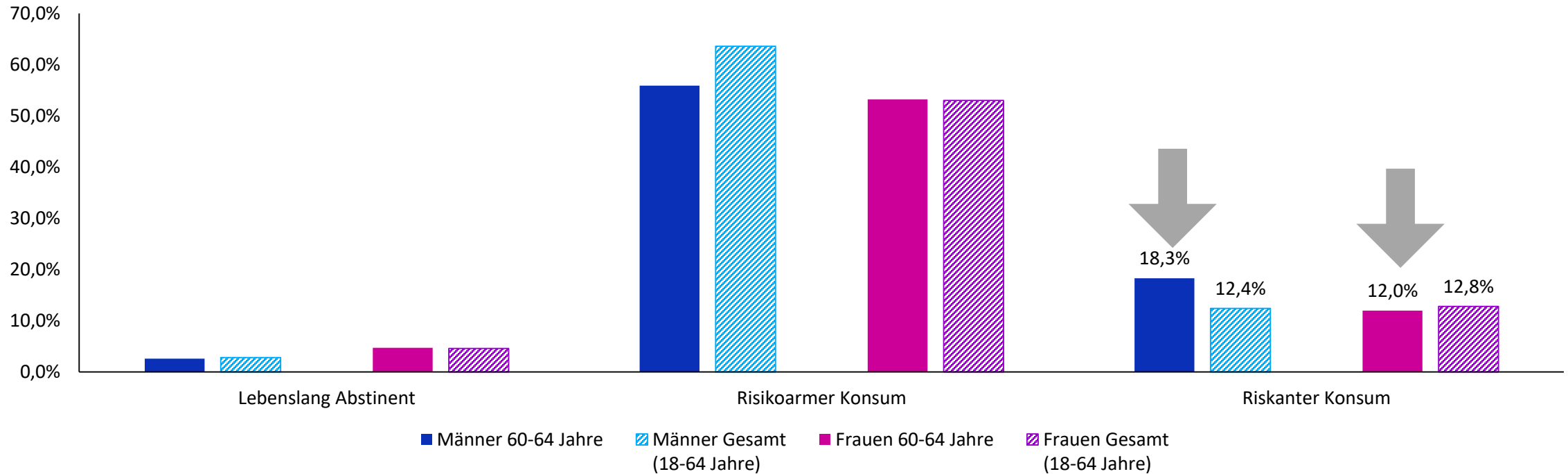


0,1 l Sekt  
→ 1 / 2 Piccolo



0,04 l Schnaps  
→ 2 Doppelte

Konsumprävalenz laut epidemiologischem Suchtsurvey 2018



Eigene Darstellung nach Seitz et al., 2019

## Deutschland:

- Hinweis auf Alkoholmissbrauch bei 11% der 60-64-Jährigen (Pabst et al., 2010)
- Ca. 4,1 Mio. 65 bis 79-Jährige mit riskantem Alkoholkonsum (Hapke et al., 2013)



# Alkoholkonsum bei älteren Menschen - ein Deutschland-spezifisches Problem?

USA:

- >2% der über 65-Jährigen mit Alkoholkonsumstörung (AUD) (Han et al., 2017; Grant et al., 2015)

Europa:

- 5.2% der 65-84-Jährigen mit Alkoholkonsumstörung (AUD) (Munoz et al., 2018)
- 10.2% der ab 60-Jährigen als starke Trinker eingestuft (Nuevo et al., 2015)

Dänemark:

- 21% der über 60 Jährigen über Schwellenwerten für risikoarmen Alkoholkonsum (Jensen et al., 2017)

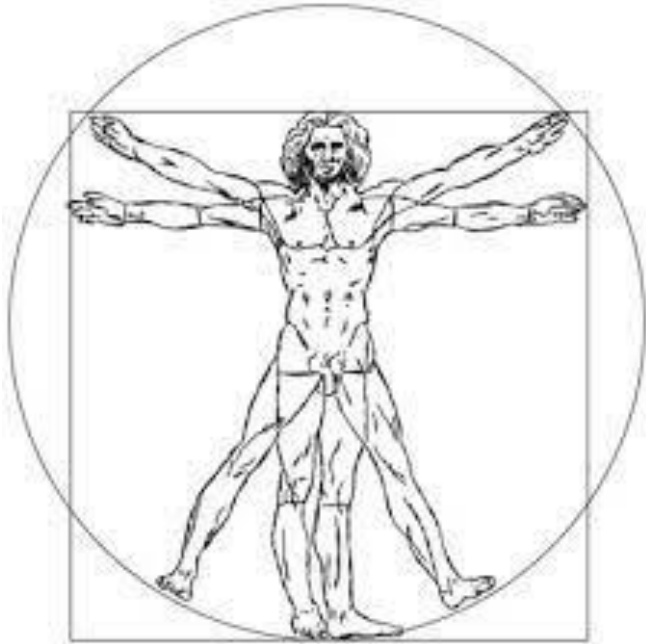
Finnland:

- 17% der über 65-Jährigen Männer und 3% der über 65-Jährigen Frauen trinken riskant  
bei abnehmender Prävalenz des riskanten Konsums in höheren Altersklassen (Immonen et al. 2011)



# Alkoholkonsum bei älteren Menschen - ein relevantes Problem?

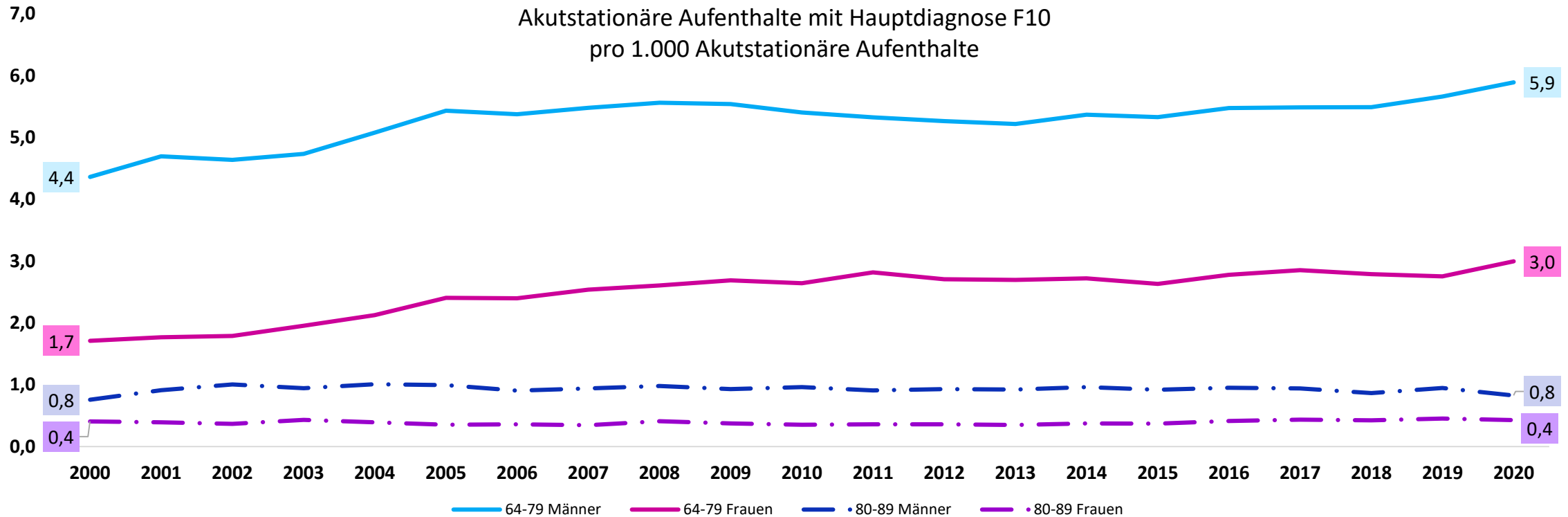
Vielfältige negative Konsequenzen des Alkoholkonsums insbesondere bei Älteren



- Höheres Risiko für u.a.
  - Diabetes (Baliunas et al., 2009)
  - Bluthochdruck (Taylor et al., 2009)
  - Lungenerkrankungen (Boé et al., 2009)
- Erhöhte Sturzneigung mit nachgelagerten Konsequenzen  
(Kanis et al., 2005)
- Interaktion mit Regelmedikation (Moore et al., 2007)
- Bei zugleich geringerer Alkoholtoleranz



# Alkoholkonsum bei älteren Menschen - ein relevantes Problem?



Eigene Berechnung auf Basis der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes

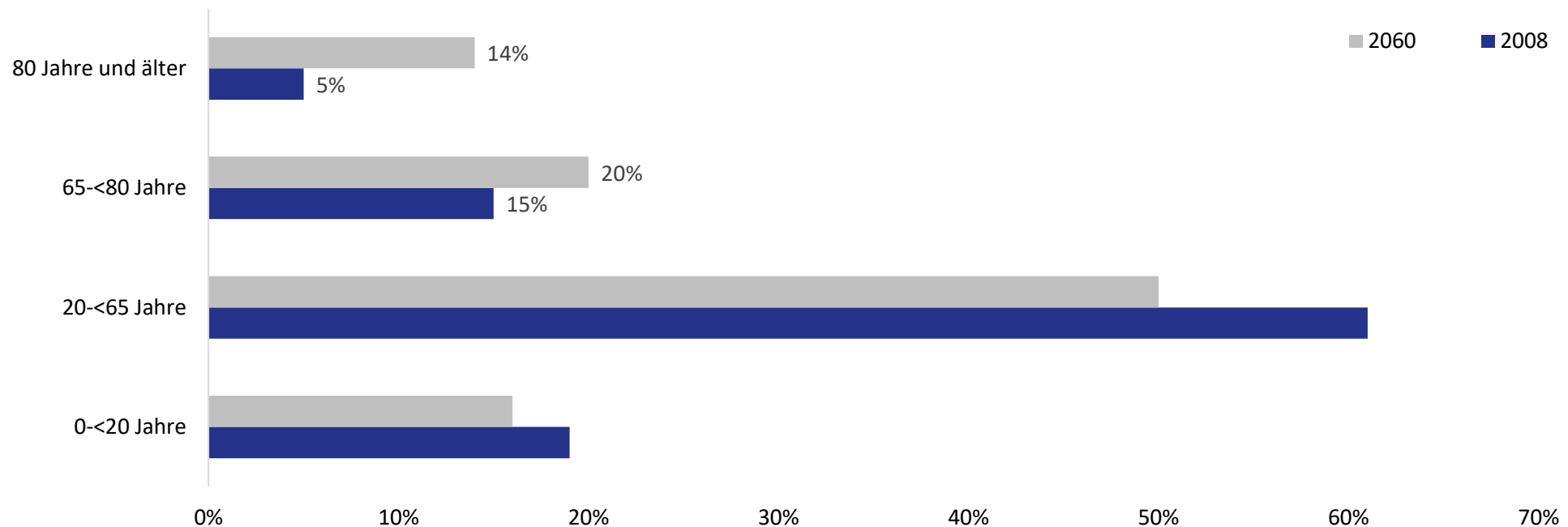
Zunehmende Rate akutstationärer Aufenthalte im Kontext von Alkoholkonsum



# Alkoholkonsum bei älteren Menschen - ein auch künftig ein Problem?

- Steigender Anteil an Personen  $\geq 65$  Jahre

Altersverteilung der deutschen Wohnbevölkerung



Statistisches Bundesamt, 2009

Vor dem Hintergrund des bevorstehenden **demographischen Wandels** ist in Folge der zunehmenden Anzahl älterer Menschen **selbst bei konstanter** Konsum- bzw. Störungs-**Prävalenz** mit **mehr Personen mit** riskantem Alkoholkonsum bzw. **AUD** zu rechnen.

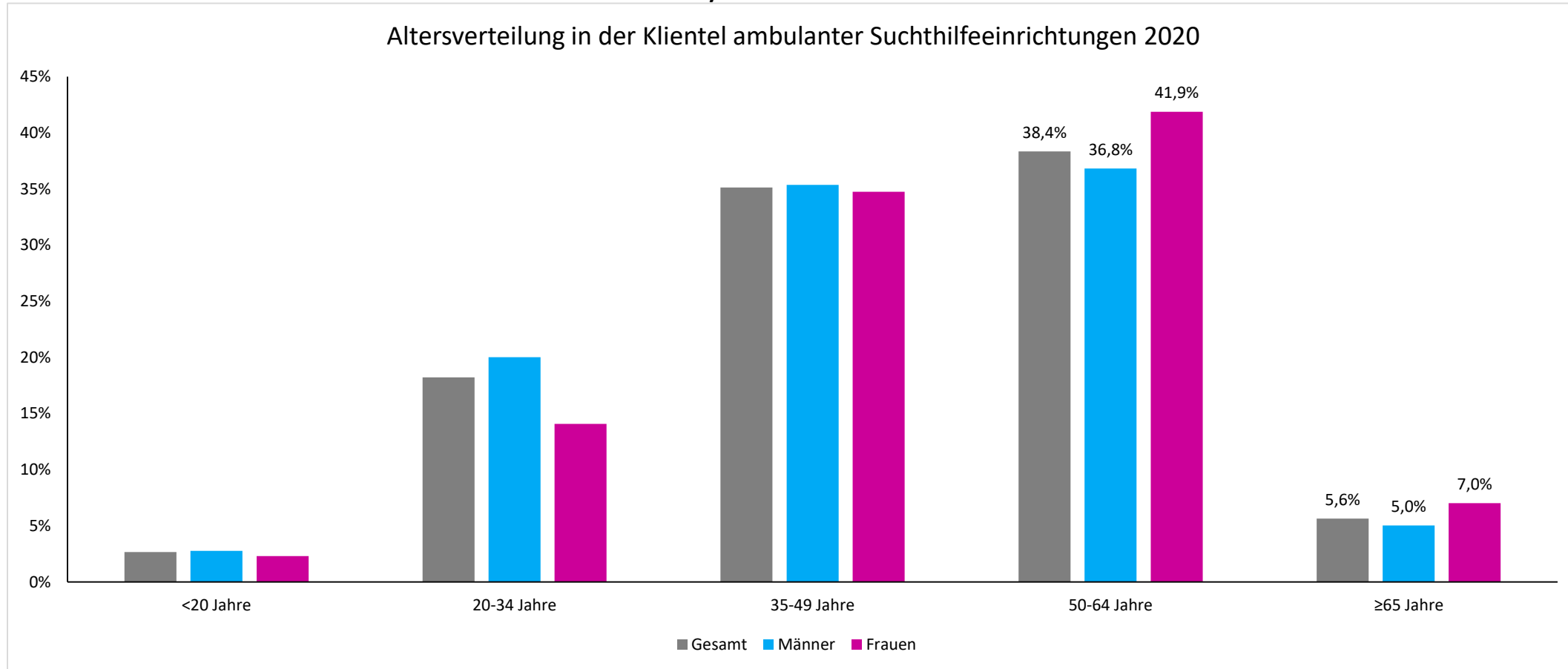




# Ältere Menschen mit Alkoholproblemen - eine unzureichend versorgte Population?

## Ausgangslage:

- 16% aller Menschen mit AUD im Suchthilfesystem betreut (Kraus et al. 2015)





# Ältere Menschen mit Alkoholproblemen - eine unzureichend versorgte Population?

Anteil an aufgrund alkoholbezogener Störungen behandelter Patient\*innen  
im Kollektiv bayerischer Kassenärzt\*innen 2020

	Männer			Frauen		Anteil
	Mit AUD	Gesamt	Mit AUD	Mit AUD	Gesamt	
18 - <35 Jahre	4.539	1.096.243	0,4%	1400	1.147.028	0,1%
35 - <50 Jahre	14.380	919.126	1,6%	5123	1.068.160	0,5%
50 - <65 Jahre	38.007	1.063.193	3,6%	14860	1.248.223	1,2%
ab 65 Jahren	26.034	922.714	2,8%	6.242	1.327.635	0,5%

Eigene Berechnung auf Basis von Abrechnungsdaten der KVB



# Zur Erinnerung

	Männer			Frauen		
	Mit AUD	Gesamt	Anteil	Mit AUD	Gesamt	Anteil
18 - <35 Jahre	4.539	1.096.243	0,4%	1400	1.147.028	0,1%
35 - <50 Jahre	14.380	919.126	1,6%	5123	1.068.160	0,5%
50 - <65 Jahre	38.007	1.063.193	3,6%	14860	1.248.223	1,2%
ab 65 Jahren	26.034	922.714	2,8%	6.242	1.327.635	0,5%

	Altersgruppen							
	Gesamt	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
<b>Männer (n)</b>	<b>4093</b>	<b>481</b>	<b>526</b>	<b>536</b>	<b>699</b>	<b>688</b>	<b>727</b>	<b>436</b>
Lebenslang abstinent	2.8	11.1	3.4	4.3	3.3	1.3	1.2	2.6
Nur letzte 12 Monate abstinent	8.3	4.3	6.6	6.6	8.6	9.0	7.2	12.7
Nur letzte 30 Tage abstinent	12.9	16.8	15.5	14.4	15.8	11.8	8.9	10.6
Risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	63.6	51.8	61.3	62.7	62.2	67.3	68.3	55.9
Riskanter Konsum <sup>2)</sup>	12.4	16.1	13.2	11.9	10.0	10.6	14.3	18.3
<b>Frauen (n)</b>	<b>4977</b>	<b>572</b>	<b>621</b>	<b>613</b>	<b>894</b>	<b>873</b>	<b>900</b>	<b>504</b>
Lebenslang abstinent	4.6	12.0	5.8	6.0	4.2	3.6	3.1	4.7
Nur letzte 12 Monate abstinent	10.9	4.0	6.8	10.6	14.9	8.9	12.0	14.4
Nur letzte 30 Tage abstinent	18.7	18.6	20.3	16.6	22.2	19.8	14.4	15.8
Risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	53.0	47.1	48.3	51.2	49.8	55.1	58.0	53.2
Riskanter Konsum <sup>2)</sup>	12.8	18.4	18.8	15.6	8.9	12.6	12.5	12.0

(Seitz et al., 2019)

**Alkoholprobleme** bei Älteren werden **im ärztlichen Behandlungssetting** anscheinend **unzureichend adressiert**



# ...heißt geringe Erreichung auch unzureichend therapiert?



„Da ist doch ohnehin schon Hopfen und Malz verloren“

„Lasst den Alten doch ihr Gläschen Wein“

**Informierte Entscheidung**  
**≠ Therapeutischer Nihilismus**

Grundidee der

**„Informierten Entscheidung“**

- Überschätzung positiver Folgen
- Unterschätzung/Negierung negativer Konsequenzen

