

Fachtag Gerontopsychiatrie Mittelfranken  
16. Juli 2024  
Nürnberg

**Vorbeugung kennt keine Altersgrenzen**

Warum sich Prävention von problematischem  
Alkohol- und Medikamentenkonsum auch im  
Alter lohnt

Domenic Schnoz, Soziologe, lic. phil.  
RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung

# Inhalt

- Sucht / Abhängigkeit
- Zahlen und Fakten zu Alkohol und Medikamenten
- Lösungsansätze

# Allgemeines zum Älterwerden

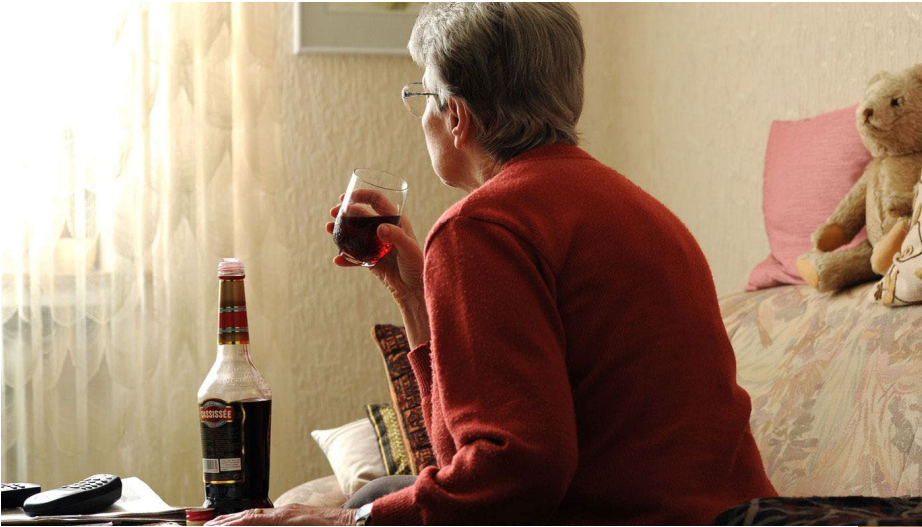
- Wann ist man alt? Alle wollen älter werden aber niemand will alt sein.
- Sehr heterogene Gruppe
- Viele Veränderungen, neue Lebensabschnitte, sog. „kritische Lebensereignisse“
- Ein gesunder Lebensstil wirkt nun besonders stark auf Lebensqualität und die Unabhängigkeit

# Was ist Sucht?

# Häufige Vorstellung



# Häufige Realität



# Definition von Sucht nach ICD-11

3. Substanzkonsum wird fortschreitend zur **Priorität im Leben**, dass die Substanz Vorrang über andere Interessen, Vergnügungen, alltägliche Aktivitäten, Verpflichtungen oder der Gesundheitspflege oder persönlichen Pflege erhält. Der Substanzkonsum nimmt zunehmend eine zentrale Rolle im Leben der Person ein und verschiebt andere Aspekte des Lebens in die Peripherie und wird oft trotz des Auftretens von Problemen fortgeführt

→ 2 Kriterien in den letzten 12 Monaten

# Chancen des Alters...

- Zeit für Familie, Freunde, Hobbys
- Neue Rolle z. B. als Grosseltern, in Vereinen, etc.)
- Gelassenheit, weniger (Arbeits-)Stress
- Lebenserfahrung
- Rückkehr in die Heimat
- etc.



# ...und Risiken I

- Einsamkeit
- Gefühle der Wert- und Nutzlosigkeit, Lebenssinn?
- Knappe Finanzen
- Fehlende Tagesstruktur, gewohnte Partnerschaftsmuster ändern?

# ...und Risiken II

- Körperliche und seelische Leiden
- Sinkende Leistungsfähigkeit (auch bei Noch-Berufstätigen)
- Kritische Lebensereignisse (Tod Nahestehender, etc.)
- Abhängigkeit von Suchtmitteln im Alter: Ein Tabu

# Early onset vs Late onset

- Early onset = Beginn der Abhängigkeit vor 60. Lebensjahr (2/3)
- Late onset = Beginn nach 60. Lebensjahr (1/3)

# Wieso wird jemand süchtig?

## **Persönlichkeit**

- Lebensgeschichte
- Ressourcen
- Konfliktfähigkeit
- Selbstwertgefühl
- Genetik

## **Normen und Werte**

- Gesetze
- Familiennormen
- Gruppennormen
- Mode
- ...

