

# spectra



## Alter

### 2 Wenn Drogenabhängige in die Jahre kommen

Eine langjährige Suchtkarriere beschleunigt den Alterungsprozess so massiv, dass der Gesundheitszustand eines 50-jährigen Drogenabhängigen etwa dem eines 70- oder 80-Jährigen entsprechen kann. Das Gesundheitswesen und die Gesellschaft sind also mit einer neuartigen Herausforderung konfrontiert: Wie sollen sie umgehen mit alternden Drogensüchtigen? Herkömmliche Altersheime sind für ihre Bedürfnisse – heute noch – kaum geeignet.

### 5 Bilanz der Tabakprävention

Das seit 2001 laufende Nationale Programm zur Tabakprävention hat einen wesentlichen Beitrag zur Verankerung der gesellschaftlichen Norm «Nichtrauchen» geleistet. Zu diesem Schluss kommt die Evaluation des Programms. Das Tabakmonitoring zeigt einen Rückgang des Tabakkonsums und der Raucherquote (von 33 auf 29% zwischen 2001 und 2006). Neben dem Rückgang des Konsums bzw. der Raucherquote seien klare Einstellungs- und Verhaltensänderungen beobacht- und nachweisbar. Das Tabakpräventionsprogramm soll langfristig und kontinuierlich weitergeführt und mit grossem Handlungsspielraum ausgestattet werden, empfiehlt die Evaluation.

### 7 Substitution – ein Ausweg aus der Drogensucht?

Die Schweiz hat bei den Methadonprogrammen und den heroingestützten Behandlungen eine weltweit anerkannte Pionierrolle. Wie stehen diese inzwischen etablierten Substitutionsangebote in der politischen und therapeutischen Landschaft? Bietet Substitution Auswege aus der Abhängigkeit oder ist sie eher eine palliative Behandlung? Diesen und weiteren grundsätzlichen Fragen gingen die über 300 Teilnehmenden der Nationalen Substitutionskonferenz vom September 2007 in Bern nach.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

# Alternde Drogensüchtige: ein junges Problem

**Alter und Drogensucht.** Das Gesundheitswesen und die Gesellschaft sind mit einer neuartigen Herausforderung konfrontiert: Wie umgehen mit Drogensüchtigen, die in die Jahre gekommen sind? Herkömmliche Alterseinrichtungen sind für ihre Bedürfnisse kaum geeignet, umso weniger, als sie wegen ihres schlechten körperlichen Zustandes häufig schon mit 50 Jahren die gesundheitlichen Probleme alter Menschen haben.

Ein Blick zurück in das vergangene Jahrhundert zeigt in jeder Dekade eine vorherrschende Suchtsubstanz. In den 1930er- und 1940er-Jahren war es das Morphin – damals eine «Elitedroge» –, in den 1960er-Jahren kamen Cannabis und LSD auf, und von 1970 bis Anfang der 1990er-Jahre nahm die Zahl der Heroinabhängigen stark zu. Die grassierende Heroinsucht von damals zeigt heute ihre Nachwirkungen. Jene Drogenabhängigen, die nicht an der Sucht gestorben oder den Ausstieg geschafft haben, sind mit ihrer Sucht oder mit Therapien alt geworden. Der älteste Patient der heroingestützten Behandlung ist mittlerweile 68 Jahre alt. Betrachtet man die Altersstatistiken verschiedener

Einrichtungen, muss man davon ausgehen, dass sich solche Fälle künftig häufen werden. So steigt das Durchschnittsalter der wegen Drogenabhängigkeit hospitalisierten Menschen jährlich an; 1994 betrug es 29 Jahre, 2005 bereits 37 Jahre. Eine ähnliche Altersentwicklung lässt sich bei den Nutzern von Konsumeinrichtungen, in den Methadonprogrammen und bei der heroingestützten Behandlung ausmachen.

## Drogenabhängige Menschen altern frühzeitig

Wenn man von «alten Drogenabhängigen» spricht, sind damit nicht nur Suchtkranke oder Therapiepatientinnen und -patienten im Rentenalter gemeint. Eine langjährige Suchtkarriere beschleunigt den Alterungsprozess so massiv, dass der Gesundheitszustand eines 50-jährigen Drogenabhängigen etwa dem eines 70- oder 80-Jährigen entsprechen kann. Sie leiden häufig an unbehandelten Hepatitis-Erkrankungen, die nach etwa 20 Jahren zu schweren Komplikationen führen können. Hinzu kommen Bluthochdruck, Herzbeschwerden (ausgelöst durch die ungünstigen Neben- und Wechselwirkungen verschiedener Medikamente), Stoffwechselkrankheiten aufgrund einer Leberinsuffizienz,

Diabetes, Abszesse, Osteoporose, der Abbau der Muskelmasse und Sturzverletzungen aufgrund des Drogenrausches oder von ungünstigen Co-Medikationen. Auch die Konsequenzen jahrzehntelanger gesundheitsschädigender Lebensgewohnheiten wie Rauchen, exzessiver Alkoholkonsum, schlechte Ernährung und Mangel an Bewegung beschleunigen den Alterungsprozess bei Drogenabhängigen drastisch. Ebenso prekär ist ihr mentaler Zustand: Frühzeitige Demenz und Depressionen sind nur zwei der vielen psychischen Krankheiten.

## Vorsicht mit Co-Medikationen

War die Suchtpolitik bislang vor allem substanzspezifisch ausgerichtet, wird Sucht heute viel mehr als Persönlichkeitsmerkmal, also als psychische Erkrankung unabhängig von der Substanz, betrachtet. Mit dieser «Psychiatrisierung» der Sucht hat sich auch die medikamentöse Behandlung geändert: Es werden vermehrt verschiedene Psychopharmaka verschrieben (Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren, Neuroleptika, Anti-Craving). Doch bei Mehrfach-Verschreibungen ist gerade bei älteren Suchtkranken höchste Vorsicht geboten. Ärzte und Pflegepersonal dürfen das Zusammenwirken der Medikamente und

den zumeist schlechten allgemeinen Gesundheitszustand älterer Suchtpatienten nicht unterschätzen.

## Neue Herausforderung für das Gesundheitswesen

Angesichts der wachsenden Zahl an älteren oder frühzeitig gealterten Drogenkranken stellen sich für die Gesellschaft, insbesondere für das Pflegesystem, neue Fragen. Wo und wie sollen sie gepflegt werden? In speziellen Altersheimen für Drogenabhängige, in speziellen Langzeitpflegeeinrichtungen oder zu Hause? Es fehlt nicht nur an adäquaten Alterspflegeeinrichtungen und neuen Pflegeprogrammen, sondern auch an einem Ausbildungangebot für Pflegepersonal und einer Qualitätssicherung, die den komplexen Anforderungen dieser Patientengruppe entsprechen. Solche Massnahmen sind jedoch nötig, will man das 4-Säulen-Prinzip der Suchtpolitik (Prävention, Schadensminderung, Therapie und Repression) konsequent umsetzen – ungeachtet des Alters der Betroffenen.

Thomas Egli,  
Sektion Drogen,  
thomas.egli@bag.admin.ch

# Medikamenteneinnahme nimmt bei älteren Menschen zu

**Medikamentenkonsum im Alter.** Suchtmittelexzesse sind im Alter seltener, jedoch häuft sich der Gebrauch von Medikamenten. Zwei Drittel aller Psychopharmaka werden an Personen über 60 Jahre verschrieben. Vor allem Heimwohnende sind davon betroffen. Das emotional ungünstige Klima, die fehlende Zuwendung und leistungsfertige Verschreibungen führen dazu, dass in Alters- und Pflegeheimen der Konsum von Sedativa und Hypnotika rund 40% höher ist als ausserhalb. Diese Erkenntnisse wurden an der Tagung der Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen am 7. Juni in Luzern vorgestellt.

In der Schweiz betrug die Rate der Frauen, die im Jahr 2002 täglich Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, 18,2% bei den 70- bis 74-Jährigen und 22,6% bei den über 74-Jährigen. Bei den 70- bis 74-jährigen Männern betrug die entsprechende Rate 10,3% und bei den über 74-Jährigen 14,3%. Die längere Einnahme von Hypnotika und insbesondere von Benzodiazepinen kann nicht nur zur Sucht führen, sie birgt auch das Risiko von unerwünschten Nebeneffekten wie der Beeinträchtigung des Gedächtnisses oder einer veränderten Schlafphysiologie.

## Leistungsfertige Verschreibungen

Wie im gesamten Bereich «Alter und Sucht» bestehen nur wenige Daten zum

Thema Beruhigungsmittel in Altersheimen. Es existieren jedoch Anzeichen für ernst zu nehmende Qualitätsmängel beim Einsatz von Medikamenten in stationären Einrichtungen. Bezogen auf rezeptpflichtige Medikamente, spielt vermutlich oft ein fehlendes Problembewusstsein bei Ärzten und Ärztinnen eine wichtige Rolle. Es gebe, wurde an der Tagung angetont, Hinweise auf den Einsatz von Medikamenten in Pflegeeinrichtungen, der wohl in erster Linie der Sicherung des betrieblichen Ablaufs diene.

