

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD)  
Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie

Ambulante Alterspsychiatrie  
Murtenstrasse 21, CH-3008 Bern  
alterspsychiatrie@upd.ch, www.upd.ch

u<sup>b</sup>

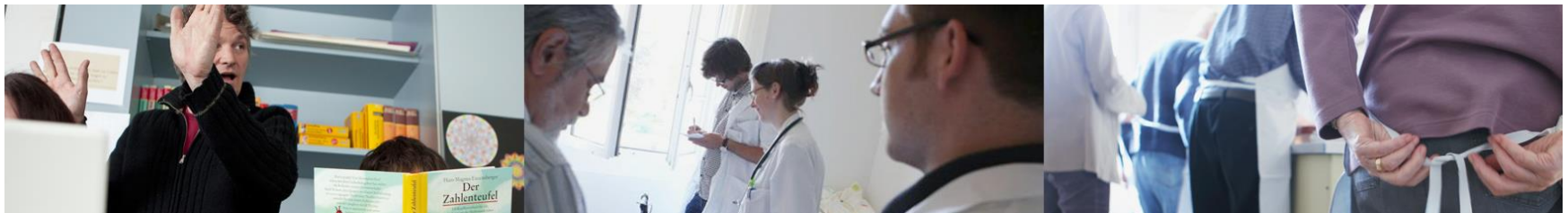
b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

# Psyche & Alter

## Auswirkungen von Medikamenten, Alkohol & Co



Dr. med. Tilo Stauch, LA, Alterspsychiatrie

# Überblick



u<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



## 1. Substanzkonsum im Alter

- Warum spielt das Alter eine Rolle?
- Altersbilder?

## 2. Alkohol

- Übergänge von Genuss, Missbrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit bzw. Sucht

## 3. Medikamente

## 4. Beratungs- Angebote im Internet und lokal

# Chronologisches vs. Biologisches Alter

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

- Das chronologische Alter: zeitliche Altersangabe, errechnet nach dem Geburtsdatum, z.B. ist jemand "65 Jahre alt".
- Das biologische Alter beschreibt den Zustand des Körpers, der normalerweise einem bestimmten Alter ungefähr entspricht
- Das Biologische Alter wird durch Veranlagung und äussere Faktoren beeinflusst :  
*Veranlagung:*
  - z.B. genetische Fettstoffwechselstörung → frühe Alterung der Gefässe → Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall

# Biologisches Alter

- *Äussere Faktoren* auf das biologische Alter :
  - Ernährung (fettarm)
  - körperliche Fitness (Ausdauersport)
  - Rauchen (kein)
  - Alkohol (wenig)
  - Stress, Schlaf usw.

- Die biologischen Alterungsvorgänge sind beeinflussbar (Verlangsamung), aber *können nicht angehalten werden*.
- Wissen über die Veränderungen hilft, sich besser darauf einzustellen (*Akzeptanz*)



Beide Probanden sind Raucher. Der Zwilling auf der rechten Seite raucht 14 Jahre länger als sein Bruder.  
*Foto: Plastic and Reconstructive Surgery*

**Facial Changes Caused by Smoking: A Comparison between Smoking and Nonsmoking Identical Twins**

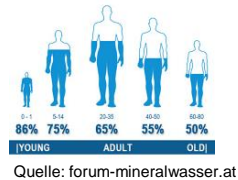
Okada, Haruko C. M.D.; Alleyne, Brendan B.S.; Varghai, Kaveh; Kinder, Kimberly M.D.; Guyuron, Bahman M.D.

Plastic and Reconstructive Surgery; November 2013 - Volume 132 - Issue 5 - p 1085-1092

# Alterseffekte – Beispiel Alkoholverträglichkeit

## Reduziertes Verteilungsvolumen

- jedes Jahr kann der Körper weniger Wasser speichern
- Körperfett-Körperwasser-Verhältnis zugunsten Körperfett verändert



## Leberfunktion reduziert

- Umwandlung in Acetaldehyd (karzinogen) und von dort in Acetat (harmlos) dauert viel länger



→ Schäden an Zellen und Gewebe, Reparatur verlangsamt

Altersbedingte Veränderungen
■ Lebergröße (bis 40%) ↓
■ Leberdurchblutung (bis 30%) ↓
■ Abnahme der Enzymaktivität: Cytochrom-P-450-abhängige Phase-I-Reaktionen
■ Phase-II-Reaktionen (Glucuronidierung, Sulfatierung, Acetylierung) meist unverändert

Diakonische Dienste Hannover

## Immunsystem altert (Immunoseneszenz)

- weniger leistungsstark, Schäden werden langsamer ausgeglichen
- weniger Antioxidantien werden produziert, Alkohol wirkt toxischer

# Alterseffekte – Beispiel Alkoholverträglichkeit

u<sup>b</sup>

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

## *Wechselwirkungen mit Alkohol*



- Zunahme von Medikamenten, infolge anderer Erkrankungen, welche mit dem Alter zunehmen
- Z.b. Antidepressiva, Antihypertensiva, Mittel gegen Diabetes und Allergien

## *Ausscheidung reduziert (Niere)*



Altersbedingte Veränderungen
Renale Durchblutung ↓
Anzahl der Nephrone ↓
GFR um ca. 1 ml / min / Jahr ↓
Tubulusfunktion, ca. 1% / Jahr ↓

## *Schlafstörungen nehmen mit dem Alter zu*

- wegen verringerter Produktion von Melatonin
- in Kombination mit Alkohol, noch schlechterer Schlaf

Diakonische  
Dienste Hannover

# Das Altersbild

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



- Je nach Kultur verschieden (Studie Robert Bosch Stiftung 2009)
- Jugend-Ideal unterschiedlich dominant
- Altersbild:
  - Positiv: wie „Alter und Weisheit“, „mehr Lebenserfahrung und Lebenszufriedenheit“, frei von Pflichten sein, sich aufgeschobene Wünsche erfüllen können, gesellschaftliches Engagement
  - Negativ: Immobilität, Krankheit, Abhängigkeit oder Einsamkeit und Wertlosigkeit
- « Die Sehnsucht nach Jugendlichkeit verhindert, dass wir uns so akzeptieren, wie wir sind »
- Eine positive Einstellung zum eigenen Älterwerden, insbesondere das «wohlwollende Hinnehmen» hält jung

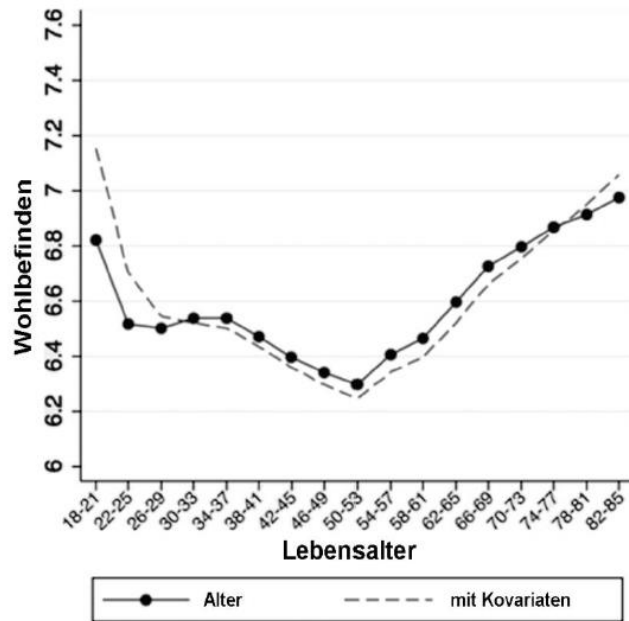
Fokus online 5.1.2019 in: Der Telomer-Effekt