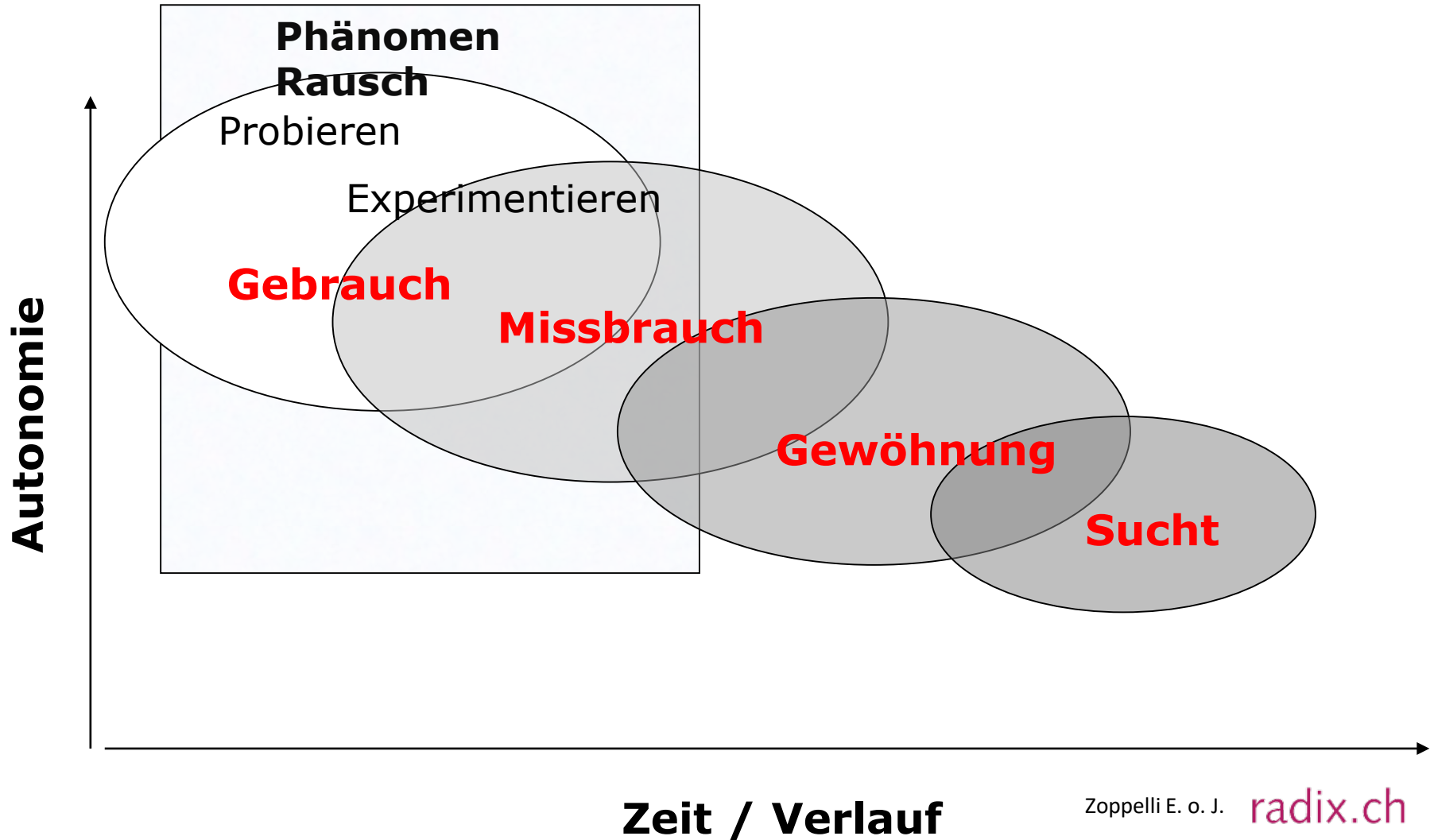
## **Aktuelle Situation**

- Familie
- Freundschaften
- Beruf
- Freizeit

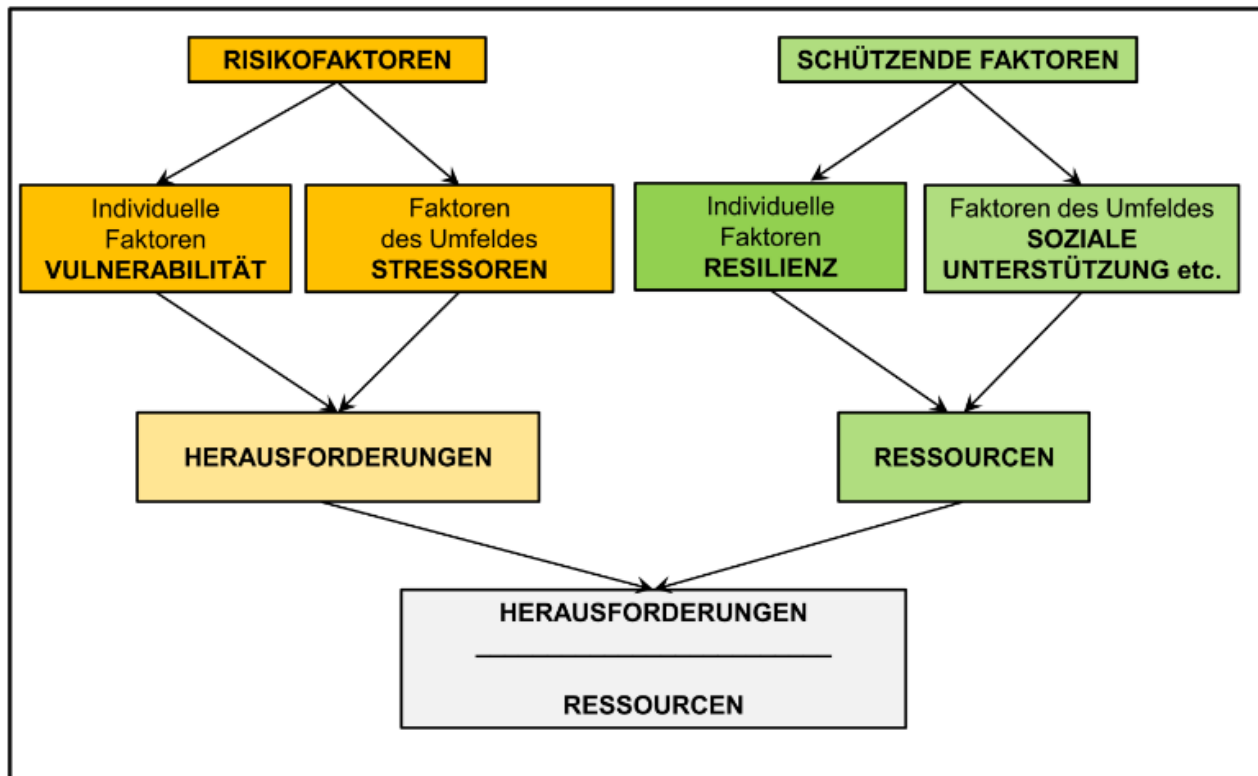
## **Suchtmittel**

- Verfügbarkeit
- Wirkung
- Erwartungen

# Suchtverlauf



# Modell der Risiken- und Schutzfaktoren



# Schutzfaktoren im Alter

- Lebenssinn
- Entspannungsfähigkeit
- Hobbys
- Ethische Überzeugungen, Religion
- Soziale Einbindung
- Kommunikationsfähigkeit
- Wohlbefindensparadox
- Erprobte Bewältigungsstrategien

# Risikofaktoren im Alter

- Schritt in die Pensionierung
  - (Verluste von Rollen, Tagesstruktur, etc.)
- biologische Begleiterscheinungen
  - (z. B. Schmerzen, Müdigkeit)
- psychische Erkrankungen
  - (z. B. (Alters-)Depressionen)
- gesellschaftliche Ursachen
  - (neg. Altersbilder, soziale Isolation, etc.)