## Ausländische Studien belegen hohen Medikamentenkonsum

Umfassende epidemiologische Daten zu Abhängigkeiten im Alter im Hinblick auf Medikamente fehlen bisher weitgehend. Teilweise finden sich allerdings ausländische Studien, die auch in der Schweiz Anlass zur Besorgnis geben müssen. In der Berliner Altersstudie (BASE) beispielsweise wurde bei 0,5% der über 69-Jährigen eine Medikamentenabhängigkeit diagnostiziert. Die über 65-Jährigen konsumieren laut amerikanischen Studien mehr verschriebene und rezeptfreie Medikamente als alle anderen Altersgruppen. Während ältere Erwachsene mittlerweile 13% der US-Bevölkerung ausmachen, konsumieren sie ca. 30% der verschriebenen und 40% der rezeptfreien Medikamente. Ältere Menschen konsumieren zudem mit gröserer Wahrscheinlichkeit längerfristig Medikamente als jüngere Gruppen. Mindestens 10% der erwachsenen Population in den USA beklagen sich ausserdem

über Schlaflosigkeit, und dies nimmt mit steigendem Alter zu. Die zunehmenden Probleme bezüglich Schlaflosigkeit mit fortschreitendem Alter verlaufen dabei parallel zu ansteigenden Konsumraten bei hypnotischen Substanzen unter älteren Erwachsenen. Die Rate des Konsums die-

ser Substanzen ist unter den 65-Jährigen und Älteren mindestens doppelt so hoch im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen.

Kontakt: Tamara Estermann,  
Sektion Drogen,  
tamara.estermann@bag.admin.ch

## Altersspezifische Ursachen von Suchtentwicklung

**Körperliche Faktoren:** Durch den verlangsamen Stoffwechsel, den erhöhten Fettanteil und den geringeren Gehalt an Wasser im älteren menschlichen Organismus zeigen Substanzen auch in niedrigerer Dosis dieselbe Wirkung wie in einem jüngeren Körper. Außerdem werden Substanzen langsamer abgebaut, wodurch sich ihre Wirkungsdauer verlängert.

**Psychische Faktoren:** Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod und demjenigen von nahe stehenden Menschen sowie das allgemein verstärkte Vorkom-

men von Ängsten, Einsamkeit, Gefühlen der Wertlosigkeit, Resignation und diverse somatische Störungen können eine Suchtentwicklung begünstigen.

**Gesellschaftliche Faktoren:** Das vorherrschende Image der «Alten» ist eher negativ besetzt. Die wichtigen Werte westlich geprägter Gesellschaftsformen – Leistungsfähigkeit, Attraktivität und Gesundheit – werden stark mit Jugendlichkeit verbunden. Bei älteren Menschen kann dies Gefühle der Nutz- und Wertlosigkeit verstärken und die Anfälligkeit für Suchterkrankungen erhöhen.

## «Alter und Sucht» an der Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen

Die Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS) widmete ihre Tagung vom 7. Juni 2007 in Luzern dem Thema «Alter und Sucht». Obige Artikel stammen aus den Referaten dieser Veranstaltung. Das Fazit: Das Problem wird immer noch unterschätzt, der Wissensstand ist tief und griffige Massnahmen stecken noch in den Kinderschuhen. Mitglied der KKBS sind 23 Kantone. Neben dem Informationsaustausch

befasst sich die KKBS mit aktuellen suchtpolitischen Themen und verfasst wo nötig Stellungnahmen und gibt Empfehlungen heraus. Das Ziel ist, unter Berücksichtigung der kantonalen Eigenheiten eine einheitliche schweizerische Suchtpolitik zu gestalten. Pro Jahr finden vier ordentliche Sitzungen sowie ein Seminar zu einem aktuellen suchtpolitischen Thema statt.

# Man findet nur, was man sucht

**Aids und Alter.** Die HIV-Epidemie betrifft in der Schweiz in zunehmendem Mass die älteren Bevölkerungsschichten. Einerseits, weil immer mehr neue Fälle bei älteren Menschen diagnostiziert werden, andererseits, weil die Lebenserwartung HIV-positiver Patienten stark gestiegen ist.

Im Jahre 2006 zeigen die Daten des Bundesamts für Gesundheit weiter, dass unter den neuen diagnostizierten Fällen 5,9% von den Fällen heterosexueller Übertragung und 2,8% von den Fällen homosexueller Ansteckung mehr als 60 Jahre alt sind. Dabei ist besonders beunruhigend, dass bei Betrachtung der neuen Aids-Fälle die alten Patienten überrepräsentiert sind. Die Diagnose wird oft spät gestellt, sodass das Risiko opportunistischer Infektionen wie auch die Sterblichkeitsrate erhöht sind. Zieht man die Gesamtheit der HIV-positiven Bevölkerung in der Schweiz in Betracht, altet diese deutlich mit rund 25% der Patienten über 50 Jahre im Jahre 2006. Die antiretroviren Therapien haben in der Tat erlaubt, das Überleben von HIV-positiven Patienten zu verlängern. In den USA schätzt man, dass im Jahre 2015 50% der HIV-Positiven über 50 Jahre alt sein werden.

## HIV/AIDS-Diagnostik bei älteren Menschen

Warum wird die HIV-Diagnose bei älteren Menschen spät gestellt? Erstens wird älteren Patienten ohne Symptome vom Arzt seltener ein HIV-Test vorgeschlagen. Zweitens wird selbst bei Symptomen (Primo-Infektion oder fort-



geschrittene Aids-Erkrankung) nicht auf Anhieb die Diagnose HIV gestellt. Das Image des HIV-Patienten entspricht offenbar noch immer einem eher jüngeren, vorzugsweise homosexuellen oder drogenabhängigen Menschen und nicht einem heterosexuellen Patienten von über 50 Jahren. Zu oft werden ältere Patienten auf der Suche nach einer Krankheit ausführlich und manchmal sogar invasiv untersucht, aber ein HIV-Test wird erst dann vorgenommen, wenn eine opportunistische Infektion auftaucht. Das alte Sprichwort «Man findet nur, was man sucht» ist bei Infektionskrankheiten besonders gültig. Man darf nicht vergessen, dass auch ältere Patienten eine Sexualität haben und dass diese oft komplexer ist, als man auf den ersten Blick annehmen kann. Eine Ehe schliesst weder eine parallele homosexuelle Beziehung aus noch Kontakte mit Prostituierten. Außerdem verreisen ältere Menschen immer häufiger in exotische Destinationen, wo Prostitution von einer lokalen Bevölkerung angeboten wird, die in sehr viel grösserem Ausmass von HIV betroffen ist als die Schweiz. Dies gilt notabene für Männer und für Frauen! Die Präventionskampagnen der Jahre 1980–1990 waren vor allem auf Jugendliche fokussiert, die ihr Sexualleben erst beginnen, sodass ältere Menschen oft zu wenig von den Präventionsbotschaften berührt wurden und infolgedessen ihr Verhalten nicht entsprechend angepasst haben, zu wenig gut Bescheid wissen über sexuell übertragbare Krankheiten und die Mittel, diese zu verhindern. Zudem drängt sich die Verwendung von Präservativen nach der Menopause zur Schwangerschaftsverhütung nicht mehr auf, was die Ansteckungsrisiken bei einer wenig sensibilisierten Bevölkerung noch zusätzlich erhöht.

## Betreuung von alten HIV-positiven Patienten

Die Tatsache, dass die HIV-Diagnose bei den älteren Patienten spät gestellt wird, bleibt nicht ohne Folgen. Das Risiko opportunistischer Krankheiten ist erhöht. Einige davon sind durchaus lebensbedrohlich und umso gefährlicher, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt werden. Außerdem hat das Alter an sich wahrscheinlich eine negative Auswirkung auf den Verlauf der HIV-Erkrankung. Die Alterung des Immunsystems, die mit dem Alter einhergeht, scheint von

einer rascheren Zunahme der HIV-Infektion und einem weniger guten Ansprechen auf die Therapie begleitet zu werden. Mit dem Alter kommen auch Komorbiditäten zum HIV hinzu und erschweren die Behandlung. Einerseits stellen die Medikamente zur Behandlung dieser anderen Krankheiten oft ein Risiko von Wechselwirkungen mit der Tritherapie dar. Andererseits führt die langfristige Tritherapie zu Nebenwirkungen. Die HIV-Infektion wird ebenfalls von einem erhöhten Risiko für verschiedene Krebsarten begleitet. Deshalb sind Infektiologen immer mehr dazu aufgerufen, mit Diabetologen, Kardiologen, Nephrologen und Onkologen zusammenzuarbeiten.

