Wege aus der Sucht : Abhängigkeiten erkennen – behandeln – bewältigen 140

SUCHT



Sucht im Alter

Grüner Kreis magazin No 140 | Österreichische Post AG SP 04Z035724 S | Simmeringer Hauptstraße 101, 1110 Wien | DVR: 0743542

grüner kreis magazin 4. Ausgabe 2026 www.gruenerkreis.at

Wir danken unseren Spender*innen

Mag.[a] Claudia Amsz
Dr. iur. Michael Arie
Beate Cerny
Dr.[in] Helga Danhorn
Rene Ferrari
Reinhard Gschöpf
Dr. Günter Mittendorfer
Gesine Muschl
Doris Neumayer
Dr. Gerold Obergruber
Christine Schaffler, MBA, MAS
Günter und Juliana Stacher
Dr. Alfons Willam

Partner des *Grünen Kreises*

Die Niederösterreichische Versicherung unterstützt die Arbeit des *Grünen Kreises*. »Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des *Grünen Kreises* nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG
www.noevers.at
Herzlichen Dank im Namen aller Klient*innen des Vereins Grüner Kreis!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

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

HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW

Weitere Informationen finden Sie auch auf
www.gruenerkreis.at

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:
Das Aufgabengebiet des *Grüner Kreis*-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins *Grüner Kreis*.
Das *Grüner Kreis*-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren
Medieninhaber: *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen
Herausgeber: Verein *Grüner Kreis*

Geschäftsführer: MMag. Dr. Martin Kitzberger
Redaktion: MMag. Dr. Martin Kitzberger, Mag. Heiko-Norman Meuschke, Andreas Eilenstein, Romana Chytra, Dominique Dumont, BSc MSc
Eigenverlag: *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen
Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 1 526 94 89
redaktion.sucht@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Andreas Eilenstein
Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH
Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H.

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:
Franz Magdics, Oliver Scheibenbogen, Gerald Gatterer, Justizanstalt Suben, Martin Schmid, Irmgard Vogt, Ariane Brandecker, Sonja Watzinger, Anabela Dias de Oliveira, Georg Preitler, Alexander Kask, Georg Wenisch, Miriam Auer, Kurt Neuhold und Patient*innen des Vereins Grüner Kreis

Bildquellennachweise:
Cover: Walter Schönbauer, »Köpfe«. Jeder Kopf symbolisiert einen Tag des Therapieaufenthalts.
Foto © Kurt Neuhold
Fotos Seite 5: Franz Magdics, Verein Grüner Kreis
Profilfotos: privat, wenn nicht anders gekennzeichnet

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der Gastautor*innen ein. Sofern sich eine Autorin oder ein Autor für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes respektive einer leichteren Verständlichkeit des Inhalts.



Helfen Sie uns helfen!

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

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

**Verein Grüner Kreis | HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW**
Kontowortlaut: Grüner Kreis – Spendenkonto



editorial

*Geschätzte Leser*innen,*

die vorliegende Ausgabe der Zeitschrift SUCHT widmet sich einem Thema, das lange Zeit wenig Beachtung gefunden hat, dessen gesellschaftliche Relevanz jedoch stetig wächst: der Sucht im Alter. Während Suchterkrankungen in der öffentlichen Wahrnehmung häufig mit jüngeren Menschen assoziiert werden, zeigt die Realität zunehmend ein anderes Bild. Die demografische Entwicklung, die steigende Lebenserwartung und die verbesserte medizinische Versorgung führen dazu, dass immer mehr Menschen ein höheres Lebensalter erreichen, auch jene mit langjährigen Suchterfahrungen. Gleichzeitig entwickeln manche Menschen Abhängigkeitserkrankungen erst in späteren Lebensphasen. Sucht im Alter ist daher längst kein Randthema mehr, sondern eine zentrale Herausforderung für Gesundheitswesen, Pflege, Soziale Arbeit, die ambulante und stationäre Suchthilfe und nicht zuletzt des Strafvollzugs.

Mit dem Älterwerden verändern sich Lebensumstände, körperliche Voraussetzungen und soziale Rollen. Der Übergang in die Pension, der Verlust nahestehender Menschen, gesundheitliche Einschränkungen, Einsamkeit oder der Rückzug aus gewohnten sozialen Bezügen können belastende Erfahrungen darstellen. Zugleich nimmt die Verletzlichkeit gegenüber den Folgen von Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum zu. Auch Smartphones und soziale Medien bergen Suchtpotenzial für ältere Menschen. Suchterkrankungen im höheren Lebensalter bleiben jedoch häufig unerkannt oder werden als Begleiterscheinung des Alterns missverstanden. Dies kann eine rechtzeitige Unterstützung und angemessene Versorgung tragischerweise verhindern.

Die Beiträge dieser Ausgabe beleuchten Sucht im Alter aus unterschiedlichen Perspektiven und verbinden wissenschaftliche Erkenntnisse, praktische Versorgungskonzepte und die Erfahrungen Betroffener. Deutlich wird dabei, dass Sucht im Alter weit mehr umfasst als Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit. Dies reicht vom problematischen Smartphone-Gebrauch bis zu den psychologischen, sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen des Alterns, die Gerald Gatterer im Gespräch mit Dominique Dumont beleuchtet. Auch die Situation älterer Menschen im Strafvollzug wird thematisiert und anhand eines Praxisbeispiels gezeigt, wie selbst unter den Bedingungen des Freiheitsentzugs Unterstützung und Würde gewährleistet werden können.

*Ein zentrales Anliegen dieser Ausgabe ist es, die Lebensrealitäten älter werdender Menschen mit Suchterkrankungen sichtbar zu machen. Beiträge über alternde drogenabhängige Menschen, Versorgungslücken und bestehende Barrieren verdeutlichen, wie eng Stabilität, Unterstützung und gesellschaftliche Teilhabe miteinander verknüpft sind. Ebenso geht es um Pflegebedarf, Selbstbestimmung und Autonomie – Fragen, die in einer alternden Gesellschaft zunehmend an Bedeutung gewinnen. Besonders wertvoll sind die Erfahrungsberichte von Patient*innen. Sie erinnern daran, dass hinter jeder Diagnose ein individuelles Schicksal steht, und zeigen, wie wichtig Verständnis, Akzeptanz und passende Hilfsangebote für Lebensqualität und Teilhabe sind. Ergänzt werden diese Perspektiven durch Beiträge zu Prävention und Versorgung, stationärer Suchtbehandlung, Selbsthilfe und kunsttherapeutischen Ansätzen. Gemeinsam machen sie deutlich, dass wirksame Unterstützung weit über die Behandlung von Symptomen hinausgeht. Die Auseinandersetzung mit Sucht im Alter fordert uns dazu auf, traditionelle Sichtweisen zu hinterfragen. Sie verlangt differenzierte Konzepte, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Professionen sowie den Mut, die Bedürfnisse älterer Menschen konsequent in den Mittelpunkt zu stellen. Vor allem aber erinnert sie uns daran, dass Entwicklung, Veränderung und Teilhabe in jeder Lebensphase möglich bleiben müssen.*

Ich wünsche Ihnen im Namen der gesamten Redaktion eine anregende Lektüre und danke Ihnen für Ihre Verbundenheit mit unserer Zeitschrift. Halten Sie uns auch im kommenden Jahr die Treue.



Martin Kitzberger

Der Grüne Kreis dankt seinen Kooperationspartner*innen

Sucht- und Drogen Koordination Wien – Für die Stadt Wien

GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK

Mit finanzieller Unterstützung von

AMS Arbeitsmarktservice Niederösterreich

NV

Inhalt

3 Editorial
Martin Kitzberger

Inside Grüner Kreis
5 Kilometer, Ziele, Erfolge – Laufsaison 2026
Franz Magdics

Themenschwerpunkt
6 Problematic Smartphone Use (PSU) – kein Phänomen ausschließlich der jüngeren Generation
Oliver Scheibenbogen

Themenschwerpunkt
8 Die übersehenen Süchte des Alters
Gerald Gatterer im Gespräch mit Dominique Dumont

Themenschwerpunkt
10 Graue Haare, alte Laster: Alter und Sucht im Strafvollzug
Justizanstalt Suben

Themenschwerpunkt
12 Ältere Menschen, Alkohol und andere Drogen und Straffälligkeit
Martin Schmid und Irmgard Vogt

Themenschwerpunkt
14 Altern mit Sucht - zwischen Pflegebedarf und Selbstbestimmung
Ariane Brandecker

Themenschwerpunkt
16 Sucht im Alter – zwischen Autonomie, Vulnerabilität und Beziehung. Eine pflegerische Perspektive
Sonja Watzinger

Themenschwerpunkt
18 Alternde drogenabhängige Menschen – ein Leben lang Barrieren. Ohne Drogen-/Eingliederungshilfe keine Stabilität – keine Teilhabe!
Anabela Dias de Oliveira

20 Textbeiträge von Betroffenen
Patient*innen berichten über Erfahrungen mit der Sucht

Themenschwerpunkt
22 Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit im Alter. Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven für Prävention und Versorgung
Georg Preitler

Themenschwerpunkt
24 Sucht im Alter
Alexander Kask

26 Die Selbsthilfegruppe Blaues Kreuz Wien und Wien-Umgebung
Georg Wenisch

Themenschwerpunkt
28 Vom Betäuben zum Gestalten. Kunsttherapeutische Zugänge bei Suchterkrankungen im höheren Lebensalter
Miriam Auer

Inside Grüner Kreis
29 Culture & Health Forum 2026
Kurt Neuhold

Buchtipp der Redaktion
31 Buchrezension: „Entzug“
Martin Kitzberger

Kilometer, Ziele, Erfolge – Laufsaison 2026

Den Anfang in diesem Jahr machte Johnsdorf beim Vulkanland-Frühlingslauf. Es war eine super Teamleistung über die gesamte Strecke und alle schafften die Zielankunft. Insgesamt war das ein sehr gelungener Tag mit guten Laufleistungen unter perfekten Laufbedingungen. Weiter ging es beim Schlossberglauf in Seebenstein. Die Jungs von der Waldheimat zeigten einmal mehr, was sie können, und es kam zu beeindruckenden Leistungen. Yasin Swoboda, der auch schon beim Wien Marathon 2026 aufzeigte, belegte den dritten Rang in seiner Altersklasse. Der Lauf war gespickt mit etlichen Höhenmetern und machte dem Namen Trailrun alle Ehre.

Die nächsten Laufveranstaltungen aus dieser Serie waren der Gfieder Geländelauf in Ternitz und der „Run the Klamm" in Würflach. Diesmal waren Starter und Starterinnen vom Marienhof, Treinthof und der Waldheimat dabei. Wieder war es Yasin Swoboda mit einer sehr guten Leistung, er belegte den dritten Gesamtrang der unter 19-Jährigen bei der Buckltour und wurde in Würflach wieder Dritter in seiner Klasse. Überhaupt muss man sagen, dass bei dieser Veranstaltung viele über sich hinausgewachsen sind. Auch muss man erwähnen, dass sowohl der Hausleiter der Waldheimat, Jakob Grasmann, als auch die Hausleiterin vom Treinthof, Simone Lesser, mit von der Partie waren. Beide zeigten eine starke Vorbildfunktion und bewältigten die Strecken mit Bravour. Alles in allem waren diese Events wieder eine Bereicherung und auch die Johnsdorfer waren am Ende des Sommers noch beim Apfellandlauf am Stubenbergsee vertreten, um dann gemeinsam mit Patienten vom Marienhof und der Waldheimat in Graz beim Marathon anzutreten. Am 11. Oktober war es so weit und ein von vielen lang ersehnter Traum wurde wahr. Sie durften beim zweitgrößten Marathonevent in Österreich antreten. Es war der perfekte Tag und so konnten Jakob Grasmann (Waldheimat) und Mario Pfisterer (Marienhof) mit Top-Halbmarathonzeiten glänzen. Jakob bewältigte die 21 Kilometer in 1 Stunde 27 Minuten 58 Sekunden und Mario brauchte für die gleiche Strecke 1 Stunde 46 Minuten 26 Sekunden. Auch Yasin (Waldheimat) war wieder am Start und schaffte eine starke Zeit mit 1 Stunde 32 Minuten 8 Sekunden. Simon Keuschnigg und Philip Macha aus Johnsdorf traten beim Marathon an und schafften die 42 km unter 4 Stunden. Simon benötigte genau 3 Stunden 57 Minuten 44 Sekunden und Philip war sogar noch schneller mit einer Zeit von 3 Stunden 48 Minuten 29 Sekunden. Alle 15 Teilnehmer des Graz Marathons erreichten das Ziel und es war wirklich eine sehr gelungene Veranstaltung. Große Gratulation an alle!

Am 27. Dezember 2026 zum krönenden Abschluss des Laufjahres findet wieder der Zillingdorfer Silvesterlauf statt, wo die meisten Höfe vertreten sein werden, wenn es heißt, ein paar Runden durch die Zillingdorfer Altstadt zu drehen. Die Vorfreude auf den Höfen des Grünen Kreises ist schon wieder deutlich zu spüren.

Mag. Franz Magdics Bakk.
Bewegungs- und Sportwissenschafter, Trainingstherapeut, Sportbeauftragter Verein Grüner Kreis









Problematic Smartphone Use (PSU)

Kein Phänomen ausschließlich der jüngeren Generation



von Oliver Scheibenbogen

Es obliegt uns als Gesellschaft, wie wir diese neuen Technologien einsetzen und nutzbar machen. Eines ist jedoch gewiss: Smartphone, KI und Co dürfen nicht als Ersatz für menschliche Begegnungen, sondern als sinnvolle Ergänzung bestehender sozialer Beziehungen gesehen werden.

Einleitung

Die Umsetzung des Social-Media-Verbots für Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren nach dem Vorbild Australiens wird aktuell von der österreichischen Bundesregierung diskutiert. Seit 1. Mai 2025 besteht ein Nutzungsverbot für Handys und Smartwatches in Schulen bis zum Ende der Sekundarstufe 1 (14 Jahre). All diese regulatorischen Maßnahmen im Sinne der Verhältnisprävention haben die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen im Fokus, ist doch ein noch reifendes Gehirn, wie auch bei substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, besonders vulnerabel für Noxen und andere störende Einflüsse. Auch in den Medien werden vorrangig und nahezu ausschließlich Risikofaktoren für eine problematische bzw. pathologische Smartphonenutzung für die kindliche Entwicklung diskutiert. Deshalb versucht der vorliegende Artikel die NutzerInnengruppe der Personen über dem 60. Lebensjahr in den Mittelpunkt zu rücken.

„Addictive Design" wirkt nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, NutzerInnen aller Altersgruppen sind von der Anziehungskraft der Applikationen und den von ihnen generierten verlockenden Angeboten betroffen. Soziale Plattformen halten NutzerInnen mit gezielten psychologischen Tricks möglichst lange online und machen damit digitale Abhängigkeit zum Geschäftsmodell. Algorithmen sowie der Aufbau und die Gestaltung der Apps sind danach ausgerichtet, die Verweildauer – de facto die Bildschirmnutzung – zu maximieren. Damit lässt sich die darin integrierte Werbung teurer verkaufen (Fischer et al., 2026). Das ist der Preis, den wir für die kostenlose Nutzung zu zahlen haben.

Unterschiede in Nutzungsintensität und -zweck

Während jüngere Personen (ca. 12–35 Jahre) eine sehr hohe tägliche Nutzungsdauer (häufig 3–6 Stunden oder mehr) aufweisen, ständig erreichbar sind, da sie ihr Endgerät stets mitführen, und aufgrund der Nutzung vieler unterschiedlicher Apps oft Multitasking betreiben (häufiges, nahezu gleichzeitiges Wechseln zwischen den Anwendungen), weisen ältere Personen (ab ca. 60 Jahren) gegenwärtig noch deutlich geringere Nutzungsdauern auf. Sie verwenden ihr Smartphone wesentlich gezielter und zweckorientierter und neigen zu deutlich geringerer impulsiver Nutzung „zwischendurch". Jedoch ist auch hier ein Trend zur Zunahme der Nutzungsintensität feststellbar, da technikaffine Personen bei Erreichen des Pensionsalters bereits über viele Jahre an Nutzungserfahrung am Smartphone verfügen (Kim et al., 2023; Silvia et al., 2022; Zhang et al., 2024). Besonders intensiv genutzt werden Anwendungen für Kommunikation, Gesundheit und Alltagsorganisation. Da auch in dieser Zielgruppe die Nutzung zunehmend selbstverständlicher und alltäglicher wird, steigt auch hier die Gefahr einer dysfunktionalen bzw. problematischen Nutzung.

Bei jüngeren Personen können wir bereits einen leichten Rückgang der Social-Media-Nutzung (Instagram, TikTok, Snapchat und Co) feststellen (saferinternet.at, 2026), jedoch ist zu befürchten, dass dies aufgrund einer Verlagerung hin zu KI-gestützten Chatbots erfolgt und sich keine signifikante Reduktion der Bildschirmzeiten feststellen lässt. Jugendliche präferieren ferner Unterhaltungsmedien (YouTube, Streaming, Gaming), Messaging und Informationskonsum in hoher Frequenz. Ein zentrales Motiv stellt ferner die Selbstdarstellung und Identitätsarbeit da. Im Gegensatz dazu nutzen Ältere das Smartphone für direkte und synchrone Kommunikation mit Familie (WhatsApp, Telefonie), zur Alltagsorganisation (Banking, Navigation, Kalender) und zunehmend mehr für Gesundheitsanwendungen (Medikamenten-Apps, Telemedizin).

Gegenwärtig erfolgt die Informationsbeschaffung bei Älteren noch traditionell eher mit klassischen Suchmaschinen, während Jugendliche hier bereits in großer Mehrheit auf KI-Chatbots umgestiegen sind.

Prävalenz der Smartphonenutzungsstörung bei Älteren

Um aussagekräftige Prävalenzzahlen für die Smartphonesucht im Alter erheben zu können, bedarf es zunächst einer exakten Definition des Störungsbildes. Da sich keine offizielle Diagnose in den gängigen Diagnosemanualen wiederfindet, wird in Analogie zur Gaming oder zur Gambling Disorder in den meisten Studien Smartphonesucht als Verhaltenssucht definiert, die mit zwanghaftem, übermäßigem Konsum einhergeht, der das Alltagsleben beeinträchtigt und negative psychische Folgen nach sich zieht.

Die SIM Studie (Nachfolgerin der JIM Studie) untersucht jährlich die Mediennutzung in Deutschland. 87 % der SeniorInnen nutzen inzwischen das Internet. Besonders stark ist der Anstieg der Internetnutzung bei Personen über 80 Jahre (+11 %, Smartphone-Besitz +18 %). Die Bitkom-Erhebung (2023) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. 73 % der über 65-Jährigen nutzen ein Smartphone oder Handy. Wesentlich schlechter ist es um die Datenlage in Bezug auf problematisches oder pathologisches Nutzungsverhalten bei Älteren bestellt.

Europäische Studien zur problematischen oder pathologischen Smartphonenutzung fehlen weitgehend. Repräsentative Prävalenzerhebungen bei Älteren finden sich lediglich in Asien und Südamerika. In Brasilien fanden Silva et al. (2022) 8–10 % der älteren Smartphone BesitzerInnen mit problematischem Nutzungsverhalten. Diese Studie trifft jedoch keine Aussagen über smartphoneassoziierte krankheitswertige Störungen. Die Forscher fanden jedoch Unterschiede in den einzelnen Alterskohorten. So weisen die 60- bis 69-Jährigen höhere Prävalenzraten für die problematische Smartphonenutzung auf als Personen mit 70 Jahren oder älter. Die Autoren führen dies darauf zurück, dass mit zunehmendem Alter auch die Überforderung mit digitalen Anwendungen wieder wächst. Südkorea ist das einzige Land, das jährlich nationale Prävalenzdaten zur Smartphone-Überabhängigkeit erhebt – auch für ältere Menschen. Im „Smartphone Overdependence Survey" (2023) des Ministry of Science and ICT finden sich Prävalenzzahlen für ältere Erwachsene (60+) von 3–6 %. Unter „Überabhängigkeit" wird die Erfüllung der klassischen Suchtkriterien, wie Kontrollverlust (Loss of Control), Vorrang der Nutzung (Preoccupation/ Salience) und negative Konsequenzen (Adverse Consequences) verstanden. Höhere Prävalenzzahlen als in Südkorea haben Xu et al. (2023) in China bei älteren Menschen (60+) identifiziert. Je nach verwendetem Cut off-Wert der „Smartphone Addiction Scale" (SAS) finden sich 7–12 % mit problematischem Nutzungsverhalten. Der Grund für die höheren Prävalenzzahlen dürfte vor allem in den verwendeten Erhebungsinstrumenten liegen, da die Smartphonedurchdringung [jk1.1]insbesondere bei älteren Menschen in Südkorea mit dem weltweit am besten ausgebauten Mobilfunknetz noch deutlich höher ist.