**Zellalterung lässt sich bremsen**

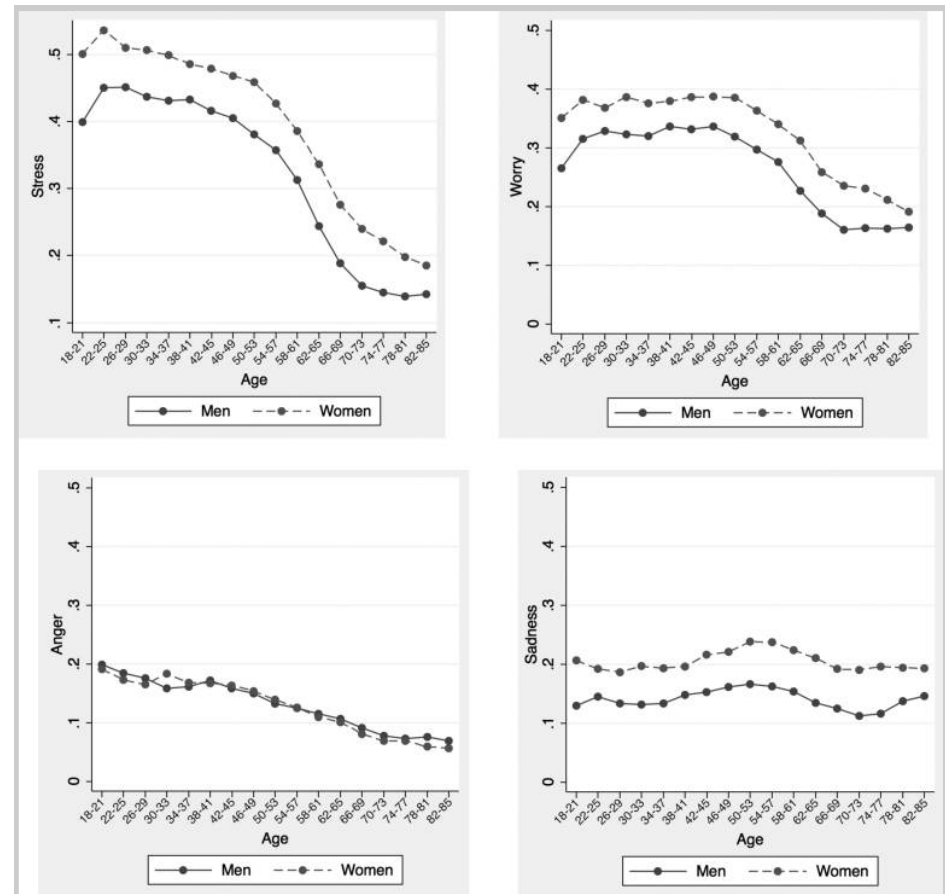
**Der Telomer-Effekt: Nobelpreisträgerin erklärt, wie Sie das Altern hinauszögern können**

# Die bessere Hälfte

- Wohlbefindens-Paradoxon



Stone, 2010, *PNAS*





# Substanzkonsum im Alter?

*u<sup>b</sup>*

---

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

- Problematisch vor allem Abhängigkeiten von Sedativa/Hypnotika und Alkohol
- Illegale Substanzen eher die Ausnahme, aber zunehmend

Aus Savaskan und Walter. Sucht im Alter

# Überblick



b  
UNIVERSITÄT  
BERN



## 1. Substanzkonsum im Alter

## 2. Alkohol

- Zahlen Alkohol im Alter
- Übergänge von Genuss -, Missbrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit bzw. Sucht
- Besonderheiten Symptome und Verlauf im Alter
- Therapie

## 3. Medikamente

- Zahlen im Alter ambulant / Heim
- Therapieoptionen

## 4. Angebote im Internet und lokal

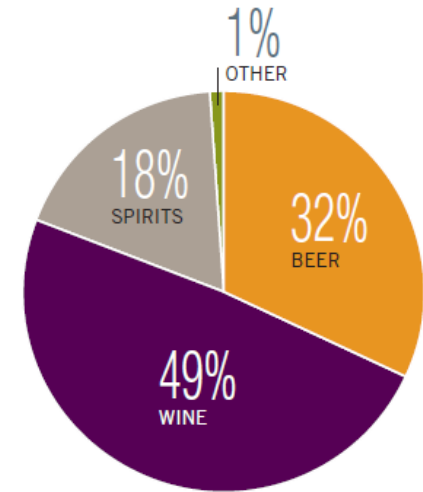
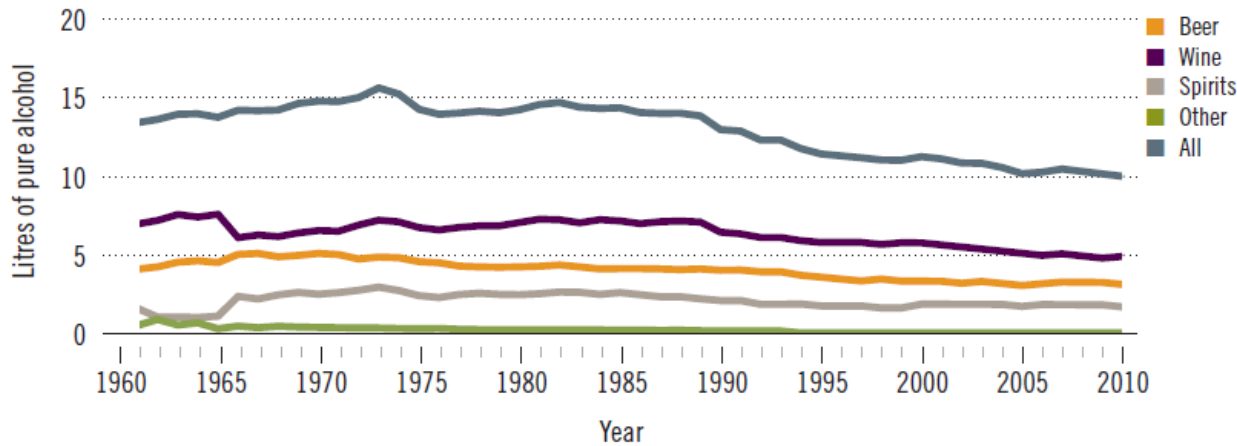
# Alkoholkonsum in Zahlen

## Gesamtmenge Alkoholkonsum abnehmend

Recorded alcohol per capita (15+) consumption, 1961–2010

Data refer to litres of pure alcohol per capita (15+).

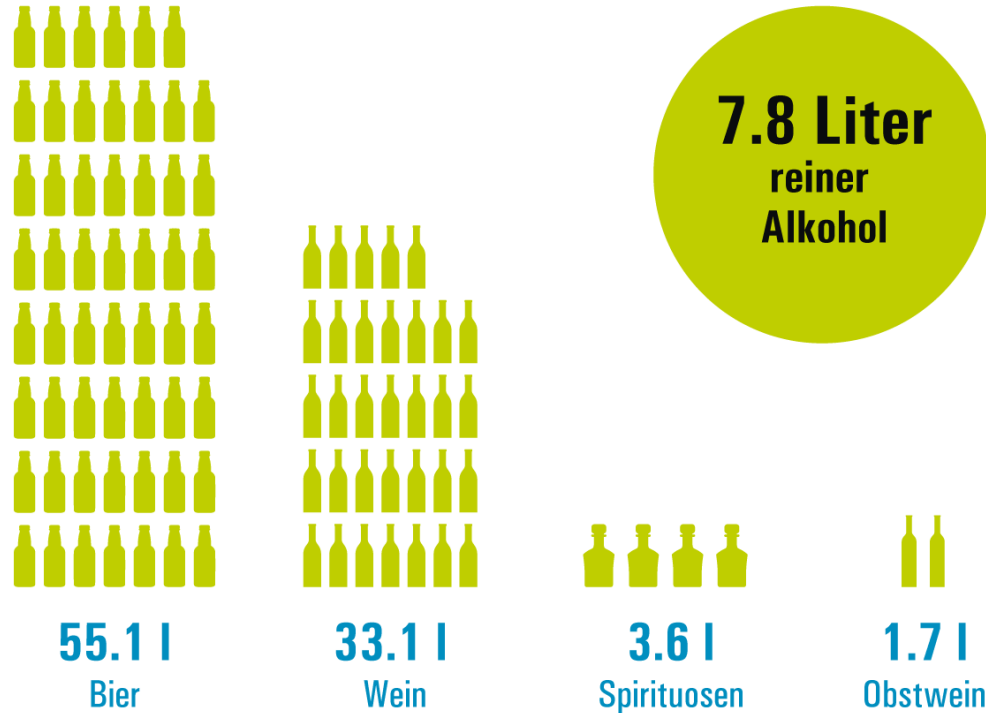
### Schweiz



© World Health Organization 2014

# Alkoholkonsum in Zahlen

Jährlicher Pro-Kopf-Konsum  
in der Wohnbevölkerung (2017)



