



Substanzbezogene Störungen Älterer Wachsender Bedarf an vernetzter Arbeit

Highlights & Herausforderungen der
Gerontopsychiatrie
GeFa – Fachtag Gerontopsychiatrie
Mittelfranken 18.07.2019
Dr. med. Dieter Geyer

Fallbeispiele

Klaus-Peter R. 72 Jahre:

Ich habe über lange Jahre hinaus mehr oder weniger kontrolliert getrunken und habe das aber immer gemeint im Griff zu haben. Schlimm ist es geworden, als von einem Tag auf den anderen das Berufsleben beendet war. Da ist auf einmal ein riesengroßes Loch gewesen.

Fallbeispiele:

1. Fr. S, berentete Verwaltungsmitarbeiterin
2. Fr. D. pflegende Angehörige
3. Hr. F., Patient der aufsuchenden Altenpflege
4. Fr. S und Hr. K. Heimbewohner

Gliederung

- **Zur Einführung: Ethische Aspekte**
- **Epidemiologie**
- **Höhere Gefährdung älterer Personen durch erhöhten Konsum**
- **Zwischenbilanz**
- **Bedarfsgruppen**
 - **Chancen in der ambulanten und stationären akutmedizinischen Versorgung**
 - **Möglichkeiten der akutpsychiatrischen und suchtmmedizinischen Versorgung**
 - **Möglichkeiten der ambulanten und stationären Suchthilfe**
 - **Chancen in der ambulanten und stationären Altenhilfe**
 - **Chancen der Suchtselbsthilfe**

Gliederung

- **Zur Einführung: Ethische Aspekte**
- Epidemiologie
- Höhere Gefährdung älterer Personen durch erhöhten Konsum
- Zwischenbilanz
- Bedarfsgruppen
 - Chancen in der ambulanten und stationären akutmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der akutpsychiatrischen und suchtmmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der ambulanten und stationären Suchthilfe
 - Chancen in der ambulanten und stationären Altenhilfe
 - Chancen der Suchtselbsthilfe

Ethische Aspekte zu „Sucht und Alter“

Dreifache Verwundbarkeit *(nach Sedmark 2014)*

- Allgemeine Verwundbarkeit des Menschseins
- Besondere und erhöhte Verwundbarkeit des Alters
- Besondere und verstärkende Verwundbarkeit der Sucht

Ethische Aspekte zu „Sucht und Alter“

Ethik der Institution

- Vermeidung von Verletzungen der Selbstachtung und Demütigungen
- Der suchtkranke alte Mensch wird als „Person“ und nicht als „Problem“ gesehen

Ethik der Problemwahrnehmung

- Kein Ignorieren oder Bagatellisieren
- Öffentlicher Diskurs fördert die Problemsensibilität und senkt die Schamschwelle, das Phänomen zu sehen, zu benennen und zum Thema eines Gesprächs zu machen

Ethische Aspekte zu „Sucht und Alter“

Ethik der Selbstbestimmung und Verantwortung

- Anerkennung der suchtbedingten Einschränkung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung
- Keine Rechtfertigung eigener Passivität und des Wegsehens durch den Verweis auf Selbstbestimmung („sie sollen selbst entscheiden“)
- Achtung der Selbstbestimmung

Ethik des Alters

- Anerkennung des Eigenwerts des Alters

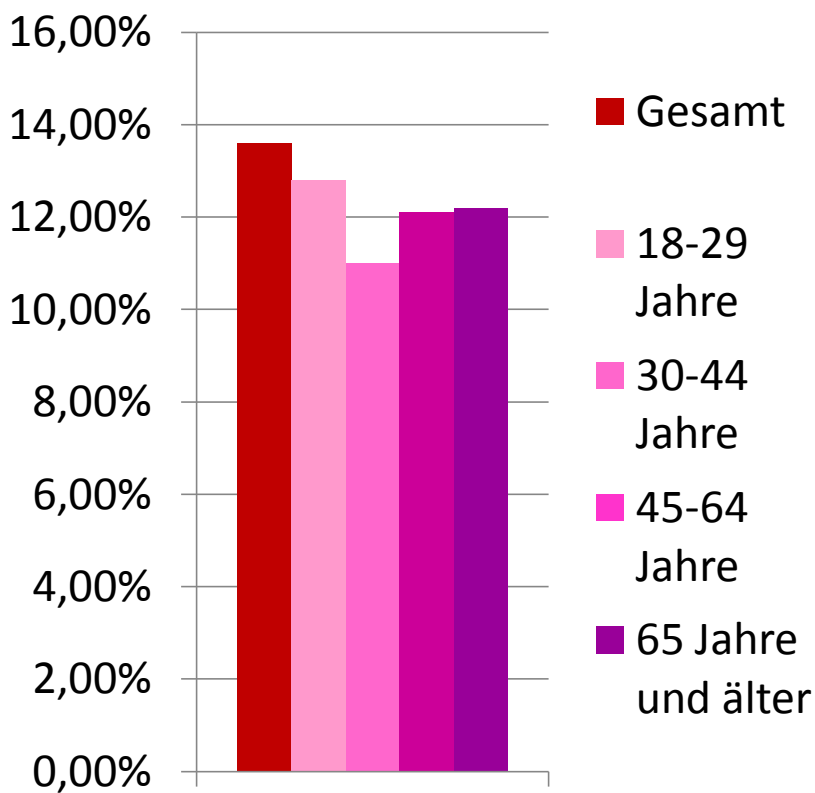
Gliederung

- Zur Einführung: Ethische Aspekte
- **Epidemiologie**
- Höhere Gefährdung älterer Personen durch erhöhten Konsum
- Zwischenbilanz
- Bedarfsgruppen
 - Chancen in der ambulanten und stationären akutmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der akutpsychiatrischen und suchtmmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der ambulanten und stationären Suchthilfe
 - Chancen in der ambulanten und stationären Altenhilfe
 - Chancen der Suchtselbsthilfe

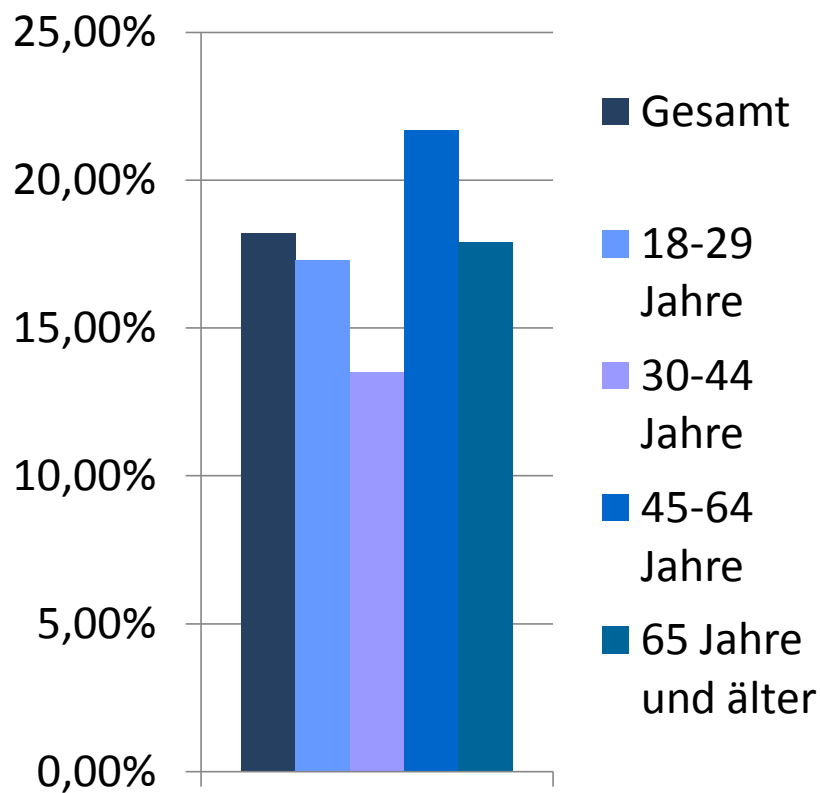
Epidemiologie Alkohol

Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland, *Lange et al. 02/2017, Journal of Health Monitoring, DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-031*