- Wissen um bestehende Probleme
- Wissen um Lösungsansätze



# ...und wer sollte bevorzugt therapiert werden?

Auf ältere suchtkranke Menschen,

- deren **Lebensqualität** durch die Suchterkrankung niedriger als nötig ist
- deren **körperliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit** sich erheblich schneller vermindert, als nötig wäre
- deren **Integration ins soziale Leben** und in die soziale Gemeinschaft schlechter ist, als nötig wäre, und
- „die **isoliert und vereinsamt**, traurig oder gedämpft im Alter alleine zu Hause vor dem Fernsehapparat sitzen.“



# ...und wie könnte die Therapie aussehen

- Evidenz für spezifische Trinkmuster bei Älteren  
→ Häufiger, aber weniger (Lewis et al., 2018)
  
- Heterogenes Spektrum der Interventionen
  - Ambulantes vs. stationäres Setting
  - Von Medikamentöser Therapie bis psychosozialer Intervention
  - Von Aufklärung über Verhaltenstherapie bis zu Case Management
  
- Zugleich unzureichende Evidenz zur AUD-Therapie bei Älteren im Speziellen  
→ Meist Studien mit gemischten Altersgruppen





# AUD-Therapie bei Älteren - internationale Evidenz

- Gleiche bzw. **bessere Behandlungsergebnisse** als Jüngere über verschiedene Studiendesigns, Settings und Interventionen hinweg (z.B. Lemke & Moos, 2002; Oslin et al., 2002; Satre et al., 2004)
  - Tendenziell **weniger schwere** Ausprägung der AUD bei Älteren
  - Zumeist **höhere Compliance** der Älteren
- Möglicherweise zusätzlich verstärkter Therapieerfolg bei Berücksichtigung **altersspezifischer Belange** (z.B. Einsamkeit, Trauer und Verlust von Partner) (Blow et al., 2000a; Carstensen et al., 1985; Dupree et al., 1984)
- Interaktion zwischen altersspezifischen Faktoren und sozialen Netzwerken und Trinkverhalten (Blow et al., 2000b; Adams, 1996; Christensen et al., 2000)
- Aufgrund spärlicher Evidenzlage Forschungsbedarf für **evidenz-basierte Behandlungsansätze** (Bhatia et al., 2015; Kuerbis & Sacco 2013)

Aufgrund spärlicher Evidenzlage Forschungsbedarf für **evidenz-basierte Behandlungsansätze** (Bhatia et al., 2015; Kuerbis & Sacco 2013)



# Empirische Evidenz zu AUD-Therapie bei Älteren



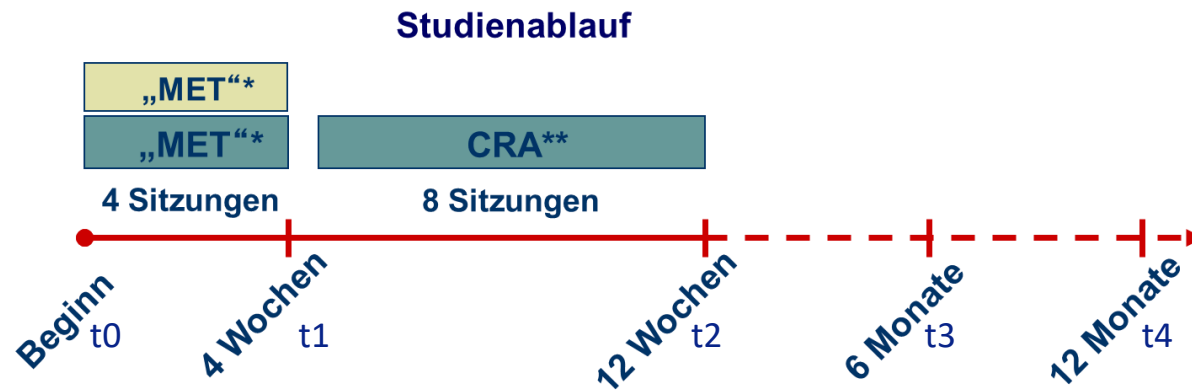
**Zielgruppe:**  
**Personen 60+ mit AUD gemäß DSM-5**





# Elderly-Studie - Design

- Multizentrische randomisierte kontrollierte Studie (**RCT**) mit 2 Behandlungsarmen
  - MET: **Motivational Enhancement Therapy**  
(Schwerpunkt: Motivierende Gesprächsführung, 4 Sitzungen)
  - CRA: **Community Reinforcement Approach**  
(Bearbeitung spezifischer Probleme älterer Menschen, 8 Sitzungen)
- 6 Standorte in **Dänemark**, den **USA** und **Deutschland**
- 5 Erhebungszeitpunkte





# Elderly-Studie - Zielgrößen

## Hauptzielgrößen:

- Anteil Patienten die **zumindest kontrolliert tranken**  
(BAC  $\leq$  0.5 ‰)  
→ Bezugszeitraum vorhergehende 30 Tage
- Anzahl erfüllte **DSM-5-Kriterien für AUD**  
→ Bezugszeiträume 12 Monate (t0) bzw. 6 Monate (t3, t4)

## Nebenzielgrößen:

- Trink**menge**: Gramm Reinalkohol je Konsumtag
  - Anzahl **abstinenter** Tage: Tage mit 0 g.
  - Anzahl an Tage mit **Rauschtrinken**:  
Konsumtage, mit Konsum von  $\geq$  60g (♂) //48g (♀)  
Reinalkohol
  - Anzahl Tage mit **mehr als risikoarmen Konsum**:  
Konsumtage mit Konsum von  $\geq$  24g (♂) //12g (♀)  
Reinalkohol
- Bezugszeitraum vorhergehende 30 Tage



# Elderly-Studie

## - Deutschland Ergebnisse

Originalarbeit Thieme

**Die ELDERLY-Studie: Design und Stichprobe einer Untersuchung zur ambulanten Psychotherapie von Alkoholkonsumstörungen bei älteren Erwachsenen**

**The ELDERLY-Study: Design and Sample of a Study on Outpatient Psychotherapy for Older Adults with Alcohol Use Disorders**

---

Autoren  
Silke Behrendt<sup>1</sup>, Barbara Braun<sup>2</sup>, Gerhard Bühringer<sup>1,2</sup>

Originalarbeit

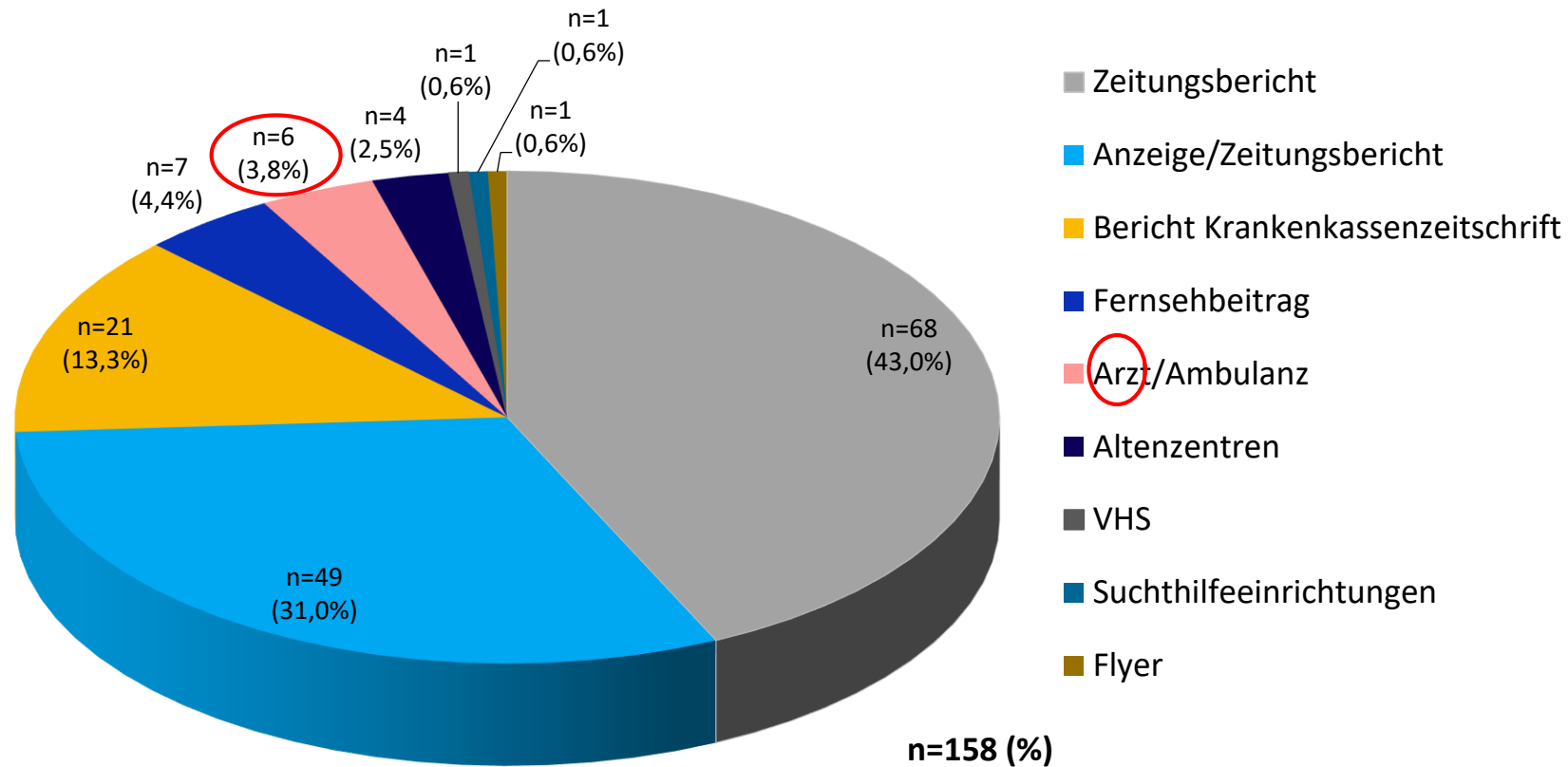
**Therapie alkoholbezogener Störungen im Alter: Ergebnisse der deutschen Stichprobe der randomisiert-kontrollierten ELDERLY-Studie<sup>1</sup> bis zum 12-Monats-Follow-up**