Ätiologische Betrachtungen und Doppeldiagnosen

Chen et al. (2026) sehen Eskapismus – Flucht aus dem Alltag – als zentrale treibende Kraft für die Entwicklung einer Smartphoneabhängigkeit bei älteren Personen. Bei bestehender Einsamkeit führt die intensive Smartphonenutzung als (dysfunktionale) Copingstrategie zu verstärkter Isolation. Die Autoren betonen jedoch, dass eine zielgerichtete und sozial orientierte Nutzung (z. B. soziale Netzwerke und die Erledigung von Aufgaben online) die soziale Verbundenheit stärken kann, während eine unterhaltungsorientierte Nutzung (z. B. Binge-Watching) mit einem höheren Auftreten von Depressionen und Angstzuständen assoziiert ist. Bestehen im höheren Alter bereits kognitive Einschränkungen, werden viele NutzerInnen anfälliger für eine passive Nutzung, die wiederum die Isolation und Depressionen verstärkt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Choi et al. (2024) in ihrem „Scoping Review". Der übermäßige Smartphonegebrauch Älterer kann sich negativ auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit auswirken und zu Schmerzen im Bewegungsapparat, Schlafstörungen, Angstzuständen, depressiven Symptomen und Einsamkeit führen.

Ein weiterer zentraler Faktor für die Entstehung eines problematischen Smartphonenutzungsverhaltens im Alter ist die Qualität der familiären Beziehungen. Wie Xu et al. (2023) zeigen konnten, führen Familienkonflikte verstärkt zur Entfremdung mit Symptomen der Einsamkeit und Isolation und diese wiederum zu einem fehlgeleiteten Kompensationsversuch, der letztlich in einem pathologischen Nutzungsverhalten am Smartphone enden kann.

Es ist zu erwarten, dass mit steigender KI-Nutzung auch das Nutzungsverhalten älterer Personen deutlich steigen wird. KI-Chatbots etablieren sich zunehmend stärker als ernstzunehmende Gesprächspartner und Assistenten im Alltag. Mittlerweile gibt es Einzelfallberichte von KI-Chatbot-NutzerInnen, die bereits romantische Gefühle entwickelt haben und KI-Chatbots als Partnerersatz sehen (Gosh et al., 2023).

Den durch die weiter voranschreitende technologische Disruption generierten, enormen Chancen stehen aber auch beträchtliche Risiken gegenüber. So wie junge Menschen echte Begegnungen benötigen, die sie mit allen Sinnen erleben können, um sich adäquat zu entwickeln, benötigen auch ältere Menschen den Austausch mit anderen Menschen. Es obliegt uns als Gesellschaft, wie wir diese neuen Technologien einsetzen und nutzbar machen. Eines ist jedoch gewiss: Smartphone, KI und Co dürfen nicht als Ersatz für menschliche Begegnungen, sondern als sinnvolle Ergänzung bestehender sozialer Beziehungen gesehen werden. Die oben genannten, noch sehr raren, wissenschaftlichen Befunde unterstreichen diese Aussagen sehr deutlich und verstehen sich als Appell für eine humanistisch geprägte, sehr behutsame Implementierung neuer Technologien.

Literatur auf Anfrage erhältlich

Priv. Doz. Mag. Dr. Oliver Scheibenbogen
Klinischer und Gesundheitspsychologe, Biofeedbacktherapeut und -lehrtherapeut. Seit 30 Jahren am Anton Proksch Institut tätig, darunter Leitung der Klinischen Psychologie und der Ambulanz Treffpunkt 1050. Derzeit Stabsstelle für Innovation, Education & Research. Stv. Institutsvorstand an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien Institut für Sozialästhetik und Mental Health, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Biofeedback und Psychophysiologie

Die übersehenen Süchte des Alters

Interview mit Gerald Gatterer



Gerald Gatterer
im Gespräch mit Dominique Dumont

Der Weg ins Medikament ist oft der einfachere. Dazu kommt, dass viele soziale Situationen im Alter mit Alkoholkonsum verbunden sind. Man geht mit Freunden zum Heurigen — das ist positiv, man trifft sich, es ist lustig. Aber man merkt nicht, dass die Dosis steigt.

I: Zu Anfang würde ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen.
G: Mein Name ist Dr. Gerald Gatterer. Ich bin Universitätsdozent und Professor an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (SFU), mit den Schwerpunkten Alter, Psychotherapie — insbesondere Verhaltenstherapie — und klinische Psychologie. Ich war bis vor fünf Jahren im Wiener Gesundheitsverbund tätig, wo ich eine Abteilung für Sozialpsychiatrie mit dem Schwerpunkt psychosoziale Rehabilitation geleitet habe. Momentan arbeite ich in freier Praxis und leite an der SFU das Institut für Alter und Forschung.

I: Welche Suchtformen werden in der geriatrischen Praxis am häufigsten übersehen oder unterschätzt und warum?
G: Das Problem beim alten Menschen ist, dass er sehr häufig auf somatische Probleme reduziert wird. Dabei wird übersehen, dass Altern, Pensionierung oder der Verlust eines Partners sehr viele psychosoziale Probleme mit sich bringen können, die oft mit bekannten Automatismen kompensiert werden. Österreich ist ein Land, das sehr gerne trinkt — Alkohol wird so schnell zur Problembewältigung. Dass die Dosis steigt, dass man häufiger trinkt, dass Alkohol als Medizin verwendet wird, merkt man oft nicht. Der Magenbitter gegen Magenbeschwerden, der Aperitif für den Appetit — das schleicht sich leicht ein. Ähnliches gilt für Schlafmittel, Abführmittel und Schmerzmittel aus der Apotheke — diese geheimen Süchte des Alters werden selten als solche wahrgenommen. Dazu kommt das Bagatellisieren: Was macht es schon, wenn ich zu jeder Mahlzeit ein Bier trinke. Erst wenn man nachfragt, ob das Gulasch ohne Bier noch schmeckt, wird deutlich, wie fest das Muster sitzt.

I: Gibt es Suchtformen, die im höheren Lebensalter spezifisch zunehmen?
G: Vor allem bei älteren Frauen sehen wir einen Anstieg des Beruhigungsmittelkonsums — etwa 20 Prozent nehmen regelmäßig irgendein Beruhigungsmittel ein, oft ohne konkrete Indikation. Auch Alkohol als Tagesstrukturierung nimmt zu: Man sitzt zu Hause, weiß nicht, was man tun soll, und trinkt halt etwas. Dass sich dabei Suchtmechanismen einschleichen, wird kaum wahrgenommen. Schmerzmittel werden zunehmend selbst verordnet — man greift zur Tablette statt zur Bewegung. Und auch psychoaktive Substanzen sind im Alter keine Ausnahme mehr: Selbst Cannabinoide, die derzeit als Therapiemaßnahme diskutiert werden, können eine Sucht begünstigen.

I: Wie äußert sich Sucht im Alter klinisch und welche diagnostischen Marker helfen dabei, eine suchtbedingte kognitive Beeinträchtigung von einer beginnenden Demenz zu unterscheiden?
G: Der wichtigste Faktor ist eine ausführliche Anamnese, bei der heikle Themen wertneutral angesprochen werden. Ein konkretes Beispiel: Eine Kollegin fragte mich wegen einer 70-jährigen Frau mit Gedächtnisproblemen an, Verdachtsdiagnose beginnende Demenz vom Alzheimer-Typ. Das Testprofil — der CERAD, eine Testbatterie für Demenz — zeigte jedoch, dass die Person fast überall gut abschnitt, nur bei den Gedächtnisfunktionen schwach. Ich fragte, ob eine Alkohol- und Medikamentenanamnese durchgeführt wurde. Die Antwort war nein — weil sie ja schon 70 sei. Aber auch mit 70 kann man Alkohol trinken. Das zeigt, wie schnell man diagnostisch im Bereich Demenz landet. Viele Substanzen — Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Kombinationen aus Beruhigungs- und Schlafmitteln — können kognitive Defizite verursachen. Auch Abführmittel können zu Flüssigkeitsmangel führen — in Kombination mit Hitze entstehen delirante Zustandsbilder, die schnell als Demenz fehldiagnostiziert werden. Von einem Tag auf den anderen wird niemand dement, außer nach einem Schlaganfall. Es braucht eine ausführliche Diagnostik inklusive Blutbefund — kein Screening allein. Und nicht tabuisieren, sondern direkt fragen: Wie viel trinken Sie? Wenn die Person sagt, sie sei doch kein Alkoholiker, kann man erwidern: Das müssen Sie nicht sein — und trotzdem kann Alkohol dazu führen, dass das Gedächtnis schlechter wird.

I: Welche besonderen Herausforderungen bringt die Arbeit mit älteren Betroffenen mit sich — etwa durch Komorbiditäten, Polypharmazie oder eingeschränkte Therapiemotivation?
G: Ich würde hier differenzieren zwischen älteren Menschen zu Hause und in einer Institution. Zu Hause haben wir vor allem das Problem der Einsamkeit, die häufig mit Medikamenten überdeckt wird — statt den Weg in die Psychotherapie zu gehen, wo man lernen könnte,

soziale Kontakte zu knüpfen oder eine neue Rolle zu finden. Der Weg ins Medikament ist oft der einfachere. Dazu kommt, dass viele soziale Situationen im Alter mit Alkoholkonsum verbunden sind. Man geht mit Freunden zum Heurigen — das ist positiv, man trifft sich, es ist lustig. Aber man merkt nicht, dass die Dosis steigt. Vier Spritzer klingen nach wenig, sind aber ein halber Liter Wein. Und derzeit sehen wir einen neuen Mechanismus: Smartwatches, die Körperfunktionen überwachen. Wer morgens liest, er habe schlecht geschlafen, greift zum Schlafmittel — obwohl er sich vorher gut gefühlt hat. Die dauerhafte Selbstkontrolle durch die Uhr wird selbst zum Suchtmechanismus. Eine besondere Herausforderung ist, dass Betroffene oft mit ganz anderen Problemen kommen. Es braucht viel Empathie, um jemandem zu vermitteln, dass ein Suchtmechanismus vorliegt. Ein aktuelles Beispiel: ein älterer Herr, der sich beim Sport immer wieder verletzt — dahinter steckt eine Sportsucht. Er wurde depressiv, nachdem er infolge eines Sturzes nicht mehr Rad fahren konnte. Jugend, Fitness, Optimierung — auch aus diesem Antrieb heraus kann sich im Alter Sucht entwickeln.

I: Wie reagiert das Versorgungssystem auf Sucht im Alter? Sind geriatrische Einrichtungen darauf ausreichend vorbereitet?

G: Pflegeheime sind keine Entzugsinstitutionen — und genau das ist das Problem. Wer zu Hause täglich Bier getrunken oder geraucht hat, bringt dieses Verhalten mit. Manche Heime reagieren bedürfnisorientiert, andere sind schlicht nicht vorbereitet. Das erzeugt Konflikte. Dazu kommt strukturelle Überforderung: Die Vergabe suchtmachender Substanzen passiert schnell. Ein Schlafmittel am Abend, weil eine Pflegeperson für bis zu 50 Personen zuständig ist. Statt einer adäquaten Schmerztherapie erfolgt oft eine Sedierung. Psychopharmaka und Beruhigungsmittel werden häufig verordnet, weil es die raschere Lösung ist. Wenig bedacht ist außerdem, dass auch Menschen mit Suchtgeschichte alt und pflegebedürftig werden — oft früher, weil Folgeerkrankungen zu einem früheren körperlichen Abbau führen. Sie haben andere Bedürfnisse als ein 80-Jähriger ohne Suchtgeschichte. Heime brauchen Schulungen im Umgang mit dieser Gruppe — und die Frage der Substitution ist dort oft ein Riesenproblem, weil dafür ein qualifizierter Arzt benötigt wird.

I: Welche Rolle spielen Angehörige sowohl bei der Erkennung einer Suchtproblematik als auch im Behandlungsprozess?

G: Angehörige spielen eine wichtige Rolle, müssen aber aufpassen, nicht in die Rolle des Erziehenden zu gleiten — das führt zu Konflikten. Wenn die Partnerin sagt „jetzt trinkst du schon wieder", fühlt sich die betroffene Person wie ein Kind und reagiert mit Trotz. Ähnlich problematisch ist es, wenn Paare in die Rollen „der Gesunde" und „der Kranke" verfallen. Interessant ist, wie unterschiedlich Angehörige auf verschiedene Suchtformen reagieren: Bei Alkohol kommt schnell der Vorwurf, bei Beruhigungsmitteln wird eher noch dazu geraten. Verhaltenssüchte wie übermäßiges Einkaufen werden kaum wahrgenommen — dabei schleicht sich auch dort ein Suchtmechanismus ein. Diese Mechanismen sind kurzfristig mit Lebensqualität verbunden — das müssen auch Angehörige anerkennen. Alkoholfreie Alternativen können ein sinnvoller Weg sein: Wer alkoholfreien Wein wählt, ist nicht der Mensch, der noch immer süchtig ist. Rückfälle entstehen dort, wo man jemandem etwas verbietet und ihn dann überwacht. Der wichtigste Appell: Was ist weggefallen — an Freude, an Sinn, an Aktivität — und womit wird das kompensiert? Den älteren Menschen nicht symptomorientiert, sondern ganzheitlich sehen: Was braucht diese Person, damit es ihr gut geht?

I: Welche therapeutischen Ansätze haben sich in der Behandlung älterer Abhängiger als besonders wirksam erwiesen? Wo sehen Sie den größten Nachholbedarf?

G: International zeigt sich, dass die Sensibilisierung für Sucht im Alter stark vernachlässigt wird — der alte Mensch wird auf primäre Probleme reduziert. Dabei ist Sucht nie nur Sucht, sondern Repräsentant für soziale, persönliche und psychische Probleme. Den alten Menschen ganzheitlich zu sehen — nicht auf die Sucht oder Krankheit reduziert —, bleibt das zentrale Anliegen, egal in welchem Kontext. Bei der Behandlung sollte das Thema Sucht immer mitgedacht werden. Wenn ein Medikament verordnet wird: Was macht es langfristig mit diesem Menschen? Kurzfristig effizient, aber ohne Alternativen, kann eine Behandlung ein neues Problem erzeugen. Hausärzte und Fachärzte sollten häufiger auf begleitende psychotherapeutische Behandlung hinweisen. Gerade bei älteren Menschen ist der Zugang schwieriger, weil Psychotherapie mit „verrückt sein" assoziiert wird. Da braucht es Überzeugungsarbeit: Es geht um die Lösung eines konkreten Problems — etwa dass zu viele Schmerzmittel das Sturzrisiko erhöhen. Der Schlüssel ist Sensibilität: nicht konfrontativ, sondern zugewandt. Und weg vom Tabuisieren — das Gehirn bekommt durch Suchtmechanismen Dopamin und lernt, genau das zu wiederholen. Verbote allein unterbrechen diesen Mechanismus nicht.

I: Wie schätzen Sie die weitere Entwicklung ein? Wird das Bewusstsein für Sucht im Alter in Forschung und Klinik in den nächsten Jahren aufholen?

G: Es erscheinen erfreulicherweise immer mehr Publikationen zu diesem Thema. Was ich aber kritisch sehe: Noch immer dominiert der Ansatz der völligen Abstinenz — dabei zeigen Daten, dass auch kontrolliertes Trinken möglich ist, ohne dass das zwingend ein Rückfall ist. Wenig im Blick sind neue Suchtformen im Alter: Smartphones und KI ermöglichen Interaktion, ersetzen aber zunehmend reale Kontakte. Ich sehe in meiner Praxis bereits ältere Menschen, die das Gespräch mit einer KI dem Gespräch mit dem Partner vorziehen — weil sie dort die Zuwendung bekommen, die sie im sozialen Umfeld vermissen. Spiel- und Pornografiesucht sind im Alter präsenter als angenommen, werden aber selten thematisiert. Das verbindende Muster ist immer dasselbe: Ein Bedürfnis — nach Nähe, nach Stimulation, nach Struktur — wird durch einen Mechanismus befriedigt, der kurzfristig funktioniert und langfristig bindet. Solange wir das nicht erkennen, werden wir diese Süchte weiter übersehen.

Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer
Akad. Health Care Manager. Klinischer-und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Leiter des Instituts für Alternsforschung an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien. Vortragender für klinische Psychologie, Psychotherapiewissenschaft, Gerontopsychotherapie etc. an diversen Universitäten und Fachhochschulen.
Forschungsschwerpunkte und Publikationen: Gerontopsychologie, Demenzforschung, Gerontopsychotherapie, klinisch-psychologische Behandlungen, Psychotherapie, Organisationsentwicklung in geriatrischen Institutionen.
Homepage: www.gatterer.at
E-mail: gerald@gatterer.at

Graue Haare, alte Laster: Alter und Sucht im Strafvollzug

Der demografische Wandel macht vor den Mauern unserer Justizanstalten nicht halt. Im modernen Vollzugsalltag werden die Insassen immer älter. Doch mit dem steigenden Durchschnittsalter rückt eine Personengruppe in den Fokus, die den Dienstbetrieb vor völlig neue medizinische und psychologische Aufgaben stellt: lebensältere Menschen mit Suchterkrankungen. Die Justizanstalt (JA) Suben geht hier mit dem Seniorenvollzug als Vorreiter voran. Ein genauer Blick auf die Praxis zeigt, dass die Betreuung dieser Klienten weit über die reine Verwahrung hinausgeht und ein hochentwickeltes Konzept erfordert.

Beschleunigtes Altern hinter Gittern

Wenn man im Strafvollzug von „älteren" Insassen spricht, setzt diese Definition meist deutlich früher an als in der freien Gesellschaft. Während im zivilen Leben das Seniorenalter meist mit 65 Jahren beginnt, wird im Kontext des Entzugs der Freiheit oft schon die Grenze von 55 oder 60 Jahren herangezogen. Der Grund hierfür liegt im Phänomen des beschleunigten Alterns. Jahrelanger Substanzkonsum – seien es Alkohol, illegalisierte Drogen oder der chronische Missbrauch von Medikamenten – hinterlässt tiefgreifende Spuren.

Die physische und psychische Konstitution vieler suchtstarker Inhaftierter entspricht oft biologisch einem Alter, das zehn bis fünfzehn Jahre über dem tatsächlichen Geburtsdatum liegt. Im normalen Abteilungsalltag haben diese Menschen einen schweren Stand. Sie sind den Dynamiken des Regelvollzugs, der von jüngeren Insassen dominiert wird, physisch und psychisch oft nicht gewachsen. Sie werden schneller Ziel von Übergriffen oder geraten in aggressive Reibereien. Eine spezialisierte Abteilung, wie sie in der Justizanstalt Suben etabliert wurde, schafft hier wesentliche Abhilfe. Sie fungiert als geschützter Rückzugsbereich. Wenn die Generationen getrennt sind, läuft der Alltag spürbar entspannter ab, was nicht nur den Insassen, sondern auch der Sicherheit und Entlastung des Dienstbetriebs zugutekommt.

Multimorbidität: Wenn Sucht auf Altersmedizin trifft

Die Betreuung älterer Suchtkranker im Vollzug erfordert ein tiefes Verständnis von Multimorbidität. Es handelt sich selten um ein isoliertes Problem. Vielmehr überschneiden sich die Langzeitfolgen einer chronischen Abhängigkeit mit klassischen geriatrischen Erkrankungen. Auf der einen Seite stehen Organschäden, kardiovaskuläre Probleme oder neurologische Defizite als direkte Folge von schwerem Missbrauch. Auf der anderen Seite entwickeln die Betroffenen typische Altersleiden wie Demenz, nachlassende Mobilität, Seh- und Hörschwächen. Besonders komplex gestalten sich die medizinische Logistik und die Pharmakotherapie. Viele ältere Insassen befinden sich in einem Substitutionsprogramm oder benötigen hochdosierte Schmerzmedikamente. Gleichzeitig müssen sie aufgrund ihrer internistischen Erkrankungen eine Vielzahl weiterer Präparate einnehmen. Diese Polypharmazie birgt immense Risiken für Wechselwirkungen oder eine erhebliche Sturzgefahr. Für das medizinische Personal und den Exekutivdienst bedeutet dies eine permanente Gratwanderung zwischen adäquater Therapie einerseits und der Vermeidung von Missbrauch andererseits. Eine engmaschige Überwachung ist hierfür unerlässlich.

