

SUCHT IN INSTITUTIONEN

Abhängigkeitserkrankungen im Alter im Alters – und Pflegeheim

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Dr. med. Tilo Stauch, LA, Alterspsychiatrie UPD Bern AG

08.November 2022, Sozialkonferenz UPD

Inhaltsverzeichnis

1. Substanzkonsum im Alter - Besonderheiten
 - Verträglichkeit
 - Epidemiologie
 - early / late onset
 - Risiko- und Schutzfaktoren
 - Alkohol: Klinische Besonderheiten im Alter, Konsummuster
 - Benzodiazepine: «Low-dose-Abhängigkeit»
 - Therapieansprechen

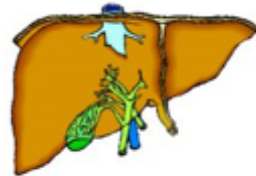
2. Sucht im Alters- und Pflegeheim
 - Häufigkeiten
 - Ansätze zur Erfassung und zum Umgang

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

Immunsystem altert (Immunoseneszenz)

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

Alterseffekte

Beispiel Alkoholverträglichkeit

Ausscheidung reduziert (Niere)



u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Wechselwirkungen mit Alkohol

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

Schlafstörungen nehmen mit dem Alter zu

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

Substanzkonsum im Alter

u^b

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

1. Substanzkonsum im Alter - Besonderheiten
 - Verträglichkeit
 - Epidemiologie
 - early / late onset
 - Risiko- und Schutzfaktoren
 - Alkohol: Klinische Besonderheiten im Alter, Konsummuster
 - Benzodiazepine: «Low-dose-Abhängigkeit»
 - Therapieansprechen

2. Sucht im Alters- und Pflegeheim
 - Häufigkeiten
 - Ansätze zur Erfassung und zum Umgang

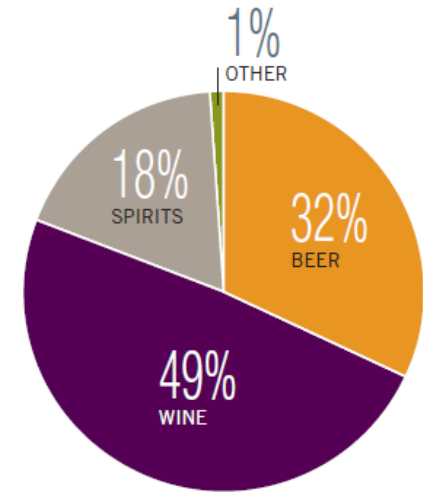
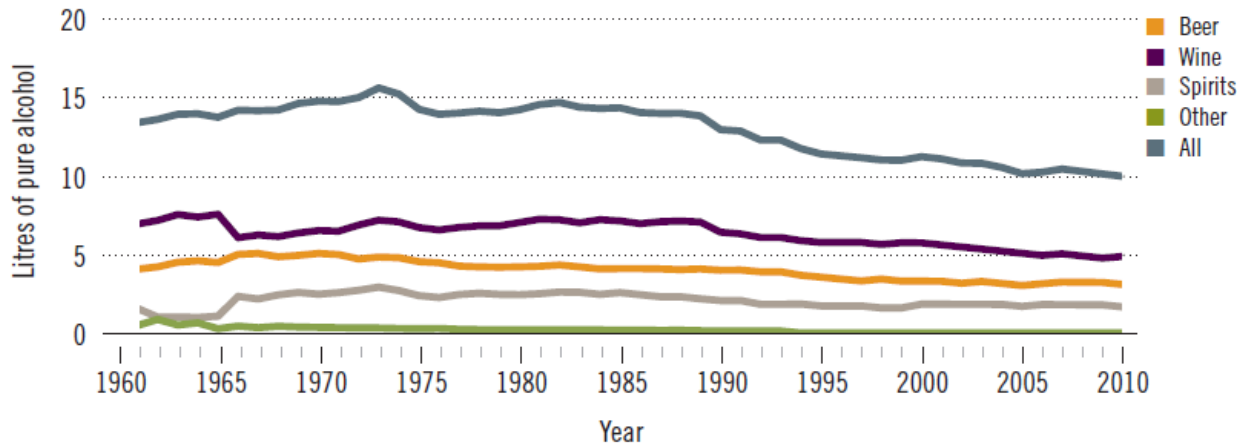
Alkoholkonsum in Zahlen