Quelle: EZV, 2018

Eidgenössische Zollverwaltung (EZV) (2018). *Konsum alkoholischer Getränke je Kopf der Wohnbevölkerung in der Schweiz.* [Link](#)

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN



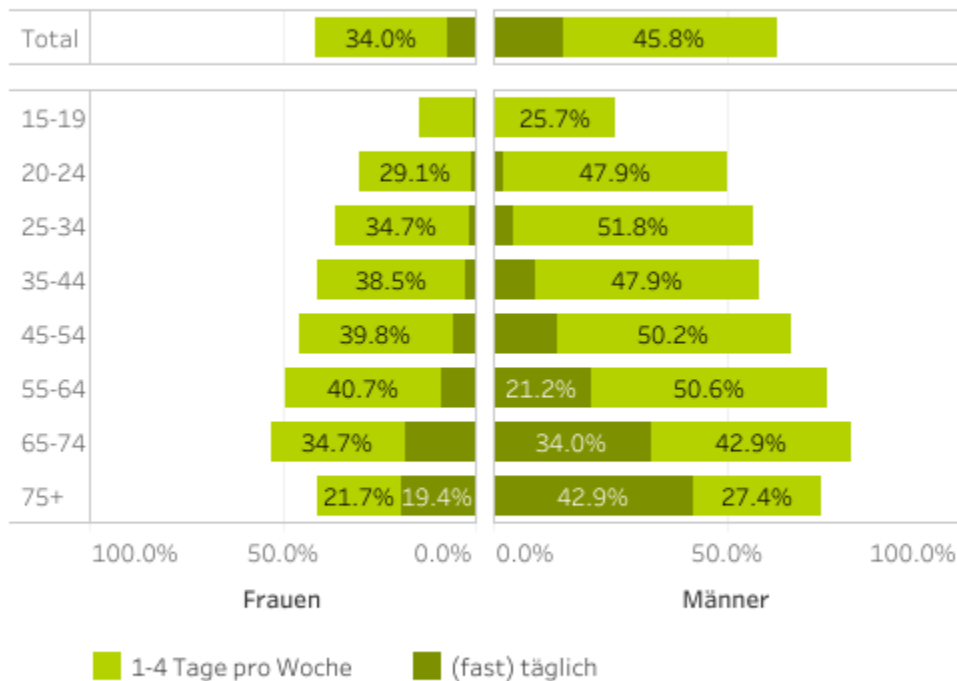
Quelle: CoRoIAR (eigene Berechnungen)

# Alkoholkonsum in Zahlen

Gesamtmenge Alkoholkonsum abnehmend

ABER: Trinkhäufigkeit nimmt im Alter zu

Regelmässiger Alkoholkonsum, nach  
Geschlecht und Alter (2016)



Anmerkung: Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren.

Quelle: CoRoIAR (Gmel et al., 2017)

# Sucht im Alter?

## Alkoholkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren (2016)

\* 4+ (Frauen) bzw. 5+ (Männer) Gläser bei mindestens einer Gelegenheit pro Woche  
Quelle: CoRoIAR (Gmel et al., 2017)

### • Alkohol:

- *Abhängigkeit* bei jungen Erwachsenen (18 - 29 J) am häufigsten, dann *im Alter abnehmend*

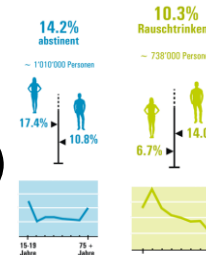
- USA > 65 J 3,8 % Grant BF et al. 2015
- Schweiz > 65 J 2,6 % Suchtmonitoring Schweiz 2016
- Deutschland > 65 J 3 % (M) Lieb et al. 2008

- Aber: **schädliche Gebrauch** nimmt im Alter zu und ist höher als in der Gesamtbevölkerung (9,4%)

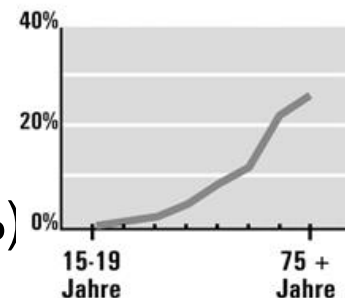
- Schweiz: (Alkohol mindestens 1x/Tag) >65 J 22,2 %, >75J 26,2%

Suchtmonitoring Schweiz 2016

- Punktuell riskanter Konsum (Rauschtrinken) nimmt im Alter ab > 65/75J (5,1%/3,8%)
- Zunehmende Zahl Exkonsumierer im Alter (>75 J 12,8%)



9.4%  
täglich  
~ 673'000 Personen



# Genusstrinken:

Genuss ist selbstbestimmt und sollte auch im Alter nicht pathologisiert werden.

Die individuelle Variabilität ist in keinem Lebensabschnitt grösser als im Alter.

Umfrage:  
Was denken Sie ? Wieviel ist in Ordnung ?



# Genusstrinken - Risikoarmer Konsum



## Männer:

- bis zu 24 g Reinalkohol pro Tag
- z.B. 2 Gläser Bier à 0,3l oder 2 Gläser Wein = 0,2 l

## Frauen

- bis zu 12g Reinalkohol
- z.B. 1 Glas Bier à 0,3l oder 1 Glas Wein = 0,1 l

## ABER:

- mindestens 2 abstinente Tage/Woche (WHO, Barbor 2001): Selbstüberprüfung
- Kein Rauschtrinken

S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen» der AWMF (2016)  
keine spez. Empfehlungen für ältere und alte Menschen nach D. Wolters 2011






# Genussstrinken

## Risikoarmer Konsum



 <https://www.kenn-dein-limit.de/>

- Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKAL) 2018:
  - gesunde erwachsene Männer max. 2 Gläser alkoholische Getränke/ d
  - gesunde erwachsene Frauen max. 1 Glas / d

Die EKAL hält weiter fest, diese Empfehlungen – insbesondere bei älteren Personen – mit Vorsicht und immer unter Berücksichtigung der individuellen Gesundheit anzuwenden. (alterundsucht.ch)

- USA: Leitlinien National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) > **65J**: 1 Standardgetränk/d oder 7/Woche, nicht mehr als 3/d (Platt 2010)

- Leichter und moderater Konsum = mediterrane Diät (Rotwein)  
> 65J (1-2 Standarddrinks) → reduzierte Mortalität (kardiovaskulär)

Pavlidou et al. 2018: Wine: An Aspiring Agent in Promoting Longevity and Preventing Chronic Diseases. Review

→ Aber: Abstinente sollten deshalb nicht beginnen zu trinken

# Riskanter Konsum Schädlicher Gebrauch



## Riskanter Konsum

- Das Risiko für alkoholbedingte Folgeschäden steigt mit der Menge des konsumierten Alkohols

mittleres Risiko

- |          |                 |              |
|----------|-----------------|--------------|
| • Männer | 40 – 60 g / Tag | Hochrisiko   |
| • Frauen | 20 – 40 g / Tag | > 60 g / Tag |
|          |                 | > 40 g / Tag |

## Schädlicher Gebrauch

- **nachweisliche Folgeschädigung** der psychischen oder physischen Gesundheit  
(häufig von anderen kritisiert und mit negativen sozialen Folgen)

Suchtmonitoring Schweiz 2015

# Diagnosekriterien ICD-10

## Schädlicher Gebrauch (=Missbrauch)

?	> risikoarmer Konsum
?	> riskanter Konsum
?	> schädlicher Konsum
!	> Alkoholabhängigkeit

### Kriterien

- A deutlicher Nachweis, dass der **Substanzgebrauch verantwortlich** ist (oder wesentlich beiträgt) für **körperliche oder psychische Schäden** (inkl. eingeschränkter Urteilsfähigkeit, VH Störung) mit Behinderung / neg. Konsequenzen in zwischenmenschl. Bez.
- B Klare Feststellung und Bezeichnung der Art der Schädigung
- C Gebrauchsmuster seit mind. 1 Monat oder wiederholt in letzten 12 M
- D Kriterien anderer psych. Störung durch die Subst. treffen nicht zu