Der Alltag in der JA Suben: Struktur und Aktivierung

Der Dienst auf der Seniorenabteilung in Suben unterscheidet sich spürbar vom klassischen Regelvollzug. Der Fokus liegt stark auf der Strukturierung des Alltags und dem Erhalt der noch verbleibenden Fähigkeiten der Männer. Ein strukturierter Tagesablauf ist gerade für suchtkranke und kognitiv eingeschränkte Menschen der wichtigste äußere Halt. Die Insassen profitieren von flexibleren Rahmenbedingungen wie längeren Öffnungszeiten und einem speziell gestalteten Aufenthaltsbereich. Auch das Arbeitswesen wurde komplett angepasst: Die Männer arbeiten nach wie vor, allerdings in verkürzter Form, in Teilzeit oder flexibel nach persönlicher Tagesverfassung. Dies vermittelt weiterhin das Gefühl, produktiv zu sein, ohne sie physisch oder psychisch zu überfordern. Zudem halten gezielte Sportgeräte und Lernmöglichkeiten die Männer fit und wirken dem Abbau entgegen.

Das multiprofessionelle Team vor Ort

Um die Herausforderungen dieser Spezialabteilung zu bewältigen, bedarf es eines starken, multiprofessionellen Teams vor Ort. Neben dem Abteilungskommandanten spielen spezialisierte Fachkräfte eine Schlüsselrolle:

- Pflegeassistenz: Unterstützt direkt bei der Körperpflege, der Reinigung der Räumlichkeiten und übernimmt einen kleinen, täglichen Gesundheitsservice. Dadurch wird verhindert, dass Insassen körperlich verwahrlosen.
- Geschulte Bedienstete (Selba-Konzept): Setzen direkt bei der Vorsorge an. Mit gezieltem Gehirntraining, Koordinationsübungen und einfachen Beschäftigungstätigkeiten wird Demenzerkrankungen aktiv entgegengewirkt. Diese Übungen sind auch für chronisch Suchtkranke wertvoll, um geschädigte neuronale Netzwerke zu stimulieren.

Fazit: Ein Modell für die Zukunft

Der Seniorenvollzug in Suben zeigt vorbildlich, wie sich unser Berufsbild wandelt. Es geht nicht mehr nur um reine Verwahrung, sondern um altersadäquate Betreuung und medizinische Logistik im Dienst. Die Etablierung spezialisierter Abteilungen entlastet das gesamte System langfristig und sorgt für einen sichereren, ruhigeren Dienstbetrieb auf den Abteilungen.



Aufenthaltsbereich der Seniorenabteilung



Sportgeräte im Aufenthaltsbereich der Seniorenabteilung



Sitzbänke im Seniorengarten

Fotos: © Justizanstalt Suben



Computerarbeitsplatz der Seniorenabteilung

Steckbrief Seniorenvollzug

Der Seniorenvollzug in der Justizanstalt Suben startete im Jahr 2010 als Pilotprojekt, bevor er im Jahr 2012 offiziell in den Regelbetrieb ging. Seit Anfang 2014 wird die Seniorenabteilung in ihrer heutigen Form offiziell geführt.

Belag: 25 von gesamt 300 Insassen
Wohngruppen: 4
Altersgrenze: ab 60 Jahren
Bedienstete: 1 Justizwachebeamter, 1 Pflegeassistenz



Schild über dem Eingang der Seniorenabteilung

KURZ ERKLÄRT

Entwöhnungsbehandlung im Strafvollzug

*Das Strafvollzugsgesetz (StVG) bietet die Möglichkeit Insass*innen einer Suchtbehandlung zuzuführen. Dabei regelt der § 68a StVG, wann Strafgefangene einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen sind. Die Behandlung ist vorgesehen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:*

• Nach der Erklärung des Anstaltsarztes ist die betroffene Person dem Missbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben und die Behandlung angesichts der Dauer der Strafzeit zweckmäßig.

• Die Strafzeit beträgt mehr als zwei Jahre und ausschließlich deshalb wurde von einer Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher nach § 22 StGB abgesehen. Eine Behandlung darf jedoch nicht eingeleitet oder fortgesetzt werden, wenn sie von vornherein aussichtslos erscheint oder ihre Fortsetzung keinen Erfolg verspräche.

Justizanstalt Suben

Die Justizanstalt Suben ist eine Strafvollzugsanstalt für erwachsene männliche Insassen und für den Vollzug von Freiheitsstrafen mit einer Strafzeit von in der Regel mehr als 18 Monaten zuständig. Die Belagskapazität der Justizanstalt Suben beläuft sich auf insgesamt 300 Haftplätze, davon 30 im Freigängerhaus. 4975 Suben, Kirchenplatz 1

Ältere Menschen, Alkohol und andere Drogen und Straffälligkeit



von Martin Schmid



von Irmgard Vogt

Der Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol und anderen Drogen und delinquentem und gewalttätigem Verhalten wurde in zahlreichen Studien und Datenauswertungen nachgewiesen (vgl. z. B. Duke et al. 2018, Rettenberger & Verzagt 2025). In vielen Diskussionen sowohl zum riskanten Alkohol- und Drogenkonsum als auch zur Straffälligkeit wird davon ausgegangen, dass beide Formen abweichenden Verhaltens mit zunehmendem Alter seltener werden und somit ältere alkohol- oder von sonstigen Drogen abhängige Straftäter allenfalls als Ausnahme vorkommen. In diesem Beitrag wird anhand von Daten und Erfahrungen aus Deutschland untersucht, welche Zusammenhänge sich zwischen einem höheren Lebensalter, Alkohol- und Drogenkonsum und delinquentem Verhalten zeigen und welche Herausforderungen sich daraus für die entsprechenden Hilfesysteme ergeben.

Der Konsum von Alkohol und anderen Drogen bei älteren Menschen in Deutschland

Vor allem der Konsum von Alkohol ist in Deutschland weit verbreitet. Daten aus regelmäßigen Bevölkerungsbefragungen (Hollweck et al. 2026a) belegen, dass rund drei Viertel der männlichen und rund zwei Drittel der weiblichen Bevölkerung in Deutschland vergleichsweise regelmäßig alkoholische Getränke konsumieren. Der Anteil derjenigen mit riskanten und schädlichen (Hoch-) Konsumgewohnheiten ist bei den erwachsenen Männern mit rund 18 % und bei den erwachsenen Frauen mit rund 12 % hoch. Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys zeigen, dass der riskante und schädliche Konsum mit dem Alter nur wenig abnimmt. Auch Menschen, die über 65 oder auch über 75 Jahre alt sind, trinken vergleichsweise häufig Alkoholisches, wenn auch seltener bis zum Rausch getrunken wird. Immerhin nimmt der Anteil derjenigen mit einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV mit dem Alter systematisch ab und erreicht in der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen die niedrigsten Werte (Männer 2,3 %, Frauen 1,4 %). Der rechtliche Status von Cannabis hat sich durch die Teillegalisierung stark verändert. Die 30-Tages-Prävalenz für den Konsum von Cannabis lag dem Epidemiologischen Suchtsurvey (Hollweck et al. 2026b) zufolge im Jahr 2024 – dem Jahr der Teillegalisierung – bei jungen Männern zwischen 21 und 29 Jahren bei rund 13 % und bei jungen Frauen in dieser Altersklasse bei gut 7 %. Mit zunehmendem Alter geht die 30-Tages-Prävalenz zurück und liegt bei Männern und Frauen über 65 Jahren unter 1 % und bei über 75-Jährigen noch bei 0,3 %. Auch bei der Frage nach der 30-Tages-Prävalenz des Konsums „irgendeiner" illegalen Droge – dazu zählen u. a. Amphetamine, MDMA, Kokain/Crack und Opioide, nicht aber Cannabis – finden sich mit über 3 % die höchsten Werte bei den 21- bis 29-Jährigen. Ab 30 Jahren gehen diese Werte deutlich zurück, liegen zwischen 60 und 64 Jahren aber immerhin noch bei knapp 1 %. Ab 65 Jahren zeigt sich dann ein weiterer Rückgang. Welche Rolle dabei ärztlich verschriebene Präparate wie z. B. Fentanyl-Pflaster spielen, ist unklar. Seit mehreren Jahren wird auch in Deutschland über ältere Abhängige von illegalen Drogen diskutiert, die dem öffentlichen Bild der jungen Drogenkonsumierenden nicht entsprechen (Vogt 2011, Schmid et al. 2024). Zunächst ging es dabei um älter gewordene Heroinabhängige ab etwa 45 Jahren, die lange Zeiträume abhängigen Konsums überlebt haben, die trotz mehrerer Ausstiegsversuche immer noch Opioide konsumieren und mit zunehmendem Alter unter teils massiven somatischen, psychischen und sozialen Folgen des langjährigen Konsums, des Lebens auf Drogenszenen und der damit verbundenen Ausgrenzung und Stigmatisierung leiden. Ein großer Teil dieser älter gewordenen Heroinabhängigen nimmt seit Jahren an einer opioidagonistischen Behandlung (Substitutionsbehandlung) teil. Auf den mehr oder weniger offenen Drogenszenen in deutschen Großstädten hat inzwischen Crack Heroin als die am häufigsten konsumierte Droge abgelöst. Interessant in diesem Zusammenhang sind empirische Studien zu solchen offenen Szenen, wie sie etwa aus Berlin, Frankfurt, Köln und Dortmund bekannt sind. In der aktuellen Frankfurter Szenestudie (Arendt & Werse 2025) waren die befragten Männer im Durchschnitt fast 45 Jahre und die befragten Frauen im Durchschnitt rund 40 Jahre alt. 27 % der Männer waren über 51 Jahre alt und 2 % über 60. Bei den Frauen waren 8 % über 51 Jahre alt. Bei Szenebefragungen in mehreren Städten in Nordrhein-Westfalen (Deimel et al. 2025) lag das Durchschnittsalter bei 44 Jahren (bei einer Standardabweichung von 10,5 Jahren) und die älteste befragte Person war 78 Jahre alt. Insgesamt ergibt sich somit ein differenziertes Bild zum Konsum von Alkohol und anderen Drogen im Alter. Alkohol wird in Deutschland auch von vielen

Menschen über 65 und auch über 75 durchaus regelmäßig getrunken, wenn auch seltener bis zum Rausch und bis zur Entwicklung einer Abhängigkeit. Bei Bevölkerungsbefragungen zeigt sich, dass Menschen über 65 Jahren deutlich seltener als Jüngere Cannabis und illegale Drogen wie Amphetamine, Kokain oder Heroin konsumieren. Szenebefragungen und auch Daten aus den Hilfesystemen zeigen allerdings, dass zu den offenen Szenen und zur Klientel der Hilfesysteme inzwischen auch eine relativ große Zahl von Drogenabhängigen über 50 und 60 Jahre gehören.

Straffälligkeit und Straßenverkehrsdelikte

Zur Straffälligkeit von Menschen mit substanzbezogenen Störungen finden sich nur wenige Daten. In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) wird der Anteil der Tatverdächtigen „unter Alkoholeinfluss" registriert. Über alle Straftaten schwankt der Anteil der Tatverdächtigen „unter Alkoholeinfluss" an allen Tatverdächtigen seit 2001 zwischen 9 % und 14 % (Rettenberger & Verzagt 2025, 165). Von allen Tatverdächtigen über 60 Jahren aus dem Jahr 2025 standen 9.468 – das entspricht knapp 5 % – unter Alkoholeinfluss. 87 % davon waren Männer, 13 % Frauen. Bei den Straftaten gegen das Leben, gegen die sexuelle Selbstbestimmung und bei den Rohheitsdelikten liegt der Anteil der Straftäter unter Alkoholeinfluss bei den über 60-Jährigen mit 6-9 % etwas höher. Es sind demnach nur wenige Männer – und noch weniger Frauen – über 60 Jahre, die unter Alkoholeinfluss als Tatverdächtige registriert werden. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die PKS nur Daten zu angezeigten Delikten – dem Hellfeld – enthält. Dass das Dunkelfeld (Delikte, die nicht zur Anzeige gebracht werden) viel größer ist, deuten Studien zur häuslichen Gewalt an (z. B. Cafferky et al. 2018, Duke et al. 2018, Leitgöb-Guzy & Bieber 2025), die von deutlich höheren Zahlen von Männern und Frauen, die im häuslichen Umfeld gewalttätig werden, ausgehen. Zur Gewalt im Kontext von Pflege und dabei insbesondere zur Bedeutung von Alkohol liegen keine Daten vor. In der PKS gibt es keine Erfassung von Tatverdächtigen, die unter dem Einfluss von anderen Drogen als Alkohol gehandelt haben. Wir wissen also nicht, wie viele Menschen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen Straftaten begehen, und wir wissen ebenso wenig, wie das bei Menschen im höheren Alter ist. Bei illegalen Drogen ist allerdings bereits der Erwerb und Besitz der jeweiligen Substanz eine Straftat. Deshalb lohnt der Blick in die Daten zu Verstößen gegen die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes bzw. des Cannabisgesetzes. Die Zahl der Delikte im Zusammenhang mit Cannabis ist durch die Teillegalisierung 2024 um rund 80 % zurückgegangen (Bundeskriminalamt 2026, 17). Den PKS-Daten zufolge waren weniger als 2 % der Tatverdächtigen bei Cannabisdelikten 60 Jahre oder älter. Sieht man von Cannabis ab, wurden 2025 bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelrecht gut 90.000 Tatverdächtige gezählt. Wiederum lag der Anteil der Menschen über 60 Jahren mit rund 1.400 Personen unter 2 %. Fast 80 % davon sind Männer. Interessant ist auch ein Blick in den Strafvollzug: Einer regelmäßigen Erhebung in Justizvollzugsanstalten zufolge ist bei einem Viertel aller Inhaftierter von einer Abhängigkeit und bei weiteren 15 % vom schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen wie Cannabis, Opioiden und Alkohol auszugehen (Soyka 2025). Eine Aufschlüsselung nach Altersgruppen liegt nicht vor. Wiederum eine andere Perspektive ergibt sich, wenn man Delikte im Straßenverkehr und dabei insbesondere Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol und anderen Drogen betrachtet. Bei rund 5 % der Unfälle im Straßenverkehr mit Personenschäden ist Alkohol im Spiel (Färber & Klipp 2025). Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol verlaufen meist folgenreicher als andere Unfälle. Von 15.805 alkoholisierten Unfallbeteiligten waren 1.157 älter als 64. Das entspricht gut 7 %. Fast 90 % davon waren Männer. Unfälle unter dem Einfluss „anderer berauschender Mittel" machen etwa 1 % aller Unfälle mit Personenschäden aus. Nur wenige der Beteiligten an solchen Unfällen sind älter als 65. Allerdings wurden mehr als 5.000 über 60-Jährigen in Verbindung mit Alkohol oder anderen Drogen im Jahr 2021 der Führerschein entzogen (Statistisches Bundesamt 2022, 50).

Zusammenfassung

Auch ältere Menschen trinken alkoholische Getränke und ein Teil der Menschen behält riskante Konsumgewohnheiten auch im Alter bei. Straftaten unter Alkoholeinfluss werden bei Älteren seltener registriert, kommen aber durchaus vor. Über häusliche Gewalt und Gewalt in der Pflege und den Einfluss von Alkohol auf Opfer und Täter wissen wir wenig. Bei Straßenverkehrsunfällen im Zusammenhang mit Alkohol und anderen Drogen sind ältere Menschen weniger beteiligt als jüngere. Der Führerscheinentzug wegen Alkohol oder anderen Drogen und die damit verbundenen Einschränkungen werden allerdings auch für Ältere zum Problem. Der Konsum von Drogen wie Cannabis oder Amphetaminen und auch die damit zusammenhängende Delinquenz spielt nur bei sehr wenigen älteren Menschen eine Rolle. In der Substitutionsbehandlung und auf den offenen Drogenszenen der Großstädte finden sich hingegen zunehmend ältere Abhängige (50 Jahre und älter), die auf sehr lange Suchtkarrieren zurückblicken. Wahrscheinlich führen die opioidagonistische Behandlung und der Prozess des Älterwerdens dazu, dass von diesen älteren Abhängigen weniger Straftaten begangen werden. Nicht zu unterschätzen sind allerdings die Auswirkung langjähriger Hafterfahrungen und auch vielfältige Erfahrungen als Opfer von Kriminalität und Gewalt, von denen ältere Abhängige im Lebenslauf besonders betroffen waren. Aktuell liegen keine Studien vor, in denen untersucht worden ist, wie sich diese Erfahrungen auf abweichendes Verhalten und kriminelle Handlungen auswirken.

Literatur auf Anfrage erhältlich

Prof. Dr. Martin Schmid
ist Soziologe und hat bis vor kurzem an der Hochschule Koblenz im Fachbereich Sozialwissenschaften gelehrt und geforscht und im Institut für sozialwissenschaftliche Forschung und Weiterbildung (IFW) des Fachbereichs mitgearbeitet. Zu seinen Schwerpunkten gehören Forschungsprojekte zu älteren Drogenabhängigen, zum Suchthilfesystem und zu Case Management in der Sucht- und Drogenhilfe.

Prof. Dr. Irmgard Vogt
ist Psychologin und hat bis 2009 an der Frankfurt University of Applied Sciences im Fachbereich Soziale Arbeit gelehrt und geforscht. Zu ihren Schwerpunkten gehören Studien zu Substanzkonsumstörungen (Sucht), Geschlechter und Gewalterfahrungen über die Lebenszeit sowie zu politischen und sozialen Rahmenbedingungen psychosozialer und psychotherapeutischer Arbeit mit Menschen mit Substanzkonsumstörungen.

Altern mit Sucht
Zwischen Pflegebedarf und Selbstbestimmung



von Ariane Brandecker

Das Franziska-Fast-Haus der Volkshilfe Wien bietet 86 Wohnplätze für ehemals obdachlose und/oder wohnungslose Menschen. Die Bewohner*innen leben in eigenen Wohneinheiten mit Bad und Küchenzeile. Ziel ist es, ihnen so lange wie möglich ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Rund 90 Prozent der Bewohner*innen sind von einer Suchterkrankung im Zusammenhang mit legalen oder illegalen Substanzen betroffen. Unterstützung im Alltag erhalten sie durch ein multiprofessionelles Team aus Sozialarbeiter*innen, Wohn- und Gesundheitsbetreuer*innen sowie Mitarbeiter*innen der Haustechnik und Hausbetreuung. Zivildiener und Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr unterstützen das Betreuungsteam. Für Bewohner*innen, die im Alter oder aufgrund einer Erkrankung zusätzliche Unterstützung benötigen, können Heimhilfe oder Hauskrankenpflege organisiert werden. Bei mehrfachen Suchterkrankungen und/oder psychiatrischen Erkrankungen kann sozialpsychiatrische Heimhilfe beantragt werden. Zweimal wöchentlich bietet eine Konsiliarärztin von neunerhaus medizinische Versorgung im Haus an. Einmal pro Woche steht den Bewohner*innen zudem ein Konsiliararzt der Psychosozialen Dienste Wien (PSD) zur Verfügung. Diese niederschwelligen Angebote werden gut angenommen. Sie erleichtern den Zugang zu medizinischer und psychiatrischer Behandlung und helfen, Ängste abzubauen. Gespräche im vertrauten Umfeld können Vertrauen schaffen und die Bereitschaft fördern, weiterführende Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Paradigmenwechsel schaffte neue Lebensperspektiven

Von den 1970er- bis in die 1990er-Jahre war eine chronische Suchterkrankung häufig mit einem frühen Tod verbunden. Die Suchthilfe orientierte sich damals vor allem am Ziel der Abstinenz. Für viele Betroffene war dieses Ziel jedoch nicht erreichbar. Hinzu kam die HIV-Epidemie: Ohne wirksame Behandlungsmöglichkeiten führte eine HIV-Infektion häufig zu einer tödlichen AIDS-Erkrankung. Opioidgestützte Therapien und Maßnahmen der Schadensminimierung (Harm Reduction) verbesserten die gesundheitliche Situation vieler Menschen mit Suchterkrankungen. Dazu zählen unter anderem die Ausgabe und der Tausch steriler Spritzen, Safer-Use-Beratung, Drug Checking sowie Naloxon-Schulungen und die Abgabe von Naloxon zur Hilfe bei Opioidüberdosierungen. Auch HIV- und Hepatitis-Tests, Impfungen, entsprechende Behandlungen und eine niederschwellige medizinische Versorgung leisten dazu einen wichtigen Beitrag. Die Öffnung der Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe für Menschen mit aktivem Substanzkonsum im Jahr 1995 ermöglichte zudem eine Stabilisierung ihrer Wohn- und Lebenssituation. Zusammen mit sozialarbeiterischer Unterstützung und psychosozialer Begleitung eröffneten diese Entwicklungen vielen Betroffenen die Perspektive auf ein längeres Leben. Damit entstehen neue Anforderungen an die Wohnungslosenhilfe, die Sucht- und Drogenhilfe sowie das Gesundheitssystem: Immer mehr Menschen mit Suchterkrankungen werden älter und benötigen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen zusätzliche Unterstützung im Alltag.