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

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

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



Quelle: EZV, 2018

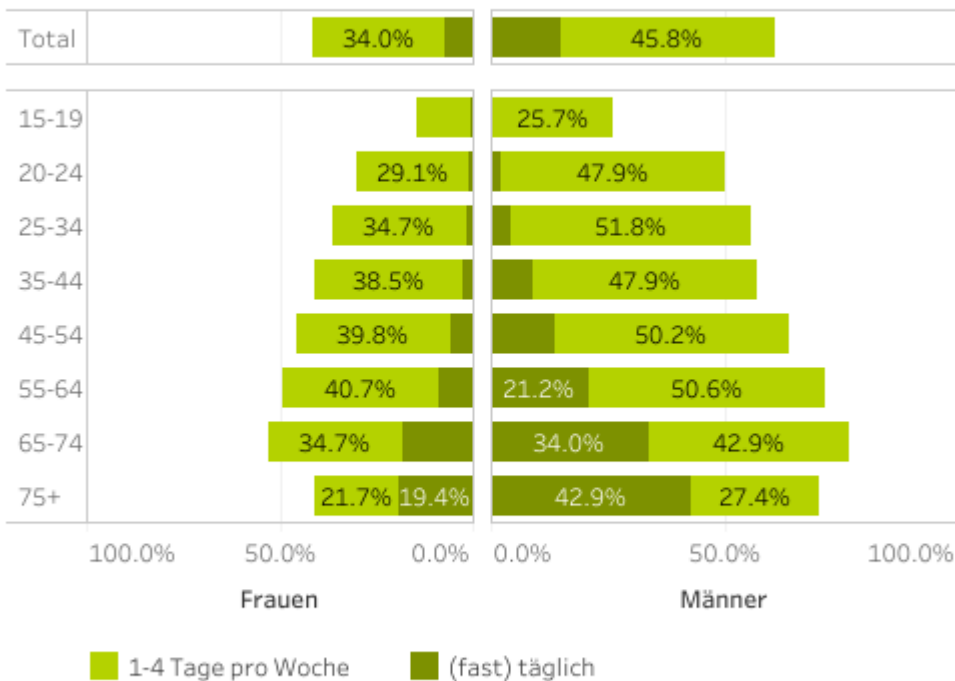
Eidgenössische Zollverwaltung (EZV) (2018). *Konsum alkoholischer Getränke je Kopf der Wohnbevölkerung in der Schweiz.* [Link](#)

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: CoRoLAR (Gmel et al., 2017)

Sucht im Alter?

Alkoholkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren (2017)

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

- **Alkohol:**

- *Abhängigkeit* bei jungen Erwachsenen (18 - 29 J) am häufigsten, dann *im Alter abnehmend*
- Aber: **schädliche Gebrauch nimmt im Alter zu** und ist höher als in der Gesamtbevölkerung
Schweiz: (Alkohol mindestens 1x/Tag) >65 J 22,2 %, >75J 26,2% Suchtmonitoring, BFS 2018
- Punktuell riskanter Konsum (Rauschtrinken) nimmt im Alter ab > 65/75J (5,1%/3,8%)
- Zunehmende Zahl Exkonsumierer im Alter (>75 J 12,8%)

Genussstrinken - 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



Subtypen Abhängigkeit im Alter

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



Early – onset – Abhängige

Alkohol als « treuer Begleiter »

- schlechtere Prognose

Late – onset – Abhängige

Abhängigkeit entsteht im Alter

- bessere Prognose, da hohe Adhärenz (Welte und Mirand 1995),
- häufig durch kritische Leber entstanden (81% vs 40%) weniger s
- meist höhere psychische Stabilität, weniger psychische Komorbidität, mehr stärkere Resilienz (Gärtner und Nar