Riskanter Alkoholkonsum Frauen



Riskanter Alkoholkonsum Männer



Epidemiologie Alkohol

- Bei Frauen aus oberen Bildungsgruppen ist der riskante Alkoholkonsum häufiger als bei Frauen aus unteren Bildungsgruppen;
- Dies trifft besonders für die Gruppe der über 65 Jährigen Frauen zu
- Bei Männern trifft das auf die Altersgruppe ab 65 Jahren zu.
- Die jüngeren männlichen Alterskohorten (bis 44 Jahre) trinken seltener riskant, in der Gruppe der 45-64 Jährigen finden sich keine Unterschiede

Epidemiologie Alkohol

- Ca. **400.000** Männer und Frauen über 60 Jahre haben ein „Alkoholproblem“.
- 2-3% der Männer
- 0,5-1% der Frauen

Kraus & Augustin, 2005

Epidemiologie Medikamente

Häufigste Stoffgruppen

- Benzodiazepine
- Z-Substanzen
- Opiate

Kraus et al., 2012, Epidemiologischer Suchtsurvey 2012

- Anwendung von BZD, Bevölkerung 18 – 79 Jahre:
 - Frauen: 4,2%
 - Männer: 2,0%
- Anwendung > 3 Monate (Verdacht auf schädlichen oder abhängigen Konsum):
 - Frauen: 83,5%
 - Männer: 81,4%

Linden et al. 2004, BASE; Berlin Aging Study (1990-1993)

- Anwendung von BZD, Bevölkerung > 70 Jahre: 18,9%
 - 1-5 Jahre: 33,8%
 - > 5 Jahre: 40,3%

Glaeske et al. 2006, Hochrechnung aus GKV-Daten und Pharma-Marktdaten

- **1 – 1,1 Millionen** Benzodiazepinabhängige

Benzodiazepine

- **Alle BZD haben ein starkes Abhängigkeitsprofil**
- Sie sollen nur kurz verordnet werden
- **Die meisten BZD sind für ältere Menschen ungeeignet**
- BZD können bei älteren Personen eine Demenz imitieren
- Vermutlich beschleunigen sie eine einsetzende Demenz
- BZD erzeugen Benommenheit, Gleichgewichtsstörungen und verstärken die Sturzneigung
- Weitere Folgen können sein: Verwaschene Sprache, Antriebs- und Interesselosigkeit, sozialer Rückzug, nachlassende Körperhygiene, Verwahrlosung

Opiathaltige Analgetika, Morphin

- Verordnungseinschränkungen (z.B. vorbestehender Alkoholabusus oder Alkoholabhängigkeit) werden nicht hinreichend beachtet
- Es ist wissenschaftlich gesichert, dass chronische Opiatgabe über gegenregulatorische Prozesse zu einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit führt
- (Rasches) Absetzen führt zu Absetzeffekten und Craving (Verlangen nach der Substanz)
- Patient und Arzt verwechseln das Auftreten von Absetzphänomenen mit einem Persistieren der Symptome
- Diese Fehlinterpretation und die erhöhte Schmerzempfindlichkeit fördern das Insistieren des Patienten auf Fortsetzung der Opiattherapie und die weitere Verordnung

Epidemiologie, Drogen

- Auch die Zahl der drogenabhängigen Älteren steigt und wird in den nächsten Jahren kontinuierlich zunehmen.
- Ältere Drogenabhängige verfügen über besonders starke soziale Einschränkungen
- Sie sind in der Regel körperlich stark vorgealtert und leiden an chronischen Erkrankungen

Epidemiologie Rauchen, pathologisches Glückspielverhalten und Mediensucht

- Der Rauchbeginn im höheren Alter ist eine Rarität
- Die Raucherquoten sind niedriger
- Mit den nachwachsenden Generationen vermindern sich die Geschlechtsunterschiede der Raucherquoten
- Dennoch ist und bleibt die Tabakabhängigkeit auch für ältere Bevölkerungsgruppen die tödlichste Suchterkrankung
- Epidemiologische Daten für pathologisches Glücksspielverhalten und Mediensucht in der älteren Bevölkerung liegen nicht vor
- „Glückspielsucht“ Älterer ist allerdings nach klinischen Eindruck so selten nicht, nimmt zu und entsteht als Suchtverlagerung, im Zusammenhang mit der Behandlung der Parkinson-Erkrankung und des Restless Legs-Syndrom, gefördert durch die Dopamin frei setzende Medikation, sowie im Rahmen hirndegenerativer Prozesse

Gliederung

- Zur Einführung: Ethische Aspekte
- Epidemiologie
- **Höhere Gefährdung älterer Personen durch erhöhten Konsum**
- Zwischenbilanz
- Bedarfsgruppen
 - Chancen in der ambulanten und stationären akutmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der akutpsychiatrischen und suchtmmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der ambulanten und stationären Suchthilfe
 - Chancen in der ambulanten und stationären Altenhilfe
 - Chancen der Suchtselbsthilfe

Protektive Faktoren

Vulnerabilitätsfaktoren

Protektive Faktoren

- Geringeres Stressempfinden (*Stone et al. 2010*)
- Zuwendung der Aufmerksamkeit eher zu positiven Stimuli (*Carstensen & DeLiena 2018*)

Vulnerabilitätsfaktoren

- Steigendes Risiko für chron. Erkrankungen und Multimorbidität
- Soziale Veränderungen (Ende der Erwerbstätigkeit, verändertes Freizeitverhalten...)
- Tod, Verlust von Partnern, Angehörigen und Freunden
- Zunehmende Geschwindigkeit technischer Neuerungen
- **Pflege dementer Angehöriger**
- Wohlstand (Wohlstandstrinken der „Silver-Ager“ und von Frauen mit höherem sozio-ökonomischen Status).

Alkohol ist der größte vermeidbare Risikofaktor für Demenz

Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study

*Michaël Schwarzinger, Bruce G Pollock, Omer S M Hasan, Carole Dufouil, Jürgen Rehm, for the QalyDays Study Group**

Findings Of 31 624 156 adults discharged from French hospitals between 2008 and 2013, 1 109 343 were diagnosed with dementia and were included in the analyses. Of the 57 353 (5·2%) cases of early-onset dementia, most were either alcohol-related by definition (22 338 [38·9%]) or had an additional diagnosis of alcohol use disorders (10 115 [17·6%]). Alcohol use disorders were the strongest modifiable risk factor for dementia onset, with an adjusted hazard ratio of 3·34 (95% CI 3·28–3·41) for women and 3·36 (3·31–3·41) for men. Alcohol use disorders remained associated with dementia onset for both sexes (adjusted hazard ratios >1·7) in sensitivity analyses on dementia case definition (including Alzheimer's disease) or older study populations. Also, alcohol use disorders were significantly associated with all other risk factors for dementia onset (all $p < 0·0001$).

