

Klinische und soziale Aspekte von Alkohol- und Psychopharmakamissbrauch in Einrichtungen der Altenhilfe

Johannes Lindenmeyer

salus klinik Lindow

salus klinik Lindow

Psychosomatik (72 Betten):

Angst- und Zwangsstörungen

Depression

Essstörungen

Somatoforme Störungen

Persönlichkeitsstörung

Schädlicher Alkoholkonsum

Pathologisches Glücksspiel

Suchtpräventionsfachstelle

Be smart don't start

Lieber schlau als blau

Nachsorgeambulanz Berlin

Ø 46,2 J.

5,5% > 60 J.



Beratungsstellen

Werder, Brandenburg,
Teltow, Belzig

Ausbildungsinstitut SIV

Suchtabteilung (181 Betten):

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Nikotinabhängigkeit

Essstörungen und Sucht

Pathologisches Glücksspiel

1.

Alter allgemein

Die Ausgangslage

**Wir alle wollen alt werden,
wir werden auch immer älter,
aber niemand will alt sein**

Wer ist alt?

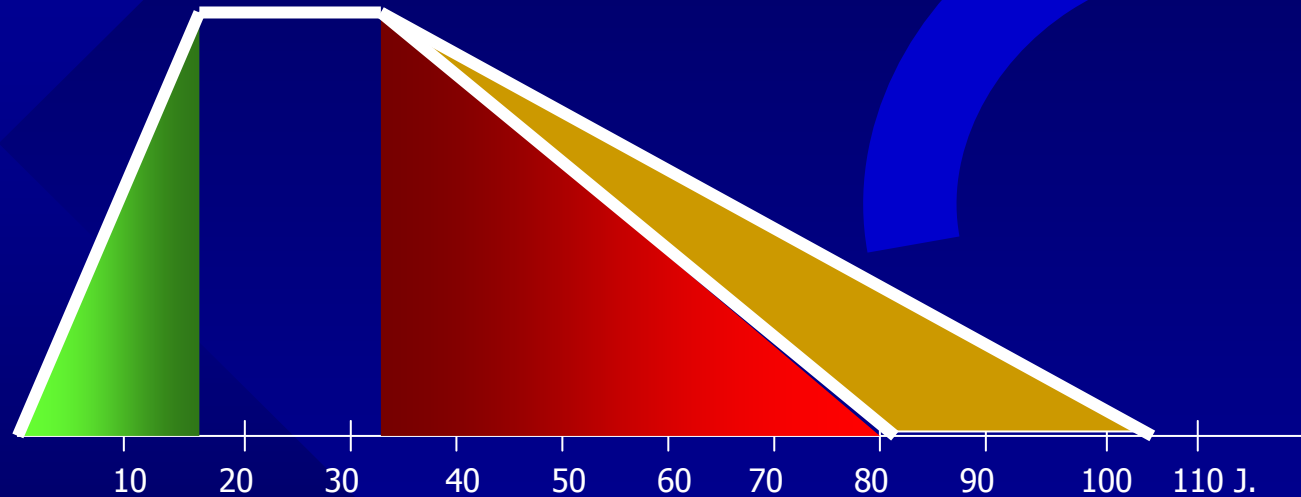
Statistiker: > 60 Jahre

Biologen: biologische Alterung 50-70 Jahre

Betroffene: > 70 Jahre

- **Dritte Lebensalter 60-75 Jahre**
- **Vierte Lebensalter > 75 Jahre**

Was bedeutet Alter biologisch?



Veränderung

- Verringerte Leistungsfähigkeit
- verlangsamte Reaktion
- erhöhte Anfälligkeit für Krankheiten

Einfluss

- Ernährung
- Bewegung
- Rauchen
- Medizin
- Umweltbedingungen

Was bedeutet Alter soziologisch?

- immer mehr alte Menschen
- Ausscheiden aus Berufsleben
- Morbiditätskompression
- Junge Alte
- Double aging
- Rollenveränderung
- Pflege
- Verringerte Finanzen

65+ in Europa im 20. Jahrh. verdreifacht

20% der 60-65 J.

Langes Leben mit einer kurzen Krankheitsphase vor dem Tod

25% der Frauen >70 J. sind verarmt

- frühere Altersrolle
- verringerte Altersakzeptanz
- verschlechterte Absicherung

Was bedeutet Alter psychologisch?