# Welche Substanzen sind relevant?

# Alkohol im Alter



# Höhere Empfindlichkeit im Alter

- Alkoholsensitivität des Gehirns bei älteren Menschen höher.
  - Stoffwechseleränderungen; u. A. arbeitet Leber langsamer
  - Körperanteil an Wasser nimmt ab beim älter werden
  - Oft Konsum von Medikamenten, die mit Alkohol interagieren.
- 
- Höheres Risiko für schädliche Effekte und auch bei konstantem Gebrauch können sich Alkoholprobleme ergeben.
  - Etwa 60 Krankheiten und Behinderungen sind nachweislich auf übermässigen Alkoholkonsum zurückzuführen.

# Wann spricht man von riskantem Alkoholkonsum?

- Frauen: 10 – 12 Gramm / Tag
- Männer 20 – 24 Gramm / Tag

# Wieviel ist drin?

## Wie viel Alkohol enthalten Bier, Wein, Sekt und Schnaps?\*



\* Bier (4,8 % vol.),  
Rotwein (11 % vol.),  
Sekt (11 % vol.),  
Schnaps (33 % vol.)



0,5 l:  
**20 g**

0,33 l:  
**13 g**

0,2 l:  
**18 g**

0,1 l:  
**9 g**

0,1 l:  
**9 g**

4 cl:  
**11 g**

2 cl:  
**5,5 g**

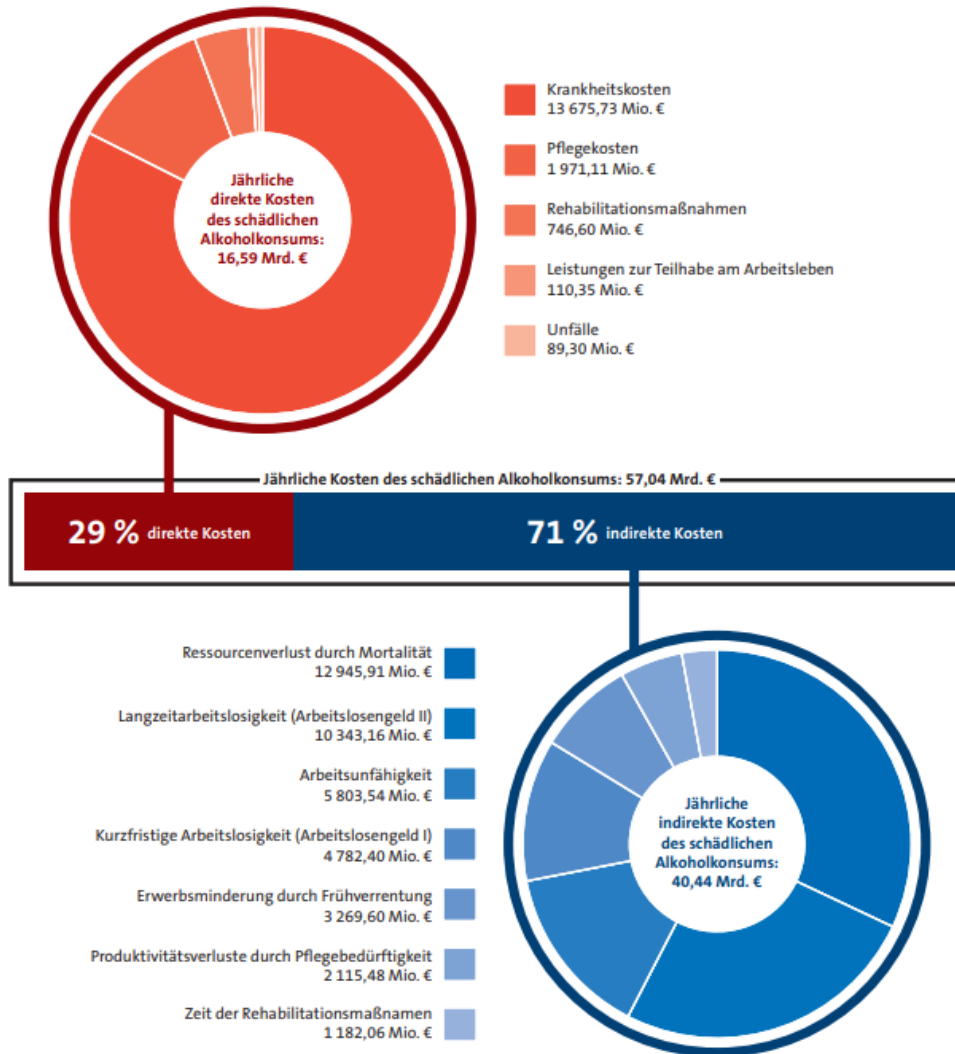
Quelle: Lange et al. (2016) (eigene Umrechnung)

© Stiftung Gesundheitswissen 2020



[https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/contentimages/alkoholmengen\\_getraenke\\_vf.png](https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/contentimages/alkoholmengen_getraenke_vf.png)

# Jährliche Kosten in Deutschland



- **Total: 16.59 Mrd.**
- Krankheitskosten 13.6 Mrd.
- Pflegekosten: 1.9 Mrd.
- Reha: 0.7 Mrd.