# Was ist Sucht ?

?	> risikoarmer Konsum
?	> riskanter Konsum
?	> schädlicher Konsum
!	> Alkoholabhängigkeit

- Begriff aus dem Altgermanischen
  - Bezüge zu *Suht* (Krankheit) und *siech*
  - Ursprünglich für körperliche Krankheiten (Fallsucht, Gelbsucht, Schwindsucht)
  - Ende 18.JH. Erstmals thematisch mit *suchen* verbunden (*Sehnsucht*)
  - Sucht als Begriff eher in der Öffentlichkeit, emotional besetzt
  - Medizinisch eher als **Abhängigkeit** bezeichnet

## Abhängigkeitssyndrom

Wenn es nicht mehr ohne Alkohol geht

# Diagnosekriterien ICD-10

## Abhängigkeitssyndrom

?	> risikoarmer Konsum
?	> riskanter Konsum
?	> schädlicher Konsum
!	> Alkoholabhängigkeit

- Kombination aus Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen durch regelmässigen Substanzkonsum
- Diagnose, falls: mind. 3 von 6 der u. g. Kriterien erfüllt über 1 Monat lang bzw. über 12 Monate intermitt.

- |            |  |
|------------|--|
| Psychisch  | 1. Starker Wunsch / Zwang zum Konsum / Craving   |
|            | 2. Kontrollverlust über Beginn, Ende und Menge des Konsums. Bzw. erfolglose Versuche Konsumreduktion |
|            | 3. Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen   |
| Körperlich | 4. Toleranzentwicklung   |
|            | 5. Entzugssymptome   |
| Verhalten  | 6. Vorrang Subst.- Konsum vor soz. Aktivitäten, anderen Verpflichtungen, Interessenbereichen         |

# Subtypen Abhängigkeit im Alter

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



Early – onset – Abhängige

**Alkohol als « treuer Begleiter »**

- schlechtere Prognose

Late – onset – Abhängige

**Abhängigkeit entsteht im Alter**

- bessere Prognose, da höhere Behandlungsadhärenz (Welte und Mirand 1995),
- häufig durch kritische Lebensereignisse entstanden (81% vs 40%) weniger stabil und verfestigt
- meist höhere psychische Stabilität, geringe psychische Komorbidität, mehr Ressourcen, stärkere Resilienz (Gärtner und Nartschenko 2016; Wolter 2015).

Low – dose – Abhängigkeit

**über Jahre die gleiche Dosis**

# Risikofaktoren

## Ungünstige Lebensereignisse

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



### Anfälligkeit für Beziehungskrisen

- Unterschiedliches Altern
- Riesige Zeitspanne der Zweisamkeit
- Unterschiedliche Akzeptanz von Trennungen (Spätscheidungen)

### Verluste

- Angehörige, Freunde
- Rollen (Pensionierung), Tagesstruktur
  
- Einsamkeit, Sinnentleerung
- chron. KH, Schmerzen
- Verlust von finanzieller Unabhängigkeit

# Schutzfaktoren



<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

- Intakte Beziehung und soziale Bindungen
- Aufrechterhaltung und Förderung einer aktiven Freizeitgestaltung
- Selbstbestimmte Lebensführung
- Hohe Gesundheitskompetenz
- Körperliche Fitness, psychische Gesundheit
- Religion

Sacco P et al. 2009



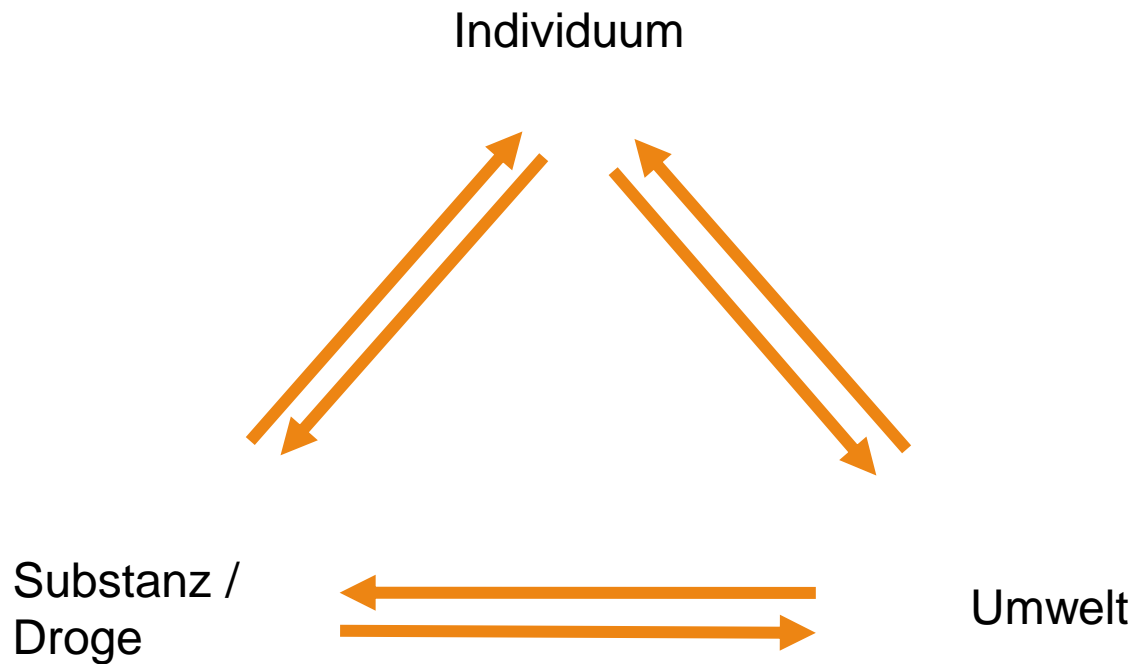
# Warum wird man abhängig ?

*u<sup>b</sup>*

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN



Genetische und Umweltfaktoren etwa gleichbedeutend

# Warum wird man abhängig ?

## Individuum

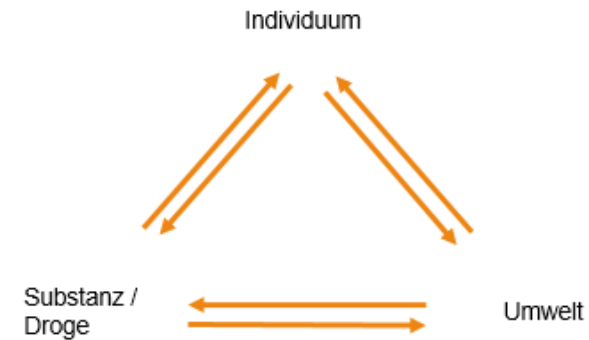
- Genetische Veranlagung
- Persönlichkeitsmerkmale
- Lern- bzw. Konditionierungsprozesse:

**Problemlöser:** Vermeidung von unangenehmen Gefühlen oder Zuständen

**Belohnung:** positive Verstärker (soziale Zugehörigkeit, positive Gefühle)

## Umwelt

- Verfügbarkeit
- Vorbilder
- Sozialer Stress (Alkohol wirkt sedierend und stressdämpfend)
- Soziale Schicht (Frauen höherer Schichten 2x häufigerer Alkoholkonsum)



# Zeichen einer Abhängigkeit

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN

## Körperlich

- Reduzierter Allgemeinzustand
- Inappetenz
- Gewichtsverlust, Unterernährung, Vitaminmangel
- Muskelatrophie
- Gerötete Gesichtshaut
- Gangunsicherheit, Schwindel, Zittern
- Magendarm Beschwerden (Durchfall, Erbrechen, Geschwüre)
- Vermehrte Schweissneigung
- Feuchte, kühle Hände und Füße
- Schlafstörungen, Impotenz

## Psychisch

- Ängste
- Depression
- Dysphorie
- Unruhe
- Verwirrtheit
- Nachlassen der geistigen Leistungskraft

## Sozial

- Isolation und Rückzug
- Vernachlässigung der Hygiene

Überlagerungen mit körperlichen Krankheiten (Blow F 2002)