- Verstärkerverlust
 - Verlust von Körpersicherheit
 - Verlust von Bezugspersonen
 - Diskrepanzerleben (Technik / Normen)
 - Veränderte Reziprozität in Beziehungen
 - chronische Schmerzen
 - Schlafstörungen
 - Libidoverlust
-
- Vereinsengagement
 - konstante Lebenszufriedenheit

50% der >60 J.
leben allein (v. a.
Frauen)
anstelle von
Mehrgenerationen-
familien

Demenz

bis 65 J. <5%

dann alle 5 Jahre verdoppelter Anteil

➤ ca. 1/3 aller Menschen, die über 65 Jahre alt werden, werden irgendwann dement

Was bedeutet Pflege für die Betroffenen?

ambulant

- Versorgung
- Eingriff in Privatsphäre
- Standardisierung
- Verschiebung des Beziehungsgefüges
- Beziehungswechsel
- Kundenrolle

stationär

- Sicherheit / Versorgung
- Verlust der Privatsphäre
- Standardisierung
- Verlust von Beziehungen
- Beziehungswechsel
- Aufmerksamkeitskonkurrenz

Lebensaufgabe: Altern

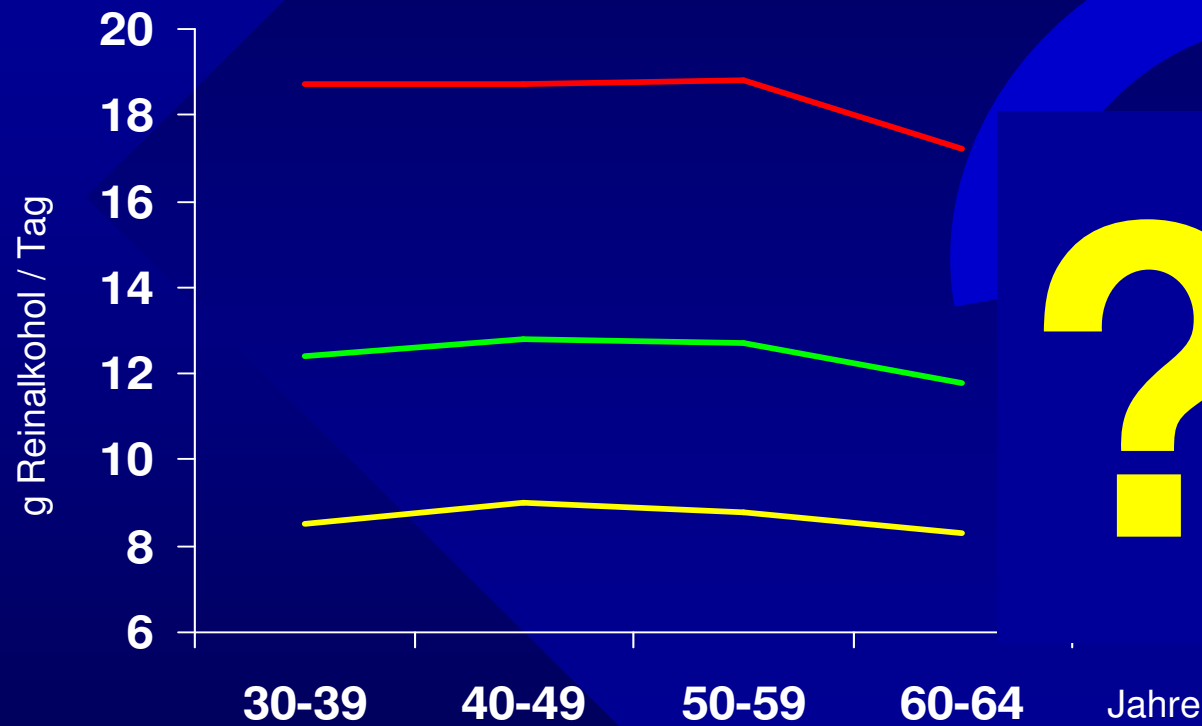
Persönliche Lösung zwischen Betonen vs. Leugnen der altersbedingten Veränderungen

Pflege / Familie	Gefühl der Bevormundung	Gemeinsames Betonen
	Gemeinsames Leugnen	Gefühl der Vernachlässigung
	Betroffener	

2.