Altern mit Sucht

Wir alle werden älter. Mit der Zeit wird uns die Endlichkeit des Lebens deutlicher bewusst und wir blicken auf unseren bisherigen Weg zurück: Was haben wir erreicht? Was hätte anders verlaufen können? Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie wir im Alter wohnen und leben möchten: Können wir in unserer Wohnung bleiben? Welche Unterstützung werden wir benötigen? Werden mobile Pflegedienste ausreichen oder wird ein Umzug in eine betreute Wohn- oder Pflegeeinrichtung notwendig? Menschen mit chronischem Drogenkonsum sind mit diesen Fragen häufig deutlich früher konfrontiert. Altersbedingte Beschwerden und Einschränkungen können bei ihnen bereits 15 bis 20 Jahre früher auftreten. Viele unserer Bewohner*innen leben oder lebten unter Bedingungen gesellschaftlicher Ausgrenzung. Ihr Alltag ist oder war häufig vom unmittelbaren Überleben geprägt. Die körperlichen und psychischen Belastungen reichen dabei oft weit zurück: frühe Traumatisierungen und belastende Erfahrungen in der Herkunftsfamilie, prekäre Wohn- und Lebensverhältnisse, Gewalterfahrungen oder Hafterfahrungen. Auch Erfahrungen mit Institutionen wie der Kinder- und Jugendhilfe, der Wohnungslosenhilfe oder dem Gesundheitssystem können als belastend erlebt worden sein. Langjähriger Konsum mehrerer Substanzen und ein schlechter Gesundheitszustand können diese Belastungen verstärken. Hinzu kommt der Verlust wichtiger Bezugspersonen. Manche Beziehungen sind eng an gemeinsame Konsumgewohnheiten oder die gegenseitige Unterstützung im Alltag gebunden. Verändern sich diese Umstände, können auch solche Kontakte wegbrechen und soziale Isolation verstärken. Auch im höheren Alter und bei zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen bleibt die Suchterkrankung ein Thema. Selbst bei einer stabilen Einbindung in eine Opioid-gestützte Therapie kann

erneut Suchtdruck auftreten. Der Erwerb illegaler Substanzen kann strafrechtliche Konsequenzen haben und unter Umständen zu einer Haftstrafe führen. Längere Haftaufenthalte können wiederum den Verlust des Wohnplatzes nach sich ziehen: Wird dieser über einen längeren Zeitraum nicht genutzt, kann die Förderung entfallen. Für Betroffene bedeutet die Haftentlassung dann unter Umständen eine Rückkehr in die Wohnungs- oder Obdachlosigkeit.

Umdenken in der Suchthilfe und Pflege

Die Begleitung älter werdender Menschen mit Suchterkrankungen erfordert ein grundsätzliches Umdenken in der Suchthilfe sowie in der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Bestehende Vorstellungen davon, wie Unterstützung gestaltet sein soll, müssen hinterfragt und an den Lebensrealitäten und Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet werden. Das betrifft die mobile Pflege ebenso wie Wohn- und Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser. Auch palliative Begleitung muss als Teil der Versorgung mitgedacht werden. Die bestehenden Versorgungsstrukturen sind auf die Bedürfnisse dieser Menschen noch unzureichend ausgerichtet. Betroffene erleben häufig Vorbehalte und Ablehnung. Schwierigkeiten bei der Terminwahrnehmung, Unruhe während längerer Wartezeiten oder eine unregelmäßige Medikamenteneinnahme werden schnell als mangelnde Kooperationsbereitschaft bewertet. Dahinter stehen mitunter pauschale Zuschreibungen: Wer über Jahre Substanzen konsumiert hat, könne sein Leben nicht selbst gestalten und brauche andere, die entscheiden, was zu tun sei. Aus Sorge um die Gesundheit kann so eine Haltung entstehen, die Selbstbestimmung zunehmend infrage stellt und stärkere Eingriffe bis hin zur Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen nahelegt. Ein Umdenken bedeutet deshalb auch, die eigenen Vorstellungen von einem „richtigen" Leben und einer „gelingenden" Versorgung zu hinterfragen. Was bedeutet es für mich als Pflegekraft oder Betreuer*in, wenn Menschen ihr Leben anders gestalten, als es meinen Vorstellungen entspricht? Wie gehe ich damit um, wenn sie angebotene Behandlungen nicht in Anspruch nehmen, obwohl ich mir Sorgen um ihre Gesundheit mache? Und wo liegen meine eigenen Grenzen in der Begleitung? Suchthilfe und Pflege müssen Unterstützung gemeinsam mit den Betroffenen gestalten und ihre Autonomie auch dann achten, wenn ihre Entscheidungen den Erwartungen der Helfenden widersprechen. Treffen ein frühzeitiger Pflegebedarf und eine langjährige Suchtbiografie aufeinander, braucht es zudem eine enge Vernetzung, einen interdisziplinären Fachaustausch und ein unbürokratisches Fallmanagement an den Schnittstellen der beteiligten Hilfesysteme.

Wenn Suchtdruck zum Behandlungsabbruch führt

Herr K., ein älterer Bewohner des Franziska-Fast-Hauses mit langjährigem Konsum mehrerer Substanzen, wurde aufgrund einer Sepsis stationär im Krankenhaus aufgenommen. Während der laufenden Behandlung verspürte er zunehmend Suchtdruck. Er berichtete später, wie er versucht hatte, diesem nicht nachzugeben. Doch seine Unruhe nahm zu, Entzugssymptome traten auf. Schließlich wurde der Druck so stark, dass er trotz seines Wissens um die gesundheitlichen Risiken konsumierte. Da er wegen einer Infusion und eines Absauggeräts die Station nicht ohne Weiteres verlassen konnte, konsumierte Herr K. vor Ort. Eine Pflegekraft bemerkte dies. Daraufhin informierte uns das Krankenhaus telefonisch, dass Herr K. wegen des Vorfalls am nächsten Tag entlassen werde. Auf meine Nachfrage wurde mir versichert, dass er mit den medizinischen Geräten und Materialien, die er nach Hause mitbekommen sollte, umgehen könne. Noch am selben Nachmittag fuhr ich mit einer Kollegin ins Krankenhaus, um im Gespräch eine Fortsetzung der stationären Behandlung zu erreichen. An der Entlassung wurde jedoch festgehalten. Als Begründung wurde die notwendige Rücksichtnahme auf andere Patient*innen genannt. Herr K. erzählte uns, wie sehr er sich schämte: weil er in einer für ihn intimen Situation beim Konsum beobachtet worden war und weil er die anschließenden Worte als persönliche Abwertung erlebt hatte. Am Freitag kehrte Herr K. in seine Wohneinheit zurück. Am darauffolgenden Montag verstarb er.

Suchtdruck frühzeitig erkennen

Einen anderen Umgang mit Suchtdruck stellte eine stationäre Einrichtung bei einem Symposium vor. Sie hatte ein Instrument zur Pflegeplanung für Menschen entwickelt, die mehrere Substanzen konsumieren. Darin dokumentierten Pflegepersonen ihre Beobachtungen aus dem Stationsalltag sowie relevante Inhalte aus Gesprächen mit den Patient*innen, behandelnden Ärzt*innen und Therapeut*innen. Ziel war es, zunehmenden Suchtdruck frühzeitig zu erkennen und Unterstützung anzubieten. Als mögliche Warnzeichen galten:

- zunehmende Unruhe,
- häufigeres Verlassen der Station,
- wiederholte Äußerungen über einen möglichen Abbruch der stationären Behandlung.

Bei solchen Anzeichen wurden entlastende Gespräche angeboten. Nach Angaben der Einrichtung konnte dadurch bei einigen Patient*innen der Suchtdruck verringert und ein erneuter Konsum oder ein vorzeitiger Behandlungsabbruch verhindert werden.

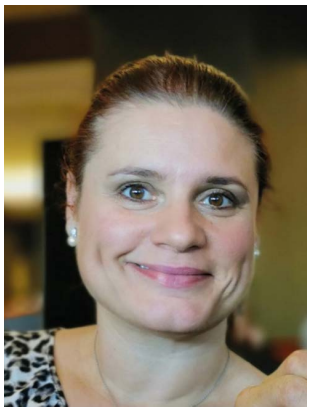
Versorgung gemeinsam gestalten

Älter werdende Menschen, die mehrere Substanzen konsumieren, fürchten häufig, auf ihren Konsum reduziert zu werden. Sie wünschen sich, so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung begleitet zu werden – von Betreuungs- und Pflegepersonen, die ihre Lebensgeschichte, ihre Bedürfnisse und ihr Recht auf Selbstbestimmung ernst nehmen. Dafür müssen Gesundheitswesen und soziales Hilfssystem eng zusammenarbeiten, Verantwortung teilen und auch in Krisen verlässliche Übergänge zwischen den Angeboten sichern. Zentrale Voraussetzungen sind suchtsensible, niederschwellige Angebote und entsprechend geschultes Personal – in der mobilen Versorgung ebenso wie in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Auch in Ausbildung und Praxis braucht es eine stärkere Auseinandersetzung mit den Lebensrealitäten marginalisierter Menschen. Entscheidend ist eine Haltung, die Beziehung ermöglicht, Risiken vermindert und auf moralische Bewertungen verzichtet. Unterstützung muss auch dann verlässlich bleiben, wenn Menschen angebotene Behandlungen nicht in Anspruch nehmen möchten oder Abstinenz für sie kein Ziel ist. Ihr Anspruch auf Betreuung und Pflege bleibt bestehen.

Ariane Brandecker
ist im stationär betreuten Wohnen der Volkshilfe Wien im Rahmen der Wiener Wohnungslosenhilfe tätig. Sie ist diplomierte Case Managerin in der Gesundheitsberatung und akademische Suchtberaterin (FH).

Sucht im Alter

Zwischen Autonomie, Vulnerabilität und Beziehung
Eine pflegerische Perspektive



von Sonja Watzinger

Mit fortschreitendem Alter verändern sich die Körperzusammensetzung sowie die Leber- und Nierenfunktion; zugleich nehmen Multimorbidität und Polypharmazie zu. Dadurch können Wirkungen und Nebenwirkungen stärker ins Gewicht fallen, insbesondere von sedierenden Medikamenten. Für den Pflegeberuf bedeutet dies, Beobachtungen im Zusammenhang mit der Medikationseinnahme ernst zu nehmen:

Das ist halt das Alter." Dieser Satz kann schnell fallen, wenn ältere Menschen unsicherer gehen, häufiger stürzen, schlechter schlafen, vergesslicher werden oder sich zurückziehen. Diese Symptome können jedoch auch auf problematischen Substanzkonsum hinweisen.

Gerade darin liegt eine zentrale Herausforderung: Sucht im höheren Lebensalter wird häufig übersehen oder erst spät erkannt. Zudem überschneiden sich Symptome teils mit anderen Erkrankungen, wobei Alkohol und Medikamente körperliche oder psychische Belastungen begünstigen können. Literatur-Reviews beschreiben substanzbezogene Störungen bei älteren Menschen als häufig unterschätzt und unterdiagnostiziert (Paun & Loukissa, 2023; Lin et al., 2023). Sucht im Alter ist daher durch pflegerische und psychosoziale Aspekte gekennzeichnet. Sie berührt Biografie, Selbstbestimmung und Lebensqualität. Pflegepersonal kann hier eine besondere Rolle einnehmen, weil es Menschen über längere Zeit in ihrem Alltag erlebt.

Alter und Sucht – keine homogene Gruppe

Hinter einer Suchterkrankung im höheren Lebensalter stehen unterschiedliche Verläufe. Bei manchen Menschen besteht die Abhängigkeit seit Jahrzehnten; andere entwickeln erst später einen problematischen Konsum. Pensionierung, Verwitwung, Einsamkeit, Schmerzen oder der Verlust bisheriger Aufgaben können Belastungsfaktoren sein – im Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Besonders relevant sind Alkohol und Medikamente; aber auch Opioide und illegale Substanzen können eine Rolle spielen. Damit trifft die Suchthilfe zunehmend auf Menschen, bei denen Abhängigkeit, körperliche Erkrankungen und Pflegebedarf zusammentreffen.

Mit fortschreitendem Alter verändern sich die Körperzusammensetzung sowie die Leber- und Nierenfunktion; zugleich nehmen Multimorbidität und Polypharmazie zu. Dadurch können Wirkungen und Nebenwirkungen stärker ins Gewicht fallen, insbesondere von sedierenden Medikamenten. Für den Pflegeberuf bedeutet dies, Beobachtungen im Zusammenhang mit der Medikationseinnahme ernst zu nehmen: Ist jemand plötzlich auffällig schläfrig? Häufen sich Stürze? Gibt es Veränderungen beim Umgang mit Medikamenten oder bei der Orientierung?

Alkohol – zwischen Normalität und Abhängigkeit

Alkohol besitzt eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz. Bei älteren Menschen kann sich seine Wirkung jedoch verändern; zugleich können Erkrankungen und Medikamente das Risiko erhöhen. Aus pflegerischer Sicht ist nicht allein die Alkoholmenge interessant, sondern auch die Funktion: Trinkt jemand aus Gewohnheit, zur Entspannung, gegen Schmerzen oder zum Einschlafen? Und, geht die Kontrolle zunehmend verloren? Ein Gespräch muss nicht konfrontativ beginnen. Statt „Sie trinken zu viel" kann eine neutrale Beobachtung stehen: „Mir ist aufgefallen, dass Sie in letzter Zeit häufiger Alkohol trinken und gleichzeitig unsicherer beim Gehen geworden sind. Wie erleben Sie das selbst?" Eine solche Gesprächsführung lässt Raum für die eigene Sichtweise und kann einen Zugang schaffen, ohne vorschnell zu etikettieren.

Medikamentenabhängigkeit – die stille Sucht

Am Beginn einer Medikamentenabhängigkeit steht häufig eine medizinisch indizierte Verordnung, etwa bei Schlafproblemen oder Angst. Daraus kann eine Abhängigkeit entstehen. Benzodiazepine können jedoch kognitive Beeinträchtigungen und Gleichgewichtsstörungen begünstigen. Bei langfristiger Einnahme kann sich zudem eine körperliche Abhängigkeit entwickeln, sodass ein abruptes Absetzen problematisch wird (Paquin et al., 2014).

Gerade Benzodiazepine werden bei älteren Menschen nicht immer als suchtbezogenes Problem wahrgenommen. Eine deutschsprachige Übersichtsarbeit beschreibt Alkohol-, Benzodiazepin- und Opioidprobleme im Alter und betont Früherkennung und sorgfältige Medikamentenprüfung (Bitar et al., 2014). Klar ist, dass Maßnahmen zur Reduktion langfristiger Benzodiazepineinnahme Wirkung zeigen (Paquin et al., 2014).

Fragen wie „Was passiert, wenn Sie das Medikament einmal nicht nehmen?“ erkunden die Bedeutung des Konsums, ohne vorschnell eine Diagnose zu stellen.

Wenn Sucht wie „normales Altern“ aussieht

Eine ältere Person wird vergesslicher, schläft schlecht, wirkt tagsüber müde und stürzt häufiger. Handelt es sich um Demenz, Depression, Nebenwirkungen von Medikamenten, Alkoholkonsum– oder das Zusammenspiel mehrerer Faktoren? Diese Überschneidungen erschweren die Erkennung - Pflegepersonen könnenkonstruktiv beitragen, indem Veränderungen konkret beschrieben und dokumentiert werden. Eine Formulierung wie „die Patientin wirkt verändert“ ist wenig aussagekräftig. Präziser wäre es, das Zustandsbild genauer zu beschreiben: „Die Patientein ist seit drei Tagen deutlich schläfriger, beim Aufstehen unsicher; es ist erstmals Unterstützung beim Gehen erforderlich und es kommt zu einer wiederholten Nachfrage nach der Bedarfsmedikation.“

Die Biografie hinter der Abhängigkeit

Sucht im Alter lässt sich nicht verstehen, wenn der Konsum ausschließlich über die Substanz betrachtet wird. Vielleicht ist der Partner verstorben, die berufliche Rolle weggefallen, das soziale Umfeld kleiner geworden oder ein chronischer Schmerz zum ständigen Begleiter geworden. Die Frage „Warum trinkt dieser Mensch?“ greift oft zu kurz. Interessanter ist: „Welche Funktion erfüllt der Konsum in seinem Leben?“ Wenn Substanzen eine Funktion übernehmen, braucht es im Behandlungsprozess entsprechende Alternativen: soziale Kontakte, Tagesstruktur, Schmerz- und Schlafbehandlung, psychotherapeutische Unterstützung oder verlässliche Beziehungen.

Die pflegerische Beziehung

Die pflegerische Beziehung ist in der Suchtbehandlung daher ein wichtiger Aspekt. Pflegende beobachten, fragen nach, motivieren, unterstützen und begleiten die Betroffenen. Denn, Menschen mit Scham oder negativen Erfahrungen brauchen zunächst Sicherheit, bevor sie über ihren Konsum sprechen. Hilfreich ist eine pflegerische Haltung, die Risiken benennt, ohne zu beschämen oder den Menschen auf seine Erkrankung zu reduzieren. Statt „Sie müssen endlich aufhören“, erscheint die Frage „Was möchten Sie selbst verändern?“ zielführend. Eine solche Gesprächsführung bedeutet nicht, Risiken zu verharmlosen. Sie kann vielmehr die Voraussetzung schaffen, dass Veränderung überhaupt möglich wird.

Autonomie und Fürsorge

Besonders anspruchsvoll wird die Situation, wenn ein Mensch die gesundheitlichen Risiken kennt und seinen Konsum dennoch nicht verändern möchte. Darf ein älterer Mensch Alkohol trinken, obwohl dadurch seine Sturzgefahr steigt? Wie weit sollen Pflegende intervenieren? Selbstbestimmung bleibt ein zentrales Prinzip professioneller Pflege. Gleichzeitig müssen Risiken wahrgenommen, verständlich erklärt und Unterstützungsangebote gemacht werden.

Abstinenz kann ein wichtiges Behandlungsziel sein. Je nach Situation können zunächst aber auch Stabilisierung, Risikoreduktion, Steigerung der Lebensqualität oder der Erhalt von Selbstständigkeit im Vordergrund stehen. Diese Ziele sollten individuell und interprofessionell geklärt werden. Eine Review von Arcadepani und Fidalgo (2023) fand Hinweise darauf, dass sowohl pharmakologische als auch nicht-pharmakologische Interventionen den Substanzkonsum bei älteren Menschen reduzieren können. Eine aktuelle Studie zur ambulanten Alkoholbehandlung zeigte außerdem, dass gesundheitliche und finanzielle Belastungen wichtige Faktoren für den Behandlungserfolg sind (Behrendt et al., 2025).

Was Pflege beitragen kann

Der Pflegeberuf kann in der Behandlung von Suchterkrankung entscheidende Impulse geben:

Wahrnehmen – Veränderungen aufmerksam beobachten.
Ansprechen – offen und wertschätzend fragen.
Einordnen – Konsum, Medikamente, Erkrankungen und soziale Faktoren gemeinsam betrachten.
Dokumentieren – konkrete Beobachtungen festhalten.
Vernetzen – ärztliche, suchttherapeutische und psychosoziale Unterstützung einbeziehen.
Begleiten – auch nach einer Intervention die Lebenssituation im Blick behalten.

Eine Behandlung endet jedenfalls nicht mit der Beendigung des Konsums. Entscheidend ist, wie der Alltag gestaltet wird und welche Strukturen und soziale Beziehungen vorliegen.

Fazit

Sucht im Alter ist häufig leise. Sie kann sich in der Einnahme von einem Medikament zeigen, das ursprünglich helfen sollte. Oder im sozialen Rückzug, der jedoch als Alterserscheinung interpretiert wird. Gerade deshalb braucht es einen differenzierten Blick in dem Bereich. Ältere Menschen mit einer Suchterkrankung sind weder ausschließlich „Suchtpatientinnen und Suchtpatienten“ noch ausschließlich „pflegebedürftige alte Menschen“. Sie sind Menschen mit individuellen Biografien, Erfahrungen, Verlusten, Ressourcen und dem Recht auf Selbstbestimmung. Für Pflegende bedeutet das: aufmerksam zu sein, ohne zu stigmatisieren; Risiken anzusprechen, ohne zu bevormunden; und Hilfe anzubieten, ohne Eigenverantwortung abzunehmen. Vielleicht liegt darin die besondere Bedeutung der pflegerischen Beziehung: dem Menschen auch dann verlässlich zu begegnen, wenn Veränderung zunächst nicht möglich ist.

Alter darf kein blinder Fleck der Suchthilfe sein.