Low – dose – Abhängigkeit

über Jahre die gleiche Dosis

Risikofaktoren

Ungünstige Lebensereignisse

u^b

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

Überblick

1. Substanzkonsum im Alter - Besonderheiten

- Verträglichkeit
- Epidemiologie
- early / late onset
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Alkohol: Klinische Besonderheiten im Alter, Konsummuster
- Benzodiazepine: «Low-dose-Abhängigkeit»
- Therapieansprechen

2. Sucht im Alters- und Pflegeheim

- Häufigkeiten
- Ansätze zur Erfassung und zum Umgang

Zeichen einer Abhängigkeit

u^b

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)

Besonderheiten und Risiken ab ca. 60 J

Konsum wird schlechter vertragen
& ist **schwerer zu erkennen**

→ **Anderes Konsumverhalten:**

- Oft *kein* typisches Suchtverhalten: Konsummenge nimmt ab / NW
- «low-dose Abhängigkeit» bei rund der Hälfte der BDZ –Abhängigen
Förster 2009
- Alltag lässt sich leichter an Konsum anpassen (kein Job, kein Auto, keine Erziehungsaufgaben)
- kaum soziale Kontrolle (Einsamkeit)
- Schambesetzt daher Bagatellisierung/ Leugnung der Abhängigkeit im Alter (bzw. oft nicht bewusst)

Typische Folgeschäden im Alter

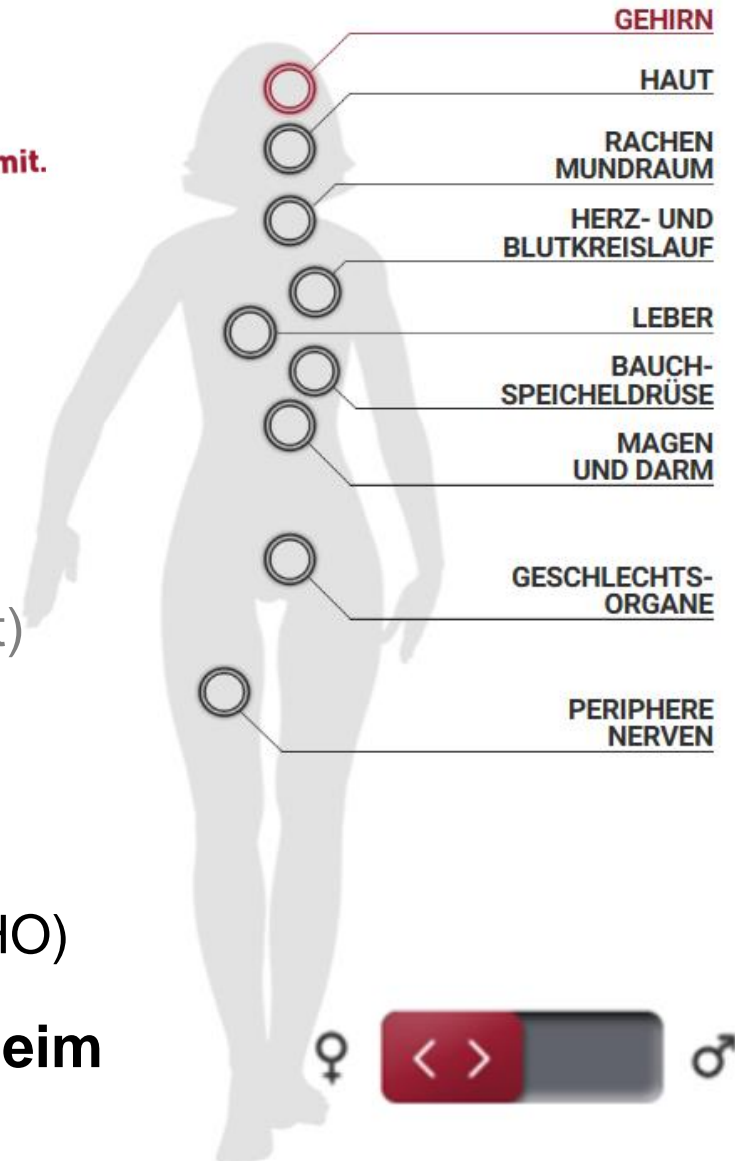
ALKOHOL?
Kenn dein Limit.