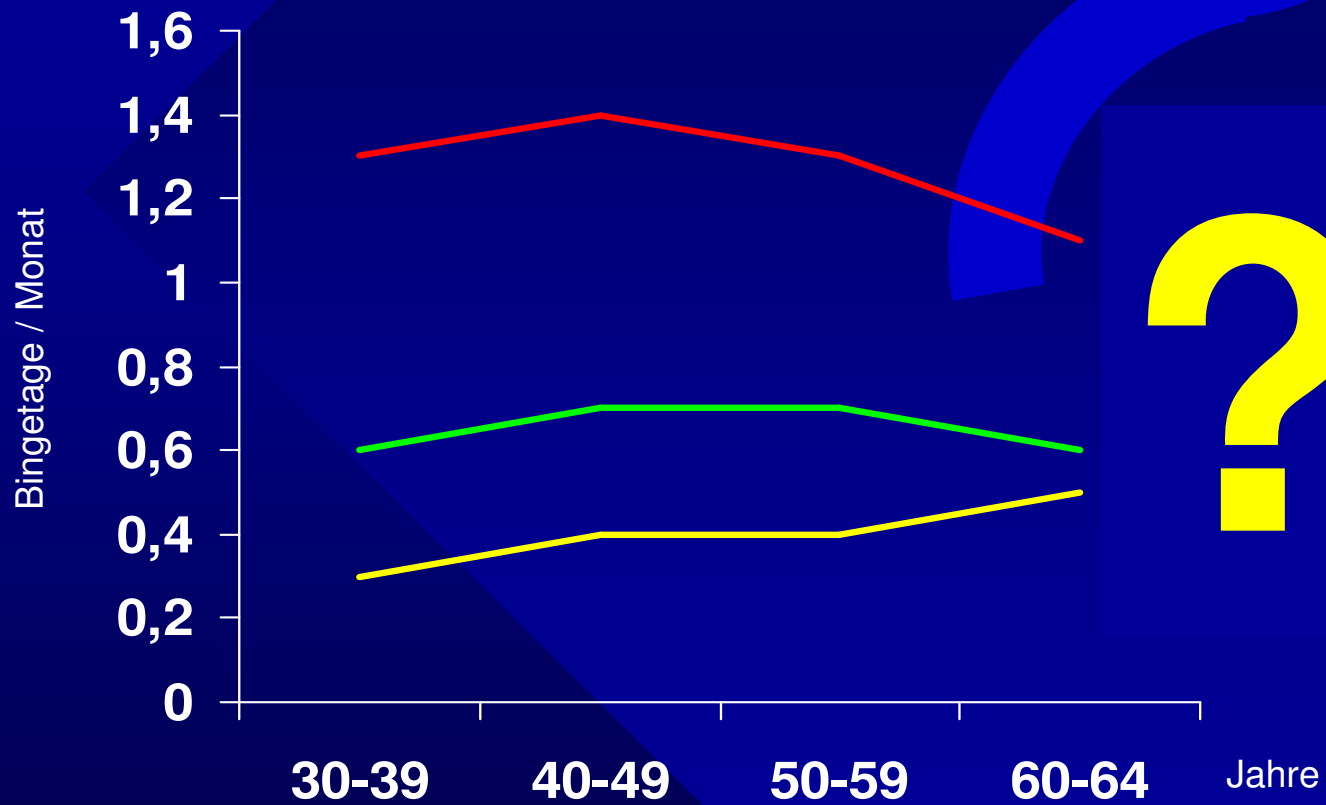
Alkohol im Alter

Alkoholkonsum über die Lebensspanne



Suchtsurvey 2010

Alkoholkonsum über die Lebensspanne



Suchtsurvey 2010

Widersprüchliche Details

**Gesundheitssurvey
2007 (Hapke 2009)**

22% 60+

**Zur Erfassung von
riskantem Konsum**

AUDIT-C

**hinreichend (3
Konsumfragen)**

Sucht S.283

**Keine generelle
Abnahme des
Alkoholkonsums
im Alter (nur
Frauen)**

60+

Riskanter

Konsum 15.4%

Männer 26,9%

Frauen 7,7%

Bühringer 2000

Hausarztstudie

75+

50,1% abstinent

43,4% risikoarm

6,5% riskant

0,8% schädlich

2x häufig

Raucher

Weyerer 2009

**Längsschnittstudie
USA an 14.000 über
20 Jahre mit 4
Messungen 60+
Jahre:**

11%

**Alkoholreduktion
pro Lebensdekade**

Xxxx 2011

Alkoholprobleme in der stationären Altenhilfe

(N=185 Heime, 4476 Probanden, Ø 82,6 J.)

	M	F	gesamt
abstinent	72,0%	85,4%	82,5%
Moderater Konsum	27,1%	14,4%	17,2%
Riskanter Konsum	0,8%	0,2%	0,3%
Alkoholdiagnose in Akte	17,2%	2,6%	5,8%

- Alkoholprobleme nicht Folge des Heimeintritts sondern eher Grund für Heimantritt (67,3% mit Demenzsyndromen)
- sinnvoller Fokus weniger auf aktuellem Konsum als auf Folgen langjähriger alkoholbezogener Störungen (phys./psych. Komorbidität, Nikotin, soziale Defizite, Verhaltensstörungen)

Unklare Forschungslage

- **Heterogenität der Studien**
- **Grenzen zwischen förderlichem und riskantem Konsum unklar**
- **Im Alter zunehmende Selektion von überlebenden Alkoholresistenten oder Spätanfängern**
- **Toleranzminderung** (geringerer Wassergehalt im Körper)
- **Geringeres Suchtpotential** (Reduzierung der dopaminergen Übertragung)
- **niedrigere Grenzwerte: max. 1 Glas/Tag**
- **Korreliert mit Rauchen**
- **Korreliert mit Einkommen**
- **Abstinente kränker, kontaktärmer und zurückgezogener, weniger aktives Leben** (sick quitter effect)

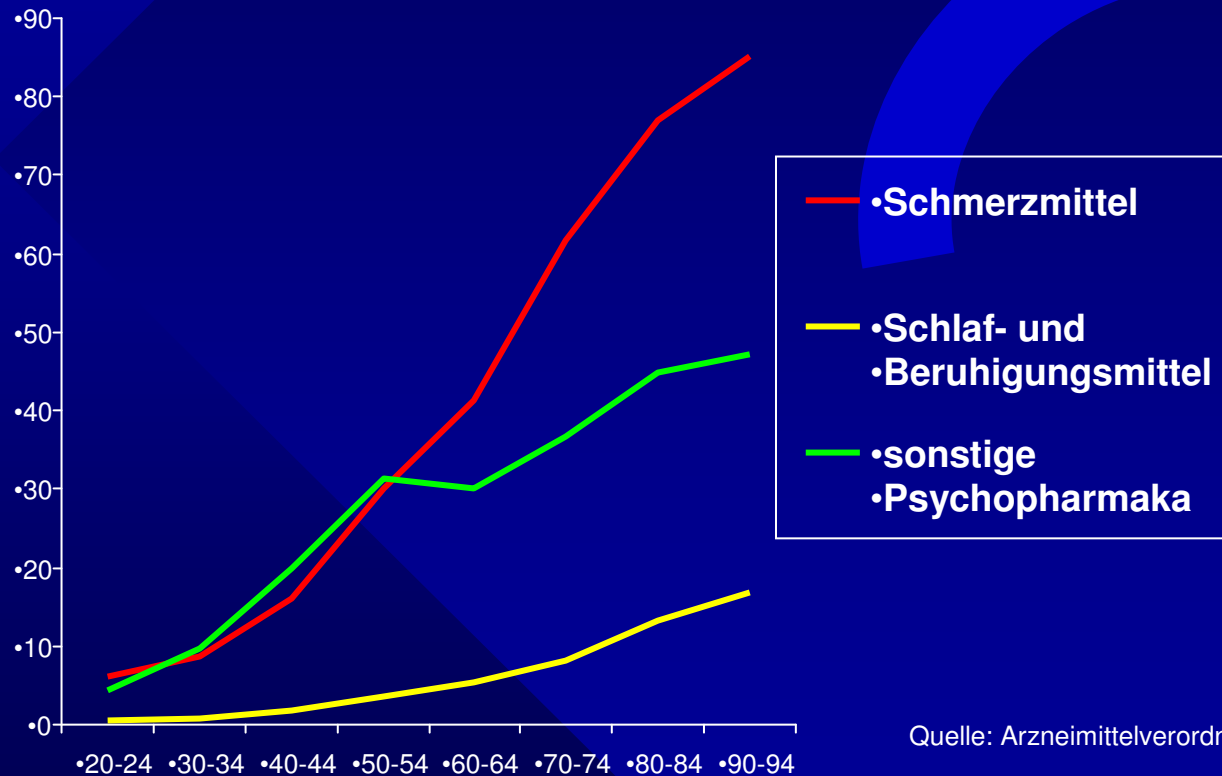
Spezifische Alkoholprobleme im Alter

- geringere Anzahl alkoholbedingter Probleme
- weniger stark ausgeprägte Abhängigkeit
- meist early onset
- Interaktion mit Medikamenten
- Seltener Trinkexzesse, eher Spiegeltrinken
- vermehrt einsames Trinken
- Alkohol in Stärkungsmitteln / Medikamenten

3.

Psychopharmaka im Alter

Medikamentenkonsument über die Lebensspanne



- **doppelt so hoher Psychopharmakakonsum bei Frauen durch häufigere Arztbesuche**
- **2/3 aller Medikamente >65 J.**

Medikamentenprobleme im Alter

- **problematischer Konsum: 8,5%** (z.B. 57% >1 J. Schlafmittel bei Schlafstörungen, ca. 70% aller Psychopharmaka über 1 Jahr)
- **Medikamentenabhängig: 5,9%**
- **besonders hoher Psychopharmakakons**
- **meist Niedrig-Dosis-Abhängigkeit**
- **Pseudoentzugssymptome**
- **verstärkte und verlängerte Entzugssymptome**
- **verlängerte Halbwertszeit**
- **gleichzeitiger Konsum mit Alkohol**
- **besondere Empfindlichkeit für Nebenwirkungen** (Organschäden, Schmerzen)

Berliner Altenstudie

- 20%
regelmäßig
Benzos ohne
klare Indikation
- 2/3 aller
Verordnungen
60 obwohl nur
22% der
Versicherten
- 70% über 1
Jahr obwohl
anxiolytische
Wirkung nach
1-2 Monaten
nachlässt.

4.

Suchthilfe im Alter

Alkoholbehandlung im Alter

- **Geringe Identifizierungsrate von Alkoholproblemen**
- **Besonders geringe Behandlungsquote von Betroffenen > 60 J. (2% der Patienten obwohl Anteil in Bevölkerung bei 17%)**
- **Gute Prognose** (97% reguläre Entlassung, Erfolgsquote 54% FVS, unklar ob Selektionseffekt der seltenen Patienten)
- **Vom Gewinn an Lebensjahren profitieren auch Menschen mit riskantem Alkoholkonsum in höherem Lebensalter**

Mögliche Ursachen

- **Indikatoren für Suchtprobleme (familiäre Probleme, Arbeitsplatzprobleme) nicht gegeben**
- **Unspezifische körperliche Befunde einseitig Alter zugeschrieben**
- **Einstellung der Behandler**
- **wenig Selbstkritik der Betroffenen (early onset)**
- **besonders hohe Scham der Betroffenen (late onset)**

Medikamentenbehandlung im Alter

- kein Problembewusstsein der Betroffenen
- unzureichendes Problembewusstsein der Ärzte
- wohlmeinend-defätistische Haltung der Behandler
- geringe Identifizierungsrate von Suchtproblemen

Lösungen

- **Screening (Arztpraxis/Klinik)**
- **Kultur des Ansprechens**
- **Schulung von Pflegekräften**
- **Altersspezifische Therapieinhalte**

Screening: Indirekte Indizien

- wiederholte Stürze
- kognitive Defizite
- Interessenverlust
- Vernachlässigung Äußeres/Haushalt
- Gesichtsröte
- Tremor
- Appetitverlust
- Voralterung
- Stimmungsschwankungen

Direkte Alkohol Screenings

- Kurzfragebogen (AUDIT-C, SMAST-C)
- Laborwerte (GGT / GOT / GPT / MCV / CD)
- Blutalkohol
- jeder Alkoholexzess