Barbara Braun<sup>1</sup>, Silke Behrendt<sup>2</sup>, Daniela Piontek<sup>1</sup>, Ludwig Kraus<sup>1,3,4</sup> und Gerhard Bühringer<sup>1,2,5</sup>



# Elderly-Studie - Deutschland Ergebnisse

## Zugangswege der Klienten (Screening)

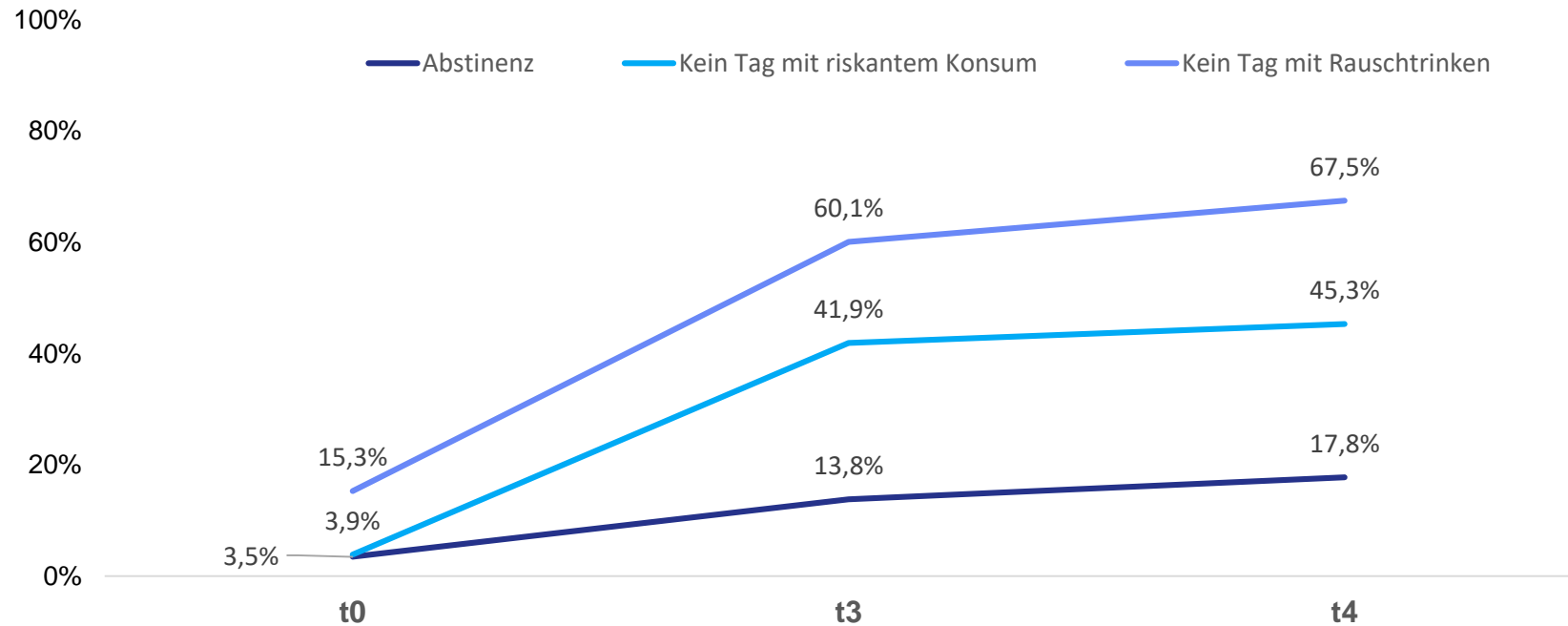


(Primär-)Ärzte als Zuweiser von untergeordneter Relevanz



# Elderly-Studie - Deutschland Ergebnisse

## Outcome mindestens kontrolliertes Trinken



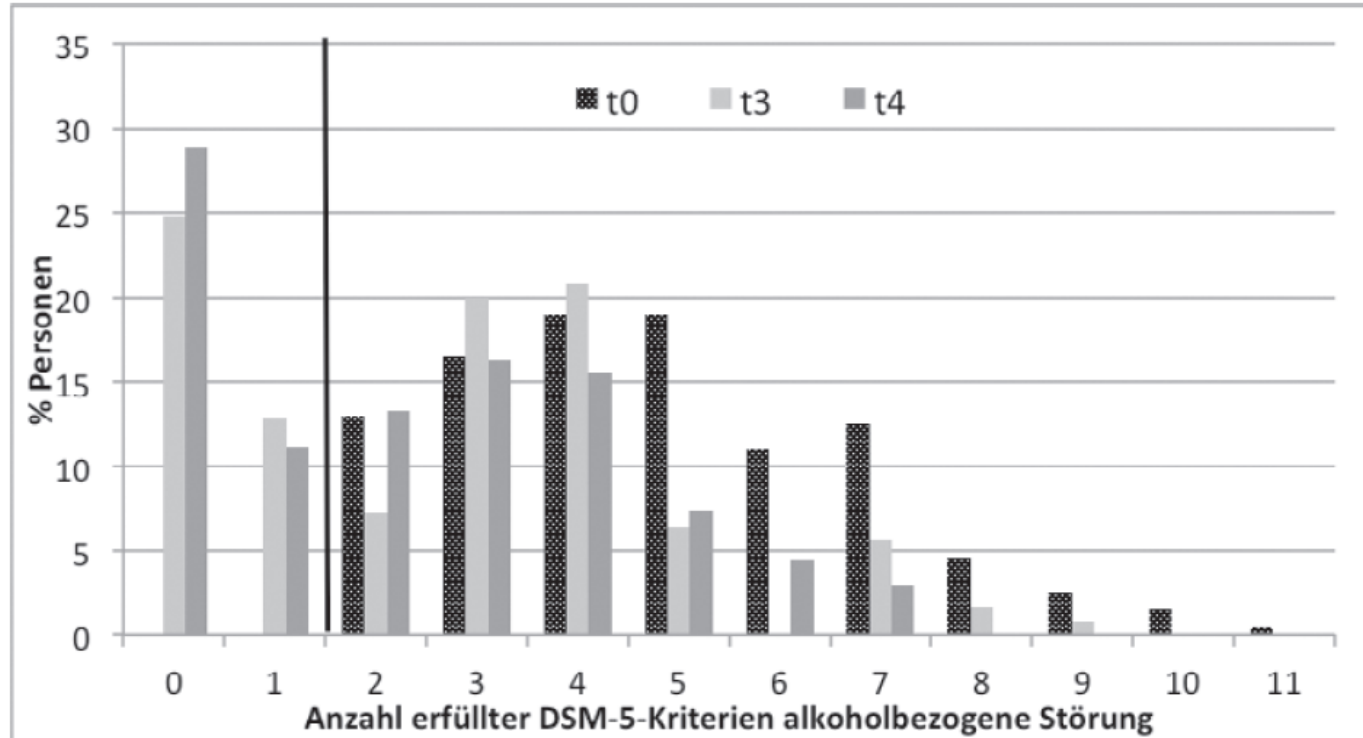
Braun et al., 2019

- Deutlich und nachhaltig positive Entwicklung des Trinkverhaltens
- Keine wesentlichen Unterschiede zwischen MET und MET+CRA



# Elderly-Studie - Deutschland Ergebnisse

## Outcome Anzahl erfüllte DSM-5 Kriterien für AUD



Braun et al., 2019

- Verschiebung hin zu leichteren Ausprägungsgraden der AUD
- t0: Median 5 Kriterien, t3: Median 3 Kriterien, t4: Median 2 Kriterien
- t4: 40,0% der Teilnehmenden unter der Diagnoseschwelle (t3: 37,6%)
- Keine wesentlichen Unterschiede zwischen MET und MET+CRA



# Elderly-Studie - Internationale Ergebnisse

Andersen et al. *BMC Psychiatry* (2015) 15:280  
DOI 10.1186/s12888-015-0672-x



**STUDY PROTOCOL**

**Open Access**

Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly Study)



Kjeld Andersen<sup>1,2,3\*</sup>, Michael P. Bogenschütz<sup>4</sup>, Gerhard Bühringer<sup>5,6</sup>, Silke Behrendt<sup>5</sup>, Rikke Barbara Braun<sup>6</sup>, Claus Thorn Ekstrøm<sup>7</sup>, Alyssa Forcehimes<sup>8</sup>, Christine Lizarraga<sup>9</sup>, Theresa and Anette Søgaard Nielsen<sup>1,2</sup>