Sonja Watzinger
diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, ist seit rund 20 Jahren im Bereich Psychiatrie und Sucht tätig. Nach dem allgemeinen und psychiatrischen Pflegediplom sowie einer Managementausbildung in der Pflege übernahm sie verschiedene Leitungsfunktionen, unter anderem als Stationsleiterin im Anton Proksch Institut und als Pflegedienstleiterin in der BVAEB. Heute leitet sie als Teil der Kollegialen Führung die Ambulanz in Wien Simmering und ist stellvertretende Pflegedirektorin beim Verein Grüner Kreis. Ihr beruflicher Schwerpunkt liegt an der Schnittstelle von psychiatrischer Pflege, Suchthilfe und der Begleitung von Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen.

Alternde drogenabhängige Menschen – ein Leben lang Barrieren

Ohne Drogen-/Eingliederungshilfe keine Stabilität – keine Teilhabe!



von Anabela Dias de Oliveira

Menschen mit Opiatabhängigkeit und Teilhabeeinschränkungen haben Anspruch auf Eingliederungshilfen (§ 99 SGB IX).[1] Ihre spezifischen Hilfebedarfe finden jedoch kaum Berücksichtigung in einer Gesellschaft, die trotz des hohen Anteils an Menschen, die 65 Jahre und älter sind (23 %),[2] „Altern" kaum priorisiert und damit große Verunsicherung schafft. Stabilität wird mit zunehmendem Alter und dem Nachlassen von Kraft zu einem Zentralbedürfnis. Darin unterscheiden sich opiatabhängige Menschen nicht von der Allgemeinbevölkerung, der Ausgangspunkt dafür, diese sicherzustellen – kurz: der Grad an gelingender Teilhabe – jedoch sehr. Die große (fach)politische Unterstützung, die das Landesmodellprojekt LÜSA[3] im Herbst 1997 bei seiner Arbeitsaufnahme erfuhr, erleichterte uns die Umsetzung des Gemeinwesen-Ansatzes. Dank Überlebenshilfen wie Substitutionsbehandlung, Konsumräumen, Wohnhilfen wie unsere, überleben Drogenkonsument:innen, werden älter und treffen so auf Alten-/Pflegehilfen, die nicht auf sie und ihre Hilfebedarfe eingestellt sind. Als Drogenhilfe-Einrichtung in der Eingliederungshilfe haben wir in den vergangenen 30 Jahren mit Unterstützung unseres Kostenträgers differenzierte Wohn- und Tagesstrukturhilfen entwickelt und uns dabei stets an den in der UN-Behindertenrechtskonvention[4] verbrieften Rechten auf Teilhabe orientiert. In diesem Prozess wurden wir immer wieder konfrontiert mit Ausgrenzung, Vorbehalten und Ängsten, denen unsere Klient:innen gesellschaftlich und im medizinischen Pflichtversorgungssystem ausgesetzt sind – und die bis heute trotz Bundesteilhabegesetz (seit 2023 in Kraft)[5] ihre echte Teilhabe verhindern:[6]

- Bei der Vermittlung in Wohnraum „rangieren" sie unten in der Hierarchie der Wohnungssuchenden.
- Bei Reha-Maßnahmen und Psychotherapie sind sie oft konfrontiert mit der Weigerung, Substitutionsbehandlung zu akzeptieren, und der Verweigerung dieser Fortsetzung.
- Bei der „lege artis"-Substitutionsbehandlung, bei der auch nach über 40 Jahren ihrer Umsetzung Nord-/Süd- und Stadt-/Landgefälle herrscht. Von einer flächendeckenden, verlässlichen Versorgung kann bis heute nicht gesprochen werden.
- Bei medizinischer Behandlung werden sie konfrontiert mit dem oftmals geringen Wissen über Sucht und die vielfältigen „Kreuzphänomene", ob über die Wirkungsweise von Medikamenten neben Substitution/Beigebrauch, die wechselseitige Beeinflussung von HIV/HCV und klassischen somatischen Erkrankungen oder auch die Komplexität von zureichender Schmerzversorgung.
- Bei der Überleitung in Pflege beurteilt ein oft nicht kundiger, aber vorurteilsbeladener MDK den Pflegegrad fehl. Gelingt im Widerspruchsverfahren doch die Pflegegrad-Erteilung, sind sie oft konfrontiert mit der mangelnden Bereitschaft der Pflegenden in Alten-/Pflegeeinrichtungen, sich mit ihnen „abzugeben".

In der Folge ist die Zusammenarbeit von Pflege und der betreuenden Drogen-/Eingliederungshilfe oft konflikthaft. Vorbehalte bleiben auch perspektivisch bestehen, fachlicher Austausch zwischen beiden Arbeitsfeldern (Eingliederungs-/Drogenhilfe und Altenhilfe) findet nicht statt – die Mangelversorgung bleibt. Dies, so legen Erhebungen, Praxisbeispiele in Deutschland wie in Europa dar,[7] muss sich auf vielen Ebenen verändern, zumal die Gruppe alternder Menschen in dieser Zielgruppe kontinuierlich wächst.[8]

Die Behandlung und Betreuung der vielfältigen „klassischen" (teils letalen) Erkrankungen, wie Leberzirrhose, Hepatitiden, HIV, COPD, kardiovaskuläre Erkrankungen, chronische Schmerzen und psychische Störungen (u. a. Depression, Psychosen, Traumafolgen), erfordern fachärztliche Expertise und sozialarbeiterische Feld-Erfahrung.[9] Die Voralterung von ca. 15 Jahren bedeutet eine große Komplexitätszunahme und konfrontiert die Eingliederungshilfe mit allen „typisch" altersbedingten Erkrankungen (Krebs, Osteoporose, koronare Erkrankungen, Diabetes, Mobilitätsverlust u. a.).[10] Durch diese Multimorbidität stellt sich auch Pflegebedürftigkeit früher ein und verläuft schwerer, u. a. aufgrund zielgruppenspezifischer

- neuropsychologischer, neurokognitiver Veränderungen,
- Einschränkungen der Mobilität, Psychomotorik, Merkfähigkeit u. a.

Die Ursachen für diese Veränderungen können vielfältig sein, und sowohl Wechselwirkungen zwischen Erkrankungen wie auch ein fortgesetzter Substanzkonsum können die Erscheinungsformen zusätzlich verstärken. Last but not least stellen Finanzierungsbarrieren durch die „Versäulungen" der Sozialgesetze (SGB V, IX, XI und XII – kein System fühlt sich/ist eindeutig zuständig) auf der einen und die zielgruppenspezifisch oft mangelnde Compliance auf der anderen Seite Träger vor große Herausforderungen. Die Problembeschreibung mag verdeutlichen, wie hoch die strukturelle wie fachliche Unterversorgung ist. Der Bedarf übersteigt das bestehende Angebot deutlich und er wächst – auch in der Gesamtgruppe seelisch beeinträchtigter Menschen. Weder Sozialdienste, Geriatrie oder die „Junge Pflege" haben Zugang zu den Betroffenen und ihrer Subkultur und bedürfen, wenn sie an der Behandlung/Betreuung von isoliert lebenden und mobilitätseingeschränkten drogenabhängigen Menschen beteiligt sind, der Unterstützung der Drogenhilfe: Sie stellt die essenzielle Brücke in der Begleitung der Betroffenen in dieser lückenhaften Versorgungsstruktur dar. Best-Practice-Ansätze müssen entwickelt

werden, um Wissen zu „Alter und Pflege" in die Eingliederungs-/Drogenhilfe und Wissen zu „Sucht und Substitutionsbehandlung" in die Altenhilfe transferieren und verstetigen zu können. In allen Bedarfserhebungen zur Lebenssituation älterer drogenabhängiger Menschen werden ihre löchrigen sozialen Netzwerke beschrieben, und selbst die (nur bedingt) tragenden Kontakte zur Drogenszene nehmen im Alter oftmals ab, auch aus gesundheitlichen Gründen – die Einsamkeit wächst, bis zur völligen Isolation. Hier schließt sich der Kreis aus strukturellen Versorgungsmängeln auf allen Ebenen, der Vulnerabilität dieser Zielgruppe und den Teilhabe-Barrieren für diese Menschen. Die hier knapp aufgeführte schlechte Versorgung nahezu aller Bedürfnisse chronifiziert drogenabhängiger Menschen begründete schon vor 30 Jahren den LÜSA-Konzeptansatz. Die niedrigschwelligen Wohn- und Tagesstrukturhilfen bieten seitdem Menschen Konstanz und Verlässlichkeit im Kontakt (im Durchschnitt über 12 Jahre) und (lebensweltnah und kultursensibel) Orte zum (Über-)Leben, Gestalten und (Wieder-)Verwurzeln – kurz Teilhabe. Dazu zählte in den vergangenen Jahren auch unsere Entwicklung von differenzierten Angeboten für unsere Zielgruppe bei Mobilitätsstörungen sowie bei alterungsbedingten Hilfebedarfen – heute Leuchtturmprojekte. Heute streiten wir für ihre Übergänge in eine adäquate Pflegeversorgung, dafür bedarf es der - Vernetzung von Sucht- und Altenhilfen,[11] - der Qualifizierung und des Austauschs für in der Sucht-/Altenhilfe Mitarbeitende und - der Weiterentwicklung von Wohn- und Pflegeangeboten durch Modellprojekte, die unter einem Dach fachkundig sektorenübergreifende Angebote (medizinische, pflegerische, suchtspezifische Hilfen) verbinden. Trotz der SGB-Versäulung und der beschriebenen fachlichen Probleme entwickelten wir 2025 zumindest als Einzelfallhilfe die Fortsetzung der LÜSA-Betreuung im Pflegeheim (als „ambulante Leistungen zur Teilhabe und personenzentrierte Assistenz in Pflegeheimen")[12], die, so hoffen wir, auch zu einem Best-Practice-Ansatz werden kann. Die stetige Anpassung an ihren individuellen Hilfebedarf bleibt prägend für den LÜSA-Alltag. In der Umsetzung respektieren wir ihre (identitätsstiftenden) Erfahrungen als Abhängige einer kriminalisierten Substanz – kurz: Ihren Biografien und individuellen Fähigkeiten und Gewohnheiten in der Gestaltung des Alltages und des Miteinanders gilt es Raum zu geben. In diesem können Vertrauen, Sicherheit und Stabilität entstehen und wachsen. Wir erwarten von Klient:innen Respekt und einen gewaltfreien, demokratisch-toleranten Umgang untereinander, mit uns, dem Team, und anderen Bürger:innen. Wir konfrontieren unsere Klient:innen auch mit (bürgerschaftlichen) Rechten und Pflichten und versuchen, einen Blick für die Welt um sie herum und „weiter weg" zu schaffen. Auch vor diesem Hintergrund ist das LÜSA-Team divers und multikulturell. Eingliederungshilfen sind personenzentrierte Hilfen im Sozialraum. Aus unserer Sicht ist die Verortung unserer konzeptionellen Angebote und die Mitwirkung im Gemeinwesen ebenso unerlässlich wie das Angebot eines „professionellen Familienersatzes". In den vergangenen 30 Jahren haben wir erleben können, wie wichtig dies für unsere Klient:innen ist, besonders bei schweren Erkrankungen und in der letzten Lebensphase. Auch für die, die weiterleben, ist diese Erfahrung wichtig, sie gibt ihnen emotionale Sicherheit und schafft Stabilität und Zuversicht. Wir sind regelmäßig mit Sterben und Tod konfrontiert, unser Verständnis von „Sterben in Würde" ist, dass wir keinen auf dem letzten Weg „abschieben" in anonymes Sterben. Gemeinsam mit Mit-Klient:innen lassen wir sie nicht allein – wir begleiten, trösten, unterstützen sie, ob zu Hause, im Krankenhaus, Pflegeheim oder Hospiz. Diese intensive gemeinschaftliche Auseinandersetzung mit Sterben und Abschied ist belastend, jedoch auch immer wieder eine Bekräftigung des Lebens in Gemeinschaft des Füreinander-Einstehens, ein Erleben, das sie leider nicht oft im Leben hatten. Der Trauerprozess wird stets von vertrauten Personen (Pastor und Bestatter) und vertrauten Ritualen begleitet, mit einer gemeinsam gestalteten würdevollen Trauerfeier, meist der Bestattung am LÜSA-„Gemeinschafts-Baum" im Friedwald und anschließendem gemeinsamem Abschieds-Kaffeetrinken. Wir veröffentlichen eine individuelle Trauerannonce in der Tageszeitung (immer mit dem Zusatz: „wider das anonyme Sterben drogenabhängiger Menschen").

Gedenken ist uns wichtig, LÜSA beteiligt sich jedes Jahr an dem „Nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige". In diesem Jahr konnten wir eine (von Klient:innen und Kolleg:innen entworfene) Gedenkstele im öffentlichen Raum, im Gemeinwesen, feierlich mit unserem Bürgermeister einweihen. Dieses Bemühen, sie nicht allein zu lassen, sie sichtbar zu machen, ihnen parteiisch eine Stimme zu geben, wenn sie selbst nicht gehört werden, ihnen Räume zu schaffen, nehmen sie wahr und sie vertrauen darauf – unser Umgang mit ihnen, selbst wenn sie verstorben sind, macht unsere Haltung für sie glaubhaft.

Ganz gleich, wie sehr sich Lebensentwürfe unterscheiden, das Bedürfnis, in Würde zu leben, alt zu werden – nicht vereinsamt, sondern in Gemeinschaft –, das „Gebrauchtwerden" in einer gewohnten und vertrauten Umgebung und die Sicherheit, lange in einem sicheren Zuhause bleiben zu können, ist aus unserer Sicht, wie Inklusion, ein Menschenrecht!

[1]https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/__99.html
[2]https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html
[3]https://www.luesa.de
[4]https://www.publikationen-bundesregierung.de/resource/blob/2277952/2396992/4200e3f37c1ba264b81b41458fbbc065/un-behindertenrechtskonvention-synopse-download-bbmb-data.pdf?download=1
[5]https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz-art.html
[6]https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Fachliche_Forderungen_der_DHS_zur_Weiterentwicklung_final.pdf
[7]https://datenportal-suchtkooperation.nrw/suchthilfestatistik/betreuungsdaten-2025/
[8]https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_im_Alter.pdf
[9]https://www.paritaet-bayern.de/themen/gesundheit/leitfaden-netzwerk-40-plus
[10]https://sdf.org.uk/wp-content/uploads/2024/05/Senior-Drug-Dependants-and-Care-Structures-Recommendations-at-the-EU-level-for-services-and-responses.pdf; https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2015/05/Alternativer-Drogen-und-Suchtbericht-2015.pdf
[11]https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/projekt-sucht-im-alter
[12]LÜSA-Modellentwurf: Analog zur langjährig bei LÜSA gelebten Einbindung von ambulanten Pflegediensten in unsere Eingliederungshilfe-Angebote (gem. SGB V) entwickelte LÜSA 2025 ein „Kombi-Modell" zur Fortsetzung der Eingliederungs- und Drogenhilfeleistungen nach Überleitung in Alten-/Pflegeeinrichtungen als ambulante Leistungen zur Teilhabe und personenzentrierten Assistenz in Pflegeheimen (gem. SGB XII).

Anabela Dias de Oliveira
ist geschäftsführende Vorständin des Vereins zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger e. V. (VFWD e. V.) und leitet seit 1997 das Landesmodellprojekt LÜSA. Sie ist seit 1987 in der akzeptanzorientierten Drogenhilfe tätig und engagiert sich seit Jahrzehnten in den Bereichen Drogenhilfe, AIDS-Prävention, Migration, Integration und gesellschaftliche Teilhabe. Aktuell ist sie gewähltes Mitglied des Integrationsrates der Stadt Unna.

Textbeiträge von Betroffenen

Sucht und/im Alter

So also schließt sich der Kreis. Man findet sich inmitten eines Gesprächskreises des Grünen Kreises zur Rehabilitation suchtkranker und substanzabhängiger Menschen wieder. Dabei sollte dies nicht verwundern, weist doch der aktuelle Epidemiologiebericht „Sucht 2025“ unter den direkt Betroffenen einen signifikant hohen Anteil älterer Personen (35 Jahre und älter) aus. Und darunter wieder eine klare Verteilung von drei Viertel zu einem Viertel zugunsten männlicher Patienten. Statistisch betrachtet lässt sich damit einfach und klar meine eigene Position erfassen.

Subjektive Wirklichkeit beschreiben kann und will dieses erhobene Zahlenmaterial nicht. Um die je individuellen lebensbiographischen Bedingungen und Konstellationen, die in den Strudel von Drogenkonsum und Substanzmittelmissbrauch im heimtückischen Zusammenspiel von Sucht und Trieb mündeten, zu erkennen, freizulegen, an- und auszusprechen und letztlich auch Maßnahmen der Vermeidung, Strategien der Abwehr und Modelle zur Bewältigung einer im reifen Mannesalter erfahrenen Suchtmittelabhängigkeit mit klassischer Einnahmevielfalt (nasal-oral-intravenös), blütentreibendem Mischkonsum (Methamphetamin, synthetische Cathinone, Kokain, Ketamin) lebensnah verarbeiten und erfassen zu können, bedarf es weder der sogenannten vielzitierten „Altersweisheit“ noch langjähriger Erfahrung von Abhängigkeit durch Drogenkonsum.

Sucht kennt keine Altersgrenze
Hier schließt sich erneut der Kreis. Denn auch wenn ich erst ab den Vierzigerjahren (bei Männern sichtlich ein „neuralgischer“ Altersabschnitt) aus Neugier, Experimentierfreude und zugegebenermaßen auch unter weniger erfreulichen Grundkonstanten seelisch-psychischer Instabilität durch Verlust und Krankheit, nach einem durchaus erfolgreichen Erwachsenwerden, würdevollen Altern und zufriedenstellenden Sozialisationsprozess sowie einer erfolgreichen Karrierelaufbahn der verlockend-berauschenden Wirkung, dem diabolisch-satyrischen Versprechen, aber auch den bewusstseinserweiternden Transzendentalerfahrungsangeboten nachgegeben habe, so entbindet mich dies nicht der Verantwortung mir selbst und anderen gegenüber.

Damit jedoch beginnt erst der steinige Weg im Erkennen der Krankheit, im Sich-klar-Sein über den Ist-Zustand, der bei fortschreitendem Konsum und Mehrung der Mittel, jedoch auch bei zeitgleichem Verlust sozialer Bindungen und manchmal – nicht einmal untypisch – dem Orientierungsverlust im nebeligen Graubereich von Recht und Justiz.[jk1.1]

Dass patientenzentrierte, suchtbezogene, gruppentherapeutische Mehrphasenmodelle wie: Erkennen und Benennen der Problematik – offener und bewusster Umgang mit der Krankheit – Austausch und reflektierende Auseinandersetzung mit sich und anderen Betroffenen auch und besonders der gleichen Alterskohorte – aktives Teilhaben an therapeutischen Maßnahmen und wohl am Wichtigsten: Hilfe zur Selbsthilfe annehmend sinnstiftend implementieren, wie sie mir in meiner ersten Erfahrung hier im Grünen Kreis unter stationären Bedingungen bei exzellenter therapeutischer und medizinischer Betreuung und Begleitung angeboten werden, einen vertrauensstiftenden und vor allem sicheren und stabilen Weg heraus aus dem exzessiven Teufelskreis von SUCHT und TRIEB im ALTER ebnen, gibt Anlass zur Hoffnung!

W.

Sucht im Alter

Hallo, ich bin Ferry und ich bin 58 Jahre alt. Ich habe zwei erwachsene Kinder und bin geschieden. Wenn ich an mein Leben zurückdenke, habe ich immer die Suchtkrankheit in mir gehabt. Ich spule meine Lebensszenen zurück und bleibe in meiner Kindheit stehen. Was für eine! Eine, die in der Revolution und neun Jahren Krieg verloren gegangen ist …

Die Jahre gingen dahin und ich bin eine arrangierte Ehe eingegangen und habe die Rolle als brave und gehorsame Frau gespielt. Meine Sucht hat in dieser Zeit angefangen, aber ohne Substanz. Ich habe DVDs gesammelt. Ich habe innerlich immer das Gefühl gehabt, dass etwas Problematisches dahintersteckt, aber aus Mangel an Information und aus falschen Überzeugungen habe ich mir Folgendes vorgemacht: Du holst dir nur ein bisschen Freude in dein Leben, oder: Das ist das einzige Ding, das du für dich allein machst. Nach der Scheidung habe ich angefangen zu trinken, ohne daran zu denken, dass Weintrinken zu Problemen führen könnte. Ich war in der Zwischenzeit älter geworden und mir war nicht bewusst, welche psychischen und körperlichen Gefahren dadurch lauern. Nach einem weiteren Schicksalsschlag war ich am Boden zerstört und die alte Hilfslosigkeit war in voller Gänze da. Nach meinem Jobverlust habe ich fast jeden Abend getrunken. Nach mehreren Reha-Aufenthalten war ich wieder etwas stabiler und habe zwei Jahre lang nicht getrunken. Ich habe mich trotzdem im Alter von 56 Jahren nicht als suchtkrank gesehen oder wahrgenommen.