## Demenz als häufige Begleiterscheinung

Die Wahrscheinlichkeit einer Demenzkrankung ist bei HIV-Positiven erhöht, unabhängig von ihrem Alter. Vor der Einführung der Tritherapie wurde geschätzt, dass 30% der HIV-Patienten entweder eine HIV-assoziierte Demenz oder zumindest eine geringfügige kognitive oder motorische Verwirrung erlitten. Dieser Prozentsatz wird bei älteren Patienten erhöht, selbst wenn sie durch Tritherapie behandelt werden. Mit der Alterung der HIV-positiven Bevölkerung sowie den kognitiven Ausfällen, die mit dem HIV zusammenhängen, sieht man immer mehr Patienten, die in Pflegeheimen leben. Noch ist ihre Aufnahme dort keine Selbstverständlichkeit. Es ist wichtig und notwendig, dem Pflegepersonal regelmässig bestimmte grundlegende Punkte in der Betreuung der HIV-Patienten zu vermitteln, noch immer bestehen Ängste und Unsicherheiten. Die Patienten haben Anspruch auf Vertraulichkeit, sei es, dass nicht im Korridor oder bei offener Türe über die Diagnose diskutiert wird.

Zusammenfassend kann man sagen, dass eine HIV-Infektion in jedem Alter vorkommen kann und ein HIV-Test bei den geringsten Anzeichen vorgeschlagen werden sollte. Die Testberatung ist auch der geeignete Moment für eine Diskussion über die Sexualität und die Vorbeugung von sexuell übertragbaren Infektionen. Die älteren Menschen haben oft viele Fragen über diese ihnen wenig bekannte Krankheit. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass sie auch Schlüsselpersonen für die Prävention bei Jugendlichen sein können, zum Beispiel ihren Enkelkindern. Indem sie über HIV sprechen, um seine Ausbreitung so gut wie möglich zu bekämpfen, anstatt Geheimnisse und Tabus fortbestehen lassen.

Dieser Text ist die Zusammenfassung eines Artikels von Yolanda Mueller und Matthias Cavassini vom Service des Maladies Infectueuses am CHUV, Lausanne.

## Aus erster Hand

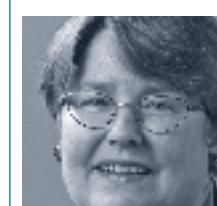
Die Zahl der über 64-Jährigen wird in den kommenden Jahren stark zunehmen, während die Zahl der jungen Menschen sinkt. Der veränderte Altersaufbau der Bevölkerung ist durch die Entwicklung der Geburtenhäufigkeit und die höhere Lebenserwartung bedingt. Diese demografische Entwicklung stellt für Gesellschaft und Politik, u.a. für die Gesundheitspolitik, eine Herausforderung dar.

Eine wirkungsvolle multisektorale Gesundheitspolitik fördert Massnahmen in verschiedenen Politsektoren und führt zu vermehrter Gesundheit und Lebensqualität in der Gesamtbevölkerung. Die multisektorale Gesundheitspolitik lässt sich vom Gedanken der Chancengleichheit, des Empowerments des Individuums und der partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller an der multisektoralen Gesundheitspolitik beteiligten Akteure leiten.

In Erfüllung des Postulats Leutenegger Oberholzer von 2003 hat das Bundesamt für Sozialversicherung den parlamentarischen Auftrag erfüllt und 2006 den Bericht «Strategie für eine schweizerische Alterspolitik» dazu veröffentlicht. Diese Strategie befolgt ein multisektorales Vorgehen im Alter.

In Anlehnung an dieses Postulat reichte 2005 Nationalrätin Bea Heim eine Motivation für eine nationale Strategie zur Förderung der Gesundheit und Stärkung der Autonomie im Alter ein. Der Bundesrat beauftragte das EDI (Bundesamt für Gesundheit) in seiner Stellungnahme, im Rahmen der vorhandenen Ressourcen und zusammen mit den Kantonen diese nationale Strategie zu initiieren und dabei eine Koordinationsfunktion zu übernehmen.

Studien mit Menschen bis ins hohe Alter in Europa und den USA belegen es: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter können die Anzahl der behinderungsfreien Lebensjahre erhöhen. Behinderung und Abhängigkeiten können damit hinausgezögert bzw. ihre negativen Folgen aufgefangen werden, was zur Kostendämpfung beiträgt.



Ursula Ulrich-Vöglin  
Leiterin Direktionsbereich  
Gesundheitspolitik a.i.  
Leiterin Abteilung multisektorale  
Gesundheitspolitik  
Bundesamt für Gesundheit

## Impressum

**spectra Nr. 66, Dezember 2007–Januar 2008**  
«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationsschrift des Bundesamts für Gesundheit und erscheint sechs Mal jährlich in deutscher, französischer und englischer Sprache. Sie bietet in Interviews und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit der offiziellen Haltung des Bundesamts für Gesundheit decken.

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, Tel. 031 323 87 79, Fax 031 324 90 33, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)  
Realisation: Pressebüro Ch. Hoigné, Allmendstrasse 24, 3014 Bern, [hoigne@datacomm.ch](mailto:hoigne@datacomm.ch)  
Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, [adrian.kammer@bag.admin.ch](mailto:adrian.kammer@bag.admin.ch)  
Textbeiträge: Mitarbeitende des BAG, Christoph Hoigné, weitere Autoren

Fotos: BAG, Christoph Hoigné  
Layout: Lebrecht typ-o-grafik, 3006 Bern  
Druck: Büttiger AG, 4562 Biberist  
Auflage: 7000 Ex. deutsch, 4000 Ex. franz., 1500 Ex. engl.

Einzellexemplare und Gratisabonnements von «spectra» können bestellt werden bei: Bundesamt für Gesundheit  
Sektion Kampagnen, 3003 Bern  
Tel. 031 323 87 79, Fax 031 324 90 33  
[kampagnen@bag.admin.ch](mailto:kampagnen@bag.admin.ch)

Die nächste Ausgabe erscheint im Februar 2008.

# «Wir beobachten, wie sich verhängnisvolle Situationen schnell in eine gute Richtung verändern.»

## Fünf Fragen an Philip Nielsen.

Nielsen ist Psychologe und Psychotherapeut FSP in Genf und dort lokaler Verantwortlicher für die internationale Studie INCANT (International CAnnabis Need of Treatment) und Supervisor für Multidimensionale Familientherapie (MDFT).

### Was ist INCANT und welches Ziel verfolgt diese Studie?

Philip Nielsen: INCANT ist ein wissenschaftliches Projekt, das versucht, neue Antworten auf die beunruhigende Zunahme Jugendlicher mit einem problematischen Cannabiskonsum und weiteren assoziierten Problemen in Europa zu finden. Im Klartext versucht die Hauptstudie der INCANT-Forschung, die Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) in einer randomisierten Studie zu testen. Die MDFT geniesst internationales Ansehen, welches auf 25 Jahren wissenschaftlicher Forschung und nicht weniger als fünf randomisierten Studien basiert. Sie gilt zurzeit als eines der wirksamsten Suchthilfekonzepte für Heranwachsende in den USA. (s. auch spectra Nr. 62)

### Wie ist eine in Miami entwickelte Therapie in die Schweiz gekommen?

Eine vom INCANT-Projekt unabhängige wissenschaftliche Expertengruppe unter der Führung der Universität Rotterdam hat im Auftrag der fünf Gesundheitsministerien Holland, Belgien, Deutschland, Frankreich und Schweiz

das vielversprechendste therapeutische Konzept gesucht. Ausgewählt wurde dabei die Multidimensionale Familientherapie. Teams aus den fünf Teilnehmerländern sind daraufhin zur Weiterbildung an die Universität Miami gereist, wo die Equipe um Professor Howard Liddle arbeitet, die das Konzept entwickelt hat. Vor einem Jahr ist unser Team aus Miami zurückgekehrt. Im März 2007 wurden unsere Therapeuten und Supervisoren zertifiziert.

### Was ist das Besondere an der Multidimensionalen Familientherapie?

Dem Konzept der MDFT liegt die Überzeugung zugrunde, dass problematischer Konsum von Cannabis und von anderen Drogen in der Jugend eine «Entgleisung» aus der normalen Entwicklung darstellt. Die Ursachen dieser Entgleisung sind auf verschiedenen Ebenen zu suchen, was eine gleichzeitige Antwort in mehreren Dimensionen erfordert. Die vier Interventionsziele sind der Jugendliche selbst, seine Eltern, die ganze Familie und das ausserfamiliäre Umfeld wie Schule, Justiz und die Freunde des Jugendlichen. Die zentrale Idee des Konzeptes besteht darin, während vier bis sechs Monaten ein Maximum an korrigierenden Veränderungen in diesen vier Bereichen auszulösen. Die Intensität der Behandlung ist also sehr wichtig. Diese Methode ist für den Therapeuten und den Supervisor, der fest zum therapeutischen Team gehört, sehr anspruchsvoll. Jede Sitzung wird im Voraus bezüglich der zu errei-

chenden Ziele und der vorgesehenen therapeutischen Mittel vorbereitet. Die Planung jeder Etappe ist zentral und die Beherrschung der therapeutischen Techniken entscheidend. Alle Sitzungen werden auf Video aufgezeichnet und die wichtigsten werden vom Supervisor live via Kameraübertragung mitverfolgt. Das Engagement der Therapeuten mobilisiert die ganze Familie, und die ersten Fälle haben zu ebenso erstaunlichen wie erfreulichen Veränderungen geführt.

