

Suchtproblematiken alternder Menschen: Alkohol und Medikamente

Prof. Dr. Siegfried Weyerer
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim



Tiroler Suchttagung
7. Juni 2018



Sucht im höheren Alter

Der schwedische Arzt Magnus Huss, der erstmalig 1849 den Begriff des Alkoholismus prägte, war der Meinung, dass es äußerst selten sei, einem über 60-jährigen Alkoholiker zu begegnen.

Sucht im höheren Alter

- Lange Zeit wenig thematisiert
- Quantitativ bedeutsame Zielgruppen
 - Tabak*
 - Alkohol*
 - Psychopharmaka (vor allem Benzodiazepine)*
 - Illegale Drogen (epidemiologisch noch geringe Bedeutung)*
- Alte, vor allem hochaltrige Menschen werden häufig aus epidemiologischen Studien ausgeschlossen
- Neue epidemiologische Ergebnisse aus Deutschland:
 - ältere Menschen in Privathaushalten und
 - in Altenpflegeheimen

Sucht im höheren Alter

Publikationen (Auswahl)

1998	Havemann-Reinecke U, Weyerer S, Fleischmann H (Hrsg.)	Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Lambertus: Freiburg
2006 2011 2013	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	Substanzbezogene Störungen im Alter: Informationen und Praxishilfen Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege
2006	Zeitschrift für Gerontopsychologie und - psychiatrie	Sonderheft „Sucht im Alter“
2009 2017	Zeitschrift SUCHT	Sonderheft „Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter“ Sonderheft „Sucht im Alter“
2010 2012	Dirk K. Wolter Andreas Kutschke	Sucht im Alter – Altern und Sucht Kohlhammer: Stuttgart Sucht-Alter-Pflege Hans Huber: Bern

Sucht im höheren Alter

Medien (Auswahl)

2006	Fernsehbeitrag ZDF Frontal 21	Flucht in die Sucht. Alkoholkrank im Alter
2012	SWR2 Forum	Die ignorierte Sucht? Alkohol und Medikamente im Alter
	WDR5 Leonardo	Sucht im Alter. Ein unterschätztes Problem

Sucht im höheren Alter
seit 2010: *Forschungsförderung*

Baden-Württemberg Landesstiftung	Sucht im Alter
Bundesministerium für Gesundheit	8 Modellprojekte zu Sucht im Alter
Europäische Union INTERREG-Projekt	Sucht und Alter

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008)

- The number of older people with substance use problems or requiring treatment for a substance use disorder is estimated to more than double between 2001 and 2020.
- This is partly due to the size of the baby-boom cohort (born between 1946 and 1964) and the higher rate of substance use among this group.
- Alcohol related dementia: a 21st-century silent epidemic (Gupta and Warner 2008).

**Secular changes in at-risk drinking in Sweden:
Birth cohort comparisons
in 75-year-old men and women 1976-2006**

Waern M, Marlow T, Morin J, Östling S, Skoog I (2014) Age and Ageing 43, 228-234

Born in	1901-1902	1930
Men	19.3%	27.4%
Women	0,6%	10.4%

Was die Lebenserwartung der Deutschen beeinflusst
Angaben für 50-Jährige in Jahren

Quelle: Demographische Forschung aus erster Hand, 3/2008

Einflussfaktor	Frauen	Männer
Starker Alkoholkonsum	-23,1	-16,2
Starker Tabakkonsum	-22,0	-18,2
Diabetes mellitus	-20,8	-21,4
Unzufrieden mit eigener Gesundheit	-17,7	-16,2
Arbeitslos	-12,6	-14,3
Bluthochdruck	-12,4	-7,4
Geschieden	-9,8	-9,3
Niedrige Bildung	-9,1	-7,2
Allein lebend	-4,9	0
Wohnort Mecklenburg-Vorpommern	-0,6	-2,7
Wohnort Baden-Württemberg	+1,9	+3,1

Alkoholkonsum im höheren Alter (Allgemeinbevölkerung)