# Riskanter Alkoholkonsum im Alter

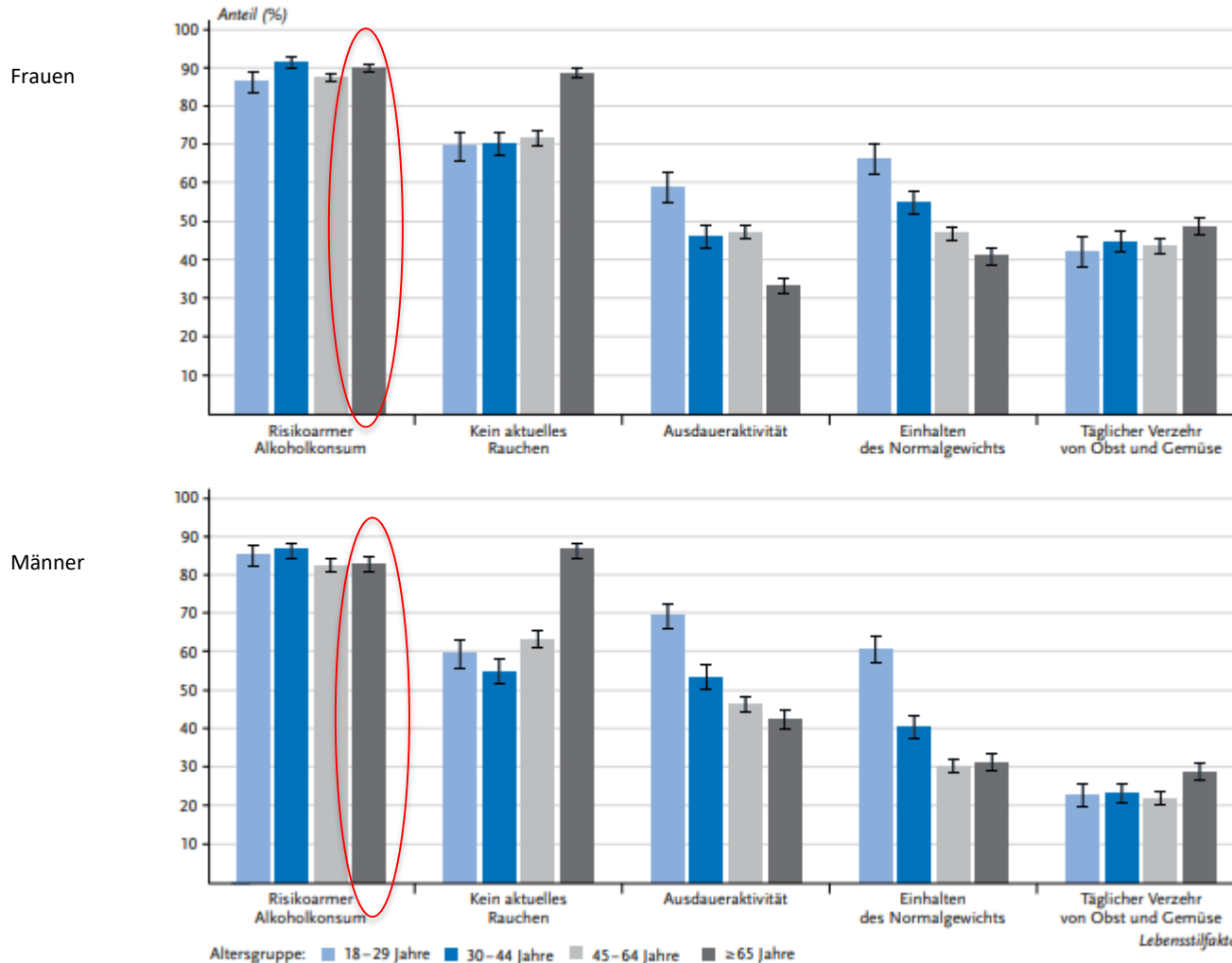
Männer	Nie-Trinker		Kein wöchentl. Konsum		Kein Risikokonsum		Risikokonsum	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>10,3</b>	<b>(9,6 – 11,2)</b>	<b>30,3</b>	<b>(29,2 – 31,5)</b>	<b>41,1</b>	<b>(39,8 – 42,5)</b>	<b>18,2</b>	<b>(17,3 – 19,1)</b>
<b>18–29 Jahre</b>	10,5	(8,5 – 12,8)	39,2	(36,1 – 42,4)	33,1	(30,1 – 36,2)	17,3	(15,2 – 19,6)
Untere Bildungsgruppe	14,1	(9,9 – 19,7)	43,2	(36,4 – 50,3)	24,3	(18,7 – 30,9)	18,4	(13,4 – 24,9)
Mittlere Bildungsgruppe	10,1	(7,9 – 12,7)	39,0	(35,4 – 42,6)	33,4	(29,8 – 37,2)	17,6	(15,1 – 20,4)
Obere Bildungsgruppe	5,4	(3,0 – 9,4)	33,5	(28,2 – 39,2)	47,3	(41,3 – 53,4)	13,8	(10,2 – 18,4)
<b>30–44 Jahre</b>	9,4	(7,9 – 11,1)	36,9	(34,3 – 39,5)	40,3	(37,7 – 42,8)	13,5	(11,8 – 15,4)
Untere Bildungsgruppe	22,8	(16,5 – 30,8)	33,5	(26,1 – 41,8)	26,8	(20,1 – 34,6)	16,9	(11,6 – 23,9)
Mittlere Bildungsgruppe	8,6	(6,7 – 10,9)	40,1	(36,4 – 44,0)	38,5	(34,9 – 42,2)	12,8	(10,5 – 15,5)
Obere Bildungsgruppe	5,4	(3,9 – 7,4)	32,1	(28,6 – 35,8)	49,6	(45,8 – 53,4)	13,0	(10,6 – 15,8)
<b>45–64 Jahre</b>	10,0	(9,0 – 11,1)	25,3	(23,7 – 27,0)	43,0	(41,1 – 44,9)	21,7	(20,2 – 23,3)
Untere Bildungsgruppe	16,5	(12,8 – 21,0)	31,2	(26,6 – 36,1)	30,9	(25,9 – 36,4)	21,4	(17,7 – 25,7)
Mittlere Bildungsgruppe	11,0	(9,6 – 12,6)	26,5	(24,2 – 28,9)	41,7	(39,0 – 44,4)	20,9	(18,6 – 23,3)
Obere Bildungsgruppe	6,1	(4,9 – 7,4)	21,1	(19,0 – 23,4)	49,4	(46,6 – 52,3)	23,4	(21,3 – 25,5)
<b>≥ 65 Jahre</b>	11,8	(10,4 – 13,4)	24,6	(22,6 – 26,8)	45,6	(43,3 – 47,8)	17,9	(16,4 – 19,6)
Untere Bildungsgruppe	17,3	(13,9 – 21,3)	30,1	(25,3 – 35,3)	39,6	(34,2 – 45,3)	13,0	(9,4 – 17,7)
Mittlere Bildungsgruppe	13,3	(11,2 – 15,9)	24,6	(21,7 – 27,8)	45,2	(41,9 – 48,5)	16,8	(14,5 – 19,4)
Obere Bildungsgruppe	7,0	(5,6 – 8,7)	21,9	(19,4 – 24,7)	49,0	(45,9 – 52,1)	22,1	(19,6 – 24,8)
<b>Gesamt (Frauen und Männer)</b>	<b>13,7</b>	<b>(13,0 – 14,4)</b>	<b>38,9</b>	<b>(38,0 – 39,8)</b>	<b>31,4</b>	<b>(30,6 – 32,3)</b>	<b>16,0</b>	<b>(15,3 – 16,6)</b>

