

Betreuungs- und Behandlungsbedarfe älterer Menschen mit substanzbezogenen Störungen

Dieter Geyer
Fachklinik Fredeburg

Gliederung

- **Ethische Aspekte**
- **Häufigkeitszunahme**
- **Hohe somatische und psychische Komorbidität**
- **Screening, Diagnostik, Früh- und Kurzinterventionen**
- **Akutbehandlung**
- **Entwöhnungsbehandlung, Gerontosuchtmedizinische Rehabilitation**
- **Pflegebedürftige**

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

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 Selbstmitbestimmung

Ethik des Alters

- Anerkennung des Eigenwerts des Alters

Absolute und relative Zunahme älterer Menschen mit substanzbezogenen Störungen

- Überproportionaler Anstieg der Lebenserwartung
- Die Geburtenstarken Jahrgänge kommen ins Alter
- Damit auch Alkohol und Drogen affinere Konsummuster
- Zwei Drittel der über 65-Jährigen sind Frauen
- Drei Viertel der über 80-Jährigen sind Frauen

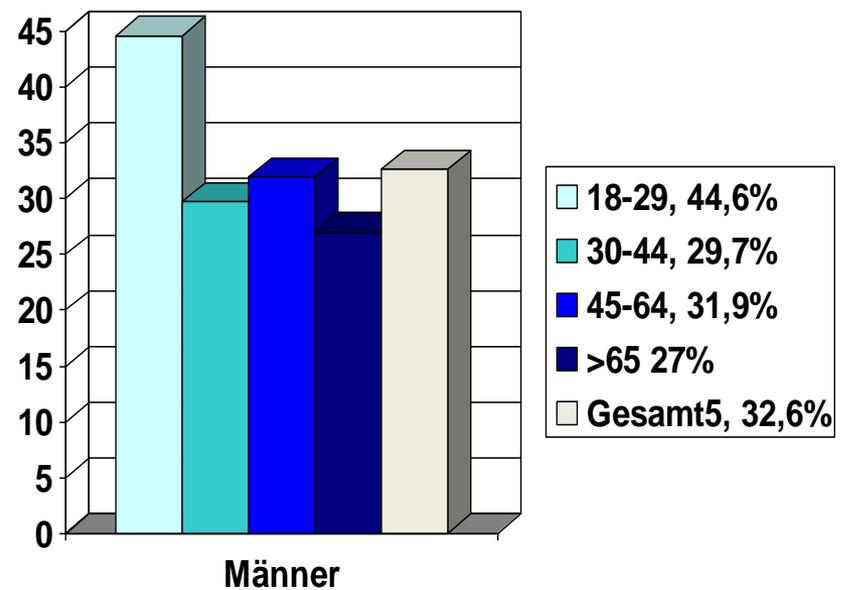
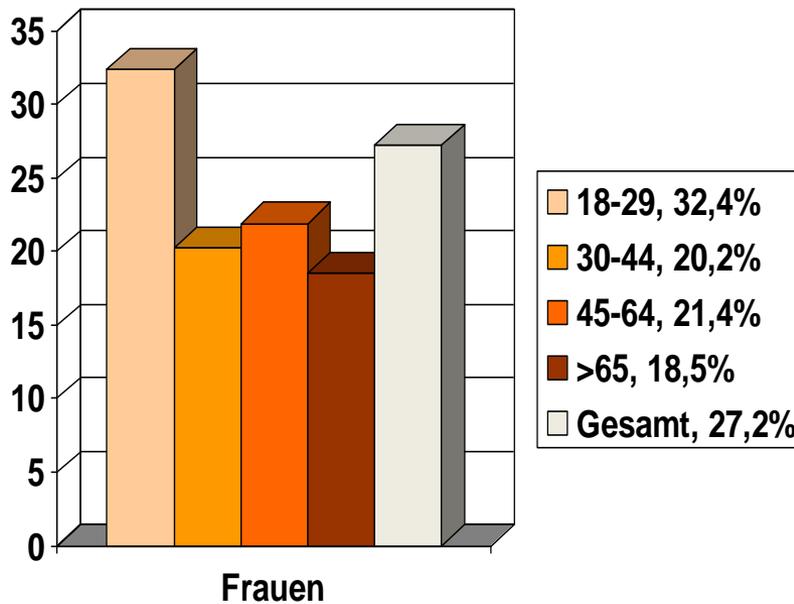
Epidemiologie Alkohol

GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) RKI

Riskanter Alkoholkonsum

AUDIT-C: 4 Punkte oder mehr für Frauen

5 Punkte und mehr für Männer



Riskanter Alkoholkonsum im Alter ab 60 Jahre

mehr als 30g (Männer) bzw. 20g (Frauen) täglich nach WHO

(aktuell: 24 g Männer, 16 g Frauen für alle Alterstufen)

(aber: NIAAA 10 g und American Geriatric Society: 14g Männer und Frauen über 65 J.)

- 26% der Männer
- 8% der Frauen *Kraus & Augustin, 2005*
- **Riskante Trinkmuster sind relativ stabil und können sich im Alter besonders schädlich auswirken**

Riskanter Alkoholkonsum Älterer

- 15 % riskanter Konsum in der Altersgruppe 60-79 J.
(Bundesgesundheitsurvey 1998, Du et al. 2008)
- 18 % der Frauen und 28% der Männer über 65 J. riskanter Konsum *(telef. Gesundheitssurvey 2009, Robert-Koch-Institut 2011)*
- Hausarztpatienten, riskanter Konsum : 8% der 75-79 Jährigen, 6% der 80-84-J., 5% der über 85-Jährigen *(Weyerer et al., 2009)*

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 Alkohol

In stationären Einrichtungen der Altenhilfe sind

- 25 % der Männer alkoholabhängig
- 5% der Frauen alkoholabhängig

Betroffene

- Stehen häufiger unter gesetzlicher Betreuung
- Verfügen über geringerer soziale Ressourcen
- Sind bei der Aufnahme durchschnittlich 62 Jahre alt (zum Vergleich nicht Abhängige: 78 Jahre alt)

Rumpf & Weyerer 2006

Epidemiologie Medikamente

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

Epidemiologie Drogen

**Schätzungen gehen davon aus, dass
zwischen 40.000 und 60.000 ältere (> 35 J) Personen in
Substitutionsbehandlung sind!**

Quelle: Irmgard Vogt, Institut für Suchtforschung, Frankfurt

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:

- Stürze
- Kognitive Einschränkungen

Komorbidität

Zunahme im Alter

- Kardiale Erkrankungen
- Hypertonie
- Diabestes mellitus
- Pulmonale Erkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparats
- Krebserkrankungen
- Demenz

Alkoholassozierte Zunahme

- Lebererkrankungen
- Bauchspeicheldrüsenerkrankungen
- Kardiale Erkrankungen
- Hypertonie
- Hirnblutungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparats aufgrund gehäufter Stürze
- Krebserkrankungen
- Depressionen
- Angststörungen
- Demenz

Screening

Gemäß der neuen S3 Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ soll jede/r Patient/in in jedem medizinischen Setting auf eine alkoholbezogene Störung gescreent werden. Das gilt auch für ältere Patient/Innen!

- Auffällige Laborwerte
- Häufige Stürze
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

- AUDIT C, 3 Fragen (wie oft, wieviel an einem typischen Trinktag, wie oft 6 oder mehr alk. Getränke zu einem Anlass?)
- SMAST-G, 10 Fragen

Diagnostik

- Typische soziale Auffälligkeiten seltener
- Körperliche Symptome häufiger
- Störung verläuft diskreter, „heimlich“
- Toleranzentwicklung oft überlagert durch geringere Verträglichkeit

PRISM-E (Primary Care Research in Models for Substance Abuse and Mental Health in the Elderly)

- Kurzinterventionen bei Risikotrinkern sind wirksam
- Risikotrinker sind mit Kurzinterventionen in der primärärztlichen Versorgung zufrieden

- Dauer einer Kurzintervention: eine bis wenige Minuten
- Fortführende Hilfen nicht nur empfehlen sondern konkret vermitteln

Behandlungsbedarf 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
- 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*)

Bedarfsgruppen

Bedarfsgruppe 1

- Selbständige Lebensführung
- Keine ausgeprägten dauerhaften körperlichen oder psychischen Einschränkungen

Bedarfsgruppe 2

- Eingeschränkt selbständige Lebensführung
- Eigene Wohnung
- Vermittlungshemmnis in Suchthilfe

Bedarfsgruppe 3

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

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor ambulante und stationäre Akutmedizin

- Screening
- Diagnostik
- Vermittlung zur Suchthilfe

Versorgungssektor psychiatrische und suchtmmedizinische stationäre Versorgung

- Behandlung in der Gerontopsychiatrie?
- Behandlung in der Suchtabteilung?
- Spezialisierte Abteilungen?
- Vermittlung zur Suchthilfe

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor ambulante Suchthilfe

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

Bedarfsgruppe 1

Versorgungssektor stationäre Suchthilfe

- Anpassung der Psychotherapiethemen
- 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

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

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 Pflegestufen 1 und 2
- PV könnte wie in anderen geriatrischen Fällen die KV auffordern, eine medizinische Rehabilitation zur Verhinderung von oder zur Senkung der Pflegebedürftigkeit

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
- 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?

Also für mich ist wichtig, dass ich noch mal irgendwann die Kurve krieg'. Vielleicht irgendwann dann mal ´n Job hab'. Und ´n normales Leben führ'. Ein ganz normales Leben. Also nicht mehr Reisen großartig, oder ´ne Weltreise oder so was machen“

Aus: Irmgard Vogt: Ältere Drogenabhängige mit ihren Beschwerden und Wünschen an die Zukunft. Handlungsansätze der Sozialen Arbeit, 2015, ZKS Verlag

Interviews mit Drogenabhängigen, Durchschnittsalter 52,7 Jahre (45 – 61).

Herzlichen Dank Für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt: Dr. Dieter Geyer
Fachklinik Fredeburg
Zu den drei Buchen 1
57934 Schmallenberg
02974/72-3722
dieter.geyer@fachklinik-fredeburg.de