Nach zwei trockenen Jahren habe ich mit dem ersten Druck, der in meiner Beziehung entstanden ist, wieder angefangen, am Wochenende zu trinken. In dieser Zeit musste ich mich auch mit körperlichen Schmerzen und Veränderungen auseinandersetzen. Ich habe meine Schmerzen, meine Depression und meine Posttraumatische Belastungsstörung mit Wein gestillt. Trotzdem habe ich mit meinem Alter und meiner Reife die Problematik nicht wahrgenommen. Erst nach Empfehlung meiner Traumatherapeutin und monatelangen Überlegungen sowie der Erkenntnis, dass ich ein Riesenproblem habe, das ich mir ansehen muss, habe ich mit großer Scham den ersten Schritt – einen Entzug – gemacht. Dann begann ich meine Therapie in Johnsdorf. Ich habe hier erkannt, dass gewisse Aufgaben in meinem körperlichen Zustand nicht mehr so einfach zu erledigen sind. Andererseits kann ich hier mit den jüngeren Patient*innen meine Erfahrungen teilen und sie im Kampf mit der Sucht ermutigen. Ich habe gesehen, dass man im Alter mehr Erfahrungen gemacht hat, die nicht schön waren. Darum lasse ich mir im Therapieprozess Zeit und möchte meine Themen in Abstimmung mit meinen momentanen Kräften aufarbeiten.

Der Satz meiner Gruppenassistentin, der für mich sehr wichtig ist, lautet: „Es geht sich nicht mehr alles aus.“ Das bedeutet, dass ich meine Grenzen besser wahrnehmen und annehmen kann und mich nicht überfordere, um meine restlichen Jahre in Frieden mit mir und mit den anderen in der Gemeinschaft zu leben.

Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit im Alter

Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven für Prävention und Versorgung



von Georg Preitler

Suchtprävention und Behandlung sind auch im höheren Lebensalter wirksam und tragen wesentlich dazu bei, Lebensqualität zu verbessern, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden sowie körperliche und psychische Gesundheit zu erhalten.

Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit im Alter stellen eine zunehmende Herausforderung für den Gesundheits- und Sozialbereich dar und wurde lange Zeit unterschätzt. Mit steigender Lebenserwartung und demografischen Veränderungen gewinnt das Thema jedoch zunehmend an Relevanz. Neben bestehenden Forschungs- und Wissenslücken sollten zukünftig auch stigmatisierende Zuschreibungen, die zum Thema sowie gegenüber dieser Personengruppe bestehen, stärker in den Fokus genommen werden.

Alter, Altersbilder und Sucht

Das gesellschaftliche Bild des Alters ist häufig von Vorstellungen körperlichen Abbaus, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und zunehmenden Unterstützungsbedarf geprägt. Solche defizitorientierten Altersbilder können dazu führen, dass Gesundheitsprobleme oder problematische Konsummuster als „normale" Begleiterscheinungen des Alterns interpretiert werden. Symptome wie Schlafstörungen, Gedächtnisprobleme, Müdigkeit, Verlangsamung oder Schwindel werden dadurch häufig altersbedingt erklärt, obwohl sie auch durch Alkohol, Medikamente oder andere psychoaktive Substanzen verursacht oder verstärkt werden können. Demgegenüber verfügen ältere Menschen über umfangreiche Lebenserfahrung, Bewältigungskompetenzen und persönliche Ressourcen. Eine ressourcenorientierte Sichtweise stärkt die Selbstwirksamkeit und bildet eine wichtige Grundlage für Prävention, Beratung und Behandlung.

Epidemiologische Entwicklungen

Aufgrund des Umstands, dass die Gesamtzahl an älteren Menschen wächst, nimmt auch die Zahl älterer Menschen mit Suchterkrankungen stetig zu. Alkohol bleibt das am häufigsten konsumierte Suchtmittel im Alter. Gleichzeitig spielen Tabak und Nikotin sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel eine bedeutsame Rolle. Voraussichtlich werden Glücksspiel, problematischer Medienkonsum und andere verhaltensbezogene Abhängigkeitsformen auch im Alter an Bedeutung gewinnen. Faktoren wie Einsamkeit, soziale Isolation oder mobile Einschränkungen können die Nutzung solcher Angebote begünstigen.

Ältere Menschen mit langjähriger Opioidabhängigkeit rücken zunehmend in den Fokus. Eine laufend verbesserte medizinische Versorgung – insbesondere durch die Opioid-Agonisten-Therapie – sowie niedrigschwellige Unterstützungsangebote ermöglichen vielen Betroffenen heute ein deutlich längeres Leben. Damit tritt eine neue Gruppe älterer Menschen mit Opioidabhängigkeit in Erscheinung, die zum Teil besondere gesundheitliche und psychosoziale Anforderungen stellt und deren Integration in bestehende Pflege- und Versorgungssysteme zunehmend an Bedeutung gewinnt. Mit dem Älterwerden der Babyboomer-Generation wird die Zahl älterer Menschen mit problematischem Konsum oder Suchterkrankungen weiter steigen. Die Generation war während großer Teile ihres Lebens mit einem breiteren und gesellschaftlich akzeptierteren Angebot psychoaktiver Substanzen konfrontiert, wodurch spezifische gesundheitliche und psychosoziale Bedarfe im Alter entstehen.

Biologische und psychosoziale Faktoren

Altersbedingte körperliche Veränderungen verändern die Wirkung psychoaktiver Substanzen erheblich. Mit zunehmendem Alter sinkt der Wasseranteil des Körpers, Leber- und Nierenfunktion nehmen ab und viele Wirkstoffe werden langsamer abgebaut. Dadurch können bereits geringe Mengen von Alkohol, Benzodiazepinen, Opioiden oder anderen Substanzen deutlich stärkere Wirkungen entfalten als in jüngeren Lebensjahren und wirken zudem länger. Zusätzlich erhöhen Multimorbidität und Polypharmazie die gesundheitlichen Risiken. Viele ältere Menschen nehmen gleichzeitig mehrere Medikamente ein. Wechselwirkungen zwischen Alkohol, Schlafmitteln, Opioiden und anderen Arzneimitteln können zu Stürzen, Delirien, Verwirrtheit oder kognitiven Einschränkungen führen.

Neben biologischen Faktoren spielen psychosoziale Bedingungen eine zentrale Rolle. Kritische Lebensereignisse wie Pensionierung, Einsamkeit, der Verlust nahestehender Personen oder

chronische Erkrankungen können die Entstehung problematischen Konsums begünstigen. Gleichzeitig gelten soziale Netzwerke, soziale Teilhabe, eine stabile Identität, gefestigte Wertvorstellungen, Lebenserfahrung, erprobte Bewältigungsstrategien und positive Altersbilder als wichtige Schutzfaktoren.

Voralterung als Folge langjährigen Substanzgebrauchs

Ein bedeutsames Phänomen bei langjährigem problematischem Substanzgebrauch ist die sogenannte Voralterung. Darunter versteht man eine beschleunigte biologische Alterung, bei der der gesundheitliche Zustand häufig nicht mehr dem kalendarischen Alter entspricht. Menschen mit langjährigen Alkohol-, Tabak- oder weiteren Substanzkonsum zeigen oftmals bereits in vergleichsweise jungen Jahren chronische Erkrankungen, funktionelle Einschränkungen, kognitive Defizite sowie eine erhöhte Pflegebedürftigkeit. Neben den Substanzen selbst tragen auch soziale und gesundheitliche Belastungsfaktoren zur Voralterung bei. Für die Praxis bedeutet dies, dass das biologische Alter und der tatsächliche Gesundheitszustand häufig aussagekräftiger sind als das kalendarische Alter.

Early-onset und Late-onset

Bei Suchterkrankungen im Alter kann zwischen Early-onset- und Late-onset-Verläufen unterschieden werden. Menschen mit einer Early-onset-Sucht entwickelten ihre Abhängigkeit bereits in jüngeren Lebensjahren und altern mit ihrer Erkrankung. Typisch sind langjährige Konsumkarrieren, körperliche Folgeschäden, soziale Instabilität und eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität. Bei Late-onset-Suchterkrankungen entwickelt sich die Abhängigkeit erst im höheren Lebensalter. Häufige Risikofaktoren dabei sind Einsamkeit, Pensionierung, Verlusterfahrungen, körperliche Erkrankungen oder veränderte Lebensbedingungen. Da die Symptome oft als normale Alterserscheinungen interpretiert werden, erfolgt die Diagnose häufig verspätet.

Prävention und Versorgung

Prävention, Früherkennung und Versorgung müssen in Zukunft verstärkt an den Lebensrealitäten älterer Menschen ausgerichtet werden. Es zeigt sich, dass präventive Maßnahmen und Behandlung im höheren Lebensalter wirksam sind und wesentlich zur Erhaltung von Gesundheit und Selbstständigkeit beitragen können. Unter anderen profitieren auch ältere Menschen noch deutlich von einem Rauchstopp. Oder ein reduzierter Alkoholkonsum kann wesentlich zu mehr Lebensqualität im Alter beitragen. Faktoren wie zum Beispiel Lebenserfahrung, bewährte Copingstrategien, gefestigte Wertevorstellungen oder stabile langjährige Beziehungen erleichtern den Erfolg präventiver wie auch therapeutischer Maßnahmen.

Auch im Alter setzt wirksame Prävention bei der Stärkung und Erhaltung von Lebenskompetenzen an und umfasst sowohl die Reduktion von Risikofaktoren als auch die Förderung von Schutzfaktoren. Dazu gehören die Förderung sozialer Teilhabe, die Vermeidung von Isolation sowie die Unterstützung bei belastenden Lebensereignissen. Gerade im Hinblick auf Late-onset-Suchterkrankungen kann Prävention wesentlich dazu beitragen, belastende Übergänge abzufedern, Ressourcen zu aktivieren und die Entstehung neuer Abhängigkeiten im höheren Lebensalter zu vermeiden. Ein Beispiel zielgruppenspezifischer Prävention ist die Broschüre „Unabhängig bleiben – Alkohol, Medikamente und Tabak. Was ist zu beachten?“ der Sucht- und Drogenkoordination Wien.

Problematischer Konsum bleibt im Alter häufig unerkannt, weil Symptome wie Schlafprobleme, Stürze, Verwirrtheit oder Gedächtnisprobleme oft als „normale“ Alterserscheinungen interpretiert werden. Insbesondere Benzodiazepine und Z-Substanzen sind im Alter von hoher Relevanz. Durch langfristige Einnahme kann es zu Toleranzentwicklungen und Abhängigkeiten kommen. Die Folgen reichen von Gedächtnisproblemen und Sturzereignissen bis hin zum Verlust von Selbstständigkeit. Zudem wird Suchtmittelkonsum im Alter nicht selten aus Scham verharmlost oder verheimlicht, was eine frühzeitige Erkennung zusätzlich erschwert. Umso mehr spielen Hausärzt*innen, mobile Dienste, Pflegeeinrichtungen und Angehörige eine Schlüsselrolle bei der Früherkennung und Frühintervention. Strukturierte Screenings, Gespräche über Konsumverhalten sowie regelmäßige Medikamentenüberprüfungen können dazu beitragen, Risiken frühzeitig zu erkennen. In Wien stehen Fachkräften verschiedene Fortbildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung. Dazu zählen die Fachberatung Konnex, Fortbildungsangebote der Sucht- und Drogenkoordination Wien sowie Handlungsleitlinien für den professionellen Umgang mit Menschen mit substanzbezogenen Abhängigkeiten. Diese Angebote stärken die Handlungssicherheit von Fachkräften und fördern eine professionelle Haltung gegenüber Betroffenen.

Schlussfolgerung

Sucht im Alter ist weder eine unvermeidliche Begleiterscheinung des Alterns noch ein Randphänomen. Vielmehr handelt es sich um eine bedeutende gesundheitliche und gesellschaftliche Herausforderung, deren Relevanz in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmen wird. Die Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen im Alter beruhen auf einem komplexen Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Gleichzeitig verfügen ältere Menschen über vielfältige Ressourcen und Bewältigungskompetenzen, die gezielt genutzt werden können.

Eine wirksame Versorgung setzt daher auf Prävention, Früherkennung, Entstigmatisierung und eine enge Zusammenarbeit von Suchthilfe, Medizin, Pflege, Betreuung und Sozialarbeit. Suchtprävention und Behandlung sind auch im höheren Lebensalter wirksam und tragen wesentlich dazu bei, Lebensqualität zu verbessern, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden sowie körperliche und psychische Gesundheit zu erhalten. Ein ressourcenorientierter und interdisziplinärer Ansatz kann dazu beitragen, Gesundheit, Selbstbestimmung und Lebensqualität im Alter nachhaltig zu fördern.

DSA Dipl.-Päd. Georg Preitler
ist Sozialarbeiter, Pädagoge, Supervisor und Coach (in Ausbildung), Referent mit Schwerpunkt Gesundheits- und Sozialbereich und Gesprächsführung am Institut für Suchtprävention der Sucht und Drogenkoordination Wien.

Sucht im Alter



von Alexander Kask

Ab wann gilt ein Mensch als „alt“? Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt, man spricht von den „neuen Alten“ und auch über das Heraufsetzen des Pensionsantrittsalter wird immer wieder diskutiert. Meist verbindet man das Altsein mit dem Nachlassen der psychischen und physischen Kräfte ab dem 60.-65. Lebensjahr. Menschen mit einer Suchterkrankung altern biologisch allerdings im Durchschnitt bereits 20 Jahre früher. Es gibt drei wesentliche Faktoren für die beschleunigten Alterungsprozesse: **1.)** Viele Suchtkranke sind ebenfalls nikotinabhängig. Schon der Zigarettenkonsum alleine beschleunigt das Altern und birgt viele gesundheitliche Risiken. Nur wenige PatientInnen, die hinsichtlich illegaler Drogen bzw. Alkohol eine langfristige Abstinenz erreichen, gewöhnen sich auch das Rauchen ab. **2.)** Der Konsum von Suchtmitteln kann u.U. gesundheitsschädlich sein, insbesondere beim übermäßigen und unkontrollierten Gebrauch. **3.)** Der dritte Faktor, der Suchtkranke schneller altern lässt, besteht in der Vernachlässigung der eigenen Gesundheit. Wer sich im Alltag nicht um Sport, gesunde Ernährung, Arzttermine und Körperpflege kümmert, spürt seinen Körper weniger und kann in der Folge möglicherweise nicht mehr für ihn sorgen. Sich selbst (nüchtern) wahrzunehmen und für die eigene Gesundheit zu sorgen, ist daher ein wesentlicher Aspekt in der Suchttherapie - egal, in welchem Alter sich die Patient*Innen befinden.

Wenn von „Sucht im Alter“ gesprochen wird, können unterschiedliche Konstellationen vorliegen:

1.) Betroffene, deren Suchterkrankung bereits in der Jugend begonnen hat und sich bis ins hohe Lebensalter fortsetzt - auch „early-onset“ genannt.
2.) Betroffene, deren Suchterkrankung sich erst im Alter entwickelt - auch als „late-onset“ bezeichnet.
3.) Betroffene, deren Suchterkrankung einen stabilen Behandlungsverlauf aufwies, es im späteren Lebensverlauf aber zu einem Rückfall kam – auch als „rezidiv“ bezeichnet. Im Grunde genommen spricht man bei einer Suchterkrankung nicht von Heilung, sondern von einer mehr oder weniger erfolgreichen Behandlung. Das Risiko, bei erneutem Suchtmittelkonsum wieder in eine aktive Abhängigkeit zu geraten, bleibt für viele Betroffene ein Leben lang bestehen. Welche Bedeutung haben diese Varianten im Behandlungskontext einer stationären Therapie?

Betroffene, deren Suchterkrankung bereits in der Jugend begonnen hat und sich bis ins hohe Lebensalter fortsetzt - auch „early-onset“ genannt.
In den letzten Jahrzehnten sinkt das Einstiegsalter für den erstmaligen Suchtmittelkonsum. Während vor zehn Jahren die meisten Patienten noch das 16. Lebensjahr für den Erstkonsum angaben, liegt er inzwischen im 14. Lebensjahr. Natürlich mündet nicht jeder Erstkonsum in einer Suchterkrankung, dennoch entstehen Suchterkrankungen häufig im Teenager-Alter. Substanzkonsum schleicht sich meist über die Freizeitgestaltung ein und verspricht schnell ein „Königsweg“ zur Lösung all der Herausforderungen junger Menschen zu sein. Patient*Innen beschreiben immer wieder, dass sie in dieser Phase das Gefühl hatten, all jenen überlegen zu sein, die die Wirkung von Drogen nicht für sich entdeckt hatten. Im weiteren Verlauf der Suchterkrankung kann es dazu kommen, dass man sich den Herausforderungen des Lebens nicht mehr stellt, weil der Konsum eine schnellere und einfachere Lösung darstellt. Das Konsumverhalten, das zuerst das wahre Glück versprochen hat, bringt im Lebensverlauf jedoch oftmals enormes Leid für die Betroffenen und das Umfeld. Für Betroffene, die eine Suchtbehandlung wünschen, steht in Österreich ein recht breites Angebot zur Verfügung. Der Verein „Grüner Kreis“ bietet ambulante und stationäre Therapien für Betroffene an. Die Behandlung soll helfen, ggf. vorhandene Entwicklungsrückstände aufzuholen und Fähigkeiten zu erwerben, ein selbstständiges Leben zu führen. Die Entscheidung, welches der bestehenden Angebote in Anspruch genommen wird, liegt bei den Betroffenen. Der Verein „Grüner Kreis“ bietet psychotherapeutisch-orientierte Behandlungsformen in Form der „Therapeutischen Gemeinschaft“ an und darüber hinaus individuell abgestimmte Behandlungen mit medizinischem Schwerpunkt in der Sonderkrankenanstalt Marienhof. Während das Durchschnittsalter zum Aufnahmezeitpunkt im stationären Bereich bei ca. 29 und im ambulanten Bereich bei ca. 34 Jahren liegt, erfolgen ebenso Behandlungen von Personen im Pensionsalter. Wenn von Suchtbehandlung im Alter gesprochen wird, handelt es sich häufig um die Behandlung von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit. Alkoholkonsum ist in Österreich nicht nur legal verfügbar, sondern als Kulturgut in unserer Gesellschaft fest etabliert. Dabei zeigt sich: Personen mit Alkoholabhängigkeit können beruflich über Jahrzehnte am gleichen Arbeitsplatz tätig sein. Lange Zeit trägt der Alkohol sogar zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bei: Zunächst am Abend als Belohnung zum Entspannen und um die gewohnte Leistung zu erbringen. Im weiteren Suchtverlauf erfolgt ein Konsum teils bereits vor dem Arbeitsbeginn oder während der Arbeit, um Entzugserscheinungen zu unterdrücken. Auch im privaten Bereich können viele Betroffene oft über Jahre noch eine stabile Situation aufrechterhalten. Leidensdruck durch Aussichtslosigkeit, Verzweiflung, Verschuldung, Vereinsamung, psychische sowie körperliche Probleme setzt oft erst nach Jahrzehnten einer Suchterkrankung ein - erst spät suchen sich Betroffene sodann Hilfe. Bei einem akuten Alkoholentzug beträgt die Aufenthaltsdauer durchschnittlich nur wenige Wochen. Dabei geht es vorrangig um den körperlichen Entzug unter ärztlicher Kontrolle und intensive sozialarbeiterische Unterstützung. Aufgrund des kurzen Aufenthaltes geht es zudem um die Zukunftsplanung,

die es ermöglichen soll, die Abstinenz auch nach einer stationären oder ambulanten Behandlung fortzusetzen. Mit einer langjährigen Suchterkrankung geht zumeist auch ein erheblich länger bestehender Konsum, der durch die allgegenwärtige Präsenz des Alkohols in der Gesellschaft gefördert wird, sowie ein fortgeschrittener kognitive Abbau (z.B. durch das Korsakow-Syndrom) einher. In der Langzeittherapie werden Personen mit Alkoholabhängigkeit zusammen mit den Patient*Innen mit anderen Suchterkrankungen, behandelt. In der psychotherapeutischen Behandlung geht es im Allgemeinen darum, von einem möglicherweise bestehenden Anpassungsbestreben abzulassen und wieder zu den Gefühlen zu kommen, die lange unterdrückt wurden. Erst mit einer Veränderung der Wahrnehmung erkennen Patient*innen, welche Veränderungen im Leben erfolgen sollten, um längerfristig abstinent bleiben zu können. Zur nachhaltigen Stabilisierung erhalten Betroffene beim Verein Grüner Kreis die Möglichkeit einer Langzeittherapie von bis zu 18 Monaten

Betroffene, deren Suchterkrankung sich erst im Alter entwickelt - auch als „late-onset" bezeichnet. Die Anzahl der Patient*innen, deren Suchterkrankung erst im Alter begonnen hat, und die sich dann für eine Therapie entscheiden, ist im Vergleich zur der „early-onset"-Gruppe eher klein - es werden durch die steigende Lebenserwartung jedoch mehr. Ein häufiger Grund für die Entwicklung einer Sucht im Alter ist der Pensionsantritt und die damit verbundenen Herausforderungen. Das eigene Leben nach dem Wegfall der sinn- und strukturgebenden Arbeitstätigkeit neu zu gestalten, stellt ein besonderes Lebensereignis dar. Dazu kommen die Begleiterscheinungen des Alterns. So ist es vielen Betroffenen aufgrund ihrer psychischen und physischen Verfassung nicht möglich, eine stationäre Therapie anzutreten. Die Möglichkeit einer adäquaten ambulanten Behandlung stellt daher eine weitere Herausforderung an unser Gesundheitssystem dar.