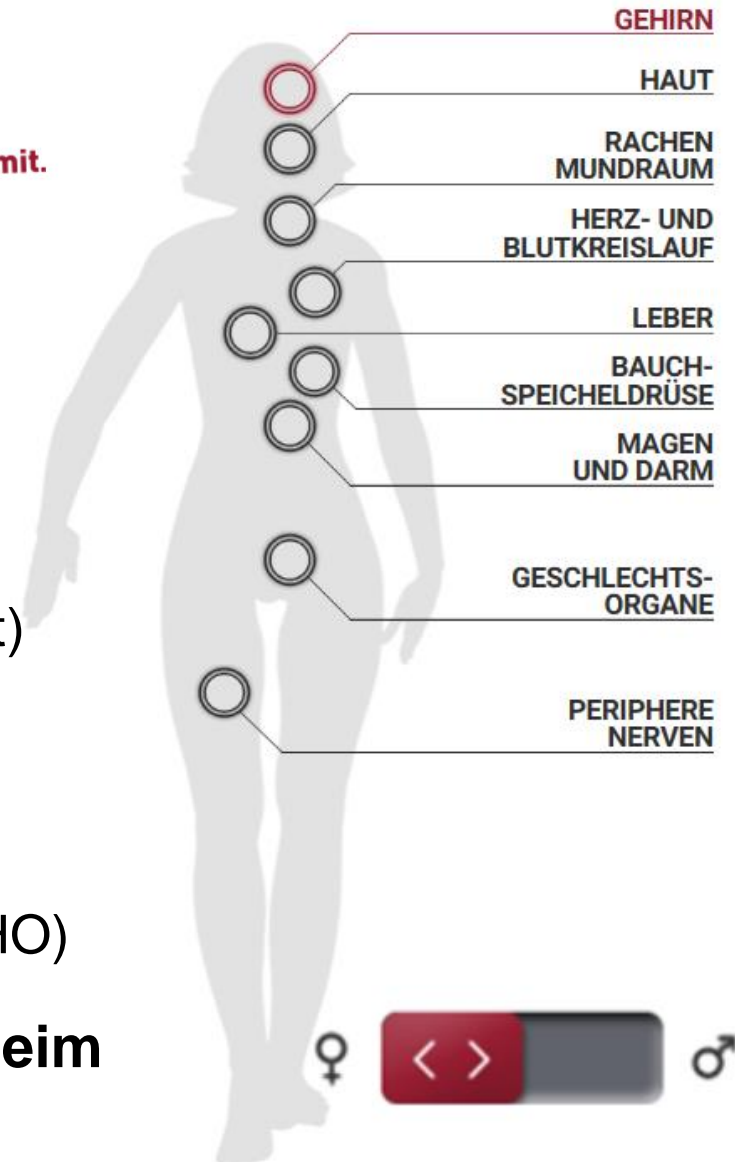
# Typische Folgeschäden im Alter

**ALKOHOL?**  
Kenn dein Limit.

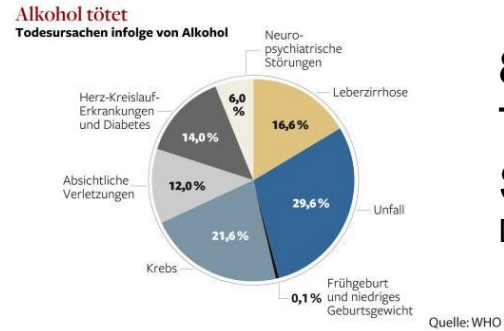
- Stürze/Unfälle
  - Kognitive Störungen / Früh-Demenz
  - Delirien
  - Depressionen / Suizidalität
  - Rückzug, Paranoia
  - Verwahrlosung / Mangelernährung
  - Soziale Vulnerabilität (Konflikte, Einsamkeit)
- 
- Verschlechterung bestehender körperlicher Erkrankungen
  - bis zu 200 Alkohol-Folgeerkrankungen (WHO)

## Frühzeitige Einweisung in ein Pflegeheim

ca. 10 Jahre früher (Uchtenhagen 2004, Alter-Sucht-Pflege.de)



# Häufig nicht erkannt



8,7% aller  
Todesfälle der  
Schweiz  
DK Wolter 2018

- 3. häufigste Diagnose unter allen stationär behandelten Patienten
- 30 % in psychiatrischen Kliniken
- 20 % in internistischen oder chirurgischen Abteilungen
- 80% der Betroffenen sind 1x/Jahr beim Hausarzt
- Dort wird schädlicher oder riskanter Konsum aber häufig übersehen bzw. nicht diagnostiziert → Fehldeutung als altersbedingte Veränderung

Aber erhebliche Gesundheitsrisiken:

→ Alkohol **senkt** die Lebenserwartung **um ca. 20 Jahre** ! (somatische KH)

→ 25 % unternehmen zudem Suizidversuche, 5-10 % sterben dadurch

→ Deutliche Reduktion der Lebensqualität

# Frühzeitiges Erkennen wichtig

## Frühwarnzeichen:

- Verwirrtheit
- Häufige Stürze, Unfälle, blaue Flecken, Verletzungen
- Vermehrte körperliche Probleme (Gangunsicherheit, Zittern)
- Verwahrlosung
- soziale Probleme (Rückzug, Interessenverlust)

**Helfernetz: Konsum unbedingt aktiv ansprechen ! Keine Vorwürfe.  
Keine pauschalen Verbote.**

# Hilfreiche Sätze

- es geht nicht darum, Recht zu behalten oder den Betroffenen etwas nachzuweisen.
- einfühlsam und wertschätzend und Sichtweise des Gegenübers akzeptieren



## Sucht im Alter in der Pflege:

Empfehlungen für den Umgang mit Menschen mit einem riskanten Suchtmittelkonsum in der Pflege

Ein Ratgeber für Fachkräfte der Altenhilfe und der Suchthilfe  
[www.alter-sucht-pflege.de](http://www.alter-sucht-pflege.de)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

„...in der letzten Zeit denke ich öfter an Dich und mache mir Sorgen. Ist es Dir recht, wenn ich darüber spreche?“

„Frau/Herr .... Wir kennen uns jetzt schon lange und ich komme gerne zu Ihnen. Darf ich sie heute einmal auf etwas Persönliches ansprechen?“

# Soll/kann man das behandeln ? Therapie

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



Das alles Entscheidende : die **Motivation** (innere und äussere)  
Keine Motivation → keine Änderungsbereitschaft

## Typische Hindernisse:

- Negative Altersbilder/Vorurteile im Alter (alle Seiten):
  - «Bei so vielen Tabletten kommt es auch nicht mehr drauf an.»
  - übermässige Strenge oder Gleichgültigkeit
- Co-Abhängige bagatellisieren auch
- Viele Angehörige bekommen den Konsum kaum mit
- Typische Krankheiten im Alter überlagern sich mit Zeichen der Abhängigkeit
- Vorwürfe der Angehörigen können beschämen und verstärken die Rückfallgefahr



# Motivation fördern

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

Aufklärung ist wichtig:

Abhängigkeit als Krankheit, Gesundheitsgefahren, Therapieoptionen

Soziale Unterstützung:

Mut machen, Respekt, Wertschätzung und Geduld

Beratungsstellen / Angebote

Ergebnisoffene Begleitung: **Freie Entscheidung des Betroffenen**

Motivierende Gesprächsführung (Miller&Rollnick 2004):

Klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation f. Veränderung durch Erforschung der Ambivalenz.

Unterstützende Faktoren:

- Wunsch nach Erhalt der Selbständigkeit und Freiheit
- Vorbildfunktion für Kinder und Enkel
- positive Prognose einer Entwöhnung im Alter

# Therapie

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

Schädlicher Gebrauch:

Minimalintervention = simple advice: Hinweis auf Problembereich und Raten einer Änderung → bereits Konsumreduzierend

Abhängigkeit:

Frühintervention = Aufklärendes & konfrontatives Gespräch sowie Einbezug der Angehörigen, ggf. suchtspez. Behandlung Fachstelle

# Therapie

- Schritt 1: Die Beratung Gemeinsam nach neuen Wegen suchen
- Schritt 2: Der Alkoholentzug Den Körper vom Gift befreien
- Schritt 3: Die Entwöhnung Das Leben ohne Alkohol neu lernen
- Schritt 4: Die Nachsorge Die Basis für ein neues Leben

Ohne Nachsorge: 85 % Rückfälle

Batra A et al. (2016): Alcohol dependence and harmful use of alcohol—diagnosis and treatment options. Dtsch Arztebl Int; 113: 301–10.