- 1) Wie oft?
- 2) Wie viel?
- 3) Wie oft >5

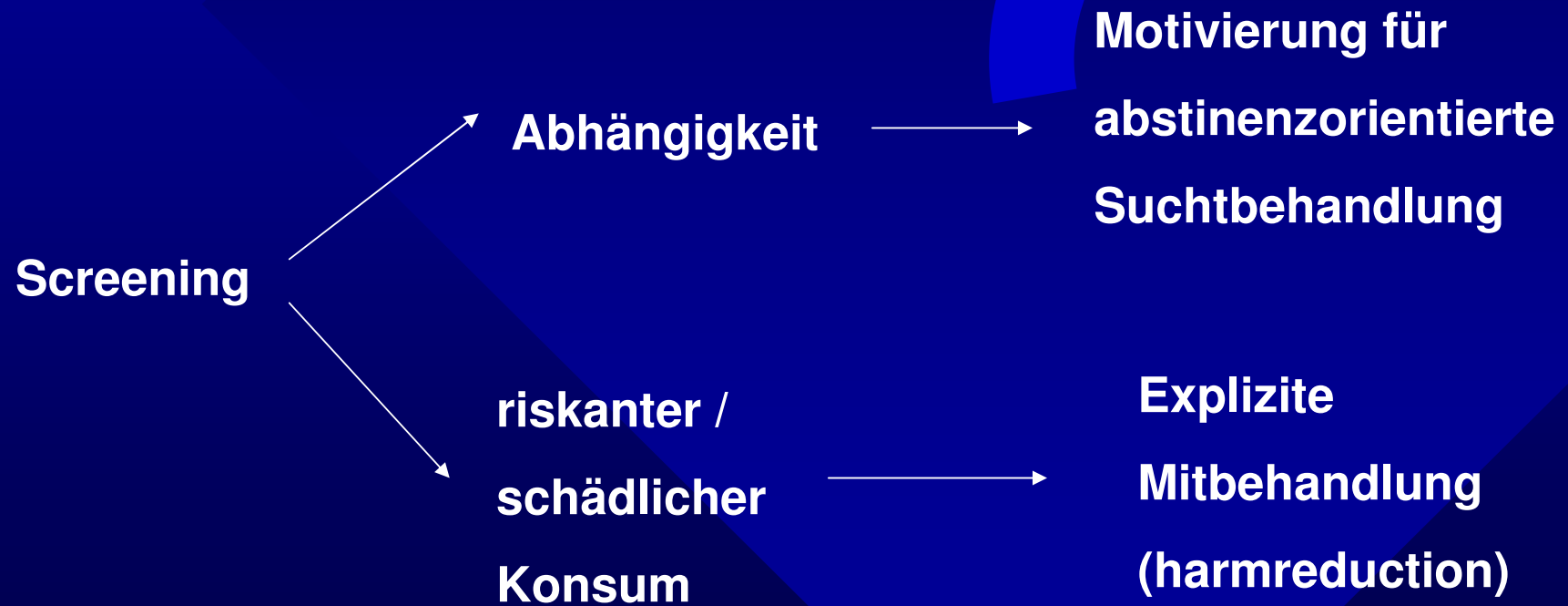
Medikamenten Screenings

- **Kurzfragebogen (KMM)**
- **>3 Medikamente gleichzeitig**
- **Dauermedikation** (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel > 6 Wochen)
- **zusätzliche Selbstmedikation**
- **mehrere verschreibende Ärzte**

12 ja/nein Fragen

- Ohne Med. schlechter einschlafen
- Vorrat
- andere glauben, dass ich Problem mit Med. habe

Ziele im Umgang mit Suchtmittelproblemen im Alter



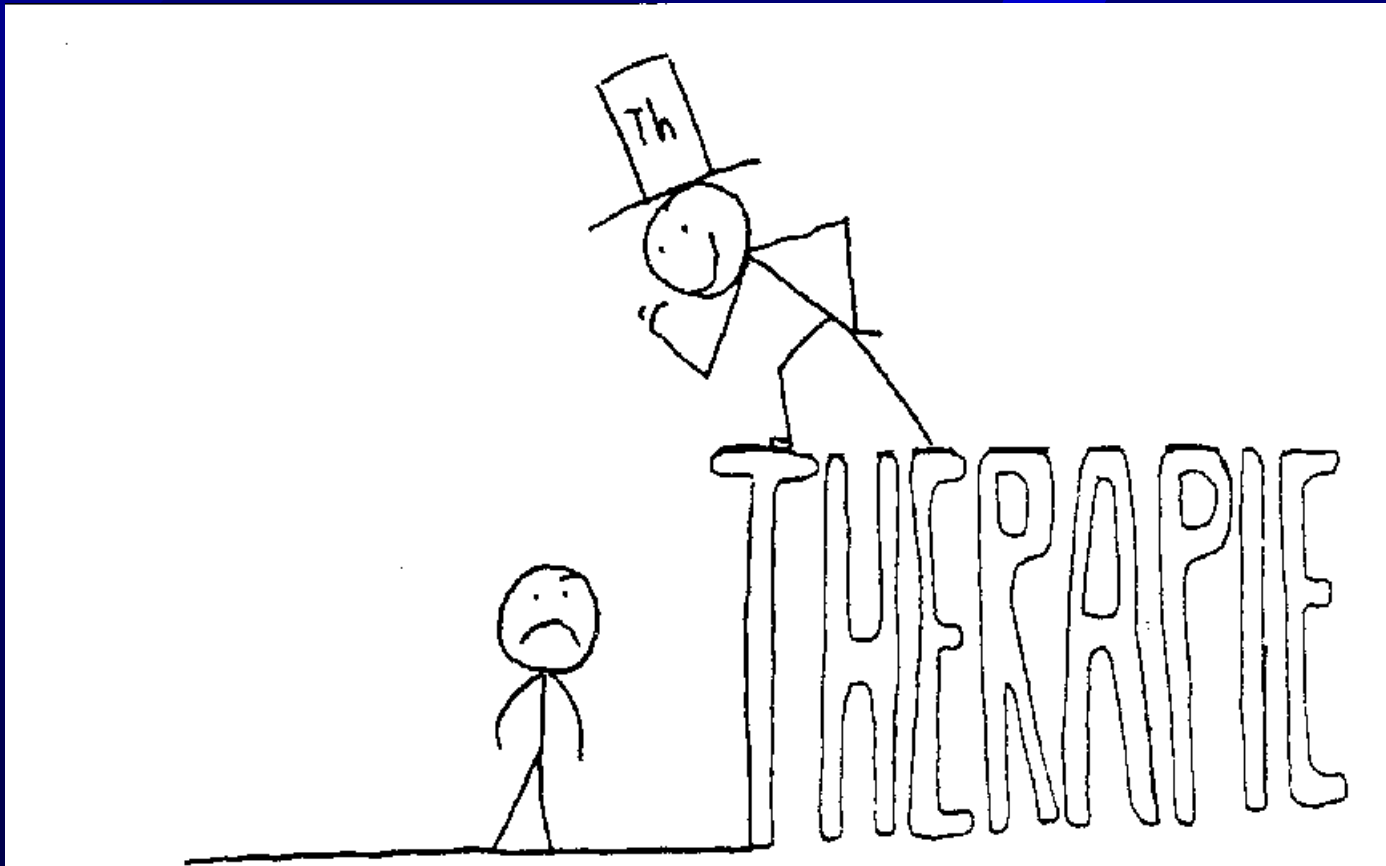
Notwendige Einbeziehung von Hausarzt

- zentrale Bedeutung für Betroffene
- Medikamentenverordnung

Traditionelle Auffassung von Veränderungsmotivation

- Motivation = quantifizierbarer Status
- Motivation = Voraussetzung für Behandlung

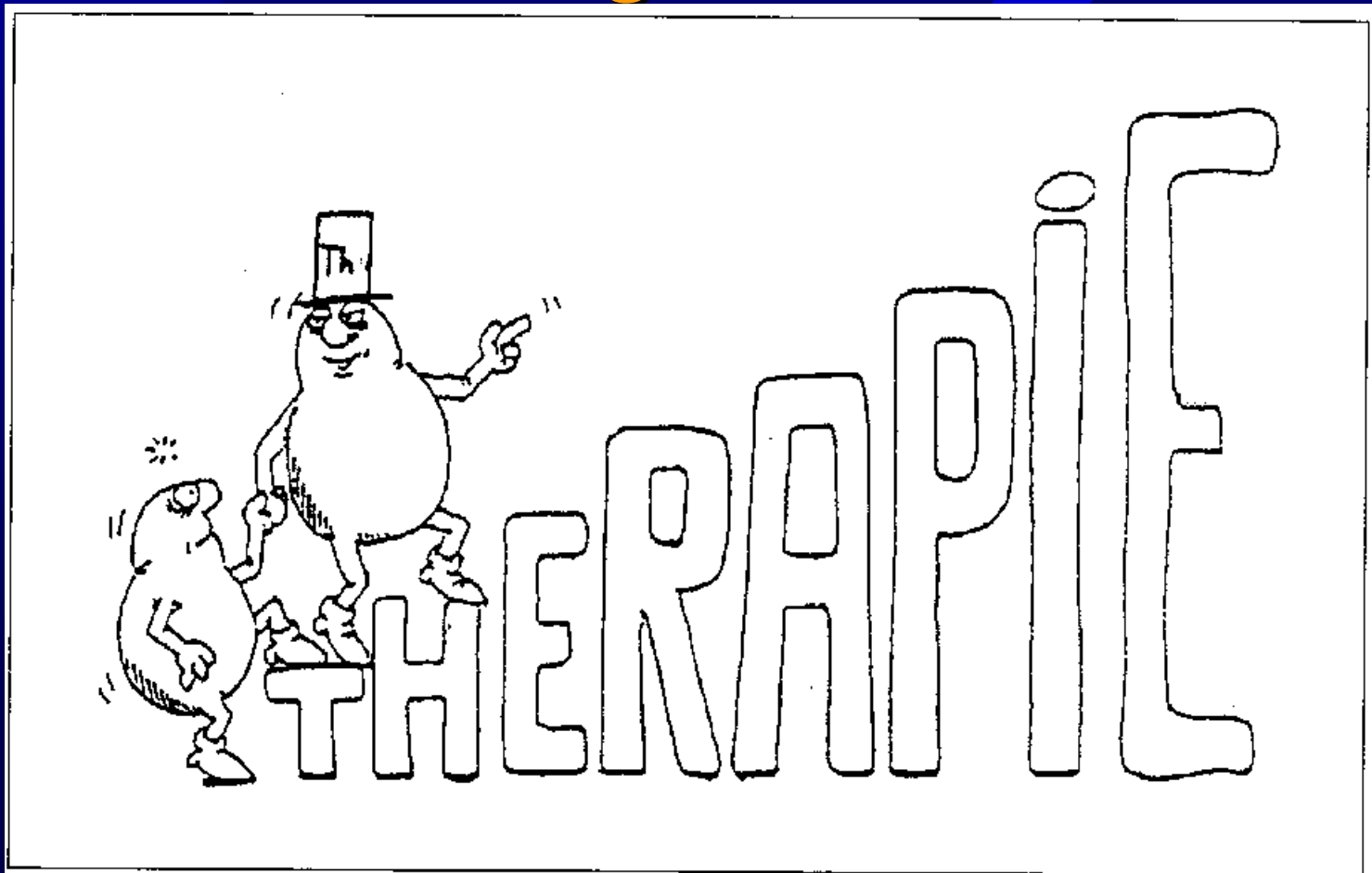
Traditionelle Therapieorganisation: Aufbau von Motivationshürden



Alternative Auffassung von Veränderungsmotivation

- Motivation = Prozess
- Motivation = Teil der Intervention

Alternative Therapieorganisation: Niederschwelligkeit



Intervention bei schädlichem Alkoholkonsum

- **Rückmeldung / Information**
- **Motivational Interviewing**
- **Differenzierung: Unkritische und kritische Trinksituationen**
- **Festlegung persönlicher Punktabstinenz**
- **Einleitung systematischer Selbstbeobachtung**

Effektivität

- **prinzipiell gute Evidenz von Kurzintervention von max. 3 Einzelsitzungen a 60 Min. (besonders bei riskantem Alkoholkonsum, weniger bei Abhängigkeit)**
- **Wenige aber positive Studienergebnisse zu Kurzintervention bei Pat >65 J. Reduktion von riskantem Alkoholkonsum**

Intervention bei schädlichem Medikamentenkonsument

- Überblick über Gesamteinnahme
- Verordnung durch einen Arzt
- Beer-Liste, max. 3 Medikamente
- Auslassversuch
- Aufklärung

Altersspezifische Therapieangebote in der Suchtbehandlung

- Lebensbilanzierung
- realistische weitere Lebensplanung
- gesunde Lebensführung
- Auseinandersetzung mit Bedürfnis nach Nähe, Zärtlichkeit, Sexualität
- Freizeitgestaltung
- Krankheitsbewältigung, Tod

Generelle Einschränkung

**Alte Menschen sind eine sehr
heterogene Gruppe,
die mehr Unterschiede als
Gemeinsamkeiten aufweisen**