www.thelancet.com/public-health Vol 3 March 2018

Höhere Gefährdung ältere Personen durch Substanzkonsum

- Höhere gesundheitliche Fragilität älterer Menschen
- Mit dem Altern assoziierte Erkrankungen (z.B. Hochdruck, Diabetes mellitus)
- Polypharmazie
- Durch veränderte Verteilungsvolumina (weniger Wasser und Muskulatur) stärkere Wirkung von Alkohol, Medikamenten und Drogen
- Langsamere Abbau von Alkohol, Medikamenten und Drogen
- Geringere Resilienz
- Höhere Empfindlichkeit für Noxen

Besondere Risiken bei erhöhtem Alkoholkonsum:

- Stürze
- Kognitive Einschränkungen

Gliederung

- Zur Einführung: Ethische Aspekte
- Epidemiologie
- Höhere Gefährdung älterer Personen durch erhöhten Konsum
- **Zwischenbilanz**
- Bedarfsgruppen
 - Chancen in der ambulanten und stationären akutmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der akutpsychiatrischen und suchtmmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der ambulanten und stationären Suchthilfe
 - Chancen in der ambulanten und stationären Altenhilfe
 - Chancen der Suchtselbsthilfe

Zwischenbilanz: Interventionsbedarf Ältere Menschen mit substanzbezogenen Störungen

- Mit einer absoluten und relativen Zunahme alkoholbezogener Störungen ist zu rechnen (*Schäufele, Suchttherapie 2009 10: 4-11*)
- Ältere Personen mit einer alkoholbezogenen Störung haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als jüngere an somatischen und psychischen Störungen zu leiden (*Böhm et al. RKI 2009*)
- Auch bei pflegebedürftigen älteren Menschen besteht ein suchtmmedizinischer Versorgungsbedarf (*Rumpf & Weyerer, Jahrbuch Sucht 2006, 189-199; Kuhn & Haasen ZIS 2009, Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen*)
- Bedarf an Screening, Diagnostik, Früh- und Kurzinterventionen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung (*S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ AWMF-Reg. Nr. 076-001; zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen s. Moore et al, 2001, Kaner et al. 2007*)
- Bedarf an altersbezogenen Akut- und Entwöhnungsbehandlungen
- Bedarf an Behandlungsangeboten für Pflegebedürftige. Die Vernetzung der Sucht- und Altenhilfe kann gelingen (*siehe z.B. Geyer et al. Abschlussbericht Modellprojekt HAMAB 2012, www.fachklinik-fredeburg.de*)

Gliederung

- Zur Einführung: Ethische Aspekte
- Epidemiologie
- Höhere Gefährdung älterer Personen durch erhöhten Konsum
- Zwischenbilanz
- **Bedarfsgruppen**
 - Chancen in der ambulanten und stationären akutmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der akutpsychiatrischen und suchtmmedizinischen Versorgung
 - Möglichkeiten der ambulanten und stationären Suchthilfe
 - Chancen in der ambulanten und stationären Altenhilfe
 - Chancen der Suchtselbsthilfe

Bedarfsgruppen

Bedarfsgruppe 1

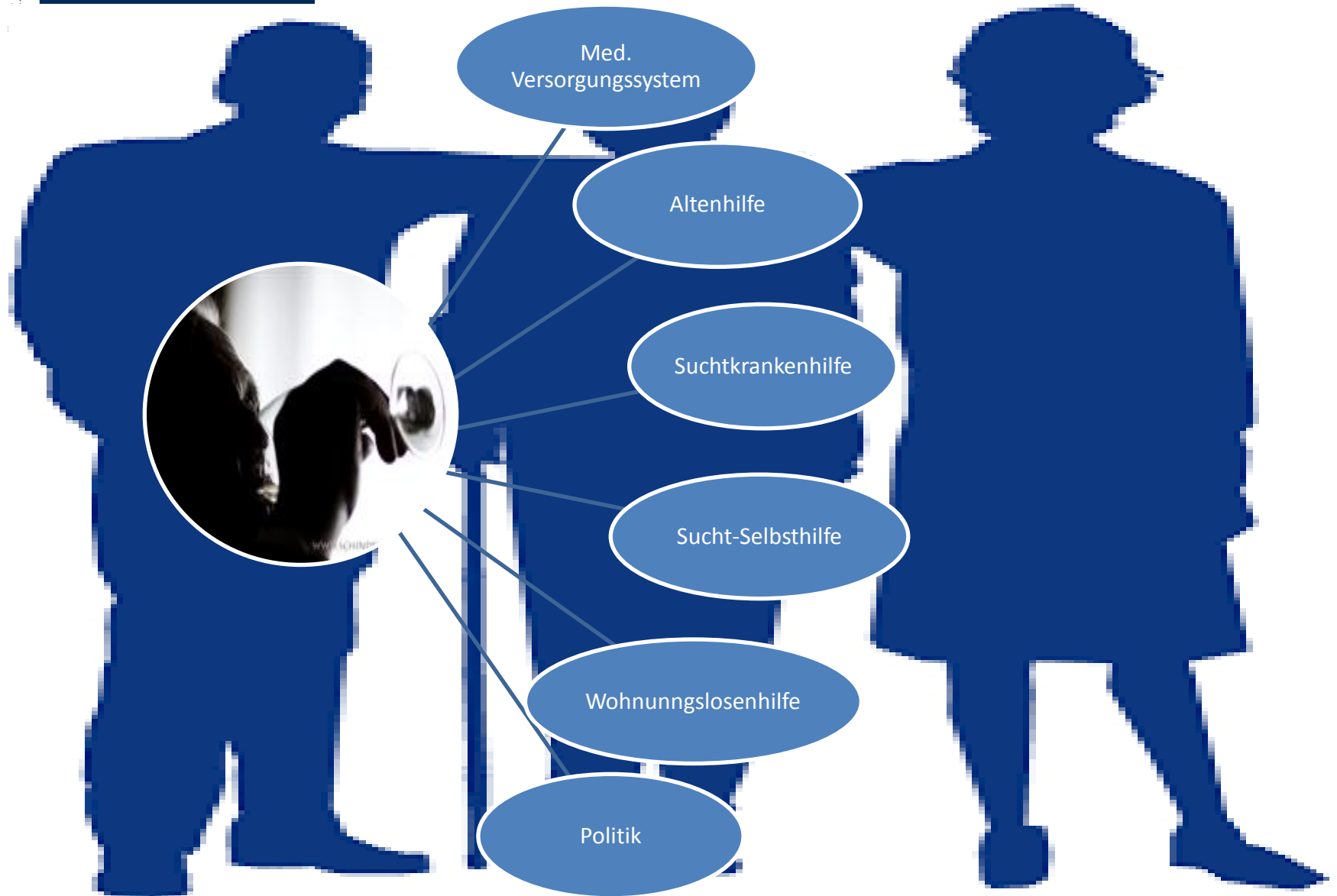
- Eigene Wohnung
- Selbständige Lebensführung
- Keine ausgeprägten dauerhaften körperlichen oder psychischen Einschränkungen

Bedarfsgruppe 2

- Eigene Wohnung
- Eingeschränkt selbständige Lebensführung
- Vermittlungshemmnis in Suchthilfe

Bedarfsgruppe 3

- Keine selbständige Lebensführung möglich
- Stationär betreutes Wohnen
- Bewohner/Innen von Altenpflegeeinrichtungen



Versorgungssektoren

- Akutmedizin, ambulant
- Akutmedizin, stationär
- Ambulante psychiatrische Versorgung inklusive SpD
- Stationäre psychiatrische Versorgung
- Ambulante suchtmmedizinische Versorgung
- Stationäre suchtmmedizinische Versorgung inklusive QA bzw. QE
- Ambulante Suchthilfe
- Stationäre Suchthilfe
- Ambulante Altenhilfe
- Stationäre Altenhilfe
- Spezialisierte Einrichtungen für ältere Suchtkranke (Einrichtungen für CMA's, Korsakow-Erkrankte, ältere Drogenabhängige)
- Obdachlosenhilfe
- Einrichtungen des Betreuten Wohnens
- U.a.