### Wie viele Jugendliche nehmen an der Studie teil, und woher kommen sie?

Bis jetzt wurden 18 Jugendliche – 16 Jungen, 2 Mädchen – per Los auf die beiden Gruppen verteilt: 10 erhalten eine MDFT und 8 weitere eine herkömmliche Therapie. Der Altersdurchschnitt liegt bei 16,6 Jahren. Bei allen Teilnehmenden wurde eine Cannabisabhängigkeit diagnostiziert, hinzu kommt ein in bestimmten Situationen problematischer Konsum anderer psychoaktiver Substanzen. Die meisten Teilnehmenden werden von den Jugendgerichten zugewiesen und haben also strafbare Handlungen begangen. Die Behandlung wird oft durch die Justiz angeordnet. Dies sorgt dafür, dass die Motivation für eine Therapie bei den Jugendlichen gering ist. Andererseits besteht bei den Eltern eine sehr grosse Motivation. Diese befinden sich oft seit mehreren Jahren in einem Zustand von Ermüdung, Ohnmacht und Verzweiflung und wissen nicht, wie sie mit ihrem Kind umgehen sollen, dessen Verhalten sich verschlech-

tert. Dies führt dazu, dass die meisten Eltern hoffen, per Losentscheid in die MDFT-Gruppe zu kommen, um aktiv an der Therapie ihres Kindes teilnehmen zu können.

### Welches sind die ersten Erfahrungen und Eindrücke?

Selbstverständlich werden die lokalen und internationalen Studienergebnisse, die auf Ende 2009 erwartet werden, das letzte Wort haben. Nichtsdestotrotz liess ich mich bereits von dieser Methode überzeugen. Wir verzeichnen im Augenblick eine Haltequote von 100% der Jugendlichen und ihrer Familien! Das ist hervorragend. Außerdem beobachten wir, wie sich verhängnisvolle Situationen schnell in eine gute Richtung verändern. Gerade gestern Abend haben wir verhindern können, dass ein Jugendlicher für ein ganzes Jahr in den Strafvollzug musste. Dies dank seiner beeindruckenden Entwicklung in jüngster Zeit. Eine andere neue Erfahrung, die wir gemacht haben, ist die Integration des Supervisors ins therapeutische Team. Dies ist eine in der Schweiz ungewöhnliche, in anderen Ländern verbreitete Konzeption. Gerade bei schwierigen Situationen erweist sich die vorrangige Bedeutung dieser Funktion. Der allgemeine Eindruck, der sich nach einem Jahr Praxis abzeichnet, ist, dass wir (endlich) in Besitz eines ambulanten therapeutischen Werkzeuges sind, das der Komplexität der Problemlagen einiger Jugendlicher und ihrer Familien gerecht wird.

## Forum

### Die stille Revolution in der Lebensmitte, Midlife Crisis oder Neustart mit 40?

Bis vor drei Dekaden war das mittlere Erwachsenenalter ein wissenschaftlich kaum beachteter und recht definitionsbedürftiger Lebensabschnitt. Da das Durchschnittsalter noch vor 100 Jahren bei 48 Jahren lag, genügte lange Zeit die Unterscheidung zwischen Jung und Alt. Aufgrund der längeren Lebenserwartung und des allmählichen Alterns der geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge («Baby-Boom-Generation») drängte sich eine Unterteilung der neu gewonnenen Jahrzehnte zunehmend auf.

Das mittlere Alter wurde immer mehr zu einer eigenständigen Lebensphase mit ganz spezifischen Lebensdefinitionen, kulturellen Ausdrucksformen, Entwicklungsaufgaben und Handlungsmöglichkeiten.

Wie definitionsbedürftig das mittlere Lebensalter ist, widerspiegelt sich im widersprüchlichen Alltagsverständnis. So wird das mittlere Lebensalter einerseits als ein ereignisloses Entwicklungsplateau angesehen, andererseits mit dramatischen Ereignissen assoziiert wie

beispielsweise Start einer zweiten Karriere, Burn-out am Arbeitsplatz, nimmer endenden Konflikten mit pubertierenden Kindern und alternden Eltern, gähnender Langeweile in Beruf und Partnerschaft.

Die sozialwissenschaftliche Randstellung des mittleren Lebensalters steht aber auch in krassem Widerspruch zu den demografischen Veränderungen der nächsten Zukunft (zunehmendes Gewicht der älteren Altersgruppen) und zu den Verschiebungen der Lebensverhältnisse aufgrund der angestiegenen Lebenserwartung (zunehmende gemeinsame Lebenszeit von Generationen, erhöhte Bedeutung der nachelterlichen und nachberuflichen Phase, zunehmendes Risiko einer intergenerationalen «Sandwich-Position» der mittleren Generation). Tendenziell sind das mittlere und das höhere Lebensalter zunehmend miteinander verhängt und werden aus den folgenden Gründen enorme Bedeutung erhalten:

- Aus den intergenerationalen «Sandwich-Situationen» ergeben sich vermehrt auch neue Rollenkombinationen – so

beispielsweise Frauen, die gleichzeitig die Rolle von Müttern heranwachsender Kinder und von Betreuerinnen bzw. Pflegerinnen betagter Eltern oder Schwiegereltern innehaben. Da zudem die «Kinder» in der Regel selber bereits schon alt sind, wenn ihre Eltern sterben, ist dann vielfach die Rede von der «enterbten Generation», da eine potenzielle Erbschaft zu einem Zeitpunkt angetreten werden kann, wenn sie sich meist längstens beruflich, familial und gesellschaftlich verankert haben. Gemäss Langzeitstudien ist die mittlere Lebensphase für die Bewältigung der späteren Lebensjahre vorentscheidend. Die entwicklungspsychologische Kontinuität von Bewältigungs- und Handlungsstrategien impliziert, dass Wohlbefinden und Verhalten im Alter in starkem Masse durch die Gegebenheiten und Lebensperspektiven in den mittleren Lebensjahren geprägt werden. So zeigte sich in unseren Forschungsarbeiten, dass das Gesundheitsverhalten im mittleren Lebensalter in beachtlichem Masse die körperliche und psychische Befindlichkeit im hohen Alter vorhersagt. So steht z. B. der Medikamentenkonsum,

insbesondere die Tranquillizer-Einnahme, oder das Rauchen im mittleren Lebensalter in negativem Zusammenhang mit der körperlichen, aber auch mit der psychischen Befindlichkeit im hohen Alter.

In der Tat handelt es sich bei der Lebensmitte um eine besondere Lebensphase mit ganz spezifischen psychosozialen Herausforderungen und Aufgaben. Sozusagen handelt es sich bei dieser biografischen Übergangsphase um eine «Black Box», die es als psychosoziale Ressource noch zu entschlüsseln gilt.

Pasqualina Perrig-Chiello



Literaturhinweise:  
Pasqualina Perrig-Chiello:  
In der Lebensmitte – Die Entdeckung des mittleren Lebensalters.  
NZZ, Libro, Zürich 2007

# Die Zukunftsvision «Nichtrauchen ist die Norm» braucht langfristige Perspektiven und politisches Gewicht

**Das Nationale Programm zur Tabakprävention (NPTP) 2001–2005/08 ist erfolgreich und hat einen wesentlichen Beitrag zur Verankerung der gesellschaftlichen Norm «Nichtrauchen» geleistet. Zu diesem Schluss kommt die Evaluation des Programms. Die Auswertung empfiehlt eine langfristige und kontinuierliche Weiterführung des Tabakpräventionsprogramms mit grossem Handlungsspielraum. Dabei soll auch die Frage der Werbung angegangen und die Ratifizierung der WHO-Tabakkonvention vorgesehen werden. Das Programm benötige eine starke Führung und eine breite Abstützung.**

Das Nationale Programm zur Tabakprävention (NPTP) 2001–2005/08 ist das zweite umfassende Tabakpräventionsprogramm des Bundes. Es wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) lanciert und verfolgt folgende Vision: «Die Gesellschaft betrachtet das Nichtrauchen als Norm.» Um dieses ambitionierte Ziel zu erreichen, setzt das NPTP auf eine komplexe Strategie mit insgesamt zwölf Zielen. Entsprechend vielfältig sind die Massnahmen des NPTP, die innerhalb und ausserhalb des BAG umgesetzt werden.