**ADDICTION**

**SSA** | SOCIETY FOR THE  
STUDY OF  
ADDICTION

**RESEARCH REPORT**

doi:10.1111/add.14795

**Evaluation of adding the community reinforcement approach to motivational enhancement therapy for adults aged 60 years and older with DSM-5 alcohol use disorder: a randomized controlled trial**

Kjeld Andersen<sup>1,2,3</sup> , Silke Behrendt<sup>1,4</sup> , Randi Bilberg<sup>1</sup>, Michael P. Bogenschütz<sup>5,6</sup>, Barbara Braun<sup>7</sup>, Gerhard Bühringer<sup>1,4,7</sup>, Claus Thorn Ekstrøm<sup>8</sup>, Anna Mejdal<sup>1</sup>, Anne Helby Petersen<sup>8</sup> & Anette Søgaard Nielsen<sup>1,3</sup> 



# Elderly-Studie - Internationale Ergebnisse

## Hauptergebnis: Erfolgsquote ( $BAC \leq 0.5\%$ inklusive Abstinenz) zu t3

- MET: 48.9% 95%-CI [42.9-54.9%]; MET+CRA: 52.3% [95%-CI 46.2;58.3%]
- Gruppenunterschied nicht signifikant (OR=1.22, 95%-CI [0.86;1.75])
- Weibliches Geschlecht als negativer, höheres Alter als positiver Prädiktor

## Nebenergebnisse:

- Weniger Trinktage
- Weniger Tage mit Rauschtrinken
- Weniger Drinks im Wochendurchschnitt
- Leichte Zunahme der Lebensqualität (WHOQOL-BREF)
- Keine Unterschiede zwischen MET und MET+CRA





# Elderly-Studie

## - Lessons learned

- Ergebnisse **konsistent mit früheren Studien** zu Kurzinterventionen bei älteren Menschen mit AUD  
(Lieb et al., 2008; Rumpf et al., 2009; Bitar et al., 2014; Wolter, 2015)
- Trotz unterschiedlicher Dauer und Konzeption **keine** signifikanten **Unterschiede** zwischen MET und MET+CRA
- Trotz relativ **kurzer Behandlungsdauer**
  - Positiver Einfluss von MET (+CRA) auf Trinkmenge und –verhalten
  - Reduzierte Symptomschwere der AUD
- Positiver **Einfluss** im Katamnesezeitraum **stabil**
- **ABER:** Ein Viertel der Studienteilnehmer im Katamnese Zeitraum ohne einzigen abstinenten Tag!

Bewussteres Trinkverhalten realistischeres Ziel als Abstinenz



# ...und welche sollten künftig beachtet werden

Stärkung (alternativer)  
**sozialer Kontakte**

Fokus auf die  
Aufrechterhaltung  
Routinen bzw. den  
Aufbau neuer **Routinen**

**Bewusstsein** im Umfeld  
für **mögliche  
Hintergründe** des  
Konsums schaffen

Klare **ärztliche  
Empfehlung** zu  
Konsummengen

Einbindung häuslicher  
**Pflegedienste** in  
Schadensminimierung

Ansatzpunkte für Interventionen,  
Gesundheitsförderung und Strategien  
zur Reduktion Exzessiven Alkoholkonsums bei  
Älteren

**Nicht Belehren**

Angemessenes Eingehen  
auf etablierte  
**Rollenbilder**

Verständliche  
**Kommunikation  
risikoarmen  
Trinkverhaltens**

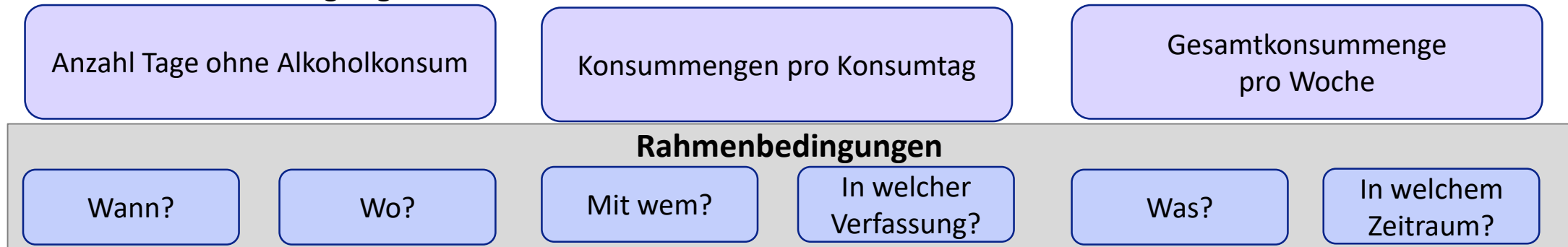
Klare **Definition**, wo  
**exzessives Trinken**  
beginnt

Förderung der eigenen  
Kompetenzen zu  
**kontrolliertem  
Trinken**

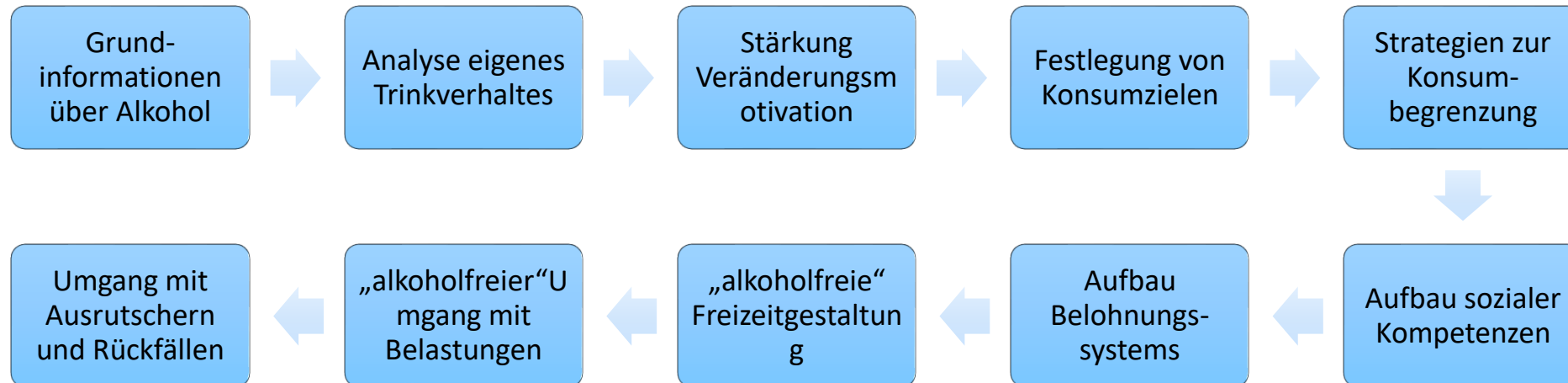


# Wie funktioniert eigentlich „Kontrolliertes Trinken“

- Ausrichtung des eigenen Trinkverhaltens an einem festgelegten Trinkplan
- Wochenweise Festlegung



- 10 Schritte zu kontrolliertem Trinken





# AUD-Therapie bei älteren Menschen - braucht es einen Paradigmenwechsel?

Kontrolliertes Trinken als Therapieziel (auch) bei Älteren?

- Vergleichbare **Wirksamkeit** wie abstinenzorienteerte Maßnahmen  
(Henssler et al., 2020; Körkel, 2015; van Amsterdam & van den Brink, 2013; Walters, 2000)
- Reduktion als **wahrscheinliches Ergebnis** nach Reduktions- und nach Abstinenzbehandlung
- **Positive Effekte** der „bloßen“ Reduktion nicht zu unterschätzen
  - Positive Entwicklungen im **sozialen Bereich** (Witkiewitz et al., 2017)
  - Verbesserung der **psychischen** (Knox et al. 2019) und **physischen Gesundheit** (Witkiewitz et al., 2018)
  - Steigerung der **Lebensqualität** (Witkiewitz, et al., 2018)
- Reduktion als **mögliche Brücke** zur Abstinenz (und umgekehrt)  
(Körkel, 2015)
- Höhere **Teilnahmebereitschaft** bei reduktionsorientierten Maßnahmen  
(Emiliussen et al., 2019)



# Schlussfolgerungen für die Versorgungspraxis

- **Therapeutischer Nihilismus** bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Problemen **unangebracht**
- Erfolgreiche „**Un-Abhängigkeit im Alter**“ möglich
  - Positive Effekte bereits bei Kurzzeitintervention
  - Konzepte mit Elementen motivierender Gesprächsführung und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden zielführend
  - Integrationsmöglichkeit in bestehende Versorgungsroutinen entscheidend
- **Erreichung** der Zielgruppe **ausbaufähig**
  - Aufbau von Handlungskompetenzen auf Behandelndenseite notwendig
  - Schulungsmaßnahmen auch für nachgelagerte Versorgungsbereiche (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Seniorenhilfe, etc.) erforderlich
  - Entsprechende Materialien vorhanden
    - Modellprojekt: „Sucht im Alter“ (<http://www.alter-sucht-pflege.de/index.php>)
    - INTERREG-Projekts „Zurück ins Leben - Alter und Sucht“
- **Kontrolliertes Trinken** als geeigneter **Zugangsweg?**