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor ambulante und stationäre Akutmedizin

➤ Screening

- AUDIT, AUDIT-C (ist auch in der Anwendung bei Älteren valide und reliabel (*Dawson et al. 2005*), anders als der CAGE)
- Laborparameter: GGT, MCV, CDT

➤ Diagnostik

- kategorial (ICD-10) versus dimensional (DSM V).
- auf Trinkmengen und soziale Dysfunktionen abzielenden Merkmale sind bei älteren Personen oft nicht erfüllt, wodurch schädlicher Konsum und Abhängigkeit leichter als bei Jüngeren übersehen werden können

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor ambulante und stationäre Akutmedizin

➤ Motivierende Ansprache, Kurzinterventionen

- Primärärztliche Behandlung: Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden.

(Empfehlung 3.7.4.2.10. Kapitel 3.7.4 „Ältere“ (Geyer et al.) der S 3 Leitlinie Alkohol 2015)

➤ Vermittlung zur Suchthilfe

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor psychiatrische und suchtmmedizinische stationäre Versorgung

- **Behandlung in der Gerontopsychiatrie?**
 - spezialisierte Abteilung?
- **Behandlung in der Suchtabteilung?**
 - spezialisierte Station?
- **Vermittlung zur Suchthilfe**

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor psychiatrische und suchtmmedizinische stationäre Versorgung. Ein aktuelles Beispiel aus NRW

Diakonie 
in Südwestfalen
Krankenhaus Eisey

Suchtbehandlungszentrum
Station AQUA
Altersspezifische
Qualifizierte Akutbehandlung

ES ZÄHLT NICHT,
WIE ALT DU BIST,
SONDERN WIE DU ALT BIST.
CHIN. SPRICHWORT

www.diakonie-sw.de

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor psychiatrische und suchtmmedizinische stationäre Versorgung

Argumente für eine spezialisierten Abteilung bzw. ein spezifisches Angebot

Sucht:

- Höherer somatischer Behandlungsbedarf
- Höherer Pflegebedarf
- Höherer differenzialdiagnostischer Aufwand (Demenz, Altersdepression)
- Älterer weniger expansiv als Jüngere, kommen in gemeinsamer Motivationsgruppe oft zu kurz
- Andere Themenschwerpunkte (Einsamkeit, Verluste)
- Andere sozialarbeiterische Schwerpunkte

Gerontopsychiatrie:

- Höhere Änderungspotenziale
- Aktivere Therapie möglich

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor ambulante Suchthilfe

In den Beratungs- und Behandlungsstellen sind ältere Personen bislang unterrepräsentiert.

- Nach den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik sind nur 7,2% der Personen in der ambulanten Betreuung 60 Jahre oder älter (*Steppan et al. 2012*)

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor ambulante Suchthilfe

- **Barrierefreiheit**
- **Angebotsanpassung (Tageszeiten?)**
- **Inhaltliche Schwerpunktthemen:**
 - Trauerarbeit
 - Einsamkeit
 - Tagesstrukturierung
 - altersmedizinische Kompetenz
 - Spirituelle Fragen

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor stationäre Suchthilfe

In den Fachkliniken sind ältere Personen bislang unterrepräsentiert.

- Nach den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik sind nur 7,6 % der Personen in der stationären medizinischen Rehabilitation Sucht 60 Jahre oder älter (*Steppan et al. 2012*)

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor stationäre Suchthilfe

- **Anpassung der Psychotherapiethemen**
 - Verlustserfahrungen, Trauerarbeit
 - Späte Traumafolgen
 - Kompensationsstrategien bei Einschränkungen
 - Einsamkeit
 - Pfleger Angehöriger
 - Aktivierung und Verbesserung bestehender Beziehungen

- **Anpassung der Kreativtherapie**
- **Anpassung der Sport- und Bewegungstherapie**

Bedarfsgruppe 2

Versorgungssektor ambulante und stationäre Akutmedizin

- wie Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor psychiatrische und suchtmmedizinische stationäre Versorgung

- wie Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor ambulante Suchthilfe

- Wie Bedarfsgruppe 1
- Aufsuchende Arbeit
- Kompetenz Alter und Altern
- Vernetzung mit Einrichtungen der Altenhilfe
- Kenntnisse des Pflege- und Betreuungsrechts

Bedarfsgruppe 2

Versorgungssektor stationäre Suchthilfe

- Geriatriische Kompetenz
- Gerontopsychiatrische Kompetenz
- Vernetzung mit Einrichtungen der Altenhilfe
- Kenntnisse des Pflegerechts
- Themenschwerpunkte wie bei Bedarfsgruppe 1
- Plus: Zukünftige Wohnform? In Abhängigkeit der Einschränkungen der ATL und der familiären Einbindung

Versorgungssektor ambulante Altenhilfe

- Kultur des nicht Wegschauens
- Kenntnisse über Suchtmittel und Suchterkrankungen im Alter
- Implementierung des Themas „Sucht“ ins einrichtungsinterne QM
- Vernetzung mit Einrichtungen der Suchthilfe

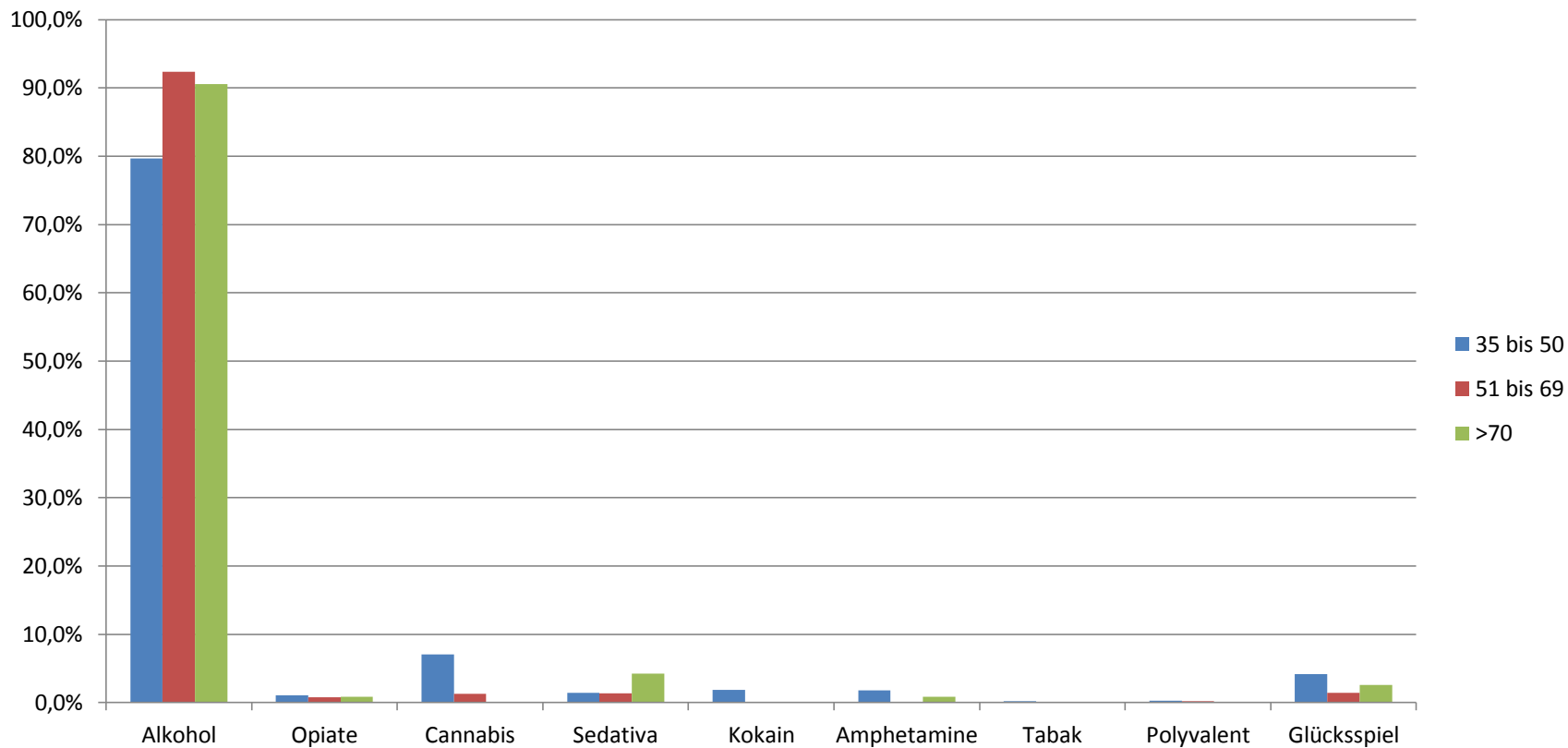
Exkurs:

Gerontosuchtmedizinische Rehabilitation

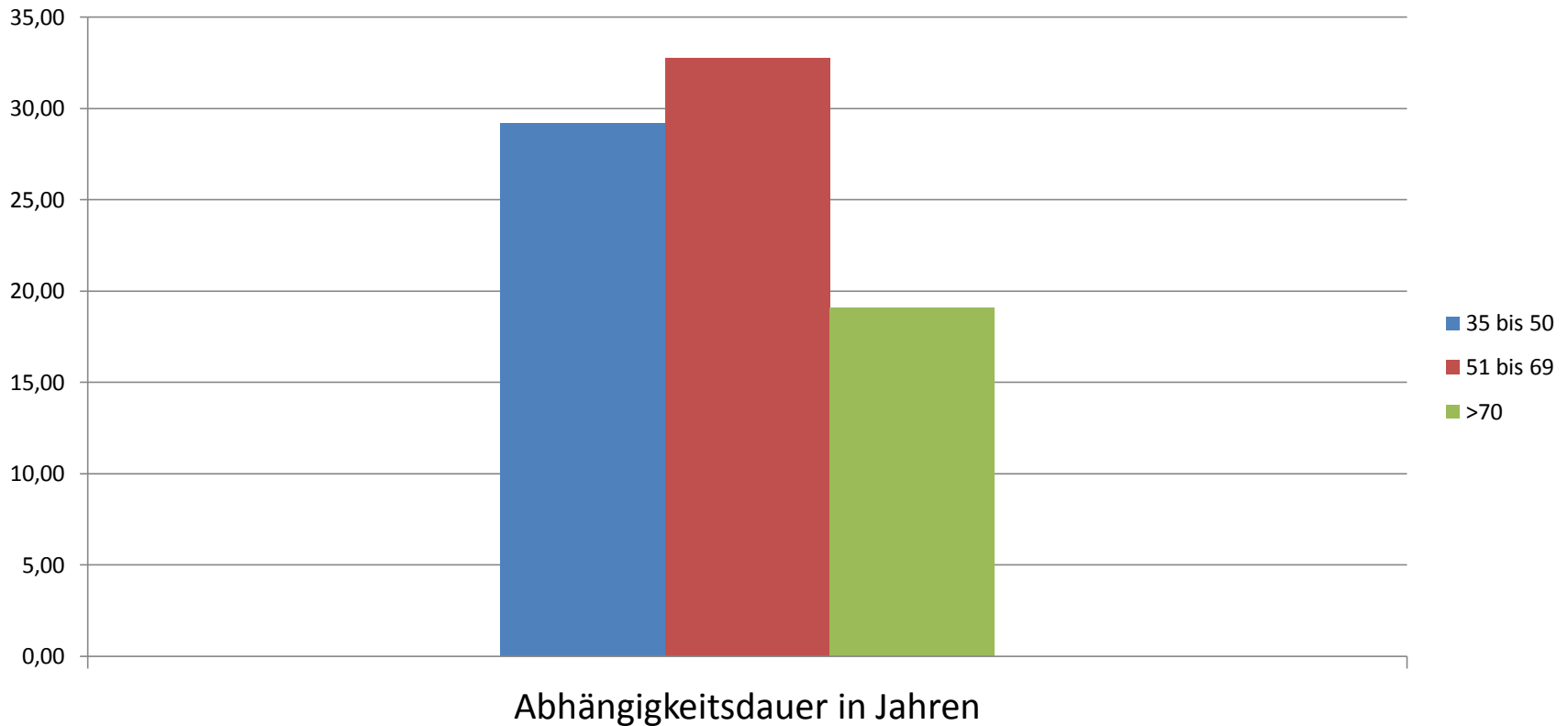
Ziele

- Aufrechterhaltung oder Wiederbefähigung zur selbständigen Lebensführung
- Teilhabe am familiären und gesellschaftlichen Leben
- Abstinenzfähigkeit
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Abklärung der Wohnform nach der Reha
- Gegebenenfalls Vermittlung in betreute Wohnformen

Hauptdiagnose

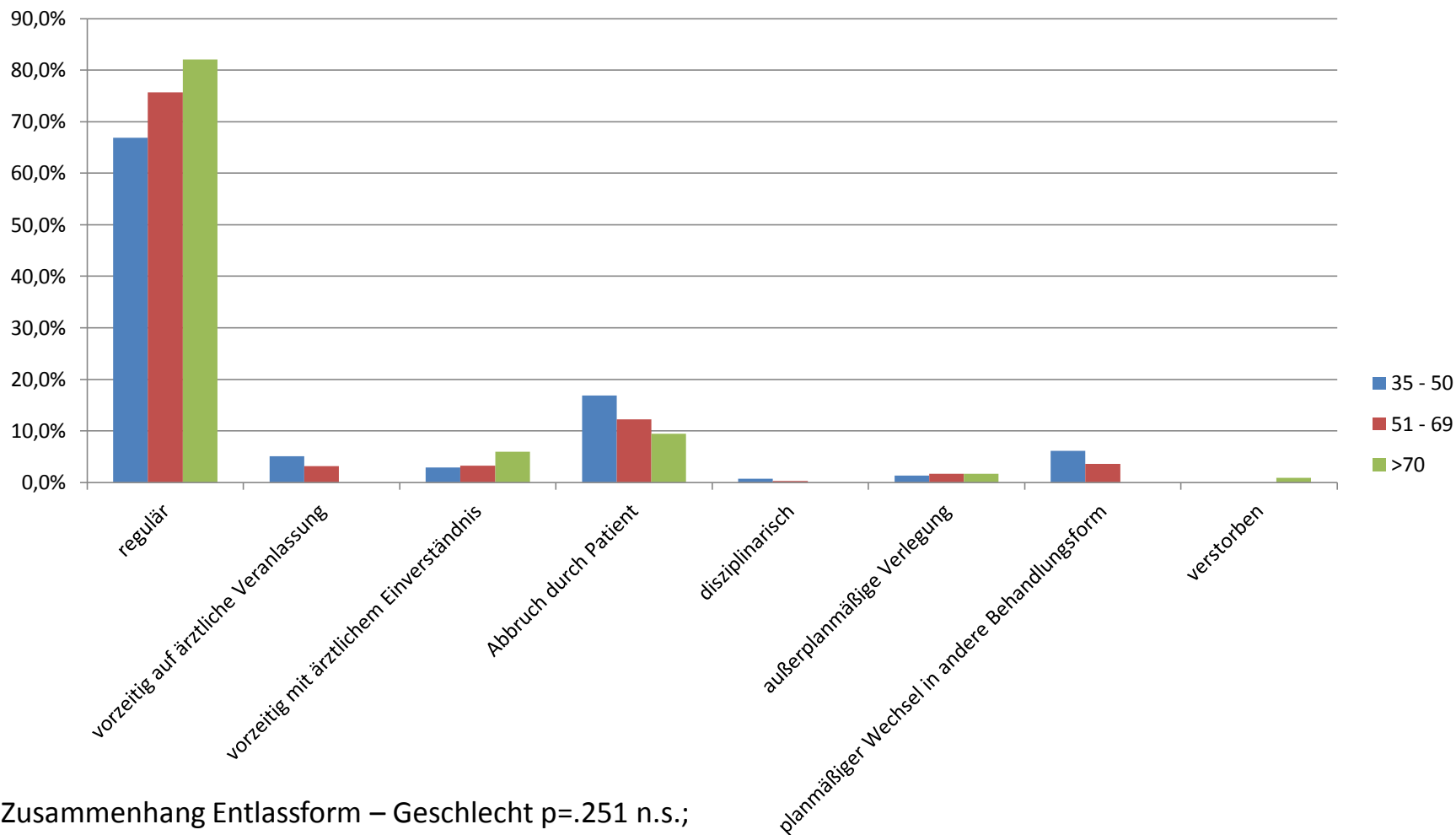


Abhängigkeitsdauer



Gruppendifferenz signifikant, $p=.000$

Entlassform

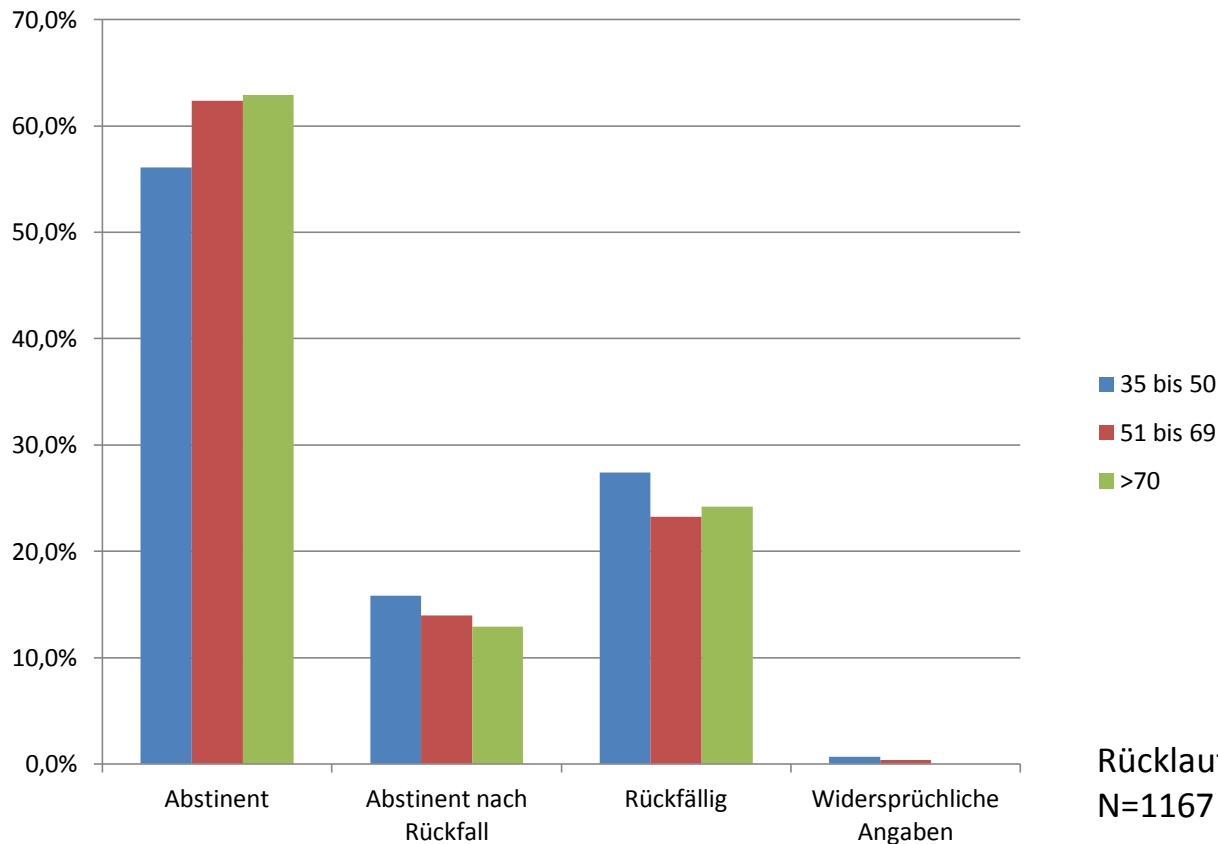


Zusammenhang Entlassform – Geschlecht $p=.251$ n.s.;

Zusammenhang Entlassform – Altersgruppe $p=.000$

Katamnesedaten, Abstinenz DGSS 1

- (Fremd-)Einschätzung (Patientenrücklauf plus Telefonat bei ausbleibendem Rücklauf)



Rücklauf insgesamt 42,2%,
N=1167

Zusammenfassung

- Die in der FK F behandelten über 70-Jährigen weisen zum Zeitpunkt der Aufnahme kürzere Erkrankungszeiten auf als Jüngere. Dies weist auf einen hohen Anteil „late-onset drinker“ hin.
- BZD-Abhängigkeit liegt häufiger als in jüngeren Jahren vor.
- Die subjektiv empfundene psychische Belastung ist etwas geringer als bei Jüngeren, die Abstinenzsicherheit höher
- Hirnleistungsstörungen sind häufiger, können aber nicht im Vergleich zu Jüngeren dargestellt werden, da bei diesen eine routinemäßige Diagnostik auf kognitive Störungen nicht erfolgt.
- Die objektiven Behandlungsergebnisse sind gut, die subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung und den Lebensumständen ebenfalls.

Bedarfsgruppe 3

Versorgungssektor ambulante und stationäre Akutmedizin

Versorgungssektor psychiatrische und suchtmmedizinische stationäre

Versorgung

- Kritisches Bewusstsein Fördern, dass auch in dieser Klientel substanzbezogene Störungen nicht selten sind
- Verbesserung des Arzneimittelmanagements
- Interventionen nach dem führenden Prinzip der Risikominimierung und des Erhalts oder der Verbesserung der Lebensqualität

Bedarfsgruppe 3

Versorgungssektor ambulante Suchthilfe

- Vernetzung mit der stationären Altenhilfe
- Aufsuchende Arbeit (Beratung der Altenhilfe, von Angehörigen und Betreuern, Fallbesprechungen)
- Interventionen nach dem führenden Prinzip der Risikominimierung und des Erhalts oder der Verbesserung der Lebensqualität

Versorgungssektor stationäre Suchthilfe

- Entwicklung von Angeboten für Pflegebedürftige Pflegegrade 1, 2 und 3
- PV könnte wie in anderen geriatrischen Fällen die KV auffordern, eine medizinische Rehabilitation zur Verhinderung von oder zur Senkung der Pflegebedürftigkeit zu bewilligen

Bedarfsgruppe 3

Versorgungssektor stationäre Altenhilfe

- Kultur des nicht Wegschauens
- Kritisches Bewusstsein Fördern, dass auch in dieser Klientel substanzbezogene Störungen nicht selten sind
- Kenntnisse über Suchtmittel und Suchterkrankungen im Alter
- Implementierung des Themas „Sucht“ ins einrichtungsinterne QM
- Vernetzung mit Einrichtungen der Suchthilfe
- Einführung einer „Alkoholpolitik“, z.B. alkoholfreie Küche
- Verbesserung des Arzneimittelmanagements
- Interventionen nach dem führenden Prinzip der Risikominimierung und des Erhalts oder der Verbesserung der Lebensqualität
- Segregierte oder integrierte Wohnbereiche für ältere Drogenabhängige?

Suchtselbsthilfe

- Das Durchschnittsalter der Selbsthilfegruppenmitglieder liegt im 6. Lebensjahrzehnt, Menschen im 5. bis 8. Lebensjahrzehnt stellen den größten Anteil
- Dennoch erreichen „neue“ ältere Suchtkranke die Gruppen zu selten
- Die Kompetenzen der Selbsthilfe könnte in der Sekundärprävention des „late-onset“ Alkoholismus besser genutzt werden
- Spezielle Gruppen oder zumindest Themenrunden für Ältere zu empfehlen

Exkurs: Vernetzung der Suchtkranken- und Altenhilfe

Modellprojekte des BMG

Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung der Sucht- und Altenhilfe ist die Beachtung unterschiedlicher „Kulturen“

- Unterschiedliche Zeittakte
- Unterschiedlicher Ausbildungsstand
- Suchthilfe hat Besprechungs- und Reflexionstradition
- Altenhilfe hat Handlungstradition

Weitere Voraussetzungen

- Die Zusammenarbeit der Sucht- und Altenhilfe beginnt im Kopf
- Die Verantwortlichen müssen sie wollen
- Sie muss sich für alle Beteiligten „lohnen“
- Case-Management durch Suchthilfe (Altenhilfe kann das nicht refinanzieren)

Exkurs: Modellprojekte des BMG: www.alter-sucht-pflege.de

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Sucht
im
Alter



Handlungsempfehlungen

- » Einleitung
- » **Alkohol**
- » Psychopharmaka
- » Screening
- » Gesprächsführung
- » Beauftragte
- » Fallbeispiele

Start » Handlungsempfehlungen » Alkohol

Ablaufplan bei Verdacht auf einen problematischen Alkoholkonsum

Dieses Schema ist idealtypisch. Das Leben geht meistens nicht so geradlinige Wege. Möglicherweise gibt es ein „Vor und Zurück“ bei Ihrem Bemühen, den Betroffenen angemessene Hilfe zukommen zu lassen.

Beobachtung

„Mir fällt schon länger etwas auf“

Dokumente zum Dow

Ablaufplan

Verlinkungen

Weiterführende
Handlungsempfehlung

Exkurs: Modellprojekte des BMG: www.alter-sucht-pflege.de

Ablaufplan bei Verdacht auf einen problematischen Alkoholkonsum

Dieses Schema ist idealtypisch. Das Leben geht meistens nicht so geradlinige Wege. Möglicherweise gibt es ein „Vor und Zurück“ bei Ihrem Bemühen, den Betroffenen angemessene Hilfe zukommen zu lassen.

Beobachtung

- „Mir fällt schon länger etwas auf“
- Beobachtungsbogen benutzen und ausfüllen

Fallbesprechung

- „Besprechung mit den Kolleginnen und Kollegen“
- Auffälliges Verhalten mit denen besprechen, die die Betroffenen kennen (Fallbesprechung)
- Gesprächsergebnis dokumentieren (Dokumentation)

Betroffenen ansprechen

- „Wie spreche ich mit den zu Pflegenden“
- Anregungen zur Gesprächsführung finden Sie unter Gesprächsführung
- Gesprächsergebnis dokumentieren (Dokumentation)

Sollte sich Ihre Vermutung bestätigen, muss der Beobachtungsbogen Bestandteil der Pflegedokumentation werden.

Sollte es in Ihrer Einrichtung Suchtbeauftragte geben, müssen diese einbezogen werden. Ansonsten wenden Sie sich an die PDL oder Ihre Vorgesetzten.

Sollte sich bei Ihrer Fallbesprechung herausstellen, dass Sie einen großen Handlungsbedarf sehen, können Sie die Risikoeinschätzung vornehmen, bevor Sie mit den Betroffenen sprechen.

Risikoeinschätzung

- „Besteht eine Gefährdung der Betroffenen oder anderer“
- Einschätzung zusammen mit der PDL oder den Vorgesetzten vornehmen
- Ergebnis dokumentieren

Die Risikoabschätzung ist die Basis für das weitere Vorgehen. Jedes weitere Gespräch mit den Betroffenen zur Absicherung der Pflege sollte von 2 Personen geführt werden (Pflegekraft und Suchtbeauftragte/PDL/sonstige Vorgesetzte/Ärztin oder Arzt), da die weiteren Schritte ab jetzt in der Verantwortung des Trägers liegen.

Sie können sich vor und/oder nach dem 2. Gespräch mit den Betroffenen von Mitarbeitenden einer Suchtberatungsstelle beraten lassen. Denen können sie (anonymisiert) ihr Problem schildern. Wenn es in Ihrem Umfeld einen Verbund von Sucht- und Altenhilfe gibt, dann wenden Sie sich an die Altersbeauftragten einer Suchtberatungsstelle. Diese kennen sich mit den Problemlagen älterer Menschen aus. Ansonsten ist es die Aufgabe Ihrer Suchtbeauftragten/PDL/Vorgesetzten, einen ersten telefonischen Kontakt zu einer Suchtberatung herzustellen.

1

Geringes Risiko

- „Sie müssen nicht unmittelbar handeln“
- Sprechen Sie die zu Pflegenden in Abständen auf Ihre Beobachtungen an und versuchen Sie herauszufinden, ob und wie Sie helfen können, das Risiko weiter gering zu halten

Hohes Risiko

- „Sie müssen handeln“
- Ein weiteres Gespräch und ggf. eine schnelle Handlung (bei Selbst- oder Fremdgefährdung) ist erforderlich.

In dieser Situation ist es sinnvoll, die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt der oder des Betroffenen hinzu zu ziehen und ggf. mit den Angehörigen oder den Betreuern zu sprechen.

Angehörige: Denken Sie grundsätzlich daran, mit den Angehörigen zu sprechen, aber behalten Sie im Blick, dass diese sich co-abhängig verhalten könnten (Co-Abhängigkeit).

Ärztin/Arzt: Diese haben einen ganz konkreten Zugang zu den Patienten: sie können Bluttest durchführen, eine Diagnose stellen oder eine Behandlung einleiten. Mit der Ärztin oder dem Arzt können Sie auch abklären, welche Wechselwirkungen eingenommene Medikamente und Alkohol haben.

Pflegeprozess planen

- Intern und/oder extern in Zusammenarbeit mit der Suchthilfe
- Sie können erst dann konkret einen Mitarbeitenden der Suchthilfe einbeziehen, wenn Ihnen die oder der Betroffene eine Entbindung von der Schweigepflicht unterschrieben hat!

Betroffene ansprechen

- Führen Sie dieses Gespräch zu zweit (Pflegekraft und Suchtbeauftragte/PDL/sonstige Vorgesetzte/Ärztin oder Arzt)
- Die Ergebnisse der Risikoeinschätzung bilden die Grundlage des Gesprächs (Gesprächsführung)
- Führen Sie aus, wie Sie den Betroffenen helfen möchten.

Das Gespräch mit den Betroffenen kann zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Bedenken Sie, dass die Bereitschaft, etwas zu verändern, durch weitere Gespräche entstehen kann. Es muss für die Betroffenen erkennbar werden, dass der Alkohol durch eine gesteigerte Lebensqualität ersetzt werden kann. Sind die Betroffenen kooperativ, aber selbst unsicher, ob der Alkoholkonsum problematisch ist, können Sie ein Screeninginstrument einsetzen (Screening)

Betroffene streiten ein Risiko ab

- Je nach Risikoeinschätzung können Sie noch weitere Gespräche führen oder z.B. ein messbares Ergebnis herbeiführen (z.B. Alkoholtest vor Medikamentengabe)

Exkurs: Modellprojekte des BMG: www.alter-sucht-pflege.de

Betroffene möchten etwas verändern

- Überlegen Sie mit den Betroffenen zusammen, welche Ziele auf welchem Weg erreicht werden können.
- Respektieren Sie die Entscheidung, auch wenn sie selbst skeptisch sind-eine Reduktion des Konsums wäre ein Anfang

Wenn die Betroffenen zustimmen, beziehen Sie jetzt Mitarbeitende der Suchthilfe in den Prozess mit ein. Diese Fachkräfte kennen das Suchthilfesystem genau und können die Betroffenen beraten (z.B. Gespräche in einer Suchtberatungsstelle (sofern die Betroffenen noch mobil sind), Vermittlung an eine Selbsthilfegruppe, Einleiten einer Entgiftung etc.). Sie sind auch dazu ausgebildet, die Betroffenen für weitere Maßnahmen zu motivieren.

Betroffene wollen nichts verändern

- Je nach Risikoeinschätzung sollten Sie noch weitere Gespräche führen
- Als letzte Möglichkeit kann der Pflegevertrag gekündigt werden, dies ist aber keinesfalls als Drohung einzusetzen

Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen! Ihre Einrichtung und ggf. die Suchthilfe bleiben für den Prozess verantwortlich. [\(Ethik und Recht\)](#)

Exkurs: Modellprojekte des BMG: www.alter-sucht-pflege.de

Kooperationsvereinbarung

„Sucht im Alter“ zwischen

Durch unsere Unterschrift stimmen wir - für die von uns vertretenen Institutionen - der Kooperationsvereinbarung zwischen Sucht- und Altenhilfe in ... zu.

1.

Wir erklären die Bereitschaft zur besonderen Beachtung des Themas „Sucht im Alter“ als Teil des Konzeptes und der Qualität der Arbeit in unseren Häusern.

2.

In der Anlage der Vereinbarung ist eine Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner für unsere Institution genannt, die oder der sich besonders mit den Belangen älterer Hilfesuchender beschäftigt. In der Regel ist dies ein(e) während des Projektes geschulte(r) Sucht- oder Altersbeauftragte(r).

3.

Wir erklären die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit der Suchthilfe (inklusive Suchtselbsthilfe) respektive Altenhilfe.

4.

Wir nehmen an den halbjährlichen Kooperationstreffen teil, bei denen Art und Qualität der Zusammenarbeit bewertet und neu ausgerichtet wird. Einmal jährlich findet in diesem Rahmen eine Fortbildung zu aktuellen Aspekten der Thematik „Sucht im Alter“ statt.

6.

Wir erklären unsere Bereitschaft uns an den Handlungsempfehlungen für den Suchthilfe- bzw. Altenhilfebereich zu orientieren (siehe Anlage).

Institution	Name	Unterschrift

Exkurs:

Projekt „SANOPSA“ Katho NRW Prof. T. Hoff

www.sanopsa.de

Version Juni 2015

Systematisierte Pflegehandlungsempfehlung für die Mitarbeitenden von Altenpflegeeinrichtungen (vorrangig teil-/vollstationär) zum Umgang mit und zur Reduzierung des Konsums von legalen Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Nikotin)

© K. Keller, T. Hoff, M. Isfort, U. Kuhn & N. Färber, 2015

Prävention

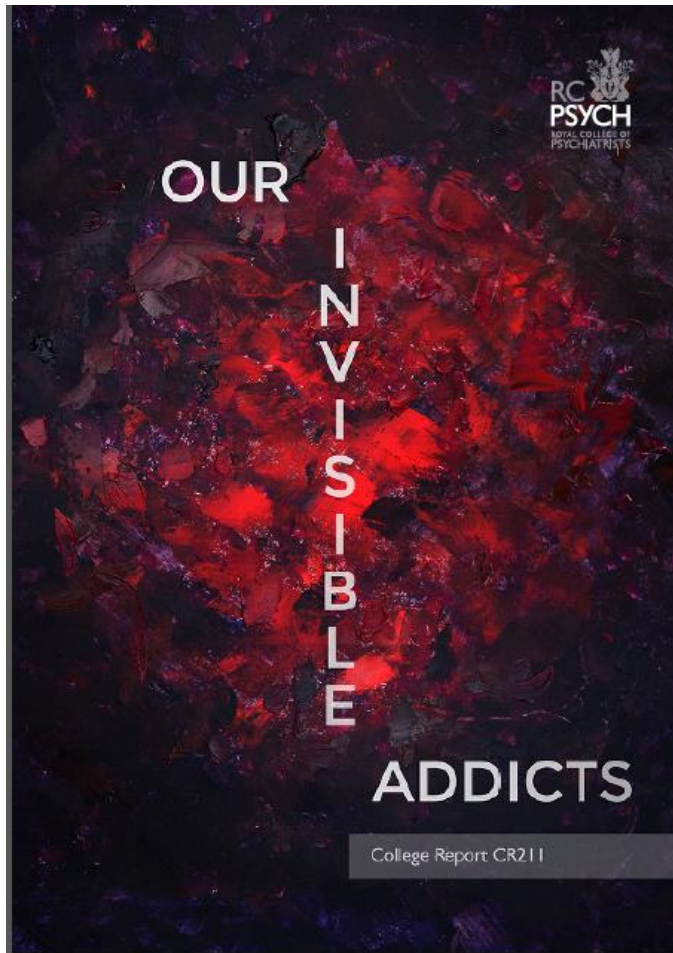
Ziele für Alternde

- Erhalt kognitiver Fähigkeiten
- Vermeidung der Verschlechterung mit dem Altern assoziierter Erkrankungen
- Sturzvermeidung und Erhalt der Mobilität
- Vermeidung von Voralterung und Verlust der Selbstbestimmungsfähigkeit
- Bewältigung mit dem Altern verbundener Belastungen
 - Verlust beruflicher Integration
 - Verlust von Partner, Freunden
 - Pflege von Angehörigen
- Erhalt der Unabhängigkeit



Sozialstation-baden-baden.de

Literaturtipp



Our Invisible Addicts, 2nd edition
College Report CR211

March 2018

Approved by: The Policy and Public
Affairs Committee (PPAC) in January
2018

Due for revision: 2025

Herzlichen Dank Für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:

Dr. med. Dieter Geyer

Johannesbad Fachklinik Fredeburg

Zu den drei Buchen 1

57934 Schmallenberg

02974/72-3722

dieter.geyer@johannesbad.com