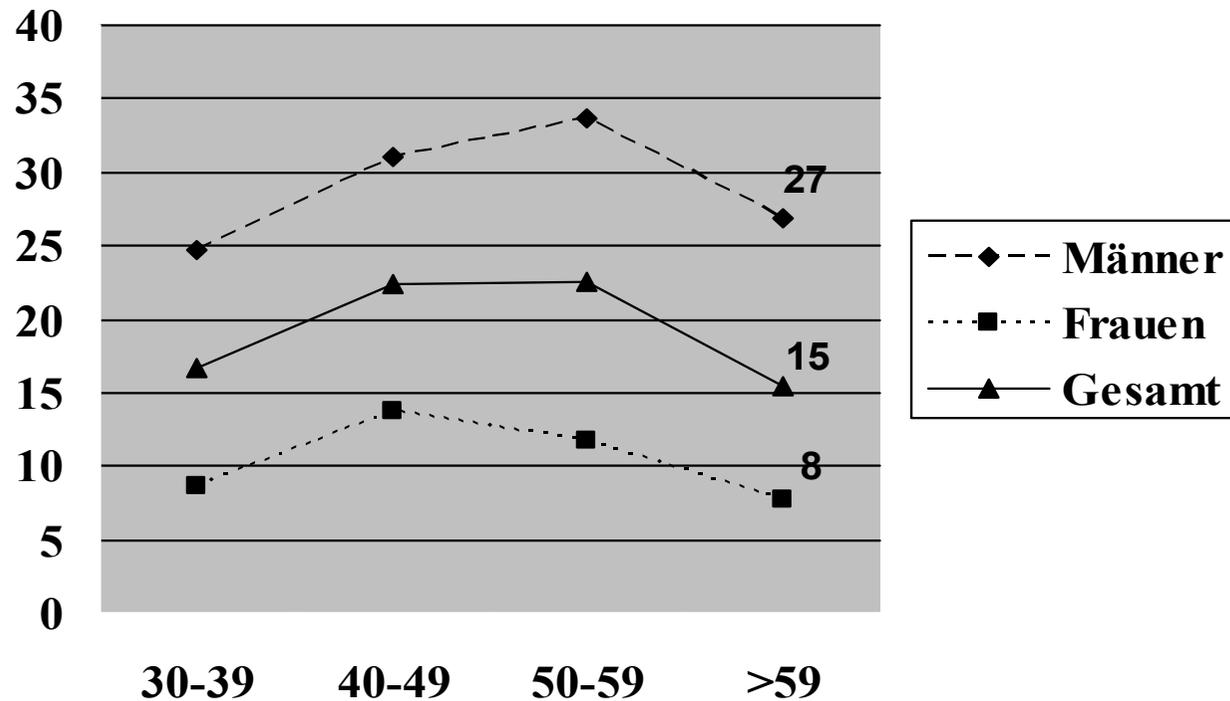
Bei über 60-Jährigen:

- *Regelmäßiger Alkoholkonsum*: mindestens 50% (Mann et al. 2003)
- *Riskanter Alkoholkonsum* (Bühringer et al. 2000):
 - 15,4% (gesamt)
 - 26,9% (Männer)
 - 7,7% (Frauen)
- *Alkoholmissbrauch*: 10-20% (Männer)
 - 1-10% (Frauen)
- *Alkoholabhängigkeit*: 2-3% (Männer)
 - 0,5-1% (Frauen)

Häufigkeit (%) riskanten Alkoholkonsums

(Frauen: >20g, >0,5 l Bier; Männer: >30g)

in Deutschland (Bühringer et al. 2000)



Empfehlungen des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke (Seitz und Bühringer 2008)

- **Risikoarme Schwellendosis** im Umgang mit Alkohol beim gesunden Menschen ohne zusätzliches genetisches oder erworbenes Risiko:
Männer: 24 g Alkohol pro Tag
Frauen: 12 g Alkohol pro Tag
- Auch bei dieser Dosis: **mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche**
- **Alkohol sollte komplett gemieden werden:**
am Arbeitsplatz, bei der Bedienung von Maschinen,
im Straßenverkehr, beim Sport,
in der Schwangerschaft und während der Laktation
nach der Behandlung einer Alkoholabhängigkeit

AUDIT-C (Bush et al., 1998): Summenwert: 0 bis 12

Nietrinker: 0;

Moderate Trinker: 1-3 (Frauen); 1-4 (Männer)

Risikokonsum: 4+ (Frauen); 5+ (Männer)

<p>Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?</p>	<p>0 1 2 3 4</p>	<p>Nie 1 mal pro Monat oder weniger 2-4mal pro Monat 2-3mal pro Woche 4+ pro Woche</p>
<p>Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann normalerweise an einem solchen Tag? (Hinweis: ein alkoholisches Getränk entspricht einer 0,33l Bierflasche, einem Glas Wein oder Sekt, einem doppelten Schnaps oder einer Flasche Alcopops)</p>	<p>0 1 2 3 4</p>	<p>1 bis 2 alkoholische Getränke 3 bis 4 alkoholische Getränke 5 bis 6 alkoholische Getränke 7 bis 9 alkoholische Getränke 10 und mehr alkoholische Getränke</p>
<p>Wie oft trinken Sie 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit? (Hinweis: Mit einer Gelegenheit ist z. B. ein Discobesuch, ein Besuch bei Freunden oder das Bier zum Fernsehen gemeint)</p>	<p>0 1 2 3 4</p>	<p>Nie Weniger als 1mal im Monat Etwa 1mal im Monat Etwa 1mal in der Woche Täglich oder fast täglich</p>

Diagnostische Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom (nach ICD-10)

Zur Diagnosestellung müssen mindestens 3 von 6 Kriterien während des letzten Jahres vorhanden gewesen sein

1. Starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren
2. Minderung der Kontrolle über Beginn, Umfang und Beendigung des Konsums von Alkohol
3. Toleranzentwicklung
4. Auftreten von Entzugerscheinungen
5. Vernachlässigung anderer Neigungen und Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
6. Fortführung des Alkoholkonsums trotz eindeutig eingetretener körperlicher, psychischer oder sozialer Folgeschäden

Problem der Diagnose süchtigen Verhaltens im Alter

- Kriterien betonen die Folgen der Sucht, die bei älteren Menschen häufig anders sind als bei jüngeren Menschen
- Verminderung sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten können altersbedingt und nicht Folge der Sucht sein
- Körperliche und psychische Symptome (z. B. Tremor der Hände oder Schlafstörungen) können fälschlicherweise für Entzugssymptome gehalten werden

Ältere Menschen

- fallen seltener durch Alkoholkonsum und dessen Folgeerscheinungen auf: sie werden weniger als jüngere Menschen in ihrem sozialen Umfeld (Arbeitsplatz, Straßenverkehr, Familie) wahrgenommen
- suchen bei Alkoholproblemen seltener professionelle Hilfe auf: Scham und Schuldgefühle sind sehr stark ausgeprägt

Psychosoziale und gesundheitliche Risikofaktoren für Alkoholprobleme im höheren Alter

- Verlust des sozialen Netzwerks (Pensionierung, Tod des Partners)
- Finanzielle Einbußen
- Körperliche Erkrankungen, Schmerzen
- Einschränkung der Alltagsaktivitäten (Mobilität)
- Psychische Erkrankungen (Schlafstörungen, Depression, Angst)
- Gleichzeitige Einnahme von psychotropen Medikamenten (Bundesgesundheitssurvey 1998; Du et al., 2008)

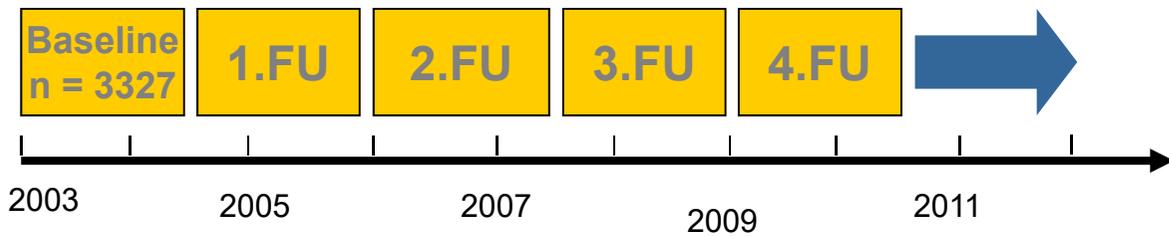
Untergruppen der Alkoholabhängigkeit im Alter

Merkmal	Früher Beginn (Early onset)	Später Beginn (Late onset)
Alter	Unter 60 Jahren	60 Jahre und älter
Häufigkeit	Zwei Drittel	Ein Drittel
Persönlichkeit	Instabil	Stabil
Wohnsitz	Häufig wechselnd	Konstant
Familienanamnese	Positiv	Negativ
Intoxikationstage	Häufig	Selten
Therapiechancen	Mäßig	Gut

AgeCoDe-Studie

German Study on Ageing, Cognition, Dementia in Primary Care Patients (Förderung: BMBF)

Multizentrische Kohortenstudie (Hamburg, Düsseldorf, Bonn,
Mannheim, München, Leipzig)



N = 138 Allgemeinarztpraxen initial beteiligt

Einschlusskriterien

- Patient der Praxis
- 75 Jahre und älter
- Mindestens ein Kontakt mit dem Hausarzt in den letzten 12 Monaten
- Keine Demenz laut Hausarzt

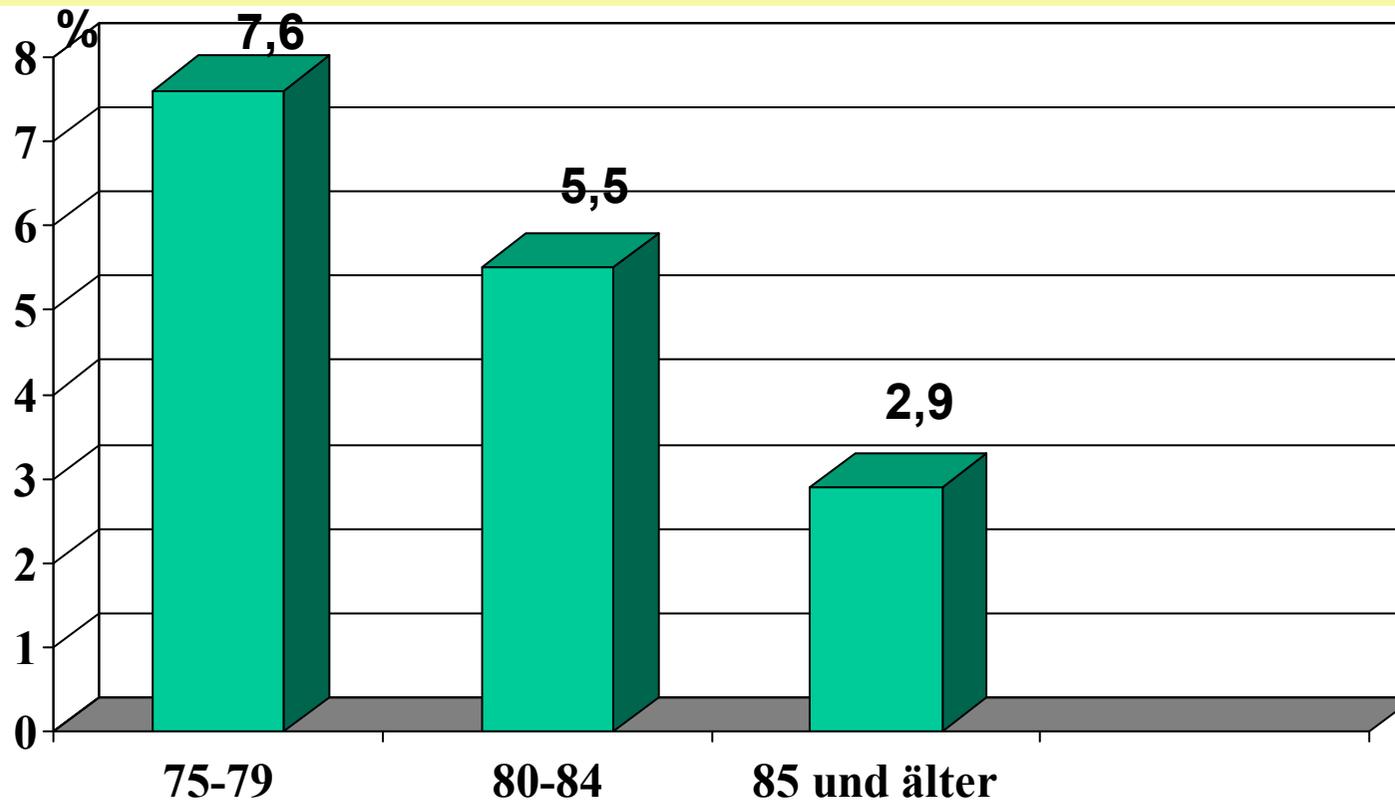
Ausschlusskriterien

- Pflegeheimbewohner
- Tödliche Erkrankung
- Einwilligungsunfähig
- Taubheit, Blindheit
- Unzureichende Deutschkenntnisse
- Kein regulärer Patient der Praxis

AgeCoDe-Studie: Alkoholkonsum bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten in Deutschland nach Geschlecht (Weyerer et al. 2009)

Alkoholkonsum	Gesamt %	Männer %	Frauen %
Abstinent	50,1	26,6	62,4
Mäßig	43,5	61,3	34,0
Risikant (>20/30g pro Tag)	6,5	12,1	3,6
Untersuchte Hausarztpatienten	3.224	1.107	2.117

**Riskanter Alkoholkonsum (Männer: >30g; Frauen: >20g)
bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten (N=3.224)
in Deutschland nach Alter
(Weyerer et al. 2009)**



Gründe für den Rückgang von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit im höheren Alter

- Wegen der um ein Vielfaches höheren **Mortalitätsrate** von Alkoholikern erreichen nur relativ wenige ein höheres Lebensalter

In Deutschland 2005: Durchschnittliches Sterbealter der an alkoholbedingten Erkrankungen Verstorbenen: 58,4 Jahre;
bei allen Todesursachen: 76,4 Jahre (Rübenach, 2007)

- Altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels führen zu einer **Abnahme der Alkoholtoleranz**
- Im höheren Alter häufiger auftretende **gesundheitliche Beschwerden** führen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums („Sick quitter effect“)

Inzidente Demenzen

- Bezogen auf **3.202 Hausarztpatienten**, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung keine Demenz hatten, sind innerhalb von 3 Jahren **217 Patienten an einer Demenz erkrankt**:
 - 111 Alzheimer-Demenz
 - 42 vaskuläre Demenz
 - 14 andere spezifische Demenz (z.B. Parkinson, Lewy Body, Alkoholdemenz)
 - 50 unspezifische Demenz

Zusammenhang von Alkoholkonsum mit inzidenter Demenz in Deutschland (Weyerer et al. 2011)

*Hazard Ratio (HR) adjustiert nach Geschlecht, Alter, Lebenssituation, Bildung, IADL-Einschränkung, somatische Komorbidität, Depression, ApoE4, MCI

Alkoholkonsum (Baseline)	Univariate HR (95% CI)	Adjustierte HR* (95% CI)
<i>Alle inzidenten Demenzen</i>		
Alkoholkonsum	1	1
Nein		
Ja	0.62 (0.47-0.82)**	0.71 (0.53-0.96)*
<i>Inzidente Alzheimer Demenz</i>		
Alkoholkonsum	1	1
Nein		
Ja	0.48 (0.32-0.71)***	0.58 (0.38-0.89)*

**Edward J Neafsey, Michael Collins (2011):
Moderate alcohol consumption and cognitive risk,
Neuropsychiatric Disease and Treatment 7, 465-484**

- Review: 69 Studien mit 111.909 Probanden
- Demenzrisiko: **0.77** (0.73-0.80) insgesamt
0.74 (0.67-0.83) Männer
0.69 (0.69-0.77) Frauen
- Demenzrisiko in 19 Studien, in denen aus der Vergleichsgruppe der Abstinenten ehemalige Alkoholranke ausgeschlossen wurden:
0.79 (0.73-0.80)

Alkoholkonsum und Demenzrisiko. Ergebnisse des Reviews von Neafsey und Collins (2011)

Studientyp	
•Querschnittsstudie	0.78 (0.69-0.87)
•Fallkontrollstudie	0.78 (0.71-0.86)
•Kohortenstudie	0.76 (0.71-0.80)
Alle Demenzerkrankungen	0.77 (0.71-0.83)
•Alzheimer-Demenz	0.73 (0.64-0.82)
•Vaskuläre Demenz	0.66 (0.52-0.82)
Alkoholkonsum	
•leicht	0.75 (0.71-0.78)
•moderat	0.69 (0.64-0.75)
•stark	1,12 (0.96-1.30)

Therapiestrategien bei Abhängigkeit im Alter (Gastpar und Schulz, 1998)

Die Grundsätze der Behandlung der Abhängigkeit gelten auch für Patienten im höheren Lebensalter:

- Vollabstinenz (wird nur in 40 bis 60% erreicht)
- Rückfallreduktion (Reduktion der Frequenz und/oder des Schweregrades der Rückfälle)
- Verbesserung der psychosozialen Anpassung (u. a. Vermeidung von Sekundärschäden)

Therapieangebot „60plus“ (Lieb et al. 2008)

- Seit 2006: spezielles Therapieangebot der Rheinischen Kliniken Essen für ältere Alkoholranke
- **KOALA: KO**gnitive Verhaltenstherapie der **AL**koholabhängigkeit im **AL**ter

Inhalt des Therapiemanuals KOALA: 12 Sitzungen a 90 Minuten (Lieb et al. 2008)

6 Sitzungen mit alkoholspezifischen Inhalten zur Motivation, Rückfallanalyse und -vermeidung	6 Sitzungen mit alters- und komorbiditätsspezifischen Inhalten
1. Aufbau von Veränderungsmotivation	7. Depressive Verstimmung
2. Aufbau von Veränderungsmotivation	8. Depressive Verstimmung
3. Kognitives Modell zur Rückfallentstehung	9. Aufbau angenehmer Aktivitäten
4. Umgang mit Risikosituationen	10. Schlafstörungen
5. Suchtdruck	11. Schmerzen
6. Notfallplan	12. Zusammenfassung

Wirksamkeit von Interventionen bei älteren Menschen mit Alkoholproblemen (Rumpf et al. 2009)

Kurzinterventionen (maximal drei 60-minütige Sitzungen)

- Im Bereich der primärmedizinischen Versorgung
- Ziel: Reduzierung des Alkoholkonsums
- Besonders wirksam bei Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum

Suchtspezifische Behandlungsmaßnahmen

- Gleich große oder höhere Erfolgsquoten bei älteren Menschen
- Ältere Teilnehmer von Therapieprogrammen weisen oft Merkmale (z.B. seltener komorbide Drogenproblematik, Probleme mit dem Gesetz, familiäre Konflikte) auf, die die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs erhöhen

Altersspezifische Anpassung von Behandlungsmaßnahmen erscheint sinnvoll

Besonderheiten des Medikamentengebrauchs bei älteren Menschen

- **Unerwünschte Nebenwirkungen** von Medikamenten treten bei älteren Menschen häufiger auf als bei jüngeren
- Häufig verstärkte oder **veränderte Wirkung von Medikamenten** bei älteren Menschen (Entwicklung von Kriterien für sachgerechte Verordnung von Medikamenten bei älteren Menschen; z.B. Beers et al. (1991): Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine* 151, 1825-1832)
- **Das gleichzeitige Vorliegen verschiedener Erkrankungen** bei älteren Menschen führt zur Verschreibung mehrerer Medikamente mit dem Risiko von Interaktionen zwischen den Medikamenten und schlechter Compliance
- Im Vergleich zu jüngeren Menschen sind über 60-Jährige **schlechter informiert** über die Indikationen, Produktzusammensetzung, Nebenwirkungen und Kontraindikationen

Problematischer Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten bzw. von Schmerzmitteln

- Zwischen 5 und 10 % der über 60-Jährigen, d.h. in Deutschland: 1 bis 2 Millionen Menschen
- Der Übergang von Gebrauch und Missbrauch ist oft fließend
- 5 bis 6% der häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotential
- Gleichzeitiger Konsum von psychoaktiven Medikamenten und Alkohol bei fast 8% der Männer und Frauen (Du et al. 2006)

Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen zur Verordnung und Einnahme von Benzodiazepinen

- *Exponentieller Anstieg* mit zunehmendem Alter
- Überdurchschnittlich *hohe Raten bei Frauen*
- Berliner Alters-Studie (70-Jährige und Ältere):
24,6% nehmen Psychopharmaka, allein 13,2% entfallen auf Benzodiazepin-Anxiolytika (Helmchen et al. 1996)
- Bei etwa 90% der mit Benzodiazepinen Behandelten:
Dauermedikation (länger als sechs Monate),
bei etwa 50% tägliche Einnahme
- Besonders *häufige Langzeitverordnungen*:
bei älteren Menschen mit Schlafstörungen,
bei institutionalisierten älteren Menschen

Rückgang in der Verordnung von Benzodiazepinen

- Nach Glaeske (2007): *Rückgang* der Benzodiazepin-Verordnungen im Rahmen der GKV, der Anteil der privat verordneten Mittel steigt jedoch an. Die gesamten Wirkstoffmengen sanken seit 1993 um 25%
- Laut Drogenbericht (2008) auch *Rückgang bei den Heimbewohnern* in Deutschland
1994/1995: 16%; 2006: 10%

**Psychopharmakagebrauch und Sturzhäufigkeit
bei alten Menschen in der Allgemeinbevölkerung
(Lord et al. 2001)**

Stoffgruppe	Anzahl der Studien	Bei Einnahme Sturzrisiko erhöht um
Sedativa/Hypnotika	10	25%
Benzodiazepine	8	40%
Antipsychotika	9	90%
Antidepressiva (gesamt)	11	62%
Antidepressiva (trizyklisch)	8	40%
Psychopharmaka (gesamt)	11	66%

Untersuchung der Wirksamkeit von Therapien bei Benzodiazepinabhängigkeit

Langfristige Abstinenzraten bei

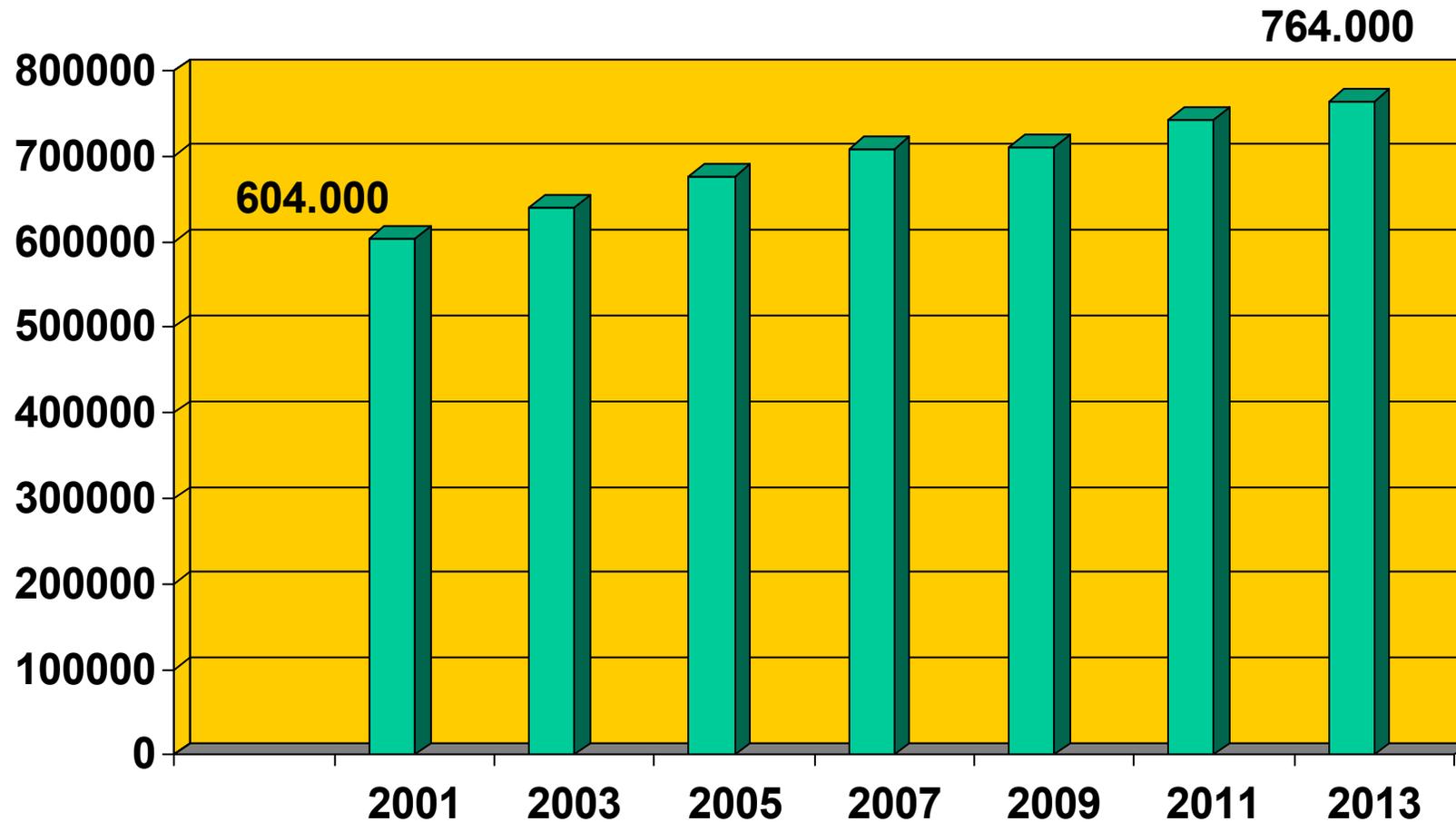
- 63% bei älteren Patienten mit chronischen Schlafstörungen (Morin et al. 2003)
- 58-62% bei älteren Hausarztpatienten mit Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen
- 13-27% bei schwer Abhängigen mit hoher Dosis oder gleichzeitig bestehender Alkoholabhängigkeit (Vorma et al. 2002)

**2,63 Millionen Pflegebedürftige
in Deutschland (Ende 2013)
(Statistisches Bundesamt 2015)**

**zu Hause versorgt:
1,86 Mill. (71%)**

**in Heimen versorgt:
764.000 (29%)**

Pflegebedürftige in Deutschland *in Heimen versorgt*



Schneekloth und Wahl (Hrsg.)