## Evaluationsauftrag

Die Agence pour le développement et l'évaluation des politiques de santé (ADSAN) in Genf hat das NPTP zwischen Oktober 2005 und Dezember 2006 einer Evaluation unterzogen und im Februar

2007 einen Bericht vorgelegt. Evaluiert wurde das NPTP aus einer summativen und einer prospektiven Perspektive. Der Verlauf und die bisherige Wirkung des Programms wurden unter die Lupe genommen. Die Zielerreichung in den zwölf Bereichen des NPTP wurde überprüft und eine Bilanz über die Wirkungen des Gesamtprogramms bis Ende 2006 gezogen. Die Evaluation hatte auch zum Ziel, Lehren aus Verlauf und Ergebnissen des NPTP zu ziehen, um Vorschläge für das Folgeprogramm formulieren zu können.

### Gute Gesamtbilanz nach sechs Jahren NPTP

Die Evaluation kommt zu einem insgesamt positiven Befund: Der Tabakkonsum und die Raucherquote sind rückgängig (von 33 auf 29% zwischen 2001 und 2006). Auch wenn dieser Rückgang nicht ausschliesslich dem NPTP zugeschrieben werden dürfe, so die Evaluation, könne das Programm aber grundsätzlich als Erfolg gewertet werden. Zudem seien auch klare Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu beobachten und nachweisbar. Das NPTP habe als Programm funktioniert. Ein hoher Symbolgehalt komme ihm zu, da es den politischen Willen des Bundes verkörpere und es sich von Kantonen ebenso wie von NGO gut nutzen lasse. Weiter habe das NPTP vor allem zwei Erfolge zu verzeichnen: Es habe die Einstellung der Bevölkerung zum Passivrauchen verändert und wesentlich zur «Denormalisierung» des Tabakkonsums beigetragen.

ADSAN stellt die Frage, ob das Folgeprogramm (das Nationale Programm Tabak 2008–2012) in dieselbe Richtung gehen solle wie das NPTP. Die Evaluatoren selber beantworten diese Frage wie folgt:

- Die Schwerpunkte der im NPTP begonnenen, erfolgreichen und strukturell orientierten Tabakprävention sollen in einem Nachfolgeprogramm vertieft und weiterentwickelt werden.
- Im Steuer- und Umsetzungsmodell des Nachfolgeprogramms sollen vermehrt BAG-externe Partner mit einbezogen werden um die Abstützung und die politische Legitimation des Programms verbessert.

### Beurteilung der Evaluation durch das BAG

Die Ergebnisse der Evaluation sind aus Sicht des BAG insgesamt plausibel, sowohl was die gesamthaft positive Beurteilung des Programms als auch was die aufgezeigten Schwächen der Wirkung in einzelnen Zielbereichen und in der Steuerung des NPTP anbelangt. Das BAG ist weitgehend damit einverstanden, dass es eine langfristige und kontinuierliche Weiterführung des Tabakpräventionsprogramms mit grossem Handlungsspielraum braucht, in welchem auch die Frage der Werbung angegangen und die Ratifizierung der WHO-Tabakkonvention vorgesehen ist. Dasselbe gilt für die Empfehlung, dass das BAG eine verstärkte nationale Führung für die Umsetzung des Nationalen Programms Tabak 2008–2012 (NPT)

brauche. Aus BAG-Sicht ist dazu anzumerken, dass es seine Führungsrolle in der Koordination und der Unterstützung der Umsetzung sieht. Es ist aber wichtig festzuhalten, dass ein nationales Programm kein BAG-Programm ist, sondern ein gemeinsames Programm aller beteiligten Akteure. Betreffend Steuerung und Umsetzung des zukünftigen NPT ist das BAG zurzeit dabei, für das NPT ein breit abgestütztes Steuerungsmodell mit stärkerem Einbezug von Partnern auszuarbeiten. Auch die Meinung, dass das Amt das Wissensmanagement und die nationale Koordination in der Prävention sicherstellen soll, wird vom BAG geteilt.

Ebenfalls aufgrund der Empfehlungen der Evaluation wird die inhaltlich erfolgreiche (schwerpunktmaessig strukturelle) Tabakprävention im Folgeprogramm weiterverfolgt und die Zusammenarbeit und Koordination zwischen dem NPT und dem Tabakpräventionsfonds verbessert.

Insgesamt wird das BAG die Fragen und Empfehlungen der Evaluation des NPTP im Rahmen der Erarbeitung des Folgeprogramms NPT 2008–2012 angemessen berücksichtigen.

Kontakt: Christina Eggenberger,  
Sektion Alkohol und Tabak,  
christina.eggenberger@bag.admin.ch

[www.health-evaluation.admin.ch](http://www.health-evaluation.admin.ch)

# Die Tabakpräventionskampagne soll fortgesetzt werden

**Evaluation der Tabakpräventionskampagne.** Die Kampagne «BRAVO – weniger Rauch, mehr Leben» aus dem Jahr 2006 ist Bestandteil des Nationalen Programms zur Tabakprävention. Nach den Kampagnen «Rauchen schadet...» (Information/Überzeugung) und «Uns stinkts!» (Mobilisierung) baut «BRAVO» auf einer positiven Botschaft im Sinne einer Honorierung auf. Mit dieser positiven Botschaft soll «BRAVO» die Errungenschaften auf dem Gebiet der Tabakprävention weiter verankern.

Ab Oktober 2006 evaluierte die Firma Evaluanda von Genf die BRAVO-Kampagne. Die Evaluation analysierte einerseits die Kohärenz und Relevanz dieser Neuausrichtung der Kommunikationsstrategie ab dem Jahre 2006, andererseits die Wirksamkeit der jüngsten Kampagne «BRAVO – weniger Rauch, mehr Leben» von 2006.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Das BAG hat mit der Lancierung von «BRAVO» zum richtigen Zeitpunkt den richtigen Weg eingeschla-

gen, auch wenn die Wirkung dieser neuen Kampagne auf die Bevölkerung gegenüber der «Uns stinkts!» Kampagne bescheidener war.

Um die Wirkung der BRAVO-Kampagne zu evaluieren, wurden 463 Personen in den drei Sprachregionen befragt. Die Befragung umfasste auch eine Reihe von Fragen zu Lebensweise und Wertesystem der Befragten. Die wichtigsten Ergebnisse der Wirkungsevaluation in Kürze:

### Rauchen bleibt Thema Nummer 1

Obwohl die Sichtbarkeit der letzten Subjects der BRAVO-Kampagne zur Zeit der Befragung fast drei Monate zurücklag, war mit 46% spontaner Nennung das Thema «Rauchen» unter allen Präventionskampagnen den Befragten am präsentesten. Sehr positiv ist aus Sicht des BAG die Tatsache, dass fast die Hälfte der Befragten (48%) die Kampagne dem BAG oder dem Bund zuordnete.

### Eine vieldeutige Botschaft

Die Befragung zeigte, dass die meisten Befragten ein allgemeines Verständnis der Kampagne hatten (Rauchstopp,

mehr Lebensqualität ohne Tabak, Rauchen ist schädlich usw.). Die zentrale Botschaft der BRAVO-Kampagne, nämlich der Nutzen von rauchfreien Räumen, wurde nur von 25% aller Befragten verstanden. In Zukunft werden also die Begleittexte gekürzt und auf prägnantere Hauptaussagen konzentriert.

### Respektvoll und glaubwürdig, aber brav

82% der Befragten empfanden die Kampagne als ehrlich, objektiv und als Spiegelung ihres Alltags. Somit erfüllte die Kampagne ihre Hauptziele, eine positive Grundstimmung für die Tabakprävention zu schaffen und die «Denormalisierung» des Rauchens in der breiten Öffentlichkeit zu etablieren. Andererseits wurde die Kampagne von 47% der Befragten als zu brav und zu wenig auf die Gefahren des Tabakkonsums eingehend bewertet. Dennoch fanden nur 31%, dass die positive Botschaft die Gefährlichkeit des Tabakkonsums banalisierte.

### Mobilisierung

43% der Befragten fühlten sich durch diese Kampagne motiviert, sich für

rauchfreie öffentliche Räume einzusetzen. Ein nach Ansicht des BAG erstaunlich hoher Wert, da die Mobilisierung in dieser Kampagne nur ein Nebenziel war.

### Wie weiter mit BRAVO?

Im Februar 2007 wurde aufgrund der ersten Evaluationsergebnisse entschieden, die BRAVO-Kampagne im Jahr 2008 unter Berücksichtigung der Empfehlungen aus der Evaluation weiterzuführen. (Finanzierungsentscheid des Tabakpräventionsfonds vorausgesetzt). Vorgesehen sind eine einfachere Hauptbotschaft und provokativer Inhalte. Ab 2009 wird die Kommunikationsstrategie im Rahmen des neuen Tabakprogramms neu überdacht, mittels Ausschreibung wird eine Agentur gesucht, die eine neue Kampagne mit entwickelt.

Kontakt: Ursula Reinhard,  
Sektion Kampagnen,  
ursula.reinhard@bag.admin.ch

[www.bravo.ch](http://www.bravo.ch)  
[www.health-evaluation.admin.ch](http://www.health-evaluation.admin.ch)

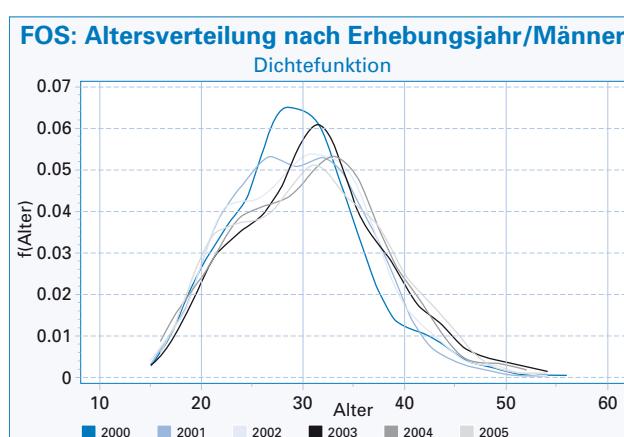
# Altersentwicklung in der Suchtbehandlung

**Suchthilfestatistik.** Klienten und Klientinnen, die wegen Cannabisproblemen Beratungsstellen aufsuchen, sind im Schnitt jünger als Patienten und Patientinnen der heroingestützten Behandlung und der Methadonbehandlung. Patienten und Patientinnen mit Alkoholproblemen, die in stationären Einrichtungen aufgenommen werden, stellen den altersmäßig ältesten Anteil der Suchtberatung und Behandlung dar.

Die Ergebnisse einer act-info-Studie (addiction, care, and therapy information) über die Jahre 2000 bis 2006 zeigen: Je nach Substanz hat das Gros der Suchthilfe-Klientel ein anderes Alter. Zudem lassen sich für die verschiedenen Suchtmittel unterschiedliche Entwicklungen in der Altersverteilung ausmachen: Die Cannabis-Klientel bleibt gleich jung, die Alkohol-Klientel bleibt gleich alt, und die Klientel der stationären Drogentherapie sowie der Methadontherapie wird älter.

## Cannabis- und Alkohol: Junge rücken nach

Das Alter der Cannabis-Klientel lag, abgesehen von leichten Abweichungen, während der gesamten Beobachtungsperiode durchschnittlich um 17 Jahre. Dies gilt im Grossen und Ganzen für beide Geschlechter. Anzahlmäßig war der Geschlechtsunterschied jedoch gross: Etwa viermal mehr Männer als Frauen beanspruchten eine Beratung. Insgesamt lässt sich über die Jahre weder bei männlichen noch bei weiblichen Klienten eine Alterung dieser Gruppe von Hilfesuchenden beobachten. Mit ande-



ren Worten: Ein Anteil an jungen Klientinnen und Klienten, die neu ambulante Beratung oder Behandlung beanspruchen, besteht nach wie vor. Dasselbe Muster zeigt sich auf einer viel höheren Altersstufe in der stationären Alkoholbehandlung. Weder bei den Männern noch bei den Frauen liess sich eine Alterung feststellen, der Durchschnitt war in jedem Jahr konstant um die 45 Jahre alt.

jährlich älter wurde. Dabei handelte es sich nicht um die gleiche Gruppe Personen, sondern mehrheitlich um neue ältere Klienten. Gleichzeitig rückten kaum junge Klienten in die stationäre Suchttherapie nach. Ähnlich war die Altersverteilung bei den Frauen – mit einer auffälligen Ausnahme: Jedes Jahr rückte eine kleine Anzahl junger Frauen (20 bis 22 Jahre) in die stationäre Behandlung nach. Das legt den Schluss na-

## Geringer Anteil junger Konsumenten harter Drogen

Die Grafik zeigt die Altersverteilung der Männer bei Eintritt in eine stationäre ausstiegsorientierte Suchttherapie über die Jahre. Der Anteil besonders junger bzw. besonders alter Männer war gering. Allgemein zeigt es sich, dass die Klientel

he, dass junge Frauen eine besondere Risikogruppe für den Einstieg in einen problematischen Drogenkonsum darstellen könnten.

Eine «Alterung» zeigte sich auch bei der Methadontherapie. Seit 2000 verschob sich das Durchschnittsalter regelmässig um ein knappes Jahr nach oben. 2000 bestand die grösste Dichte der Klientinnen und Klienten in der Altersklasse um die 30 Jahre, während sie 2006 um die 35 Jahre lag. Hier kann davon ausgeganen werden, dass die meisten Personen in den Methadontherapien über die Jahre dieselben geblieben sind.

## Differenziertes Suchthilfeangebot ist notwendig

Angesichts der unterschiedlichen Altersprofile je nach Hauptproblemsubstanz und der verschiedenartig laufenden Trends hinsichtlich der Altersstruktur der Behandelten scheint die Existenz von differenzierten Angeboten in der Suchthilfe nicht nur gerechtfertigt, sondern auch notwendig zu sein. Es ist in der Tat anzunehmen, dass die Anforderungen hinsichtlich der verschiedenen Stufen der Lebensentwicklung mit einer Vielfalt von Settings optimal angegangen werden können.

Kontakt: Christopher Eastus, Sektion Grundlagen, christopher.eastus@bag.admin.ch

Beim vorliegenden Artikel handelt es sich um die Kurzfassung einer Auswertung von act-info; den umfassenden Artikel finden Sie unter [www.act-info.ch](http://www.act-info.ch)

# «Kinderleicht» essen, bewegen und lernen

**Ernährung und Bewegung im Schulalltag.** Das Handbuch «Kinderleicht. Ess- und Bewegungsprojekte» und die ergänzende CD-ROM zeigen, wie die Themen Essen und Bewegung mit wenig Aufwand in die Spielgruppe, den Kindergarten oder den Schulunterricht integriert werden können. Es richtet sich an Lehr- und Betreuungspersonen von 3- bis 12-jährigen Kindern.

Lebensmittelpyramiden bauen, Bewegungsbaustellen und Znuni-Märit einrichten oder Müttertische mit interkulturellem Austausch einführen: Das sind nur einige Ideen, die im Buch vorgestellt werden und zu eigenen Aktivitäten im Bereich Essen und Bewegung animieren sollen. Neben vielen Anregungen, Projekt- und Lektionsbeispielen enthält das Handbuch eine Fülle von Hilfsmitteln zur Projektplanung und -umsetzung. «Kinderleicht» ist ein Praxishandbuch für alle Erwachsenen, die mit Kindern leben, spielen und lernen, insbesondere für Kindergarten- und Primarschullehrpersonen, Kleinkindererzieherinnen und -erzieher sowie Spielgruppen- und Ausbildungsleiterinnen.



## Gesundheitskompetenz fördern

Das Buch geht weit über die Themen gesunde Ernährung oder Übergewicht hinaus. «Kinderleicht» behandelt Essen und Bewegung nicht nur aus Sicht der körperlichen Gesundheit, sondern als alltägliche Momente, die die Chance bieten, die gesundheitsbezogenen und

sozialen Kompetenzen der Kinder zu fördern. Dabei sollen die Kinder auch Eigenverantwortung übernehmen und ihre Ideen einbringen können, indem sie zum Beispiel das Angebot im Pausenkiosk oder eine Bewegungsecke im Schulzimmer selbst gestalten und «verwalten». Neben Anregungen für die

spielerische und erlebnisorientierte Wissensvermittlung enthält das Buch viele Projektideen, die die Eltern und den interkulturellen Austausch einbeziehen.

«Kinderleicht. Ess- und Bewegungsprojekte»  
1. Auflage 2007, 64 Seiten, illustriert, broschiert, inkl. CD-ROM.  
ISBN 978-3-292-00459-8  
Preis CHF 20.–  
Bestelladresse: Schulverlag blmv AG, Güterstrasse 12, 3008 Bern

Autorin: Isabel Zihlmann, fachlich begleitet von der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE) und dem Bundesamt für Sport (BASPO)  
Patronat: Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)  
Herausgeber: Suisse Balance (Ernährungsbewegung vom Bundesamt für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz), Schweizerischer Turnverband (STV) und der Schulverlag

# Substitutionsbehandlung – Ausweg oder Sackgasse?

**Drogensubstitution.** Welche Rolle haben Methadonprogramme oder heroingestützte Behandlungen in der heutigen Drogenpolitik? Kann ihr Ziel Heilung sein oder sind es palliative Behandlungen? Inwiefern sind Substitutionsbehandlungen Therapien? Diesen und anderen grundlegenden Fragen gingen die über 300 Teilnehmenden in den Referaten und 19 Workshops der Nationalen Substitutionskonferenz (NASUKO) nach, die am 6. und 7. September 2007 in Bern stattfand.

Prof. Jakob Tanner von der Universität Zürich zeigte in seinem Referat die gesellschaftlich-historische Entwicklung der Substitutionsbehandlung auf. In den europäischen Ländern setzte sie sich ab den 1990er-Jahren durch. In der Schweiz wurde die Neuorientierung möglich, nachdem der primär auf Prohibition setzende «Krieg gegen die Drogen» perverse Effekte gezeigt hatte. Die eher einseitige Drogenpolitik wurde abgelöst durch eine pragmatischere, differenziertere Drogenpolitik, die die Dimension der Schadensbegrenzung integrierte. Somit entstand die 4-Säulen-Politik (Prävention, Schadensminderung, Therapie und Repression). Die Zunahme der Substitutionsprogramme in den 1990er-Jahren hatte eine Medikalisierung der Drogenproblematik zur Folge. Nicht mehr die Abstinenz, sondern die Sorge um bessere Lebensbedingungen der Drogenabhängigen rückte ins Zentrum der Anstrengungen. Damit wurde die stigmatisierte Figur des «Drogen-süchtigen» durch ein Bild des Drogenabhängigen ersetzt, das auf persönlichem Respekt aufbaute.

## Substitution als natürliches Bedürfnis

Tanner stellte das Prinzip der Substitution im weiteren Sinne als ein tief verankertes menschliches Verhalten dar. Das menschliche Leben könne als komplexes Geflecht von Abhängigkeit und Beschaffung begriffen werden. Dabei gäbe es keine klare Trennlinie zwischen einem «normalen» und einem krankhaften Verhalten. In diesem Sinne müsse die Abgabe von Ersatzmitteln im drogenpolitischen Kontext in erster Linie als Behandlung gesehen werden, die dem abhängigen Menschen sowohl aus moralischer wie auch medizinischer Sicht Respekt zollt. Bezug nehmend auf den französischen Suchtforscher Albert Memmi, sagte Tanner: «Den Gebrauch von Ersatzmitteln unter dem Vorwand abzulehnen, der Patient bleibe weiterhin abhängig, weist auf ein ungenaues Menschenbild hin.»

## Abhängigkeit ist eine chronische Krankheit

Auf wie viel Ablehnung und Missverständnis Substitutionsbehandlungen jedoch heute noch stossen, zeigte Prof. Robert G. Newman vom Beth Israel Medical Center in New York. Er zitierte einen amerikanischen Senator mit den Worten: «Methadon sollte verboten wer-

den; Kliniken sind für Abhängige nur ein legaler Weg, ihren Stoff zu bekommen.» Dieses reaktionäre Bild der Substitution geht einher mit der Klassifizierung der Drogenabhängigkeit als menschliches Fehlverhalten. Demgegenüber stellte Newman seine Definition der Drogenabhängigkeit, die er auf seine 35 Jahre Erfahrung in diesem Bereich stützte: «Die Abhängigkeit – und ganz besonders die Opiatabhängigkeit – ist eine chronische, zu Rückfällen neigende, unheilbare (aber behandelbare) medizinische Krankheit.» Entsprechend steht den Drogenkranken dasselbe Recht auf Behandlung zu wie anderen chronisch Kranken. In diesem Zusammenhang verwies Newman auf die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), deren medizinische Empfehlungen für Substitutionsbehandlungen stark auf dieser Definition von Abhängigkeit basieren.

Auf dieser Definition von Drogenabhängigkeit als Krankheit gründete auch der Vortrag von Prof. Jacques Besson vom Universitätsspital Lausanne. Er betonte die Wichtigkeit, auch in der Suchtmedizin zwischen palliativer (lindernder) und kurativer (heilender) Behandlung zu unterscheiden. Das Konzept der palliativen Pflege ist in der Psychiatrie und Suchtmedizin noch kaum geläufig, nur in der somatischen Medizin ist es bereits gut ausgearbeitet. Es gilt, abhängige Patientinnen und Patienten sowohl auf somatischer als auch psychiatrischer Ebene exakt zu definieren und die «kurativen» von den «palliativen» Elementen zu unterscheiden.

## Neurobiologie bestätigt Wirksamkeit

Wie Dr. med. Daniele Zullino vom Universitätsspital Genf in seinem Vortrag ausführte, wird die Debatte über die Zweckmässigkeit der heroingestützten Behandlung immer noch von zwei unvereinbaren Behauptungen genährt. Befürworter sind überzeugt, dass es sich dabei um eine Therapie handelt. Opponenten hingegen folgern aufgrund der suchterzeugenden Wirkung von Heroin, dass die Verschreibung von Heroin nicht therapeutisch sein kann. Aus neurobiologischer Sicht haben Substitutionsbehandlungen aber eindeutig eine therapeutische Wirkung. Suchtsubstanzen erhöhen die Freisetzung des Nervenbothenstoffs Dopamin, das verstärkend auf das «Gewohnheitslernen» wirkt. Eine wesentliche Folge des durch Suchtmittel verstärkten Lernens ist eine erhöhte Bereitschaft, auf substanzbezogene Stimuli (z. B. der Anblick einer Spritze) das verstärkte und automatisierte Verhalten (z. B. Konsum) zu aktivieren. Dieselben Lernmechanismen werden auch im Rahmen einer heroingestützten Behandlung aktiviert. Der entscheidende Unterschied zum «illegalen» Konsum besteht aber darin, dass im therapeutischen Kontext mit dem Heroin andere Denk- und Verhaltensmuster verstärkt werden können – also jene Muster, die als Ziel der Therapie festgelegt werden.



Robert G. Newman aus New York plädiert dafür, Substitution bei Suchtpatienten als normale Behandlung einer chronischen Krankheit anzuerkennen.

So wird die suchterzeugende Eigenschaft des Opiates zu einem therapeutischen Mittel.

## Kritische Stimmen aus der Praxis

In einer Diskussionsrunde zum Thema, an der vor allem Fachleute aus der Praxis teilnahmen, äusserten sich Markus Zahnd, Vorsitzender des Berner Arbeitskreises Stationäre Suchttherapie & Rehabilitation, sowie Evelyne Flotiron, Leiterin der Kontakt- und Anlaufstellen Basel (K+A Basel), kritisch gegenüber der «Medikalisierung des Suchtbereichs». Wenn Abhängigkeit als chronische Krankheit verstanden und die Substitution primär als palliative Therapie erklärt wird, sei zu befürchten, dass vor allem junge Abhängige vorschnell einer solchen Therapie zugeführt werden. Ist sie nicht konsequent ausstiegsoorientiert und wird sie nicht mit einer psychosozialen Therapie begleitet, führt die Substitutionsbehandlung über kurz oder lang zur Stagnation oder gar Resignation. Der Zielhorizont müsste vermehrt über die reine Stabilisierung hinausgehen und die Möglichkeit des Ausstiegs verstärkt in die Arbeitshaltung integriert werden. Dies kann aber nur mit einer konsequenten Zusammenarbeit aller Akteure im Suchtbereich gelingen. Wie für Zahnd ist auch für Prof. Ruedi Stohler, Leitender Arzt des Drogenbereichs der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, unbestritten, dass

die Substitution eine zentrale und erfolgreiche Behandlung für die Stabilisierung bei mehrjähriger Drogenabhängigkeit ist. Ebenso klar ist, dass nicht für alle Klientinnen und Klienten ein vollständiger Ausstieg möglich ist und dass eine «Zwangsaufstinentz» nach wie vor nicht in Frage kommt. Stohler sieht aber die Substitution als Behandlung erster Wahl für alle Personen mit einer Opiatabhängigkeit und er betont, dass sie im Allgemeinen auch die Wirksamkeit anderer Therapien (Psychotherapien, Behandlung komorbider Störungen etc.) erhöht.

## Weitgehender Konsens

An der Nationalen Substitutionskonferenz 2007 traten keine unvereinbaren Standpunkte zum Thema Substitution zu Tage. Es scheint weitgehend Einigkeit darüber zu herrschen, dass die Frage nicht lauten kann: «Substitutionsgestützte Behandlung – ja oder nein?», sondern: «wie und unter welchen Umständen?» Jedoch haben die Diskussionen gezeigt, dass sich auch nach vielen Jahren der praktizierten Substitution immer wieder neue grundlegende und ethische Fragen auftun.

Kontakt: René Stamm,  
Sektion Drogen,  
rene.stamm@bag.admin.ch

## Nationale Substitutionskonferenz NASUKO

Nach 2001 fand die Nationale Substitutionskonferenz dieses Jahr zum zweiten Mal statt. Die vom Bundesamt für Gesundheit und infodrog organisierte Konferenz hatte zum Ziel, Bilanz zum gegenwärtigen Stand der Substitutionsbehandlung zu ziehen. Die Tagung richtete sich an alle Fachleute, die sich mit der Substitutionsproblematik und deren gesundheitlichen und sozialen

Dimensionen befassen: Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeitende, Pflegefachleute, Psychologinnen und Psychologen, ApothekerInnen, PolizistInnen, VertreterInnen von Gemeinden, Kantonen und Bund.

Weitere Informationen und Tagungsreferate: [www.nasuko2007.ch](http://www.nasuko2007.ch)

# Alkoholmissbrauch im Alter: verkannt, verleugnet, romantisiert

**Die immer jüngeren «Rauschtrinker» stehen im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit.** Im Schatten des Jugendkonsums steht jedoch ein anderes Suchtproblem, das zu oft vergessen wird: der Alkoholmissbrauch im Alter. In der Schweiz trinken rund 73 000 Menschen über 65 regelmässig zu viel Alkohol. In Anbetracht der demografischen Entwicklung – in Zukunft werden die über 65-Jährigen ca. ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ausmachen – wird diese Zahl stetig steigen. Die «zwei, drei Glässchen in Ehren» weiter zu bagatellisieren und auszublenden, ist sowohl ethisch wie auch ökonomisch nicht mehr tragbar.

Rund 44% der 65- bis 74-jährigen Männer trinken täglich Alkohol. Bei den Frauen sind es rund 18%. Von diesen weisen je rund ein Fünftel einen problematischen Alkoholkonsum auf. Das heisst, sie konsumieren vier (Männer) resp. zwei (Frauen) oder mehr Standardgläser pro Tag. Doch die Alkoholkrankheit älterer Menschen bleibt sehr oft unbehandelt.

## Tabuthema für alle Beteiligten

Das Alkoholproblem älterer Menschen wird vom Umfeld weitgehend bagatellisiert oder aus Scham – vor allem von den Angehörigen – unter den Teppich gekehrt. Nicht selten wird die Behandlungswürdigkeit auch von Ärzten in Frage gestellt; sie halten eine Therapie nicht für lohnenswert, sei es wegen des Alters oder wegen der vermeintlich schlechten Prognose. Zudem werden ein Missbrauch und seine Folgen oft nicht isoliert betrachtet, sondern anderen Erkrankungen oder dem Alter zugeschrieben. Häufig werden ältere Menschen auch aus Respekt nicht auf das Thema angesprochen. Diese Tabuisierung geht oft einher mit einer Romantisierung des Problems; Angehörige, Pflegepersonal und Ärzte wollen den Seniorinnen und Senioren die «kleine Alltagsfreude» nicht verwehren. Zum anderen verleugnen die Patienten selbst stärker als jüngere Alkoholkranke – ihr Problem. Dies geschieht nicht selten unbewusst, denn das Thema Abhängigkeit wird nach wie vor stark mit jüngeren Menschen assoziiert. Für viele ältere Menschen ist die Vorstellung, selbst abhängig zu sein, schlicht undenkbar.

## Auslöser Verlusterfahrungen

Selbst wer in seinem ganzen vorherigen Leben niemals einen problematischen Alkoholkonsum aufgewiesen hat, kann im Alter eine Abhängigkeit entwickeln. Auslöser dafür sind oft altersbedingte einschneidende Ereignisse wie der Verlust des Ehepartners/der Ehepartnerin oder des Freundeskreises. Auch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist für viele Menschen eine kritische Passage: Die gewohnte Tagesstruktur gibt keinen Halt mehr, die sozialen Kontakte nehmen ab, der Leistungsdruck ist weg;



Alkohol im Alter: Alleinstehende ältere Männer sind besonders gefährdet.

Einsamkeit, Perspektivlosigkeit, Langleweile oder übertriebene Selbstbelohnung machen sich breit. Diese Probleme werden häufig verstärkt durch gesundheitliche Probleme, die die Mobilität und die Aktivitäten einschränken. Für eine Präventionsarbeit bedeutet dies allgemein, für eine gute Lebensqualität zu sorgen, Anlässe zur Lebensfreude und akzeptable Lebensumstände zu schaffen sowie bei Verlustereignissen verstärkt Hilfe anzubieten.

## Alleinstehende Männer am stärksten gefährdet

Von der Alkoholabhängigkeit sind Männer weit stärker betroffen als Frauen. Ein wichtiger Grund dafür dürfte sein, dass Männer mehr mit dem Verlust der Arbeit und der berufsbedingten Erfolgs erlebnisse zu kämpfen haben. Auch fällt es Männern schwerer als Frauen, Gesundheits- oder Abhängigkeitsprobleme zuzugeben, Hilfe anzunehmen oder Verhaltensmuster aus jüngeren Jahren abzulegen. Alleinstehende Männer sind laut Statistik diesbezüglich stärker gefährdet als verheiratete. Bei verheirateten Männern nehmen der Alkohol- wie auch

der Tabakkonsum mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Verwitwete, lebige oder geschiedene Männer entwickeln sich zu einer Hochrisikogruppe, die durch die steigende Scheidungsrate stark im Wachsen begriffen ist.

## Viel Fluch, wenig Segen

Ohne Zweifel kann das eine oder andere Gläschen Alkohol gerade bei älteren Menschen zu mehr Lebensqualität beitragen – nicht nur der Geselligkeit wegen. Erwiesen ist, dass kleine Mengen Alkohol gegen Herz-Kreislauf-Krankheiten schützen. Diesen positiven Einflüssen stehen aber viele schwer wiegende negative Auswirkungen des situationsunangepassten Alkoholkonsums im Alter gegenüber.

Viele ältere Menschen, besonders Frauen, spüren, dass ihnen der Alkohol nicht mehr gut tut, und verzichten deshalb. Andererseits halten vor allem Männer am Trinkverhalten aus ihren Jugendtagen fest. Was viele aber nicht wissen: Dieselbe Menge Alkohol führt bei Älteren zu einer höheren Blutalkoholkonzentration und deshalb zu mehr negativen Auswirkungen als bei Jungen. Das

liegt am geringeren Körperwasseranteil im Alter: Bei Männern sinkt er von 55 auf 45%, bei Frauen von 68 auf 50%. Zudem reagiert das Gehirn eines älteren Menschen sensibler auf Alkohol als das jüngerer Menschen. Krankheiten sowie allfällige Medikamente können diese Sensibilität noch erhöhen. Nimmt man all diese Faktoren zusammen, kann es sein, dass der einst unproblematische Alkoholkonsum im Alter plötzlich zur Abhängigkeit wird.

## Gute Therapiechancen

Noch gibt es wenige oder nur ungenügend bekannte altersgerechte Beratungs-, Entzugs- und Therapieangebote. Dabei wären diese gemäss der wenigen Studien zu diesem Thema sehr erfolgversprechend: Einmal in der Therapie, brechen ältere Alkoholpatienten diese weniger häufig ab als jüngere, obwohl sie mit stärkeren und länger andauernden Entzugserscheinungen zu kämpfen haben. Dabei ist zu sagen, dass Patienten mit einem späten Krankheitsbeginn (60 Jahre und älter) sich eher behandeln lassen und eine günstigere Prognose haben. Ihre Lebensumstände und ihre Persönlichkeit sind grundsätzlich stabiler als bei jenen mit einem Krankheitsbeginn in jüngeren Jahren.

Das Ausbleiben von Prävention und Therapie von Altersalkoholismus kann die Gesundheitskosten stark belasten, denn alkoholkranke Senioren sind stark unfall- und sturzgefährdet, sie sind weniger lang selbstständig und haben insgesamt mehr physische und psychische Probleme. Zudem sind Alkoholprobleme im Alter ein weiterer Risikofaktor für Vereinsamung. Man tut gut daran, die Gesundheit der über 65-Jährigen zu schützen. Immerhin haben sie, statistisch gesehen, noch einen Viertel ihres Lebens vor sich, und sie werden in Zukunft bis zu einem Drittel der Gesamtbevölkerung ausmachen. Nicht zuletzt ist es die ethische Pflicht einer Gesellschaft, alle Menschen gleich zu behandeln, egal welchen Alters.

Kontakt:  
Anne Lévy,  
Leiterin Sektion Alkohol und Tabak,  
anne.levy@bag.admin.ch

## Was tun die Kantone für die Tabakprävention?

Online-Schweizer-Karte zur Tabakprävention. Auf der Homepage des Bundesamts für Gesundheit gibt eine Schweizer-Karte seit kurzem einen Überblick über die Gesetzgebung zur Tabakprävention in den Kantonen. Durch einfaches Berühren des jeweiligen Kantons mit dem Mauspfeil erhält man eine Zusammenfassung zu den Themenbereichen Passivraucherschutz im öffentlich zugänglichen Raum, Abgabeverbote und Werbeeinschränkungen. Gesetzliche Regelungen und Ausführungsbestimmungen sind per Mausklick auf den Kanton abrufbar. Als PDF-Dateien abgelegt sind hier Gesetzestexte und -entwürfe, Verordnungen, erläuternde Berichte und Botschaften. Die Angaben werden regelmässig aktualisiert.

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Drogen > Tabak > Kantonales