# Behandlungsziele

## Maximal- Ziel

(engagierter Therapeuten)

- Totale Abstinenz
- Oft zu strenge Vorgabe, die abschreckt

## Erreichbare Ziele

(harm reduction)

- Konsum-Reduktion
- Kontrolliertes Trinken vs. Trinken unter Kontrolle

# Altersspezifische Interventionen:

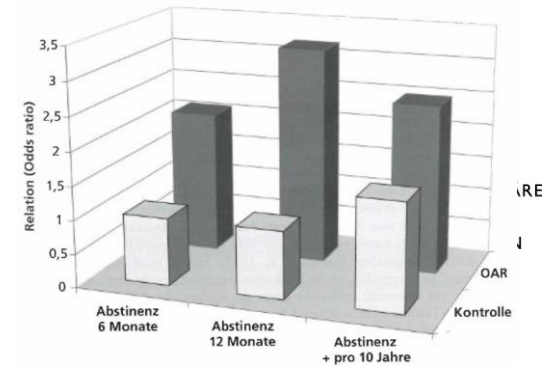


Abb. 6.4: Ergebnisse des OAR-Programms (Kashner et al. 1992)

- Alterssortierte, homogene Gruppen (besseres Outcome)

Tab. 6.6: Ergebnisse altersspezifischer Behandlung

	Ältere $\geq 55$	Jüngere	Odds ratio (95 % CI)	p
Alter, Jahre (s)	62,6 (5,8)	41,7 (7,9)		
Dauer des Alkoholmissbrauchs, Jahre	28,9 (14,2)	15,3 (8,6)		
Compliance, mind 80 % der Termine	85,0 %	64,1 %	5.96 (1.79–19.81)	0.004
Compliance Medikation	80,0 %	55,3 %	3.28 (1.19–9.08)	0.022
Abstinenz während Studie	42,5 %	26,1 %	1.82 (0.77–4.31)	0.171
Rückfall während Studie ( $\geq 5$ Drinks/d)	42,5 %	64,1 %	0.49 (0.21–1.15)	0.101

# Grenzen der Behandlung

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



in allen Altersgruppen: **fehlende Motivation**

**Kognitive Defizite:** reduzieren die Einsicht in Risiken des Konsums (Problemwahrnehmung) u. erschweren Therapieteilnahme (Entscheidungsfindung, Handlungsorganisation)

Schwierige soziale Verhältnisse (Einsamkeit, **fehlende soz. Kontrolle**)

# Prognose



<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

Drittelregel: 1/3 abstinent, 1/3 gebessert, 1/3 rückfällig,

Nach 4 Jahren: Abstinenzrate ca. 40-50%

## **Prognostisch günstig:**

Höheres Lebensalter

Gute Ausbildung

Berufstätigkeit

Intakte Partnerschaft

# Überblick

u<sup>b</sup>

---

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

1. Substanzkonsum im Alter

2. Alkohol

3. Medikamente

- Zahlen im Alter ambulant / Heim
- Symptome
- Therapieoptionen

4. Angebote im Internet und lokal



# Medikamenten-abhängigkeit Schlaf- und Beruhigungsmittel

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



- «Stille Sucht», kein Torkeln, kein Lallen, kein Lärm
- 2012: 223.000 Menschen problematische (d.h. > 4 Wochen in hoher Dosierung)
- Häufigkeit nimmt mit Alter zu:

55- 64 Jahre	11.9 %	davon 46.9 % täglich, 63.8 % > 3 J.
65 – 74 Jahre	15.9 %	davon 42.9 % täglich, 65.3 % > 3 J.
Über 75 Jahre	22.8 %	davon 55.5 % täglich, 70.8 % > 3 J.

Prävalenz 12 Monate, Suchtmonitoring Schweiz 2017

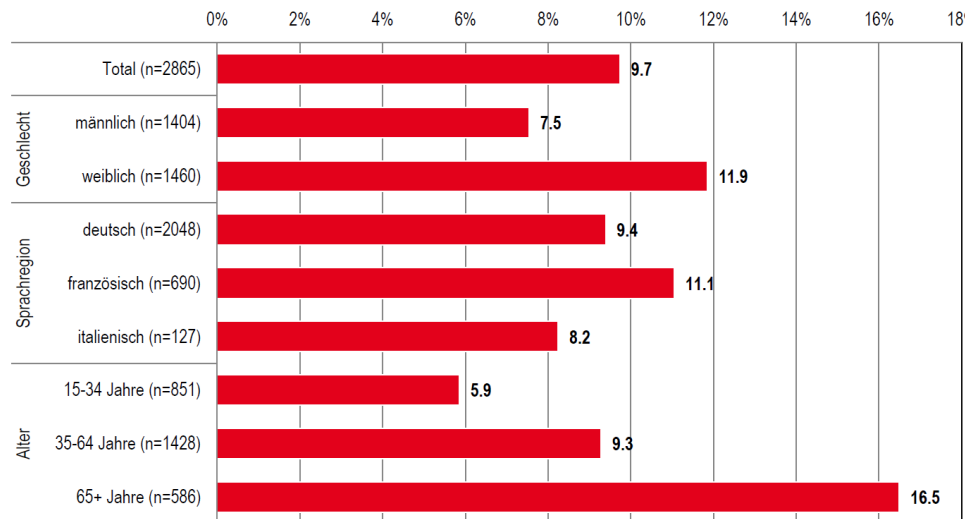
# Schlaf- und Beruhigungsmittel im Alter



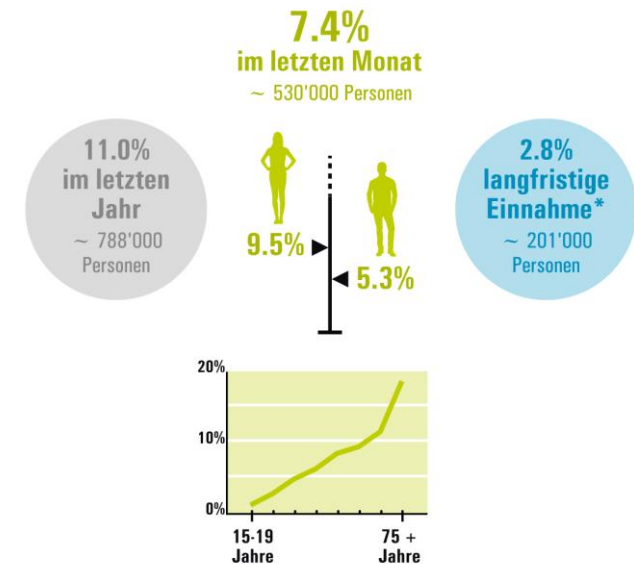
SUCHT | SCHWEIZ

<https://www.suchtschweiz.ch/>

Abbildung 2.0.1 12-Monatsprävalenz der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln - Total und nach Geschlecht, Sprachregion und Alter, Januar - Juni 2014



Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln in der Bevölkerung ab 15 Jahren (2016)



\* (fast) täglicher Gebrauch während mindestens eines Jahres. Quelle: CoRoIAR (Gmel et al., 2018)

# Schlaf- und Beruhigungsmittel im Alter



SUCHT | SCHWEIZ

<https://www.suchtschweiz.ch/>

## Hauptgründe für die Einnahme: Schlafprobleme, Unruhe (Angst)

Schlafmittel zu 40,2 % BDZ oder Z-Substanzen:  
am häufigsten Zolpidem®/Stilnox®, gefolgt von Temesta®.