Betroffene, deren Suchterkrankung einen stabilen Behandlungsverlauf aufwies, es im späteren Lebensverlauf aber zu einem Rückfall kam – auch als „rezidiv" bezeichnet. Bei dieser Patient*innengruppe handelt es sich meist um Personen, die bereits früher eine Therapie in Anspruch genommen haben und sich aufgrund ihrer Rückfälligkeit entscheiden, dies noch einmal zu tun. Wer sich ein zweites Mal dafür entscheidet, kennt bereits die Unterstützung und Anforderungen einer Suchtbehandlung. Von ihrem mitgebrachten Erfahrungsschatz können sodann andere Patient*innen profitieren. Sucht ist eine chronische Erkrankung und somit eine lebenslange Herausforderung mit hohem Risiko für Konsumrückfälle.

Abschließend bleibt zu betonen, dass eine (mehrmonatige) Behandlung Betroffenen in jedem Alter eine Möglichkeit zur Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen kann.

Alexander Kask: Therapeutischer Leiter Sozialhilfeeinrichtung Villa, Verein Grüner Kreis
DSA Michaela Holzbauer: Therapeutische Leiterin, Verein Grüner Kreis
Primarius DDr. Arkadiusz Komorowski: Ärztlicher Leiter, Verein Grüner Kreis

Wir suchen SIE - JOIN OUR TEAM!

Mitarbeiter*in für unsere Bio-Landwirtschaft 2870 Aspang Markt
ab € 2.494,30 bis € 2.676,40, abhängig von Qualifikation und Vordienstjahren,
+ SEG-Zulage + Vordienstjahre

Koch/Köch*in für die Sozialhilfeeinrichtung Johnsdorf 8350 Fehring
ab € 2.676,40,- + SEG-Zulage + Vordienstjahre

Ergotherapeut*in 2870 Aspang Markt
ab € 3.348,90 + SEG-Zulage + Vordienstjahre

Diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in für NÖ u. Wien
ab € 3.074,80 + Vordienstjahre + SEG-Zulage

Ärztin*Arzt für Allgemeinmedizin
(NÖ, Wien) ab € 6.800

Fachärztin*arzt f. Psychiatrie bzw. Psychotherapeutische Medizin
(NÖ, Wien) ab € 9.000

Bewerbungen bitte an:
bewerbung@gruenerkreis.at
Tel.: +43 2649 8306

www.gruenerkreis.at

grüner kreis

Alle Gehaltsangaben in brutto, berechnet auf Basis einer Vollzeitstelle (37 Wochenstunden), SWÖ-KV 2026

Die Selbsthilfegruppe Blaues Kreuz Wien und Wien-Umgebung



von Georg Wenisch

Der aktive Schritt, Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen, drückt innere Not aus und ist mit großer Scham verbunden. Der Erfolg unserer Bemühungen stellt sich in der Regel durch eine Vielzahl von kleinen Schritten ein. Gleich welcher individualisierte Abstinenzplan gemeinsam auch erarbeitet wird, ein regelmäßiger Besuch unserer Selbsthilfegruppe wird dabei immer angeraten.

Das Blaue Kreuz Wien ist ein eigenständiger, gemeinnütziger Verein für Alkoholhilfe im Verbund mit dem Internationalen Blauen Kreuz. Neben niederschwellig zugänglicher Einzel- und Paarberatung für von Alkoholerkrankung Betroffene sowie deren Angehörige steht eine moderierte Selbsthilfegruppe für Betroffene im Zentrum der Tätigkeiten ehrenamtlicher Lebens- und Sozialberater*innen sowie einer Psychotherapeutin. Unsere Gesprächsgruppe ist offen, trifft sich jeden Dienstag und wird von einer Moderatorin bzw. einem Moderator sowie ein bis zwei zusätzlichen Co-Moderator*innen moderiert und geleitet. Bedingungen für eine Aufnahme in die Gruppe sind lediglich ein vorheriges Einzelberatungsgespräch sowie die dort glaubhaft zum Ausdruck gebrachte Entschlossenheit, das Alkoholproblem in den Griff bekommen zu wollen. Die Gruppe ist tendenziell und thematisch auf dauerhafte Abstinenz ausgerichtet. Direkt aus der Erstberatung übernommene Klient*innen oder auch jene, die aufgrund von Vernetzungen mit anderen Institutionen wie Grüner Kreis, Anton Proksch Institut oder OWS zur Gruppe finden und erst am Beginn einer Therapie stehen, treffen auf andere Teilnehmende, die bereits seit vielen Jahren abstinent leben und die Gruppe regelmäßig besuchen. Die „Anfänger*innen" können so gut von den Erfahrungen der langjährigen „Profis" in Sachen Abstinenz lernen. Die Motivation für eine langjährige Teilnahme an der Gruppe ist hauptsächlich eine Rückfalls-Prophylaxe. Die Gruppe ist ein Anker und gibt Halt in der Abstinenz. Auch etwaige Rückfälle (oder besser: „Vorfälle") einzelner Teilnehmer*innen werden in der Gruppe offen diskutiert und fürsorglich, wertschätzend begleitet. Bei vielen der langjährigen Teilnehmenden ist die Angst vor Rückfällen hoch und sitzt aufgrund gemachter Erfahrungen sehr tief. Dorthin – in die Sucht – will man nicht mehr zurück!

Vom fehlgeleiteten Werterleben hin zu einem guten Leben

Der primäre Blick in der Suchtberatung richtet sich auf das defizitäre Werterleben der suchterkrankten Person und auf ihre während der Suchtkarriere entwickelten Strategien, dies durch Alkoholkonsum kompensieren zu können. In der Regel ist das Suchtmittel dabei zum scheinbaren Heilmittel, zum Regulativ geworden, um Ängste, negative Emotionen und Bedürftigkeit psychisch bewältigbar erscheinen zu lassen – Alkohol wurde zur „Krücke" im Leben. Heilsame Alternativen dazu müssen daher in Therapie und Beratung angeboten und (wieder)erlernt werden. Je mehr Ressourcen vorhanden sind, desto leichter gelingt im Allgemeinen der Prozess, wieder in ein gutes Leben zu gelangen. Starke Motivatoren sind Familie, Partnerschaft, Freund*innen, Beruf, Hobbys und besondere Interessen aller Art. Je älter Menschen werden, desto mehr können sich diese Ressourcen als Zugkräfte zur Abstinenz aber leider auch reduzieren. Man ist in Pension, vielleicht ohne Partner*in, der Freundeskreis ist eingeschränkt oder gar nicht mehr vorhanden: Hier ist der Weg herausfordernder, aber jedenfalls genauso möglich. Alternativ oder noch zusätzlich vermindern eventuell auftretende Krankheiten und Leiden die Bereitschaft, auf den – zwar zerstörerischen, aber doch vertrauten – „Freund" Alkohol verzichten zu wollen. Im Sinne von: „Das Leben hat mir ja ohnehin nichts mehr zu bieten, warum soll ich mir da noch die letzte verbliebene Freude nehmen?" Umgekehrt kann aber auch eine ärztliche lebensgefährliche Diagnose (zum Beispiel Herzprobleme) den gegenteiligen Effekt erzielen und einen Anstoß für Veränderung bis hin zur Abstinenz auslösen. In Entschiedenheit wird dann ein inneres Ja zum Leben gegeben und alte, schädigende Gewohnheiten werden verworfen.

In der Beratung und in den Gruppensitzungen begegnen uns Menschen, die bereits ein Problembewusstsein entwickelt haben und die in den allermeisten Fällen schon versucht haben, ihr Problem durch reduzierten Konsum selbst in den Griff zu bekommen, schließlich aber feststellen mussten, dass sie dies auf sich allein gestellt nicht mehr schaffen. Der aktive Schritt, Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen, drückt innere Not aus, ist mit großer Scham verbunden und wird daher von unserer Seite entsprechend gewürdigt. Der Erfolg unserer Bemühungen stellt sich in der Regel durch eine Vielzahl von kleinen Schritten ein. Gleich welcher individualisierte Abstinenzplan gemeinsam auch erarbeitet wird, ein regelmäßiger Besuch unserer Selbsthilfegruppe wird dabei immer angeraten. Unsere langjährigen Gruppenteilnehmer*innen schildern retrospektiv ihre Teilnahme an den Gruppensitzungen als eine der wirkungsvollsten Begleitmaßnahmen auf ihrem Weg hinaus aus der Sucht. Es ist immer wieder bewegend und berührend, wenn wir in den Sitzungen Urkunden für ein-, zwei-, fünf- oder gar zehnjährige Abstinenz verleihen können



Foto: © Blaues Kreuz

und die Jubilar*innen tief bewegt in Dankbarkeit über das berichten, was sie geschafft haben und was sich in dieser Zeit für sie verändert hat. Beziehungen und Ehen wurden da gekittet, ein gutes, gesundes Körpergefühl stellte sich ein, alkoholbedingte psychische Probleme verschwanden, Kinder und Enkelkinder fanden wieder – oder erstmalig – eine gute Beziehung zu ihnen, nährende Freundschaften entstanden, Energien und Ressourcen für Freizeit, Beruf, Sport und Interessen waren plötzlich wieder da, kurz: Ein sinnerfülltes, freudvolles Leben in verantwortungsvollem Bezug zur eigenen Umwelt ist wieder möglich geworden. Einer unserer Klient*innen resümierte während einer Ehrung für sich: „Ich habe meine Freiheit wieder gefunden."

Der Weg dorthin gestaltete sich für einige wenige unserer Klient*innen überraschend und unerwartet leicht, für viele andere stellte er aber, gerade im ersten Jahr, eine sehr große Herausforderung dar. Als besonders hilfreich und unterstützend erweisen sich gute, belastbare soziale Strukturen. Die Selbsthilfegruppe, die einmal wöchentlich besucht wird, kann eine solche sein. Sie ist ein geschützter Raum, in dem Begegnung mit sehr unterschiedlichen Menschen verschiedener sozialer Schichten stattfindet, die ein starkes, gemeinsames Anliegen verbindet. Man begegnet einander fürsorglich, hilft und unterstützt einander, hört zu, lacht und weint gemeinsam. Hierdurch können auch Angehörige und Freund*innen von den spezifischen Problematiken im Zusammenhang mit der Alkohol-Entwöhnung zu einem Teil entlastet werden und ihre Beziehung zu den Betroffenen kann sich so verbessern. Darüber hinaus bietet das Blaue Kreuz Wien weitere Aktivitäten an, die soziale Beziehungen fördern und/oder weitere Hilfe ermöglichen sollen: Zwei Wandertage im Jahr, wo auch Familie und Freund*innen teilnehmen können, eine unterhaltsame Adventfeier, eine Kreativgruppe, NADA-Ohrakupressur sowie eine Resilienzgruppe. Außer der Kreativgruppe und Betroffenen-Selbsthilfegruppe können alle Angebote sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen besucht werden. Bei den Selbsthilfe-, Resilienz- und Kreativgruppen stellen wir eine gute altersmäßige Durchmischung fest, die Wandertage sowie die Adventfeier werden überproportional von älteren Klient*innen angenommen.

Persönliche Motivation

Als besonders motivierend empfinde ich, wenn ich miterleben darf, wie Klient*innen im Laufe der Zeit aus ihren personalen, individuellen Ressourcen zu schöpfen vermögen und langsam, aber stetig ihren Weg aus der Krankheit finden. Oft ist dieser Weg steinig, mit Rückschlägen verbunden und gekennzeichnet von anfänglicher Verzweiflung, viel Traurigkeit und einer gewissen Orientierungslosigkeit im neuen (abstinenten) Leben. In den fortlaufenden Gruppengesprächen bilden sich mit der Zeit die Fortschritte und Wachstumsschritte, auch wenn sie vielleicht noch klein sind, vor allem auf der emotionalen Ebene ab und sind für unsere Teilnehmenden sowie für uns Mitarbeitende fühl- und spürbar. Lebensfreude, Lebenskraft, Mut und Zuversicht sind ansteckende Emotionen. Schön und erbaulich fühlt es sich dann für mich an, wenn ich mir selbst aus den Gruppenabenden ein Stück davon mitnehmen darf.

Kontaktieren Sie uns gerne für ein Beratungsgespräch oder für Fragen und Anmeldungen zu den Gruppen. Wir freuen uns, Sie in unseren Räumlichkeiten im 14. Bezirk begrüßen zu dürfen.

Blaues Kreuz Wien und Wien-Umgebung, Verein für Alkoholhilfe
alkoholhilfe.at
blaueskreuz.wien@chello.at
+43 699 14651902 für Betroffene
+43 660 9113114 für Angehörige
Felbigergasse 60/1, 1140 Wien

Blaues Kreuz
Wien und Wien-Umgebung

Georg Wenisch, BA MA
ist Lebens- und Sozialberater (Existenzanalyse-GLE) und derzeit in Psychotherapie-Ausbildung. Er ist seit 06/2025 ehrenamtlicher Mitarbeiter beim Blauen Kreuz Wien.

Vom Betäuben zum Gestalten

Kunsttherapeutische Zugänge bei Suchterkrankungen im höheren Lebensalter



von Miriam Auer

Wenn der Alltag leiser wird

Mit dem Älterwerden verändern sich nicht nur Körper und Gesundheit. Auch Rollen, Beziehungen und Tagesstrukturen können wegbrechen. Der Beruf endet, Freundschaften werden weniger, ein Partner oder eine Partnerin stirbt. Schmerzen, Schlafprobleme oder eingeschränkte Mobilität können hinzukommen. Was von außen wie „mehr freie Zeit" aussieht, kann sich innen als Leere, Einsamkeit oder Verlust von Bedeutung anfühlen. In solchen Lebensphasen kann ein Suchtmittel zunächst eine nachvollziehbare Funktion übernehmen: Alkohol beruhigt, Medikamente versprechen Schlaf, andere Substanzen schaffen zeitweise Distanz zu belastenden Gefühlen. Problematischer Konsum beginnt nicht immer mit dem Wunsch nach Rausch. Er kann auch ein Versuch sein, mit etwas fertigzuwerden, das anders kaum auszuhalten scheint. Bei lebensälteren Menschen finden sich unterschiedliche Verläufe. Manche leben seit vielen Jahren mit einer Abhängigkeitserkrankung. Andere entwickeln erst nach Pensionierung, Verlusten, Krankheit oder sozialer Isolation einen problematischen Konsum. Die Forschung zu Alkoholproblemen, die erst im höheren Lebensalter einsetzen, nennt insbesondere Pensionierung, Trauer, Einsamkeit, Isolation und Langeweile als Belastungsfaktoren. Auch Depressionen treten nicht selten gemeinsam mit problematischem Substanzgebrauch auf.

Die Frage hinter dem Konsum

Für die Behandlung reicht es deshalb nicht, nur zu fragen: „Wie bekommen wir das Suchtmittel weg?" Ebenso bedeutsam ist: „Was hat es bisher geleistet?" Hat es beruhigt oder getröstet, Einsamkeit überbrückt, Erinnerungen auf Abstand gehalten oder Struktur in einen Tag gebracht, der sonst keine mehr hatte? Diese Fragen relativieren die Folgen einer Suchterkrankung nicht. Sie helfen, Verhalten in seiner Funktion zu verstehen. Aus systemischer Sicht ist ein Symptom nicht losgelöst von Lebensgeschichte und Umfeld zu betrachten. Wenn eine bisherige Bewältigungsstrategie wegfallen soll, braucht es andere Möglichkeiten im Umgang mit den dahinterliegenden Bedürfnissen und Belastungen. Hier kann Kunsttherapie einen ergänzenden Zugang eröffnen. Bei langjährigem problematischem Konsum ist auch das Beziehungssystem betroffen. Partnerinnen und Partner, erwachsene Kinder oder andere Bezugspersonen entwickeln eigene Strategien: Sie schützen, kontrollieren, vermeiden Konflikte, ziehen sich zurück oder übernehmen Verantwortung. Verändert sich der Konsum, verändern sich oft auch vertraute Rollen. Behandlung betrifft daher nicht nur den einzelnen Menschen; sie kann auch neue Formen von Nähe, Abgrenzung und Unterstützung ermöglichen.

Kunsttherapie ist mehr als Beschäftigung

Kreatives Tun kann Freude machen, ablenken oder Erinnerungen wecken. Kunsttherapie geht darüber hinaus. Sie ist kein Malkurs und verlangt weder Begabung noch Vorerfahrung. Im Mittelpunkt steht nicht das schöne oder „richtige" Werk, sondern der Prozess: wahrnehmen, auswählen, gestalten, verändern, verwerfen, neu beginnen – und gemeinsam betrachten, was dabei entstanden ist. Manches, für das Worte fehlen, kann zunächst eine Form bekommen. Ein Stück Ton kann schwer, glatt, kantig oder brüchig werden. Solche Gestaltungen werden nicht schematisch gedeutet. Sie können zu einem dritten Gegenüber im therapeutischen Raum werden: etwas Sichtbares, über das gesprochen werden kann, ohne dass sofort alles erklärt werden muss. Gerade Menschen, die über Jahrzehnte gelernt haben, Belastendes „mit sich selbst auszumachen", kann dieser nicht ausschließlich sprachliche Zugang entgegenkommen. Auch Scham, die bei Suchterkrankungen häufig eine Rolle spielt, kann so vorsichtig bearbeitbar werden: Nicht „Ich bin dieses Problem", sondern „Da ist etwas, das ich anschauen und verändern kann".

Vom Reagieren zum Gestalten

Suchtmittel können kurzfristig Spannung verändern oder Gefühle dämpfen. Kunsttherapeutisches Arbeiten kann diese Funktion nicht einfach ersetzen. Es kann aber helfen, das eigene Regulationsrepertoire zu erweitern. Schon der gestalterische Prozess enthält Entscheidungen: Welches Material nehme ich? Wie viel Kraft setze ich ein? Wo ist eine Grenze? Möchte ich etwas hinzufügen oder wegnehmen? Bei Ton wird unmittelbar spürbar, dass Druck eine Wirkung hat und Veränderung möglich bleibt. Solche Entscheidungen können therapeutisch bedeutsam sein. Selbstwirksamkeit entsteht nicht durch die Behauptung „Du kannst das", sondern durch eine konkrete Erfahrung: Ich kann Einfluss nehmen. Ich kann etwas verändern. Ich kann auch entscheiden, etwas so zu lassen, wie es ist. Wer im höheren Lebensalter erlebt, dass vieles weniger steuerbar wird, braucht Räume, in denen Entscheidung und Gestaltung weiterhin möglich sind.

Biografie: Mehr als eine Geschichte von Verlusten

Das Älterwerden wird häufig über Defizite erzählt: weniger Kraft, weniger Gesundheit, weniger Kontakte. Diese Perspektive greift zu kurz. Lebensältere Menschen bringen Jahrzehnte an Erfahrungen mit: bewältigte Krisen, Beziehungen, Fähigkeiten, Werte und eigene Wege durch schwierige Zeiten. Kunsttherapeutische Arbeit kann diese Vielfalt zugänglich machen. Was hat getragen? Welche Fähigkeiten sind aus dem Blick geraten? Was soll bleiben, was darf sich entwickeln? Aus systemischer Sicht liegen Ressourcen nicht nur im einzelnen Menschen, sondern auch in Beziehungen, Zugehörigkeit, vertrauten Rollen und verfügbarer Unterstützung. Ein gestalterischer Impuls könnte lauten: „Was trägt mich – und was bringt

mich zum Überlaufen?“ Zwei Gefäße aus Ton können Unterschiedliches sichtbar machen. Ein anderes Thema könnte sein: „Was möchte ich bewahren, und wofür soll wieder Raum entstehen?“ Kunsttherapie bietet keine fertigen Antworten. Sie schafft einen Rahmen, in dem neue Fragen entstehen können. Besonders bei depressiven Symptomen kann dieser Zugang bedeutsam sein. Studien zu kunsttherapeutischen und anderen kreativen Interventionen bei älteren Menschen berichten positive Effekte auf depressive Symptome. Als mögliche Wirkmechanismen werden unter anderem ein gestärktes Selbstkonzept, erlebte Handlungsmacht und soziale Verbundenheit beschrieben. Die Befunde sind ermutigend; zugleich bietet das Forschungsfeld noch erhebliches Entwicklungspotenzial. Größere und differenziertere Studien können genauer zeigen, für wen welche Ansätze besonders hilfreich sind.