- 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

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

schädlicher oder riskanter Konsum wird 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

Berger 2015

Frühzeitiges Erkennen wichtig

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Substanzkonsum kann schneller zum Verlust der Selbständigkeit und der persönlichen Freiheit (durch Pflegebedürftigkeit) führen

Helfernetz (z.B HA, Pflege amb./stationär):

→ Konsum unbedingt aktiv ansprechen !

Keine Vorwürfe. Keine pauschalen Verbote.

Überblick

1. Substanzkonsum im Alter - Besonderheiten

- Verträglichkeit
- Epidemiologie
- early / late onset
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Alkohol: Klinische Besonderheiten im Alter, Konsummuster
- Benzodiazepine: Häufigkeiten, Komplikationen
- Therapieansprechen

2. Sucht im Alters- und Pflegeheim

- Häufigkeiten
- Ansätze zur Erfassung und zum Umgang

Medikamenten-abhängigkeit Schlaf- und Beruhigungsmittel

u^b

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

(Vergleich: <35 J: 1%)

Schlaf- und Beruhigungsmittel im Alter



SUCHT | SCHWEIZ

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

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

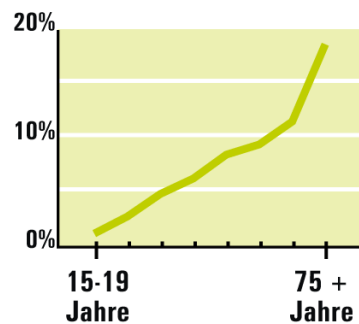


7.4%
im letzten Monat
~ 530'000 Personen

11.0%
im letzten Jahr
~ 788'000 Personen



2.8%
langfristige Einnahme*
~ 201'000 Personen



Bei Frauen fast doppelt so häufig

* (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

Risiken BDZ Konsum im Alter

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Schlechtere Verträglichkeit
- 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),

Überblick

1. Substanzkonsum im Alter - Besonderheiten
 - Verträglichkeit
 - Epidemiologie
 - early / late onset
 - Risiko- und Schutzfaktoren
 - Alkohol: Klinische Besonderheiten im Alter, Konsummuster
 - Benzodiazepine: Häufigkeiten, Komplikationen
 - **Altersspezifische Aspekte beim Therapieansprechen**

2. Sucht im Alters- und Pflegeheim
 - Häufigkeiten
 - Ansätze zur Erfassung und zum Umgang

Altersspezifische Therapieaspekte

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Leitlinien (S3 Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen DGPPN, NICE 2011):
 - Gleiche Behandlungsansätze wie bei Jüngeren (psychotherap., psychosozial, pharmakologisch)
 - **günstigere Prognose** einer Postakutbehandlung von Alkoholabhängigkeit **im Alter**

Altersspezifische Therapieaspekte

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Substance Abuse Among Older Adults

Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 26

Center for Substance Abuse Treatment.

Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1998.

Report No.: (SMA) 98-3179

Copyright and Permissions

Order print copy from SAMHSA

Wenn **Setting** und **Inhalte** an spezifische Bedürfnisse der Älteren angepasst werden, **bessere Ansprechraten** (Kuerbis A et al., 2014, Clin. Geriatr. Med.)

Psychotherapie BDZ - Abhängigkeit im Alter

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- **Fokus auf Auslöser und nicht nur die Sucht**
- Kombi von KVT und Ausschleichen: BDZ frei 77% vs 38% (ohne PT)
- → Psychotherapie Inhalt: Primäre Pathologie (Schlaf, Angst, Depression) = Aufklärung Schlaf im Alter, Schlafhygiene, NW BDZ
(Morin CM et al. 2004)

> 65-jährige werden kaum erreicht

Altersverteilung von Alkoholklienten in ambulanter und stationärer Behandlung nach Alter und Geschlecht, in Prozent				
Alter	Ambulante Behandlung		Stationäre Behandlung	
	Männer %	Frauen %	Männer %	Frauen %
bis 59	94,7	91	95,7	93,2
60 – 64	3,6	5,9	2,9	3,9
65 und älter	1,7	3,1	1,4	2,9
Gesamt	100	100	100	100
N	38.957	10.491	15.501	5.073

Tab. 2 Quelle: Sonntag u. Welsch, 2004

Überblick

1. Substanzkonsum im Alter - Besonderheiten
 - Verträglichkeit
 - Epidemiologie
 - early / late onset
 - Risiko- und Schutzfaktoren
 - Alkohol: Klinische Besonderheiten im Alter, Konsummuster
 - Benzodiazepine: Häufigkeiten, Komplikationen
 - Altersspezifische Aspekte beim Therapieansprechen

2. Sucht im Alters- und Pflegeheim
 - Häufigkeiten
 - Ansätze zur Erfassung und zum Umgang

Sucht im Alters – und Pflegeheim u^b

Häufigkeiten

u^b
UNIVERSITÄT
BERN



Benzodiazepine

- 2/3 der Psychopharmaka werden an Menschen über 60 Jahre verschrieben
- **70 - 80 % davon sind Benzodiazepine** (Uchtenhagen 2004)
- Schlafstörungen und psychische Begleiterscheinungen bei körperlichem Leiden sind Verschreibungsgründe
- 20% - 25 % der Alters- und Pflegeheimbewohnerinnen erhalten Tranquillizer bzw. Hypnotika
- → Heimpat erhalten sign. häufiger Psychopharmaka (Hach et al. 2004)
- Frage mehr psychische KH oder zu wenig Personal?

Sucht im Alters – und Pflegeheim u^b

Häufigkeiten

u^b
UNIVERSITÄT
BERN



Alkoholbezogene Störung

- Wenig Studien (1997-2006) (Inzidenz 7,5-25% Alkoholmissbrauch im Heim)
- 4% Erst-, 19% Zweitdiagnose (Hirsch u Kastner et al. 2004)

Mannheimer Studie (13 Heime) (Weyerer et al. 2006)

- **Vor/bei Eintritt** 25-27% der Männer, 5% d Frauen alkoholbez. Störg
- Im Verlauf abnehmend, immer noch 15-27% missbräuchlicher Konsum
- Neubeginn im Heim 1,2-2,8%

Lifetime-Diagnose (Schäufele et al. 2009, 4476 Bewohner, 78% Frauen):

5,8 % der Bewohner (M 17,2%, F 2,6%)

Aktuell riskanter Konsum: 0,3 % d Bewohner → (Beispiel APP)

Sucht im Alters – und Pflegeheim u^b

Häufigkeiten

u^b
UNIVERSITÄT
BERN



Alkoholbezogene Störung

Der typische Bewohner (Schäufele et al. 2009)

- Deutlich jünger (66,5 J bei Heimeintritt vs 80,3J ohne Alkohol)
 - Eher in ungefestigten sozialen Beziehungen
 - Öfter in gesetzlicher Betreuung
 - Rauchen häufiger&mehr
 - Weniger funktionelle Einschränkung (AdL)
 - ABER: mehr psychische und Verhaltensstörungen (Reizbarkeit, Labilität, Aggression, Enthemmung, Euphorie)
- Schwierigkeiten in der Behandlung

Sucht im Alters – und Pflegeheim u^b

Häufigkeiten

u^b
UNIVERSITÄT
BERN



Alkoholbezogene Störung

Befragung 399 Pflegedienste amb., 527 teil/vollstationär (MGEPA 2014)

- 6-7 Bewohner / Heim mit legalem Substanzproblem, jedes 3. Heim 1 Bewohner mit illegalem Substanzproblem
- Ambulant 7-8 Klienten legal, jeder 4. Pflegedienst auch illegale Substanzen
- Spezialisierung von Heimen auf bzw. auch Ausschluss von Sucht
- Spiegelt sich in Grad der Toleranz von Konsum wider („Haltung“)

Sucht im Alters – und Pflegeheim u^b

Häufigkeiten

u^b
UNIVERSITÄT
BERN



illegale Substanzen - Chronisch mehrfach Beeinträchtigte –

→ Vorzeitig gealtert und multimorbide

- 20 % Kreislauf
- 28% Verdauungssystem
- 16% Muskel/Bewegungssystem
- 15% Stoffwechsel
- 42% psychiatrische Komorbidität, Suizidgedanken

→ 57% unter Betreuung

Sauer et al 2003

→ Leben lieber in Gruppen mit ebenfalls Drogenabhängigen nicht im „normalen“ Altersheim

Überblick

1. Substanzkonsum im Alter - Besonderheiten

- Verträglichkeit
- Epidemiologie
- early / late onset
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Alkohol: Klinische Besonderheiten im Alter, Konsummuster
- Benzodiazepine: Häufigkeiten, Komplikationen
- Altersspezifische Aspekte beim Therapieansprechen

2. Sucht im Alters- und Pflegeheim

- Häufigkeiten
- Ansätze zur Erfassung und zum Umgang

Sucht im Alters – und Pflege

Ansätze zur Erfassung und zum Umgang im Heim

«Kölner und Hamburger» Handlungsempfehlungen Pflege zum Umgang mit und zur Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel (Keller et al. 2015; Drittmittelprojekt SANOPSA = Sucht im Alter – Netz/werk basierte Optimierung Pflege Stationär und ambulant)

Schritte im Handlungspfad (Pflege vor Ort):

1. Erhebung beim Erst-/Aufnahmegespräch
2. Kontinuierliche Beobachtung im Wohnbereich
3. Anlassbezogenes Screening und Risikoeinschätzung
4. Klärung und ggf. Erhöhung der Änderungsmotivation
5. Klärung Wunsch nach fachspez. Hilfe/Therapie
6. Unterstützung beim Finden von ext. Hilfe
7. Unterstützung bei Reduktion der Konsummenge, wenn keine Hilfe gewünscht

Weitere Schritte (Heimleitung)

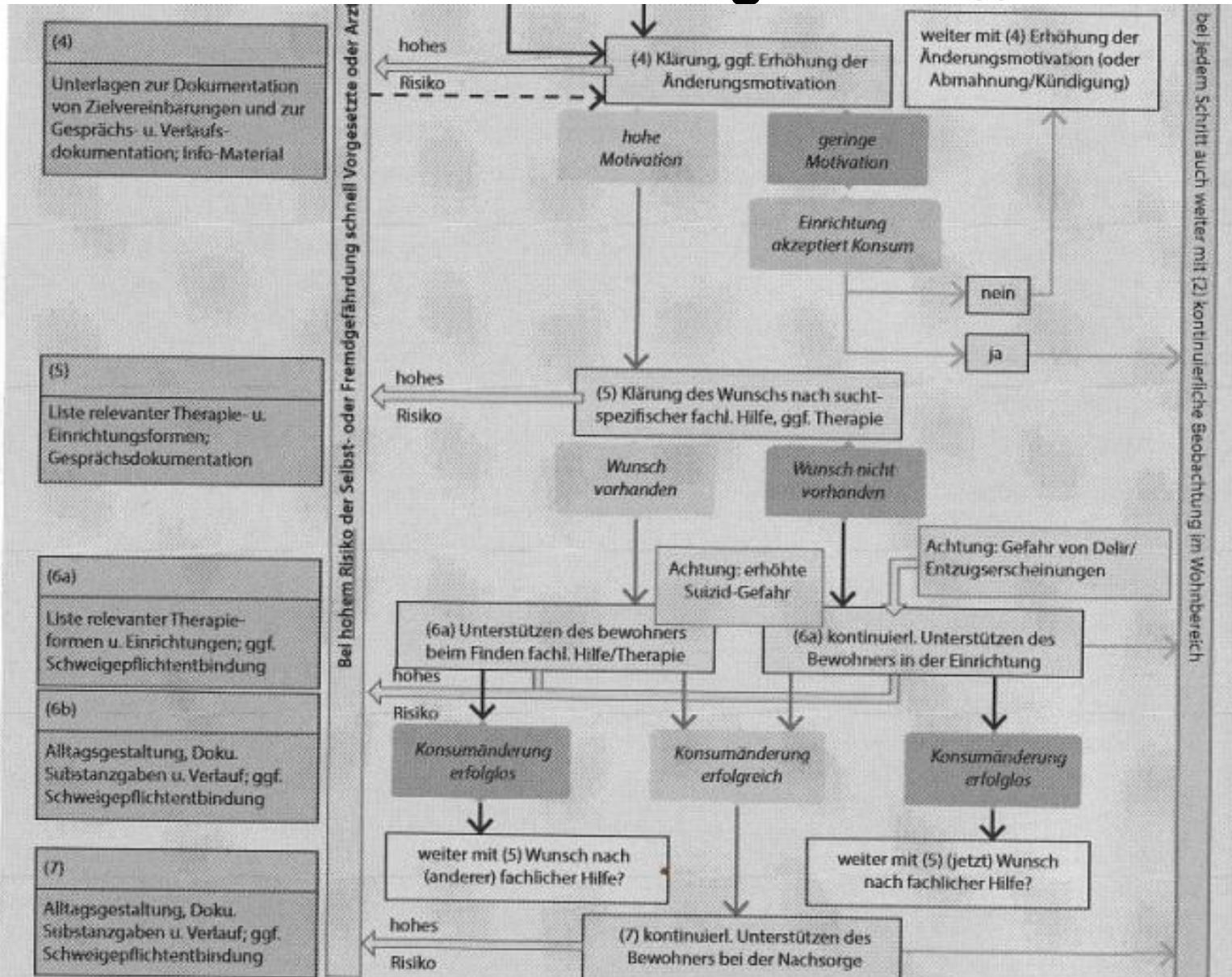
8. Langfristige Unterstützung bei Nachsorge nach Entzug
9. Klare Definition suchtspezifischer Massnahmen
- 10. Schulung Pflege im Umgang mit problematischem VH, einheitliches Handeln, Rückhalt Leitung**
11. Mitglied in Suchtnetzwerk, Austauschgefässe

Sucht im Alters – und Pflege

u^b



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Sucht im Alters – und Pflege

Ansätze zur Erfassung und zum Umgang im Heim

Stationär und ambulant

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



alterundsucht.ch

Konzept Sucht Basel

Genuss, Konsum und Abhängigkeiten in Alterszentren

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Erarbeitung der «Haltung» – bezogen auf Substanzkonsum:
 - internen Grundlagen (Reglemente, Visionen, Leitlinien, Konzepte
 - partizipative Entwicklung der Haltung stärkt diese und fördert, dass die Haltung (Kultur) durch die Mitarbeitenden gelebt wird. Es gilt der Grundsatz: «**Nicht alle Alters- und Pflegezentren müssen dieselbe Haltung teilen, jedoch alle Mitarbeitenden innerhalb eines Zentrums**».
- Interne Strukturen: Gefässe/Instrumente der einzelnen Teams (z.B. **Thementräger**), interne Schnittstellen (je nach Heim)
- externe Vernetzung (kantonales Suchthilfeangebot)
- Einbezug des Konzepts in Management-System des APH (Konkrete Arbeitsanweisungen, Hilfsinstrumente)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Fragen?



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

www.upd.ch



Egemen Savaskan
Sabrina Laimbacher
(Hrsg.)

Abhängigkeits- erkrankungen im Alter

Empfehlungen zur Prävention,
Diagnostik und Therapie

hogrefe