18.7 % : schon auf eigene Faust, also ohne Rezept oder aus einem anderen Grund

Gmel G., Notari L., Gmel C. (2015). Suchtmonitoring Schweiz - Vertiefende Analysen zur Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln sowie Psychostimulanzien im Jahr 2014. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz

# Schlaf- und Beruhigungsmittel

## Indikationen:

u<sup>b</sup>

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



- Vor Operationen bei Unruhe/Angst
- Epileptische Anfälle
- akute Angst- und Panikattacken
- Schlafstörungen, möglichst nicht länger als ein bis zwei Wochen
- in Ausnahmefällen (Depression, Psychose) bis zu 2-3 Monate

In Akutfällen weiterhin ein unverzichtbares Medikament der Medizin !

„Die niedrigste wirksame Dosis ist zu verwenden, und die Behandlungsdauer so kurz wie möglich zu wählen.“

[www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)

# Schlaf- und Beruhigungsmittel im Alter

## *Richtlinien zur Dosierung*

- Maximal 4 Wochen Behandlungsdauer
- Abweichung nur in medizinisch begründeten, dokumentierten Einzelfällen
- langfristige Verordnung: engmaschige, regelmäßige Überprüfung des therapeutischen Nutzens und der aufgetretenen Nebenwirkungen; nur nach Einholen einer zweiten Meinung eines in der Suchtmedizin erfahrenen Arztes oder eines Psychiaters
- „4 K`s“: Klare Indikation / Korrekte Dosierung / Kurze Anwendung / Kein abruptes Absetzen

Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga Gemeinsame Handlungsempfehlung von Ärztekammer Hamburg, Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg und Apothekerkammer Hamburg. Hamburg 2011

## 5-Phasen-Modell der Benzodiazepin- Langzeitanwendung

### Phase 1 – Prodromalphase

- Rasche Gewöhnung an beruhigende Wirkung

### Phase 2 – "Wirkumkehr"

- innere Unruhe, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, vermehrte Ängstlichkeit, „Dünnhäutigkeit“ (Sinnesreize)
- Trotzdem weitere Einnahme "lieber schlecht als gar nicht schlafen“, ggf. Dosissteigerung

### Phase 3 - "Apathiephase“

Holzbach 2017: Benzodiazepine und Z-Substanzen. Was tun bei Langzeitgebrauch?  
Der Allgemeinarzt, 39 (8) Seite 50-52

## 5-Phasen-Modell Holzbach 2017

### Phase 3 - "Apathiephase"

- typische Trias: emotionaler Abstumpfung (wenig spürbar, nicht mehr richtig freuen, nicht mehr richtig traurig sein), kognitiv-mnestische Defizite (Konzentrations-, Gedächtnisstörungen, reduzierte Problemlösefähigkeit) und fehlende körperliche Energie
- schleichend über Monate oder Jahre auf, häufig fehlinterpretiert (Alterserscheinung)

### Phase 4 – „Sucht-Phase“

- zusätzliche "Quellen" für die Medikamente
- Kriterien für eine Abhängigkeit sind nun erfüllt, nur ca. 20 % der Pat

### Phase 5 – „Intoxikations-Phase“

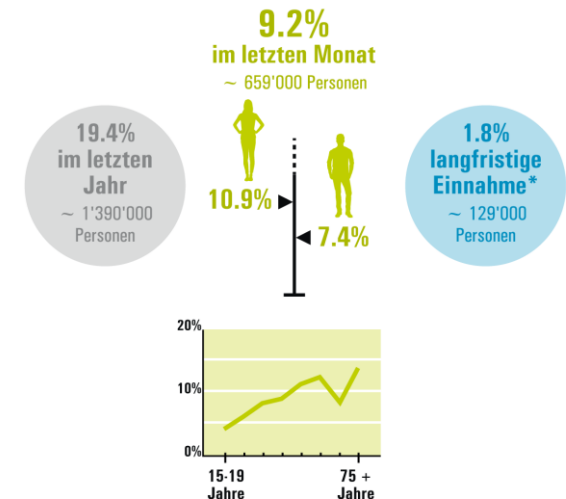
- dauernde Überdosierung (nur kleiner Teil der Betroffenen)
- ständig schläfrig, kaum längere Schlafphasen, rasches Erwachen

# Starke Schmerzmittel (ohne Paracetamol und Aspirin) im Alter

55- 64 Jahre:	21.5 % davon 36.7% täglich
65 – 74 Jahre:	19.4 % davon 36.4 % täglich
Über 75 Jahre:	23.0 % davon 49.0 % täglich

Prävalenz 12 Monate, Suchtmonitoring Schweiz 2017

Einnahme von starken Schmerzmitteln in der Bevölkerung ab 15 Jahren (2016)



\* (fast) täglicher Gebrauch während mindestens eines Jahres.  
Anmerkung: ohne „Over-the-Counter“-Schmerzmittel wie Paracetamol und Aspirin.  
Quelle: CoRoIAR (Gmel et al., 2018)



# Starke Schmerzmittel im Alter

u<sup>b</sup>

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



- 50% der Hausarztkontakte sind durch chronische Schmerzen veranlasst (Rückenschmerzen, Bewegungsapparat, somatoforme Störungen).
- Häufig jahrelange Patientenkarriere mit vielen Untersuchungen, Behandlungsversuchen, Arztwechseln
- Effektivität von Opiaten bei schweren Schmerzzuständen mit nachweislich somatischer Genese ist unbestritten
- Die unbedachte Verschreibung von Opiaten **bei ungeklärten Schmerzzuständen** kann jedoch eine iatrogene **Opiatabhängigkeit** induzieren.

In Bundesärztekammer (2007): Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2007.

# Zahlen im Alter ambulant / Heim

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



- 2/3 der Psychopharmaka werden an Menschen über 60 Jahre verschrieben
- 70 - 80 % davon sind Benzodiazepine
- Schlafstörungen und psychische Begleiterscheinungen bei körperlichem Leiden sind Verschreibungsgründe
- 20% - 25 % der Alters- und Pflegeheimbewohnerinnen erhalten Tranquillizer bzw. Hypnotika

(Uchtenhagen 2004)

# Einflussfaktoren

## Begünstigende Faktoren:

- Soziale Isolation
- Körperliche Leiden
- Verschreibungspraxis der Ärzte (40% Depression/ 6% AD)
- Hohe Erwartungshaltung an die eigene Funktionalität
- Neg. Altersbilder
- Verluste (Rollen, Verantwortung, nahestehende Menschen, Perspektive)
- Selbstbehandlung bei psych. Leiden

## Protective Faktoren:

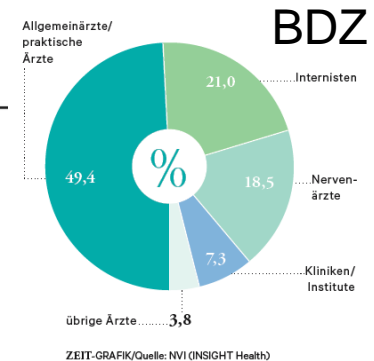
- Bedeutung von körperl. Fitness und Unabhängigkeit im heutigen Altersbild
- Ethische Überzeugungen
- Religion
- Erprobte Bewältigungsstrategien
- Gute soziale Integration
- Wohlbefindensparadoxon

## Wer verschreibt die Tabletten?

Verordnungsanteile nach Fachgruppen für gesetzlich Versicherte, 2014

*u<sup>b</sup>*

*b*  
UNIVERSITÄT  
BERN



# Valium – eines der ersten Benzodiazepine



- Diazepam von Leo Sternbach entwickelt und 1963 von Hoffmann-La Roche unter dem Handelsnamen *Valium* auf den Markt gebracht.
- 1974 machten BDZ zwei Drittel aller Pharmaerlöse bei Roche aus (dadurch ein Jahrzehnt größter Arzneimittelkonzern der Welt)
- Wirkt wie Alkohol am GABA-Rezeptor (Modulator), inhibiert Reizübertragung
- wirkt beruhigend und angstlösend, krampflösend, muskelentspannend und schlaffördernd

# Risiken BDZ Konsum im Alter

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



## Schlechtere Verträglichkeit:

- Abbau Leber verlangsamt = mehr Kumulationseffekte
- Ausscheidung reduziert (Nierenfunktion schlechter)
- veränderte Eiweissbindung
- Weniger Verteilungsvolumen (Wasser)
- mehr Wechselwirkungen (somatische Medikamente)

## Risiken:

- Risiko der Benzodiazepin Abhängigkeit steigt mit dem Alter erheblich (Förster M. 2009)
- BDZ bei Älteren oft mit deutlich **mehr NW** verbunden, insbesondere **Stürze (Muskelschwäche), kognitive Störungen** und Verkehrsunfälle (zunehmend), **Suizidmethode** (häufigste) Persönlichkeitsveränderungen (Gleichgültigkeit), Schlafstörungen (Savaskan 2016),

# Therapieoptionen BDZ

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



## Häufig besteht eine Low-dose Abhängigkeit:

- Nur 2 ICD-10 Kriterien f. Abhängigkeit sind voll erfüllt
- Aber : indirekte Dosissteigerung durch verlangsamten Abbau

## Therapieziel: Dosisreduktion

- Externe Kontrolle: Medikamentenabgabe durch das Team erwirken (mögliche Kränkung)
- Niedrigdosisabhängigkeit (< 20mg Valiumäquivalenz) → ambulant
- Umstellung auf ein mittellang-wirksames Mittel (z.B. Oxazepam=Seresta)
- Dosisreduktion (10-25%/W) über 4 bis 10 Wochen,
- Entscheidung wie weit man abbaut immer wieder mit Pat. überprüfen, aber ihn auch motivieren
- Das letzte Milligramm evtl. in ¼ mg Schritten reduzieren und langsamer

# Alternativen zu BDZ

## Priscus-Liste → Hausarzt

lat.: „altehrwürdig“

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN

Arzneimittel	Wesentliche Bedenken (Auswahl)	Therapiealternativen
--------------	-----------------------------------	----------------------

### Sedativa, Hypnotika

<p><b>Kurz- und mittellang wirksame Benzodiazepine</b></p> <p>Alprazolam Temazepam Triazolam Lorazepam (&gt; 2 mg/d) Oxazepam (&gt; 60 mg/d) Lormetazepam (&gt; 0,5 mg/d) Brotizolam* (&gt; 0,125 mg/d)</p>	<p>· s. langwirksame Benzodiazepine</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Baldrian</li> <li>· sedierende Antidepressiva (Trazodon, Mianserin, Mirtazapin)</li> <li>· Zolpidem (≤ 5 mg/d)</li> <li>· Opipramol</li> <li>· niederpotente Neuroleptika (Melperon, Pipamperon)</li> <li>· nichtmedikamentöse Therapie der Schlafstörungen (Schlafhygiene)</li> </ul>
---	---	---

[www.priscus.net](http://www.priscus.net)

Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA: Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 543-55

# Alternativen zu BDZ

u<sup>b</sup>



<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

Häufig brauchen gerade ältere Patienten aufgrund unrealistischer Schlaferwartung und falschen Umgangs mit Schlafstörungen eine schlafhygienische Beratung.

[Aktuelles](#) | [Inhalt](#) | [Suche](#) | [Impressum](#) | [Datenschutz](#) | [Kontakt](#)

Sprache:  





# Alternativen zu BDZ

## Schlafgewohnheiten Gesunde Ältere über 70 Jahre

- Schlaf 6-8h
- Einschlafzeit 30 min
- Unterbrechungen durch Wachphasen von bis zu 2 h normal

Aber Schlafqualität ändert sich:

- Veränderter Tag/Nacht-Rhythmus
- Weniger Tiefschlafphasen
- Mehr oberflächlicher Schlaf
- «arousals» (Wachphasen) bis zu 150x/Nacht

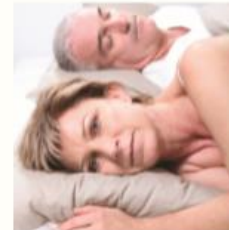
→ Entscheidend, wie sich der Betroffene tagsüber fühlt



PATIENTENRATGEBER

der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)  
AG Geriatrie

SCHLAF IM ALTER



# Empfehlungen

u<sup>b</sup>

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

Unser Altersbild prägt unsere Einstellung zur Abhängigkeit bei älteren Menschen

- An Abhängigkeiten denken und **ansprechen**
- Informieren über Konsequenzen des Konsums und Erfolgsaussichten einer Behandlung
- Anderen eine solche Behandlung zutrauen und sie ermuntern, sich dem Problem mit der Substanz zu stellen
- Möglichst keine Vorwürfe oder pauschale Verbote
- Respekt vor der Entscheidung im Umgang mit der Abhängigkeit
- Langsame Entzugsbehandlung

# Beratung lokal und online

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



Berner Gesundheit  
Santé bernoise



Berner Gesundheit – Gratis-Nummer: Tel. **0800 070 070**

Stiftung im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kt. Bern: Suchtberatung & Therapie



**Wir wissen weiter,**  
wenn Alkohol und Sucht ein Thema sind,  
kompetent, vertraulich und kostenlos.



**ANONYME ALKOHOLIKER®**

24-Stunden-Hotline  
**0848 848 885**

**DU SCHAFFST ES,  
ABER DU SCHAFFST  
ES NICHT ALLEIN.**

24-Stunden-Hotline 0848 848 885 / [www.anonyme-alkoholiker.ch](http://www.anonyme-alkoholiker.ch)



**Selbsthilfe BE**  
Info-Entraide BE

**0848 33 99 00**  
**[info@selbsthilfe-be.ch](mailto:info@selbsthilfe-be.ch)**



**Kanton Bern**  
**Canton de Berne**

Leistungsvereinbarung mit der  
Gesundheits- und Fürsorgedirektion



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt  
Abteilung Sucht

ausgesucht.bs

## Sucht kennt kein Alter

Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit von älteren Menschen

Informationen für Fachpersonen aus dem Sozial-, Alters- und Gesundheitswesen sowie Interessierte

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

Das Magazin vermittelt Wissen zum Thema Sucht im Alter und beinhaltet verschiedene interessante Artikel zum Umgang mit suchtmittelbetroffenen älteren Menschen aus fachlicher Sicht - von der Hausarztpraxis, über die Spitex bis hin zur Substitutionsbehandlung.



## 55 PLUS: ÜBERSICHT THEMEN

### Alkohol

Das Älterwerden bringt verschiedene Veränderungen mit sich, welche die Wirkung des Alkohols beeinflussen und die Entwicklung einer Sucht begünstigen können. Informieren Sie sich über Risiken und Unterstützungsangebote.

→ [Das Wichtigste in Kürze](#)

→ [Alkohol beim Älterwerden](#)

→ [Alkoholproblemen vorbeugen](#)

→ [Wie erkennt man Alkoholprobleme?](#)

→ [Mögliche Folgen](#)

→ [Was tun?](#)

→ [Wie viel ist ok?](#)

→ [Alkohol und Medikamente](#)

→ [Wie entstehen Alkoholprobleme?](#)

→ [Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit](#)

→ [Gewöhnung](#)

# Informationen im Internet

https://www.alterundsucht.ch/

Alter und Sucht

DE

55 plus Nahestehende Fachpersonen Ärzteschaft Aktuell

«Mit Mut, Dialog und Hilfe konnte ich meine Mutter beim Ausstieg aus der Sucht unterstützen.»

Sucht im Alter – auch für Nahestehende ein Thema

Eine Wissensplattform für ältere Menschen, für Angehörige und für Fachleute, die ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten.

# Zusammenfassung

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

- Eine positive Einstellung zum eigenen Älterwerden, insbesondere das «wohlwollende Hinnehmen» hält jung
- Alkohol und Medikamente werden mit zunehmendem Alter schlechter vertragen und wechselwirken stärker
- Die Behandlung einer Abhängigkeit im Alter reduziert Gesundheitsrisiken und kann helfen, länger selbständig und damit unabhängig zu bleiben
- Dadurch verbessert sich die Lebensqualität
- Ältere sprechen sogar besser auf suchtspezifische und altersspezifische Interventionen an als jüngere (Frauen > Männer)
- Direktes aber respektvolles, wertfreies **Ansprechen** ist wichtig
- Bereits Aufklärung reduziert den Konsum

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

u<sup>b</sup>

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN

  
UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

## Fragen?



Dr. med. Tilo Stauch, LA  
Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie  
UPD Bern AG

[www.upd.ch](http://www.upd.ch)