# Riskanter Alkoholkonsum im Alter

Frauen	Nie-Trinker		Kein wöchentl. Konsum		Kein Risikokonsum		Risikokonsum	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>16,9</b>	<b>(15,9 – 17,8)</b>	<b>47,1</b>	<b>(45,9 – 48,4)</b>	<b>22,2</b>	<b>(21,2 – 23,1)</b>	<b>13,8</b>	<b>(13,0 – 14,7)</b>
<b>18–29 Jahre</b>	15,0	(12,8 – 17,4)	56,9	(54,1 – 59,6)	15,3	(13,6 – 17,3)	12,8	(11,1 – 14,7)
Untere Bildungsgruppe	26,5	(20,4 – 33,6)	55,5	(48,6 – 62,2)	8,9	(5,9 – 13,4)	9,1	(6,1 – 13,4)
Mittlere Bildungsgruppe	11,7	(9,6 – 14,2)	59,7	(56,6 – 62,7)	15,5	(13,3 – 18,0)	13,1	(11,0 – 15,5)
Obere Bildungsgruppe	10,7	(7,9 – 14,2)	47,5	(42,4 – 52,7)	24,4	(20,1 – 29,2)	17,4	(14,0 – 21,4)
<b>30–44 Jahre</b>	16,5	(14,8 – 18,3)	52,0	(49,8 – 54,3)	20,5	(18,6 – 22,4)	11,0	(9,5 – 12,8)
Untere Bildungsgruppe	27,8	(21,6 – 35,0)	53,1	(45,9 – 60,2)	11,4	(7,7 – 16,6)	7,7	(4,5 – 12,7)
Mittlere Bildungsgruppe	15,0	(12,9 – 17,4)	54,1	(51,1 – 56,9)	20,3	(17,9 – 22,9)	10,6	(8,9 – 12,7)
Obere Bildungsgruppe	13,6	(11,6 – 15,9)	46,7	(43,5 – 50,0)	25,8	(22,9 – 28,8)	13,9	(11,2 – 17,2)
<b>45–64 Jahre</b>	12,5	(11,5 – 13,7)	44,2	(42,5 – 45,9)	26,1	(24,7 – 27,6)	17,2	(15,9 – 18,6)
Untere Bildungsgruppe	21,5	(18,0 – 25,3)	45,0	(40,4 – 49,6)	22,1	(18,1 – 26,5)	11,5	(8,9 – 14,7)
Mittlere Bildungsgruppe	11,5	(10,2 – 13,0)	46,6	(44,5 – 48,7)	25,5	(23,7 – 27,4)	16,3	(14,7 – 18,1)
Obere Bildungsgruppe	7,9	(6,5 – 9,6)	35,4	(32,7 – 38,1)	31,5	(28,8 – 34,2)	25,3	(22,8 – 28,0)
<b>≥ 65 Jahre</b>	24,3	(22,3 – 26,4)	40,9	(38,8 – 43,1)	22,5	(20,6 – 24,5)	12,2	(10,7 – 13,9)
Untere Bildungsgruppe	32,1	(28,7 – 35,6)	41,2	(37,6 – 44,8)	18,0	(15,2 – 21,2)	8,8	(6,9 – 11,1)
Mittlere Bildungsgruppe	19,5	(17,0 – 22,2)	41,6	(38,3 – 45,1)	25,6	(22,8 – 28,5)	13,3	(11,2 – 15,9)
Obere Bildungsgruppe	17,4	(12,9 – 23,1)	35,9	(31,1 – 41,1)	25,3	(21,2 – 30,0)	21,3	(17,7 – 25,5)
<b>Gesamt (Frauen und Männer)</b>	<b>13,7</b>	<b>(13,0 – 14,4)</b>	<b>38,9</b>	<b>(38,0 – 39,8)</b>	<b>31,4</b>	<b>(30,6 – 32,3)</b>	<b>16,0</b>	<b>(15,3 – 16,6)</b>



# Risikoarmer Alkoholkonsum im Alter



Cornelia Lange, Kristin Manz,  
Benjamin Kuntz Journal of  
Health Monitoring · 2017 2(2)  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-  
031 Robert Koch-Institut,  
Berlin

radix.ch

**Das Gesundheitswesen**

8/9

Jahre (Archiv)

2023

Ausgaben

12: 1103-1250 | e50

11: 964-1098 | e48-e49

10: 847-958 | e45-e47

08/09: 678-749 | e44-e4

07: 602-672 | e43

06: 488-594 | e42

05: 415-481 | e5-e41

04: 213-410 | e4

> Inhaltsverzeichnis

> Aktuelle Ausgabe

> Kostenlose Probeausgabe (01/2024)

#### Ähnliche Zeitschriften

- > Gesundheitsökonomie
- > Die Rehabilitation

#### Bücher zum Thema

- > Innere Medizin: Allgemein

Anzeige

Gesundheitswesen 2023; 85(08/09): 778-779  
DOI: 10.1055/s-0043-1770490



Anzeige  
Anzeige

**Abstracts**  
**Vorträge**  
**Lehre, Aus-/Fort- und Weiterbildung**

## „Sucht im Alter“ – Gesundheitssurvey Bayern 65+ÖGD und Public Health

Manuel Fenkl , Stefan Loos , Joseph Kuhn

> Institutsangaben

> Weitere Informationen

> Auch verfügbar auf **eRef**

Kongressbeitrag Volltext

**Einleitung** Es gibt in Deutschland bisher kaum repräsentative Daten zum Suchtmittelkonsum der älteren Bevölkerung (ab 65 Jahren) und den gesundheitlichen Folgen. Mit dem Survey „Sucht 65+“ soll für Bayern diese Datenlücke geschlossen werden.

**Methoden** Für den Survey wurde ein Fragebogen auf der Basis etablierter Instrumente entwickelt. Die Erhebung fand als Telefonbefragung statt (Festnetz und Mobil). Dazu wurden 4.115 Personen in Bayern im Alter ab 65 Jahren befragt.

**Ergebnisse** Gut 11 % haben einen riskanten Alkoholkonsum (nach Audit-C). Erhöhter Alkoholkonsum (viermal und öfter pro Woche) ist am häufigsten bei Personen mit (sehr) schlechtem psychischen Wohlbefinden zu finden. Etwa 13 % der Personen in Bayern ab 65 Jahren sind Raucher. 42 % der Raucher geben an zu rauchen, weil es ihnen schwerfällt auf das Rauchen zu verzichten. Ein erheblicher Anteil der Älteren nimmt Schmerzmittel mit Suchtpotential. 12 % der Konsumierenden von nicht-opioiden Schmerzmitteln gaben an, Angst vor einer Abhängigkeit zu haben. 19 % der Konsumenten opioider Schmerzmittel haben diese bereits öfter als einmal aus anderen Gründen als zur Schmerzlinderung genommen. Die Pandemie hatte je nach Substanz unterschiedliche Folgen für den Suchtmittelkonsum.

**Schlussfolgerung** Suchtmittelkonsum, vor allem Alkohol und Rauchen, sowie Medikamentenmissbrauch spielen auch im Alter eine große Rolle. Interventionen können bereits im Erwerbsleben ansetzen, etwa in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sinnvoll könnte auch eine verstärkte Einbindung der hausärztlichen Versorgung in Prävention und frühzeitige Therapie sein.

#### Publikationsverlauf

Artikel online veröffentlicht:  
22. August 2023

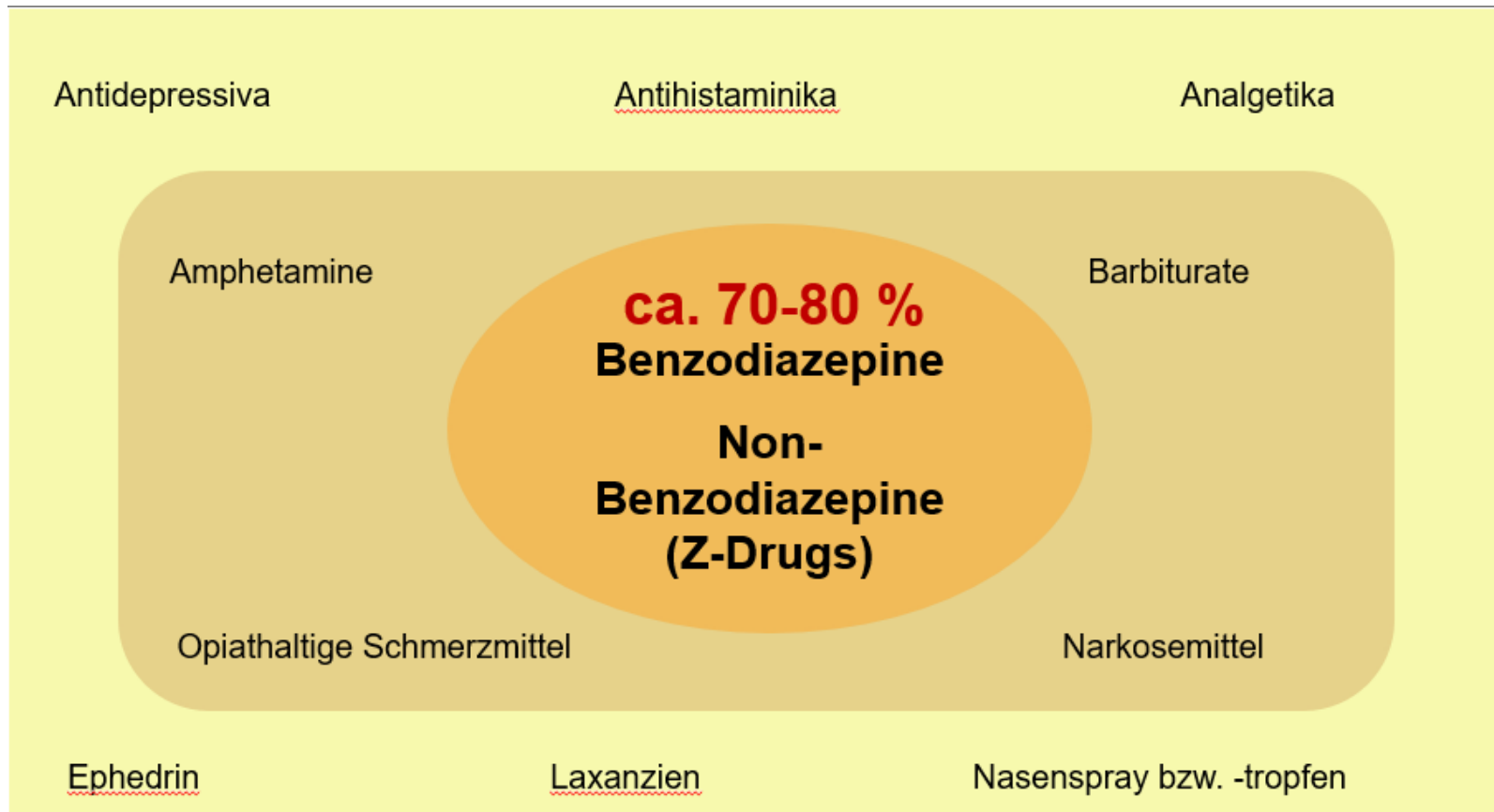
© 2023, Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag  
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

# Medikamente im Alter



# Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial



# Wann sprechen wir von einem Medikamentenmissbrauch?

- Hohes Höhere Dosis, als verordnet
- Einnahme länger als notwendig
- Einnahme ohne medizinische Notwendigkeit

# 30 Tage Prävalenz mind 1x wöchentlich (Männer)

	Altersgruppen							
	Gesamt	18-20 Jahre	21-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-64 Jahre
<b>Männer</b>								
Schmerzmittel	14,8	5,4	9,4	4,0	12,5	15,8	20,4	25,7
Schlaf-/Beruhigungsmittel	3,2	0,7	2,9	2,0	3,2	3,4	3,0	5,2
Anregungsmittel	0,4	1,5	1,3	0,3	0,2	0,3	0,1	0,4
Appetitzügler	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,2	0,1
Antidepressiva	4,4	0,9	3,1	1,3	5,0	4,6	5,6	6,5
Neuroleptika	1,4	0,9	0,7	0,8	0,7	1,9	2,2	1,5
Anabolika	0,2	0,2	0,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
Mindestens 1 Medikament <sup>1)</sup>	19,6	8,0	15,3	6,9	18,5	20,2	24,2	32,6

# 30 Tage Prävalenz mind 1x wöchentlich (Frauen)

	Altersgruppen							
	Gesamt	18-20 Jahre	21-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-64 Jahre
Schmerzmittel	21,0	17,6	14,7	16,5	20,4	23,4	25,6	18,7
Schlaf-/Beruhigungsmittel	4,1	3,7	2,7	3,2	2,2	3,7	7,1	6,1
Anregungsmittel	0,4	0,3	1,2	0,7	0,8	0,1	0,2	0,1
Appetitzügler	0,6	0,0	1,0	0,3	2,0	0,3	0,0	0,0
Antidepressiva	5,8	4,8	3,1	3,1	4,7	5,2	8,8	9,5
Neuroleptika	1,1	0,5	2,4	0,4	1,0	1,1	1,3	0,7
Anabolika	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
Mindestens 1 Medikament <sup>1)</sup>	26,8	23,6	19,1	20,4	26,1	28,0	32,5	28,0

Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien

# Problematischer Medikamentenkonsument (12- Monatsprävalenz)

	Ge- samt	Altersgruppen						
		18-20 Jahre	21-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-64 Jahre
<b>Gesamt (n)</b>	<b>7915</b>	<b>879</b>	<b>939</b>	<b>988</b>	<b>1393</b>	<b>1403</b>	<b>1448</b>	<b>865</b>
Problematischer Gebrauch <sup>1)</sup>	5,7	4,0	5,5	6,0	4,9	6,6	4,9	6,2
<b>Männer (n)</b>	<b>3433</b>	<b>385</b>	<b>445</b>	<b>443</b>	<b>572</b>	<b>575</b>	<b>614</b>	<b>399</b>
Problematischer Gebrauch <sup>1)</sup>	4,8	1,9	4,0	4,8	3,8	6,8	4,2	4,5
<b>Frauen (n)</b>	<b>4472</b>	<b>493</b>	<b>492</b>	<b>539</b>	<b>820</b>	<b>828</b>	<b>834</b>	<b>466</b>
Problematischer Gebrauch <sup>1)</sup>	6,5	6,3	6,9	7,4	6,1	6,4	5,6	7,9



# Risiken von Benzodiazepinen

- Wesentliche Erhöhung der **Sturzgefahr**
- Hohes **Abhängigkeitspotential** (bereits nach 2-4 Wochen, können sich Symptome einstellen)
- **Kognitive und motorische** Einbussen
- **Affektverflachung**
- Wirken im älteren Körper **länger und stärker** (Gefahr der Akkumulation im Blutspiegel)
- Können auf die **Schlafarchitektur** einwirken (Tiefschlafphase)

# Wenn Alternativen bestehen, keine Benzodiazepine & Co.

- Klare Information zu **verändertem Schlaf im Alter**
- Gute individuelle **Schlafhygiene**
- Anpassung der **Tagesstruktur**
- **Ursachen** der Störungen suchen und angehen
- Allenfalls **andere Medikamente** (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika, Heilpflanzen)
- (Verhaltens-) **Therapeutische** Behandlungen
- → **Nie ohne ärztliche Begleitung absetzen / reduzieren!**

# Einige Fakten zu Benzodiazepinen und Analoga I

- Verschiedene Studien zeigen, dass ältere Menschen langfristig **nicht besser schlafen** mit Z-Medikamenten, als medikations-freie Kontrollgruppen...
- ..**kognitive Verhaltenstherapie** erwies sich in dieser Altersgruppe gegenüber Zopiclon gar als überlegen (Sivertsen et al. 2006)
- Review von Treves (2017) zeigte ein deutlich erhöhtes **Risiko für Knochenbrüche** unter der Einnahme von Z-Medikamenten.
- Review von Diaz-Gutierrez (2017) zeigt ein deutlich **erhöhtes Risiko für Stürze** unter dem Einfluss von Benzodiazepinen.

# Einige Fakten zu Benzodiazepinen und Analoga I

- Höhere BZD-Dosen gehen langfristig mit **beschleunigtem körperlichem Abbau** und gehäufterem Auftreten von Schmerzen einher (Gray et al. 2003; Petrov et al. 2014)
- Chronische BZD-Einnahme **verschlechtert die kognitive Leistungsfähigkeit** (Meta-Analyse von Crowe 2018). Diese blieben teils auch **bestehen** nach erfolgreichem Absetzen.

# Prävention durch zurückhaltende Verschreibung

- 4-**K**-Regeln\*
  - **K**lare Indikation (Indikationsstellung durch Arzt/Ärztin und Aufklärung Patient/Patientin)
  - **K**orrekte Dosierung (kleinste Packung, adäquate Dosis)
  - **K**urze Anwendung (i.d.R. nicht länger als 4 Wochen)
  - **K**ein abruptes Absetzen)

# Prävention durch strukturelle Massnahmen

- Information und **Sensibilisierung** der Bevölkerung
- **Rezeptpflicht**
- **Packungsgrössen**
- **Schulungen**
- Informationen durch **Fachpersonen**
- Umfassender **Informationsaustausch** unter behandelnden Fachpersonen (Ärzt\*innenschaft, Apotheker\*innenschaft, Pflegefachpersonen, etc.)