*Der alte Mann und das Leer*

### Kontakt

PD Dr. Larissa Schwarzkopf

IFT Institut für Therapieforschung

Leopoldstraße 175

80804 München

☎ : 089/360804-60

✉ : [schwarzkopf@ift.de](mailto:schwarzkopf@ift.de)



# Back up



# Literaturverzeichnis I

- Adams WL, Barry KL, Fleming MF. Screening for Problem Drinking in Older Primary Care Patients. *JAMA*. 1996;276(24):1964–1967. doi:10.1001/jama.1996.03540240042028
- Andersen, K., Bogenschutz, M. P., et al. (2015). “*Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly Study)*”. *BMC Psychiatry*, 15(1), 280.
- Andersen, K., Behrendt, S., et al. (2020). “*Evaluation of adding the community reinforcement approach to motivational enhancement therapy for adults aged 60 years and older with DSM-5 alcohol use disorder: a randomized controlled trial*”. *Addiction*, 115(1), 69-81.
- Baliunas, D. O., Taylor, B. J., et al. (2009). “*Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis* “. *Diabetes Care*, 32(11)
- Behrendt, S., Braun, B., & Bühringer, G. (2019). „*Die ELDERLY-Studie: Design und Stichprobe einer Untersuchung zur ambulanten Psychotherapie von Alkoholkonsumstörungen bei älteren Erwachsenen*“. *Suchttherapie*, 20(02), 92-99.
- Berner, M. M., Härter, et al. (2007). “*Detection and management of alcohol use disorders in German primary care influenced by non-clinical factors* “. *Alcohol and Alcoholism*, 42(4), 308-316.
- Bhatia, U., Nadkarni, A., et al. (2015). “Recent advances in treatment for older people with substance use problems: an updated systematic and narrative review”. *Eur Geriatr Med*, 6(6), 580-586.
- Blow FC, Barry KL. (2000a). “*Older patients with at-risk and problem drinking patterns: new developments in brief interventions*”. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000 Fall;13(3):115-23..
- Blow FC, Walton MA et al. (2000b). “*Older adult treatment outcome following elder-specific inpatient alcoholism treatment*”. *J Subst Abuse Treat.*, 19(1), 67–75.
- Boé, D. M., Vandivier, R. W., et al. (2009). “*Alcohol abuse and pulmonary disease*“. *J Leukoc Biol*, 86(5), 1097-1104.
- Braun, B., Behrendt, S., et al. G. (2019). “*Therapie alkoholbezogener Störungen im Alter: Ergebnisse der deutschen Stichprobe der randomisiert-kontrollierten ELDERLY-Studie1 bis zum 12-Monats-Follow-up*”. *Sucht*. 65, 2, (101-114)





# Literaturverzeichnis II

- Carstensen LL, Rychtarik RG & Prue DM. (1985). *“Behavioral treatment of the geriatric alcohol abuser: a long-term follow up study”*. Addict Behav., 10, 307–11.
- Christensen H, Low L, Anstey KJ. Prevalence, risk factors and treatment for substance abuse in older adults. Curr Opin Psychiatry. 2006;19(6): 587–92
- Dauber H, Pogarell O, et al. (2018). *“Older adults in treatment for alcohol use disorders: service utilisation, patient characteristics and treatment outcomes”*. Subst Abuse Treat Prev Policy. 6, 13(1), 40.
- Dupree LW, Broskowski H & Schonfeld L. (1984). *“The gerontology alcohol project: a behavioral treatment program for elderly alcohol abusers”*. Gerontologist.,24(5), 510–516.
- Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. JAMA Psychiatry. 2015 Aug;72(8):757-66. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584. PMID: 26039070; PMCID: PMC5240584.
- Han BH, Moore AA, Sherman S, Keyes KM, Palamar JJ. Demographic trends of binge alcohol use and alcohol use disorders among older adults in the United States, 2005-2014. Drug Alcohol Depend. 2017;170:198–207.
- Henssler, J., Müller, et al. (2020). *“Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression”*. Addiction.
- Heike Hinz: Suchtkrankheiten im Alter. In: AHG Klinik Wigbertshöhe (Hrsg.): Alter und Sucht. Materialien zum Thema. Band 1. Bad Hersfeld, 2009. S. 5
- Immonen S, Valvanne J, Pitkala KH. Prevalence of at-risk drinking among older adults and associated sociodemographic and health-related factors. J Nutr Health Aging. 2011 Nov;15(9):789-94. doi: 10.1007/s12603-011-0115-4. PMID: 22089229.
- Jensen, H. A. R., Davidsen, M., Ekholm, O., Christensen, A. I. (2018). *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017 [Health among the Danes – The National Health Profile 2017]*. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark, for the Danish Health Authority.
- Kanis, J. A., Johansson, et al. (2005). *“Alcohol intake as a risk factor for fracture”*. Osteoporos Int, 16(7), 737-742.
- Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, Brayne C, Lafortune L (2018) Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. PLoS ONE 13(1): e0191189. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191189>



# Literaturverzeichnis III

- Knox, J., Scodes, J., et al. (2019). "Reduction in non-abstinent WHO drinking risk levels and depression/anxiety disorders: 3-year follow-up results in the US general population", Drug Alcohol Depend.,197, 228-235.
- Körkel, J. (2015). „Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht“. Sucht, 61(3), 147-174.
- Kraus, L., Piontek, et al. (2015). „Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige“ Suchttherapie, 16(01), 18-26.
- Kuerbis, A., & Sacco, P. (2013). "A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions". Substance abuse: research and treatment, 7, SART-S7865.
- Hapke, U., der Lippe, E. V., & Gaertner, B. (2013). „Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung“. Bundesgesundheitsbl, 56(5-6), 809-813.
- Lieb, B., Rosien, et al. (2008). „Alkoholbezogene Störungen im Alter - Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie“. Fortschr Neurol Psychiatr, 76(02), 75-83.
- Lemke S & Moos RH. (2002). "Prognoses of older patients in mixed-age alcoholism treatment programs". Journal of Substance Abuse Treatment, 22(1), 33–43.
- Lemke S & Moos RH. (2003). "Treatment and outcomes of older patients with alcohol/ use disorders in community residential programs". J Stud Alcohol, 64(2), 219–226.
- LEWIS, Ben; GARCIA, Christian C.; NIXON, Sara Jo. Drinking patterns and adherence to "low-risk" guidelines among community-residing older adults. Drug and alcohol dependence, 2018, 187. Jg., S. 285-291.
- Moore, A. A., Whiteman, E. J., & Ward, K. T. (2007). "Risks of combined alcohol/medication use in older adults". Am J Geriatr Pharmacother, 5(1), 64-74.
- Muñoz, M., Ausín, B., et al. (2018). "Alcohol use, abuse and dependence in an older European population: Results from the MentDis\_ICF65+ study". PLoS One, 13(4)
- Nuevo, R., Chatterji, S., et al. (2015). "Prevalence of alcohol consumption and pattern of use among the elderly in the WHO European Region". Eur Addict Res, 21(2), 88-96. "
- Oslin DW, Pettinati H, Volpicelli JR. (2002). "Alcoholism treatment adherence:Older age predicts better adherence and drinking outcomes". Am J Geriatr Psychiatry., 10(6), 740–747.
- Pabst, A, Piontek D, et al. „Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen“. Sucht, 56 (5), 2010, 327–336

- Prütz, F., & Rommel, A. (2017). „Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland“. Journal of Health Monitoring ·2017 2(4); 88-94
- Rumpf, H. J. & John, U., et al. (2009). „Möglichkeiten der Intervention bei Alkoholproblemen im höheren Lebensalter“. Sucht, 55(5), 303-311.
- Satre DD, Mertens JR, et al. (2004). “Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program . Addiction., 99(10), 1286–1297.
- Schonfeld L & Dupree LW. (2002). “Age-specific cognitive-behavioral and self management treatment approaches”. In: Treating Alcohol and Drug Abuse in the Elderly. New York: Springer Publishing Company:109–129.
- Seitz N.-N., John L. et al. (2018) „Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018 Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018
- Statistisches Bundesamt. (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.
- Taylor, B., Irving, H, et al.. (2009). “Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis“ Addiction, 104(12), 1981-1990.
- van Amsterdam, J., & van den Brink, W. (2013). “Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence“. J Psychopharmacol., 27(11), 987-997.
- Walters G D. (2000). “Behavioral self-control training for problem drinkers: a meta-analysis of randomized control studies“. Behavior Therapy, 31(1), 135-149.
- Witkiewitz K., Pearson M. R., et al. (2017). “Who achieves low risk drinking during alcohol treatment? An analysis of patients in three alcohol clinical trials“. Addiction, 112, 2112– 2121.
- Witkiewitz K., Kranzler HR, et al. (2018). “Drinking Risk Level Reductions Associated with Improvements in Physical Health and Quality of Life Among Individuals with Alcohol Use Disorder.“ Alcohol Clin Exp Res., 42(12), 2453-2465. doi: 10.1111/acer.13897 Epub 2018 Nov 5.
- Wolter, D. K. (2015). „Alkohol im Alter“. Z Gerontol Geriat, 48(6), 557-570.