Beziehung statt Beschämung

Menschen mit Suchterkrankungen erleben oft, dass andere vor allem den Konsum sehen: Warum hört er nicht auf? Warum nimmt sie die Tabletten weiter? Solche Fragen können Beschämung verstärken. Im therapeutischen Prozess braucht es eine andere Haltung: neugierig auf die Funktion des Verhaltens zu bleiben und zugleich dessen Folgen klar zu benennen. In meiner psychotherapeutischen und kunsttherapeutischen Praxis erlebe ich, wie entlastend der gemeinsame Blick auf Funktion, Beziehungen und Ressourcen sein kann. Das Suchtverhalten wird dabei weder verharmlost noch zur Identität des Menschen gemacht. Diese Haltung kann Veränderung ermöglichen, ohne Beschämung zu verstärken. Im höheren Lebensalter kommt ein weiteres Risiko hinzu: Rückzug, Schlafstörungen, Stürze, Gedächtnisprobleme oder gedrückte Stimmung werden mitunter vorschnell als „normal im Alter“ verstanden, obwohl problematischer Alkohol- oder Medikamentenkonsum mitbeteiligt sein kann. Umgekehrt darf nicht jeder Konsum vorschnell pathologisiert werden. Es braucht sorgfältige, respektvolle und gegebenenfalls interdisziplinäre Abklärung. Kunsttherapie kann in einer solchen Behandlung einen Raum eröffnen, in dem es nicht nur um Verzicht geht. Recovery bedeutet mehr als Substanzverzicht: Es geht auch darum, Beziehungen, Tagesstruktur, Selbstvertrauen, Sinn und Möglichkeiten zur Bewältigung schwieriger innerer Zustände wieder aufzubauen. Aktuelle Arbeiten zur Kunsttherapie in der Suchtbehandlung nennen Emotionsausdruck, die Arbeit mit Scham und Angst sowie Selbstwirksamkeit als mögliche therapeutische Faktoren. Die spezifische Forschung ist noch überschaubar, bietet Entwicklungspotenzial und ist von der breiteren Studienlage zu kunsttherapeutischen Interventionen bei älteren Menschen zu unterscheiden. Kunsttherapie bleibt ein ergänzender Baustein eines umfassenden Behandlungskonzepts.

Es ist nicht zu spät

Eine Suchterkrankung im höheren Lebensalter ist kein Argument gegen Veränderung. Ältere Menschen können von suchttherapeutischen und psychotherapeutischen Angeboten profitieren. Entscheidend ist, Behandlung an ihre Lebensrealität anzupassen und nicht davon auszugehen, dass Entwicklung irgendwann abgeschlossen sei. Veränderung muss dabei nicht bedeuten, ein vollkommen anderer Mensch zu werden. Oft geht es darum, das eigene Repertoire zu erweitern: neben dem Betäuben wieder wahrnehmen zu können, neben dem Rückzug wieder Beziehung zuzulassen, neben dem Aushalten wieder Einfluss zu erleben. Kunsttherapie kann dafür einen besonderen Erfahrungsraum eröffnen. Das Ziel ist nicht das schöne Bild oder die gelungene Skulptur, sondern die Erweiterung von Möglichkeiten: wahrnehmen, ausdrücken, entscheiden, gestalten. Wo zuvor Betäuben notwendig erschien, kann wieder Gestaltung möglich werden – von Gefühlen, Beziehungen und dem eigenen Leben.

Literatur auf Anfrage erhältlich

DI (FH) Miriam Auer, M.A.
ist Psychotherapeutin (Systemische Therapie/Systemische Familientherapie), Akademische Kunsttherapeutin und Psychosoziale Beraterin. In ihrer Praxis MA-Art® in Weikendorf verbindet sie systemisch-psychotherapeutische und kunsttherapeutische Zugänge in der Begleitung von Menschen vom frühen Kindesalter bis ins hohe Lebensalter sowie von Paaren und Familien. Zu ihren fachlichen Schwerpunkten zählen unter anderem Suchterkrankungen, Depression, Trauma und neurodivergente Lebensrealitäten.

Inside Grüner Kreis

Culture & Health Forum 2026



Foto: © Georg Oberweger

von Kurt Neuhold

„**Kunst wirkt**“ war der Titel meines Beitrags in Heft 139. Seither wurde diese Behauptung mehrfach bestätigt – in der Praxis, in Erfahrungsberichten und Forschungsarbeiten, die bei Tagungen und Veranstaltungen vorgestellt wurden. Besonders hervorzuheben ist eine Publikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in der die Ergebnisse von über 3000 Studien zusammengefasst sind, in denen die Relevanz von künstlerischen Interventionen für das Management und die Prävention von Krankheiten dargestellt wird. Der Report thematisiert die ökonomischen Vorteile, die eine Einbindung von Kunst und Kultur in das öffentliche Gesundheitswesen bringen kann. Vorgestellt wurde dieser Report beim diesjährigen Culture & Health Forum, das erstmals in Wien stattfand. Im Kulturhaus Brotfabrik in Wien trafen sich am 8. und 9. September 2026 Künstler*innen, Forscher*innen, Politiker*innen, Kulturorganisationen sowie Sozial- und Gesundheitsfachkräfte. Mit über 250 Teilnehmer*innen pro Tag und 33 Referent*innen dokumentierte das Culture & Health Forum das wachsende Interesse am Thema. Eine abwechslungsreiche Programmgestaltung mit aktivierenden performativen Einlagen verband künstlerische

Praxis, Politik und Partizipation. Präsentiert wurden Forschungsergebnisse und Praxisbeispiele von erfolgreich realisierten Kunstprojekten, die zeigten, dass Kunst Gesundheit und Wohlbefinden fördern kann. Intensiv diskutiert wurde, wie diese Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse in politische Maßnahmen und tragfähige Strukturen des Gesundheitswesens integriert werden könnten. In vielen Beiträgen wurde die Bedeutung der Zusammenarbeit und Vernetzung aller Akteur*innen betont. Kunst, Gesundheitswesen, Forschung und Politik brauchen gemeinsame Strategien, Ressourcen und ein klares Verständnis ihrer jeweiligen Aufgaben. Künstlerische Beiträge sind eigenständig, mit spezieller Qualität und Wirkweise; sie ergänzen, sind aber nicht mit medizinischer oder therapeutischer Arbeit gleichzusetzen. Als Teilnehmer dieses Forums nutzte ich die Gelegenheit, in diversen Arbeitsgruppen Kunst im Grünen Kreis und das Projekt „Fabelhafte Wesen" vorzustellen, das von mir für den diesjährigen Call der CultureAndHealth Platform – Austria konzipiert wurde [jk1.1]und das aus 141 eingereichten Projekten für eine Förderung ausgewählt wurde.

Dieser Förderpreis bestätigt mich in meinen Bemühungen um die Etablierung der Projektreihe „Kunst im Grünen Kreis" nicht nur als vereinsinternes Angebot, sondern als exemplarisch für die positive Wirkung von Kunstprojekten als Ergänzung und Bereicherung eines ganzheitlichen Behandlungsprogramms im stationären Setting. Die Vielfalt und Qualität der Kunstprojekte, die der Verein schon lange finanziert und die von den Häusern und den Klient*innen sehr geschätzt werden, ist außergewöhnlich. Durch die Zusammenarbeit mit dem Verein ARTS for HEALTH AUSTRIA ergeben sich neue Kooperationsmöglichkeiten und Chancen, die Projektreihe einer breiteren Öffentlichkeit vorzustellen.

Das zweiteilige Kunstprojekt „Fabelhafte Wesen", bestehend aus einer Landart-Aktion und einem Animationsfilm, wurde dank der Arts-for-Health-Förderung Ende September in der Betreuungseinrichtung Waldheimat in Kooperation mit dem erfahrenen Workshopleiter Alexander Schuh und dem Filmemacher Ernst Spiessberger gemeinsam mit 16 Klienten realisiert. Derzeit wird an der Postproduktion, am Schneidetisch und im Tonstudio gearbeitet. Noch 2026 möchten wir den Film, dessen Arbeitstitel von „Fabelhafte Wesen" in „Suchtbolzen" abgeändert wurde, öffentlich präsentieren. Anstatt eines Projektberichts – Zitate [jk2.1]aus der lebhaften Diskussion zur künstlerischen Gestaltung der Figuren und zur „Story" des Films, an der sich alle Teilnehmer rege beteiligten.

Die Bühne – das Battlefield:

Auf einer ebenen Fläche im Wald stehen einander zwei riesige, aus Holz, Reisig, Jute und Hanf gestaltete Monster gegenüber, getrennt durch ein überdimensionales Tor aus Holz. Das Areal, genannt Battlefield, wird begrenzt durch einen Ring aus Baumstämmen und von schwebenden Vierecken aus dünnen, mit Flechten und Reisig verzierten Ästen. „Wir haben so etwas wie einen Safe Space gestaltet, herinnen ist alles voll schön, geordnet, eingezäunt und sicher, draußen ist alles wild; durch die Fenstervierecke sieht man raus ins Wilde, Ungeordnete …"
„Es gibt ein gutes Monster, das die Szene bewacht, und gegenüber ist das böse Monster, in das man alles hineininterpretieren kann: Drogen, Depressionen, alles Negative, die Sucht – und dieses Monster versucht, in unser Bewusstsein einzubrechen. Wir haben überall unsere Monster, wir müssen schauen, dass wir die bösen Monster fernhalten, dass wir sie draußen halten, obwohl sie sehr nahe sind …"
„Die Fenster sind so etwas wie Visionen, man weiß ungefähr, was wichtig und richtig ist und was nicht; was du draus machst, ist dir überlassen, aber die Monster hindern dich daran, dass du die guten Visionen leben kannst."
„Das Tor zwischen den beiden Figuren ist eine Grenze – hier ist die Sucht und dort ist das abstinente Leben, hier ist alles schön und grün, weil man sich alles leiwand vorstellt, und da drüben ist es noch recht fad, aber da breitet sich schön langsam das Moos aus, das immer schöner wird …, hier ist der Suchtteufel und dort ist der Engel, der uns Abstinenz verspricht, hier ist noch alles öd und braun, weil das abstinente Leben für einen Süchtigen nicht so leiwand ist; es fängt zwar langsam an, leiwand zu werden – und langsam wird es immer leiwander …"
„Der Stein ist voll hart, auf dem kann nichts wachsen, weil aber ein Stückchen Moos drauf ist, kann das bedeuten, dass selbst dann, wenn es ein harter Stein ist, kann was Schönes, eigentlich Liebe draus wachsen …"
Das Kostüm: „Ein Umhang aus Jute mit Holzstäben am Kragen; die roten Farbakzente symbolisieren das Blut, die Hagebutten erinnern an Rosen, im Winter sind sie die Zwillinge der Rosen, die das schöne Leben symbolisieren; man zieht den Umhang an, obwohl man weiß, dass man sich damit verletzen kann."

Das Drehbuch:

„Es gibt zwei Monsterfiguren in einem abgeschlossenen Bereich im Wald, zwei konträre Figuren – Gut und Böse – und dazwischen eine Grenze, dann noch Fenster und Masken mit verschiedenen Eigenschaften, die Gefühle werden durch Masken dargestellt – Gier, Angst, Wut … Der Protagonist kriecht aus dem Monster, krabbelt und wühlt am Boden und hat das Ziel, durch das Tor der Sucht zu entkommen. Doch hat er Angst vor dem nüchternen Monster der Realität. Er wird zurückgezogen von Seilen und wird zurückgehalten von seinen Ängsten und der Selbstzerstörung; er sammelt seine letzte Kraft, die er durch die Masken der Vernunft erhalten hat. Er widersteht der Verführung durch ein böses Wesen und wirft die ihm angebotenen Drogen weg. Er gewinnt diesen Kampf und geht mit den hilfreichen Masken in die Freiheit, ins Licht. Die Selbstzerstörung bleibt zurück. Eine Ziege wird von der Selbstzerstörung verführt."
Die gemeinsame, künstlerisch kreative Arbeit war für alle herausfordernd, anstrengend, aber auch lustig. Dank dem Engagement und der Kreativität der Teilnehmer entstand sowohl bei der Landart-Aktion als auch bei den Dreharbeiten im Wald eine optimale Grundlage für die Produktion eines originellen Kunstwerks, das wir hoffentlich bald präsentieren können. Bedanken möchte ich mich bei allen Teilnehmern, bei Alex Schuh und Ernst Spiessberger und beim Team der Waldheimat für die Mitarbeit und die konstruktive Unterstützung.

Kurt Neuhold, DSA
Künstler und Projektleiter
„Kunst im Grünen Kreis"

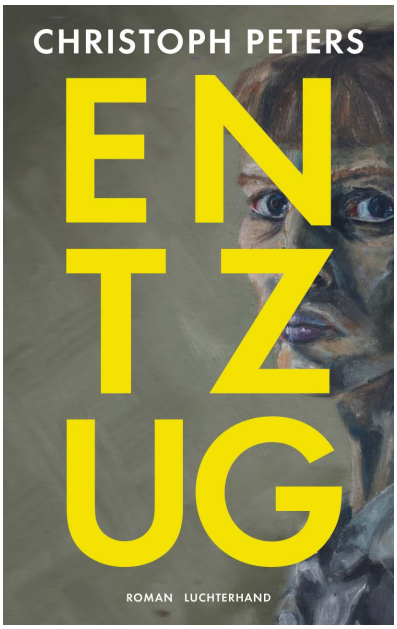
»Entzug«

Buchrezension



Foto: © Peter von Felbert

Christoph Peters



© Luchterhand Literaturverlag

Buchrezension

Wer einen sehr gut geschriebenen und berührenden Roman über das Thema Sucht, Hauptfokus Alkohol, lesen will, der wird mit ENTZUG des deutschen Autors Christoph Peters fündig. Einleitend werden wir auf eine Reise durch den Suff mit all seinen Facetten wie Suchtdruck, Lügenkonstrukte mitgenommen, erfahren, was das in einer kleinen jungen Familie bedeuten kann, bis es heißt: „Ich muss aufhören zu trinken." Und: „Ich kann nicht aufhören zu trinken." Daraufhin: „Ich muss es versuchen, bevor es zu spät ist."

Und dann beginnt der Entzug, die Entgiftung in einer Suchtklinik. Sehr lebensecht geschildert, hart an der Realität, wie das Antreten der Therapie in der Entzugsklinik mit hohem Alkoholpegel. Sodann der Behandlungsvertrag, die Aufnahme, die medikamentöse Entzugsbehandlung mit dem Medikament Distraneurin, um die Entzugssymptome zu lindern und lebensbedrohliche Krampfanfälle oder den lebensgefährlichen medizinischen Notfall Alkoholentzugsdelirium (Delirium tremens) zu verhindern. Wir Leser machen den Entzug bzw. die Alkoholentgiftung mit dem Ich-Erzähler mit, wir sind live dabei, alles hautnah; wir lernen die anderen Süchtigen bzw. zu Entziehenden kennen, bewegen uns zwischen dem Klinik-Raucherraum und dem Bett im Mehrbettzimmer, werden Teil des Entzugsklinikbiotops. Wir lernen aus der Sicht des Patienten die Mechanismen und Rückfallgefahren der Sucht und Abhängigkeit durch die behandelnden Ärzt*innen und Therapeut*innen kennen, nehmen Anteil, wie der Blutalkoholspiegel dann endlich einmal die null Promille erreicht. Anstatt des Alkohols gibt es nun das Medikament Distraneurin und hochdosiertes Vitamin B. Und unser Roman-Ich, der Schriftsteller, darf sodann auch noch den sogenannten Jellinek-Aufsatz schreiben, der, wie nicht ohne Ironie angemerkt wird, nicht nach Elfriede Jelinek benannt ist, sondern nach dem amerikanischen Physiologen und Biostatistiker Elvin Morton Jellinek (1890-1963), der bereits in den 1940er Jahren Pionierleistungen in der moderneren Suchtforschung erbrachte. Der Schriftsteller muss also zur Selbstreflexion diesen Aufsatz schreiben – wir sind dabei, beim Nachdenken, beim Schreiben und können schließlich auch den Aufsatz lesen. Und wir werden in Therapiegruppen praxisnahe vertraut gemacht mit den alltäglichen Tücken der Sucht und dem Saufdruck, wie er genannt wird. Wir wenden uns mit dem Entzugs-Ich etwas widerwillig den Anonymen Alkoholikern zu, lernen auch eine solche Selbsthilfe-Gruppenstunde kennen. Und die vermutlich nicht reversible Polyneuropathie wird zu einem großen Thema – das starke Zittern, der Tremor, der ein (Skizzen-)Zeichnen und mit der Hand schreiben so gut wie verunmöglicht. Und schließlich, ganz entscheidend: die Familie – die Frau das Kind – sind ein ebenso noch ganz wichtiges Leitmotiv, mehr sei hierzu einmal nicht verraten.

Verraten sei, dass das wunderbare Buch mit einem Freudschen Verschreiber oder unbewussten Wunsch endet. Wo auch immer dieser herkommt und wem auch immer er gilt – entscheiden Sie als Leser*in. Der Arzt meint zu guter Letzt bei der Entlassung nämlich, dass unser Entzugs-Roman-Ich Propanol jedenfalls erst einmal weiter einnehmen soll und wünscht damit zum Abschied (weiterhin) Besserung. Die chemische Substanz Propanol ist jedoch ein einwertiger, brennbarer Alkohol und stark giftig (als Lösungsmittel oder Händedesinfektionsmittel gut bekannt) – der stärkste Alkohol überhaupt sozusagen. Das Hilfsmedikament (Betablocker), das den Körper bei heftigen körperlichen Begleitsymptomen entlastet, wird Propranolol genannt. Irgendetwas bleibt hier also ganz am Ende offen oder besser gesagt verdächtig – wie wohl jedes schwere Suchtgeschehen.

Ein tolles Buch, eine absolute Leseempfehlung!

Über den Autor

wurde 1966 in Kalkar geboren. Er ist Autor zahlreicher Romane und Erzählungsbände und wurde für seine Bücher vielfach ausgezeichnet, u.a. mit dem Wolfgang-Koeppen-Preis (2018), dem Thomas-Valentin-Literaturpreis der Stadt Lippstadt (2021), dem Niederrheinischen Literaturpreis (1999 und 2022) sowie dem Schubart-Literaturpreis (2025). Zuletzt erschien bei Luchterhand mit »Innerstädtischer Tod« (2025) der letzte Teil einer an Wolfgang Koeppen angelehnten Trilogie.

Entzug: Der große autofiktionale Roman von Christoph Peters über den Weg eines Alkoholikers zurück in die Nüchternheit

Erschienen: Luchterhand Literaturverlag
Roman, 400 Seiten
ISBN: 978-3-630-87785-3
Preis: 24,70,- Euro



Genießen mit gutem Gewissen

Bio-Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis

Freilandhaltung **bio-rind@gruenerkreis.at** **beste Bio-Qualität**

Beratung & Hilfe

Ambulante Einrichtungen und Anlaufstellen

Wien
Simmeringer Hauptstraße 101/6
1110 Wien
Tel.: +43 1 526 94 89
ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wien (Schwerpunkt Justizpatient*innen)
Radetzkystraße 31/1/Top 8+11
1030 Wien
Tel.: +43 1 710 74 44
ambulanz.wien3@gruenerkreis.at

Niederösterreich/Burgenland Nord
Grazer Straße 53/Top 14
2700 Wiener Neustadt
Tel.: +43 664 811 1002
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Steiermark/Burgenland Süd
Frauengasse 7, 8010 Graz
Tel.: +43 316 760 196
ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Oberösterreich/Salzburg
Schubertstraße 48/4, 4020 Linz
Tel.: +43 664 811 1024
ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Kärnten/Osttirol/Südtirol
Feldmarschall Conrad-Platz 3
9020 Klagenfurt
Tel.: +43 664 384 02 80
ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Tirol/Vorarlberg
Tel.: +43 664 821 99 74
leo.teissl@gruenerkreis.at

grüner kreis

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien