

Alkohol im Alter

Abhängigkeit im fortgeschrittenen Lebensalter und Folgeerkrankungen durch langjährigen Alkoholkonsum könnten zur Epidemie des 21. Jahrhunderts werden. Von Christian Jagsch

Symptome für einen möglichen Alkoholmissbrauch werden oft typischen „Alterskrankheiten“ zugeordnet und somit nicht wahrgenommen.

Für den Anstieg der Anzahl von älteren alkoholkranken Menschen gibt es drei ursächliche Faktoren:

- Aufgrund des demographischen Wandels erhöht sich die Gesamtzahl alkoholkranker älterer Menschen, bei vorausgesetzter konstanter Prävalenz.
- Die Baby-Boom-Generation (definiert als zwischen 1946 und 1964 geboren) weist einen überdurchschnittlich hohen Alkoholkonsum auf und wird dieses Konsummuster wahrscheinlich im Alter beibehalten.
- Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der verbesserten Behandlungsmöglichkeit ist mit einem Anstieg der alt gewordenen Alkoholkranken zu rechnen.

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

Symptome oder auch Hinweise für einen möglichen Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeitserkrankung werden oft typischen „Alterskrankheiten“ zugeordnet und somit nicht wahrgenommen und festgestellt (siehe Textkasten).

Verträglichkeit nimmt ab

Aufgrund von Besonderheiten des Alkoholstoffwechsels nimmt die Verträglichkeit von Alkohol im Alter ab. Es kommt zu einem Absinken des Körperwasseranteils und veränderten Verteilungsvolumina, die her-

abgesetzte enzymatische Abbaukapazität führt zu Sensitivitätssteigerung und prolongierten Wirkzeiten und die Aktivität der Abbauenzyme wird reduziert mit einer Toleranzminderung im höheren Lebensalter.

Bezüglich des Beginns des möglichen Missbrauchs oder der Abhängigkeit können zwei Prototypen unterschieden werden, nämlich ein „early-onset“ und ein „late-onset“ Muster (siehe Tabelle). Diese Unterscheidung ist von großer Bedeutung, da die Menschen, vor allem Frauen, die nach dem 60. Lebensjahr zu konsumieren beginnen, eine viel bessere Prognose haben bezüglich des Therapieerfolges, da sie sozial und beziehungsmäßig deutlich besser integriert sind. Ursachen für den späten Beginn sind Verlust des Lebenspartners/-in, Pensionierung, Reduktion der sozialen Kontakte, Vereinsamung/Isolation, finanzielle Einbußen, psychische Erkrankungen, schwere körperliche Erkrankungen und Schmerzen.

„Ein Therapieversuch mit Vitamin-B1-Substitution ist bei chronischen alkoholkranken Patienten dringend zu empfehlen.“

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

Bei den kognitiven Störungen unterscheiden wir eine Wernicke-



Dr. Christian Jagsch

Vorstand der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, LSF Graz; Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie © privat

Enzephalopathie mit der späteren Entwicklung eines Korsakow-Syndroms (= „amnestisches Syndrom“ oder „Korsakow Demenz“), eine Alkoholdemenz (= „Alcohol related dementia“ oder „primary alcoholic dementia“) und eine Kombination von degenerativen Demenzformen wie Alzheimerdemenz plus riskanter Alkoholkonsum. Diese Differenzierung ist bedeutend bezüglich der Häufigkeit des Auftretens, der unterschiedlichen Symptomatik und der therapeutischen Möglichkeiten.

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

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

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

Besondere Aspekte in der Therapie

- Die Entzugsbehandlung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der bei jüngeren Patienten.
- Die Gabe von Vitamin B1 zur Prophylaxe einer Wernicke-Enzephalopathie ist sinnvoll.
- Zentrale therapeutische Intervention ist die Alkoholkarenz (oder zumindest eine deutlich Reduktion der Menge), besonders bezogen auf die zum Teil reversiblen kognitiven Beeinträchtigungen.
- Antidementiva sind nur effektiv und sinnvoll bei der Kombination mit degenerativen Demenzformen.
- Die Ergebnisse der Entwöhnungsbehandlungen bei älteren Patienten sind keineswegs schlechter als für jüngere, bei den „late-onset“ Patienten sogar besser.
- Medikamente zur Abstinenzförderung und Rückfallsprophylaxe, vor allem Acamprosat und Naltrexon, sind auch bei Älteren indiziert, auf Disulfiram sollte wegen zahlreicher Kontraindikationen verzichtet werden.
- Psychosoziale-psychotherapeutische Therapie bei älteren Patienten beinhaltet ressourcenorientiertes Vorgehen und nicht defizitorientiertes, Respekt vor dem Alter und der erbrachten Lebensleistungen. Die Behandlung ist erfolgreicher in altershomogenen

Hinweise auf Alkoholmissbrauch

Psychisch/Mental

Sozialer Rückzug
Verlust von Antrieb/Interesse
Depressivität
Schlafstörungen
Reduktion geistiger Leistung
Vernachlässigung der Körperpflege

Physisch

Gangunsicherheit/Stürze
Verletzungen/Blutergüsse
Magen-Darm-Probleme
Inkontinenz
Mangelernährung/Gewichtverlust
Bluthochdruck
Hyperurikämie
Diabetes mellitus - instabil

Inanspruchnahme - Notarzt/Notfallambulanz

Gruppen (Zugehörigkeitsgefühl, Solidarität, geteilte Lebenserfahrungen, reduzierte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit). Wichtig sind Themen wie Verluste und das Wiedererlernen von sinnvollen und befriedigenden Freizeitaktivitäten sowie die Integration religiös-spiritueller Dimensionen. ■

Prototypen der Alkoholabhängigkeit

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

Tabelle