# Prävention durch Schlafhygiene

- **Wissensvermittlung**: Schlaf verändert sich beim Älterwerden
- **Aktiver Tagesablauf** aber 3h vor Bettruhe kein „Sport“
- Leichte **Abendmahlzeiten**
- **Rituale**
- Kaffee, Tee, Nikotin mit Bedacht
- Angenehme **Bettwäsche**, Matratze, etc.

# Prävention durch Schlafhygiene

- Ruhe, **Dunkelheit**
- **Regelmässigkeit**: Zur gleichen Zeit aufstehen...
- **Lieber Aufstehen**, als stundenlanges „Wälzen“
- Erst ins Bett, **wenn müde** (aber wenn möglich Routine)
- **Keine sichtbare Zeitangabe** neben dem Bett



# Aber wieso Prävention im Alter?

## Typische Vorurteile

- „**Was Hänschen nicht lernt**, lernt Hans nimmermehr“
- „Ach, lassen wir ihm doch **sein Fläschchen**.“
- „**In dem Alter**, kann man ihr doch die Tabletten nicht mehr wegnehmen“

# Aber wieso Prävention im Alter? Und einige Gegenargumente

- Es geht um die **Balance** zwischen **Selbstbestimmungsrecht** und **Fürsorgepflicht**.
  - Nur weil jemand nicht mehr jung ist, heisst das nicht, dass man die Person ihrem Schicksal überlassen muss.
  - Es geht darum **hinzuschauen** und **Hilfe zur Verfügung zu stellen**.
- Ist ein **Prozess!**

# Es lohnt sich auch im Alter noch!

- **Sturzgefahr** verringern!
- **Selbstständigkeit erhalten**, Gesundheit und Lebensqualität stärken
- **Vorbild** sein (z.B. für Enkelkinder)
- Ein Ausstieg wird **rückblickend** meist als Gewinn gesehen
- Kein Grund zur **Scham**: Viele sind von Suchterkrankungen betroffen und es gibt einen Weg, der hinausführt.
- Mit **Unterstützung von Fachpersonen** geht es meist leichter!

# Vielversprechende Resultate aus der Forschung

- Verschiedene Studien zeigen: Ältere Leute bleiben eher in Behandlungsprogrammen und erzielen **eher Erfolg**.
- Ältere Leute mit Alkoholproblemen erzielen vergleichbare Resultate im kurzfristigen Therapieerfolg und **bessere bei längeren Katamnese-Zeiträumen**.
- Auch ältere Leute können ihr **riskantes Konsumverhalten** mit der Zeit ändern!
- Aber auch, dass noch zu **wenig umgesetzt** wird in vielen Institutionen

# Was kann man als Bezugsperson tun?

- **Nicht Probleme** unter Vorwand des Alters **negieren**
- Keine Hemmungen zu **reagieren**
- Darüber sprechen, aber **behutsam**
- **Nicht moralisieren**, nicht stigmatisieren

# Was kann man als Bezugsperson tun?

- Ihre Aufgabe ist nicht, einen Klienten/eine Klientin zu **ändern** oder gar zu **«heilen»** von seinen Konsummuster
- Gelingt es, ein problematisches Verhalten **bewusst zu machen**, ist schon viel erreicht.
- Aufrechterhalten einer **positiven Beziehung**
- Unterstützung des Klienten/der Klientin, **sich selbst zu helfen**
- Aufzeigen, wo eine **professionelle Beratung** bzw. **Begleitung** erhältlich ist.

# Was kann man als Bezugsperson tun?

- **Motivieren, Beratung** anzunehmen und bei diesem Schritt Unterstützung anbieten
- ...aber auch respektieren, wenn älterer Mensch sich dagegen entscheiden. **Entscheide sind Prozesse!**
- Und nicht zuletzt, auch: **Für sich selbst Hilfe holen!**

Besten Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!



# Ergänzende Quellen

- Børge Sivertsen, PsyD et al., 2006. Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults A Randomized Controlled Trial. JAMA, June 28, 2006—Vol 295, No. 24. <https://www.med.upenn.edu/cbti/assets/user-content/documents/JAMA-Sivertsen.pdf>
- Nir Treves, Amichai Perlman, Lital Kolenberg Geron, Angham Asaly, Ilan Matok, Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults—a systematic review and meta-analysis, Age and Ageing, Volume 47, Issue 2, March 2018, Pages 201–208, <https://doi.org/10.1093/ageing/afx167>
- Díaz-Gutiérrez MJ, Martínez-Cengotitabengoa M, Sáez de Adana E, Cano AI, Martínez-Cengotitabengoa MT, Besga A, Segarra R, González-Pinto A. Relationship between the use of benzodiazepines and falls in older adults: A systematic review. Maturitas. 2017 Jul;101:17-22. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.04.002. Epub 2017 Apr 5. PMID: 28539164. [Relationship between the use of benzodiazepines and falls in older adults: A systematic review - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Gray, S. L., Eggen, A. E., Blough, D., Buchner, D. & LaCroix, A. Z. (2003). Benzodiazepine use in older adults enrolled in a health maintenance organization. American Journal of Geriatric Psychiatry, 11(5), 568–576. [Benzodiazepine Use in Older Adults Enrolled in a Health Maintenance Organization – ScienceDirect](#)
- Petrov, M. E., Sawyer, P., Kennedy, R., Bradley, L. A. & Allman, R. M. (2014). Benzodiazepine (BZD) use in community-dwelling older adults: Longitudinal associations with mobility, functioning, and pain. Archives of Gerontology & Geriatrics, 59(2), 331–337. [Benzodiazepine \(BZD\) use in community-dwelling older adults: Longitudinal associations with mobility, functioning, and pain – ScienceDirect](#)
- Crowe SF, Stranks EK. The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis. Arch Clin Neuropsychol. 2018 Nov 1;33(7):901-911. doi: 10.1093/arclin/acx120. PMID: 29244060. [The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis - PubMed \(nih.gov\)](#)