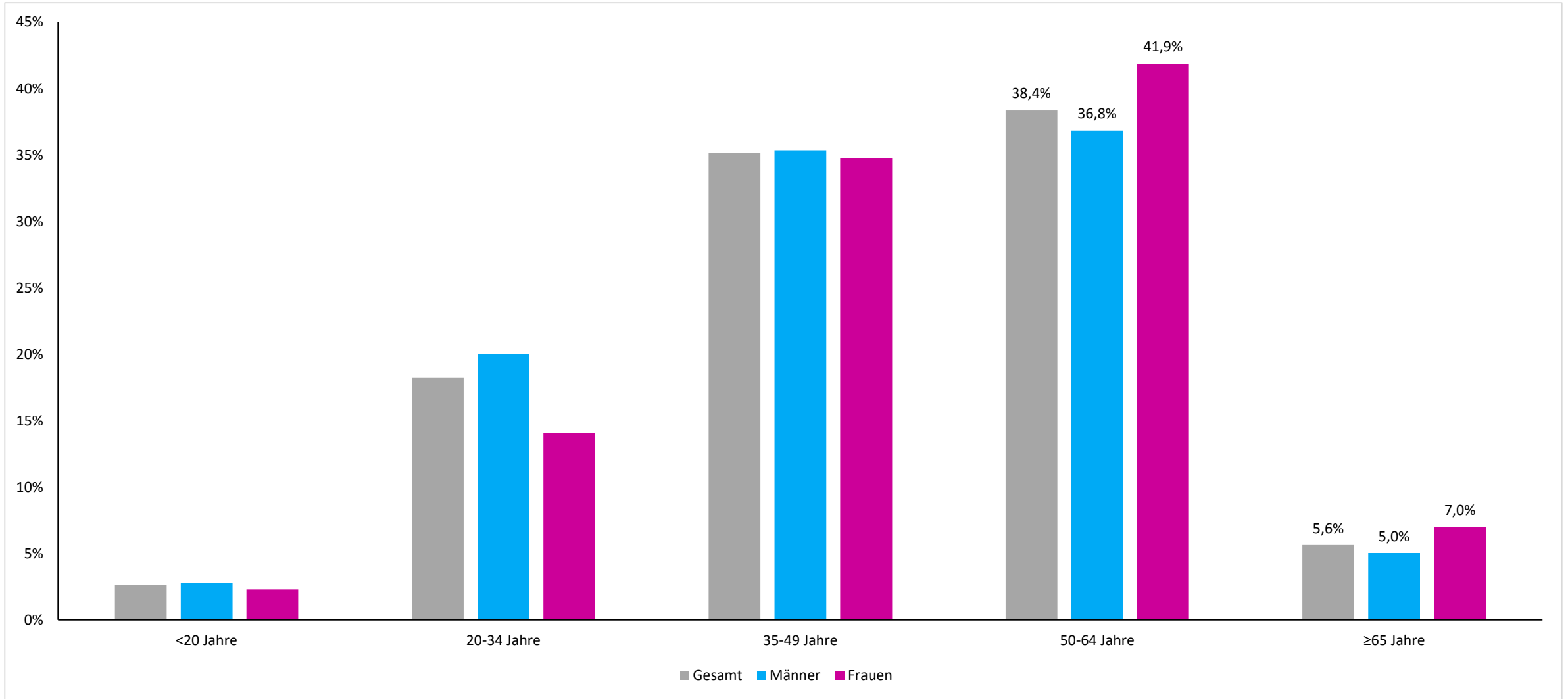
Vielen Dank!



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29698895/>



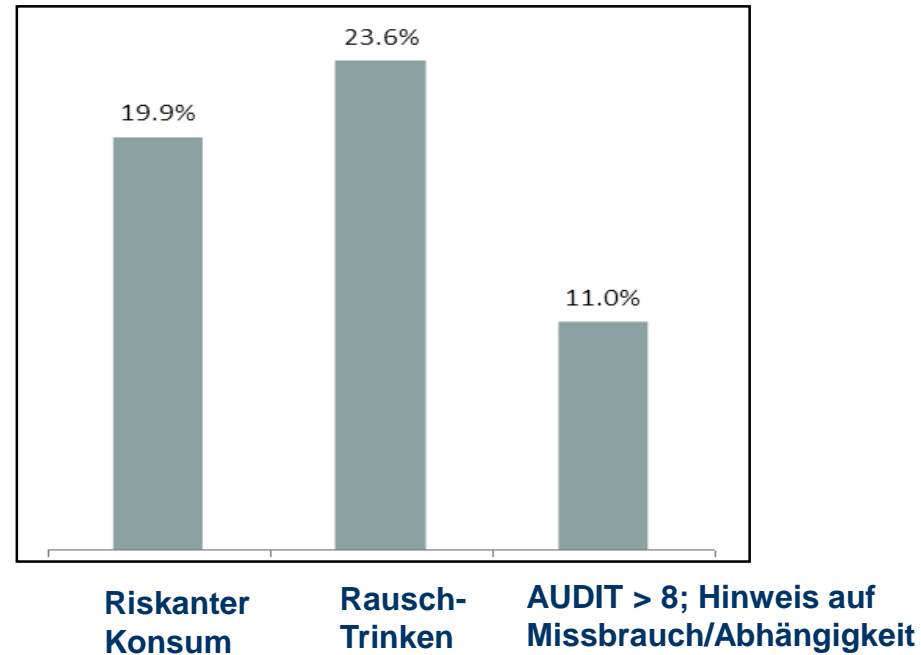
# ...und was sagen nationale Daten?



# Hintergrund

## Alkoholkonsum bei älteren Personen:

Problematischer Alkoholkonsum bei 60-64-Jährigen in Deutschland  
 (4-Wochen Prävalenz)<sup>1)</sup>



Insgesamt 4,1 Mio. Menschen ab 65 Jahren mit riskantem und damit gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum (34% der Männer und 18% der Frauen<sup>2)</sup> in der **Altersgruppe 65 – 79 Jahre**)

<sup>1)</sup> Pabst et al., 2010

<sup>2)</sup> Hapke, U., der Lippe, E. V., & Gaertner, B., 2013

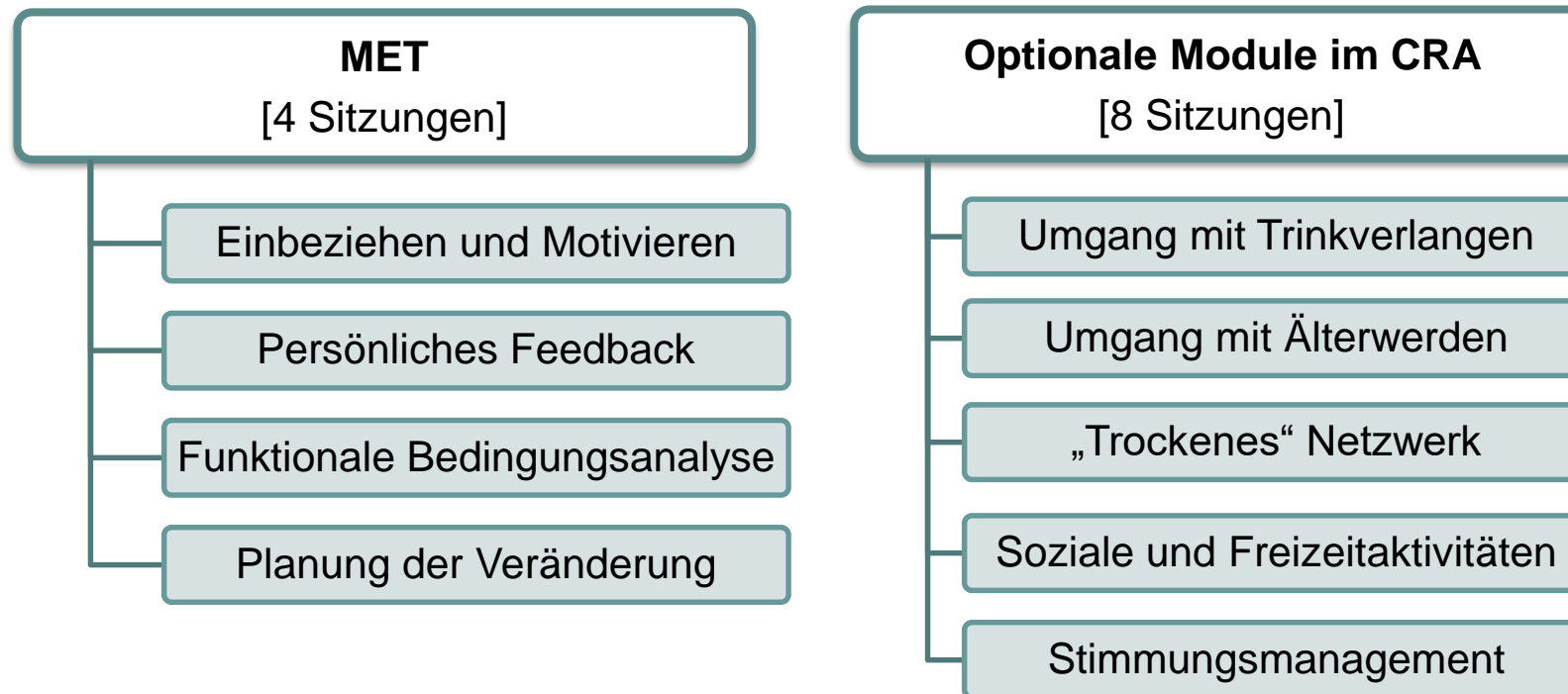
# Elderly-Studie: Klienten

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Alter $\geq$ 60 Jahre	Behandlung/Beratung wegen Alkohol innerhalb der letzten 30 Tage
Alkoholbezogene Störung nach DSM-5	Psychotische Symptome [aktuell]
	Schwere Depression [aktuell]
	Suizidalität [aktuell]
	Bipolare Störung [Lebenszeit]
	Konsum von illegalen Opioiden oder Stimulantien
	Demenz [ $<8$ richtige Antworten im Einschlussquizz]
	Gesetzlicher Betreuer



# Elderly-Studie: Intervention

- Ambulante, wöchentliche Einzelsitzungen (tw. mit Bezugsperson)
- Verhaltenstherapeutisch orientiert, Motivational Interviewing

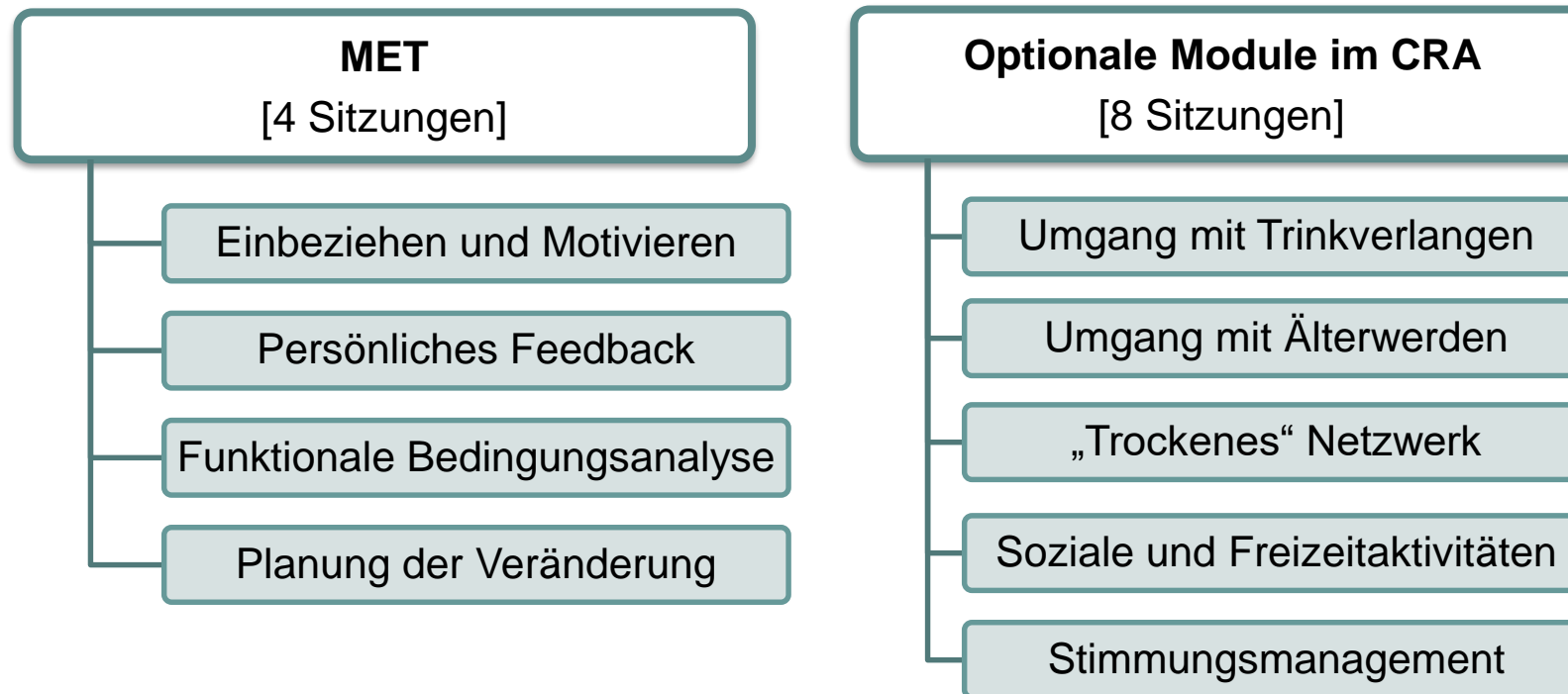


# Elderly-Studie: Klienten

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Alter $\geq$ 60 Jahre	Behandlung/Beratung wegen Alkohol innerhalb der letzten 30 Tage
Alkoholbezogene Störung nach DSM-5	Psychotische Symptome [aktuell]
	Schwere Depression [aktuell]
	Suizidalität [aktuell]
	Bipolare Störung [Lebenszeit]
	Konsum von illegalen Opioiden oder Stimulantien
	Demenz [ $<8$ richtige Antworten im Einschlussquizz]
	Gesetzlicher Betreuer

# Elderly-Studie: Intervention

- Ambulante, wöchentliche Einzelsitzungen (tw. mit Bezugsperson)
- Verhaltenstherapeutisch orientiert, Motivational Interviewing



# Behandlungseffekt

Table 5 Change in secondary outcome between baseline and time of primary outcome (26 weeks follow-up).

	<i>MET</i>			<i>MET + CRA-S</i>			<i>Adjusted effect<sup>a</sup></i>	<i>95% CI</i>
	<i>Baseline</i>	<i>26 weeks</i>	<i>Change</i>	<i>Baseline</i>	<i>26 weeks</i>	<i>Change</i>		
Number of drinking days, mean	20.9	13.7	-7.2	22.3	13.3	-9.0	-0.6	-2.5 - 1.3
Number of binge drinking days, mean	16.1	7.7	-8.4	18.1	7.6	-10.5	-0.7	-2.5 - 1.0
Average drinks per week	44.3	19.7	24.6	47.4	19.1	-28.3	-0.9	-4.7 - 2.8
WHOQOL								
Physical domain	12.9	13.3	0.4	12.7	13.2	0.4	-0.09	-0.3 - 0.2
Psychosocial domain	13.3	13.8	0.4	13.0	13.6	0.6	0.07	-0.2 - 0.3
Social domain	14.1	14.8	0.7	13.8	14.6	0.8	-0.01	-0.4 - 0.4
Environment domain	16.7	17.0	0.3	16.5	16.8	0.3	-0.07	-0.3 - 0.2

MET = motivational enhancement therapy; CRA-S: community reinforcement approach for seniors. WHOQOL: the World Health Organization's WHOQOL-BREF [42]. Each domain consists of a series of questions that are rated on a Likert interval scale from 1 (very poor) to 5 (very good). The sum in each domain is calculated for each participant and the mean is presented in the table. <sup>a</sup>Adjusted effect shows the adjusted change of each outcome when comparing MET + CRA-S to MET (reference); for example, the number of drinking days was reduced by 0.6 days for MET + CRA-S compared to MET only, and not statistically significant [95% confidence interval (CI) = -2.5 to 1.3]. All confidence intervals show that the differences found between the two treatments were not statistically significant.

Nielsen et al., 2019

## 4.2. Reduktion als Behandlungsziel

### Ergebnisse zum Veränderungsziel „Reduktion“

- Mehr Menschen sind **bereit**, eine Reduktions- als eine Abstinenzbehandlung zu beginnen (Alkohol: Emiliussen et al. 2019; Drogen: Körkel et al. 2011.).
- Mehr **unbehandelte Abhängige** überwinden eine Drogen- (Meili et al. 2004), Tabak- (Meyer 2003) oder Alkoholabhängigkeit (Fan et al. 2019) durch Reduktion als durch Abstinenz („natural change“, „self-change“).
- **Reduktionsbehandlungen sind wirksam** und fallen auch bei Abhängigen **mindestens so gut** aus wie die von Abstinenzbehandlungen (Alkohol: Bischof et al. 2021; Henssler et al. 2020; Körkel 2015; van Amsterdam & van den Brink 2013; Walters 2000; Tabak: Körkel & Nanz 2019).
- Ein beträchtlicher Teil (ca. 10-30%) der Alkohol- (Körkel 2015), Drogen- (Körkel et al. 2011) und Tabakabhängigen (Asfar et al. 2011) **wechselt** während oder nach einer Reduktionsbehandlung **zur**

## 4.2. Reduktion als Behandlungsziel

### Ergebnisse zum Veränderungsziel „Reduktion“ (Forts.)

Ergebnis nach Reduktions- **und** nach Abstinenzbehandlung.

Reduktion geht auch mit deutlichen positiven Veränderungen einher (am Beispiel Trinkmengenreduktion; zusammenfassend Mann 2019, DGPPN-Kongr.):

- Positive Entwicklungen im **sozialen Bereich** (Partnerschaft, Arbeit, nicht-alkoholisierendes Autofahren etc.; Witkiewitz et al. 2017), auch noch nach 3 Jahren (Witkiewitz, Wilson et al. 2018); analog bei Kokainabhängigen (Roos et al. 2019)
- Verbesserung der **psychischen** (Witkiewitz et al. 2017) und **physischen Gesundheit** (Witkiewitz, Kranzler et al. 2018; Witkiewitz, Falk et al. 2019)
- Verbesserung der **Lebensqualität** (Witkiewitz, Kranzler et al. 2018).
- Bei schwer Alkohol Konsumierenden (Männer > 100g/Tag, Frauen > 60g/Tag) geht eine Reduktion des Alkoholkonsums mit dem **Rückgang von Ängsten und Depressionen** (Knox, Scodes et al. 2019) sowie des **Drogenkonsums** (Knox, Wall et al. 2019) einher.