**Pflegebedarf und Versorgungssituation
bei älteren Menschen in Heimen.**

Kohlhammer Verlag: Stuttgart 2009

Prävalenz demenzieller Erkrankungen in 58 deutschen Altenpflegeheimen

(Schäufele, Köhler, Lode, Weyerer 2009)

Prävalenz der Demenz	4.481 Bewohner 82,6 Jahre 78% Frauen
Systematische Beurteilung (Pflegepersonal) Schwankungsbreite (Heime)	68,6% 45,5% - 94,1%
Medizinische Diagnosen Schwankungsbreite (Heime)	37,7% 15,4% – 85,7%

**Alkoholkonsum (letzte 4 Wochen) und Alkoholdiagnosen
(ICD 10; F10) in 58 deutschen Altenpflegeheimen
(Schäufele, Weyerer, Hendlmeier, Köhler 2009)**

	Männer (N=988) %	Frauen (N=3.488) %	Gesamt (N=4.476) %
Alkoholkonsum			
Abstinent	72,0	85,4	82,5
Moderat	27,1	14,4	17,2
Risikant (>20/30g pro Tag)	0,8	0,2	0,3
Alkoholdiagnosen (Range in den Einrichtungen)	17,2 (0-50,0)	2,6 (0-11,1)	5,8 (0-30,6)

Alkoholdiagnosen in der Pflegedokumentation

Schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1)	64,1%
Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol (F10.2)	6,9%
Entzugssyndrom (auch mit Delir) (F10.3 und F10.4)	1,6%
Psychotische Störung durch Alkohol (F10.5)	1,2%
Amnestische Syndrom, Korsakowsyndrom (F10.6)	38,2%
Alkoholdemenz (F10.7)	12,7%
Sonstige psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.8 und F10.9)	0,8%

Merkmale der Heimbewohner mit und ohne Alkoholdiagnose

Merkmal	Alkoholdiagnose		p
	Ja	Nein	
Alter (in Jahren)	70,4	83,9	<.001
Familienstand % ledig/geschieden	50,6	20,1	<.001
Besuche von außerhalb %	52,9	84,6	<.001
Pflegestufe % 2 und 3	52,7	63,1	<.001
Demenzsyndrom %	67,7	68,7	ns
Neuropsychiatrische Symptome (Score)	16,0	12,7	<.01

Umgang mit Alkoholproblemen in Schweizer Alten- und Pflegeheimen Befragung von 557 Leitungspersonen (Müller 2008)

- Die Diagnose „Suchterkrankung“ schließt die Aufnahme in ein Altenheim in den meisten Fällen nicht aus
- Strikte Konsumverbote sind selten. Meist wird Autonomie hinsichtlich des Alkoholkonsums zugestanden, doch wird diese Autonomie häufig auf bestimmte Situationen (Essen, Festlichkeiten) begrenzt
- Relativ hohe Toleranz, so lange die Folgen des Alkoholgebrauchs nicht störend wirken
- Alkoholprobleme äußern sich auf der Ebene von Konflikte mit Mitbewohnern und dem Personal der Hygiene (pflegerischer Mehraufwand)
- Es ist besser ältere Suchtkranke in Altenheimen zu behandeln, um sie nicht zu stigmatisieren
- Die Betreuung erfordert spezifische Qualifikationen und eine bestimmte Haltung der Mitarbeiter. Bedürfnis nach suchtspezifischer Weiterbildung ist sehr groß

Bundesweite Studie in Altenpflegeheimen
Psychotrope Medikamente und Schmerzmittel
Dauermedikation

Dauermedikation (letzte 4 Wochen)	Keine Demenz %	Demenz %	p
Psychopharmaka, gesamt (RL 71)	47,4	53,0	<.01
Antidepressiva	27,9	17,9	<.001
Neuroleptika	22,9	38,2	<.001
Sonstige	2,1	4,2	<.001
Hypnotika/Sedativa, gesamt (RL 49)	11,2	5,3	<.001
Benzodiazepine (RL 49+71)	13,3	8,5	<.001
Sonstige Hypnotika/Sedativa	7,3	3,5	<.001
Antidementiva (RL 11 plus Ebixa® und Axura® aus RL 71)	5,7	10,7	<.001
Analgetika (RL 05)	33,1	22,9	<.001

Sachgerechte psychopharmakologische Behandlung: Handlungsempfehlungen und Verantwortungsbereich nach (Pantel et al. 2005)

PP: Pflegepersonal, HA: Hausarzt, FA: Facharzt, GB: Gesetzlicher Betreuer

Problematisches Verhalten beobachten und dokumentieren	PP
Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen	PP
Arzt benachrichtigen: Bei Persistenz, „Gefahr in Verzug“, psychotischen Symptomen	PP-HA
Ausschluss medizinischer Ursachen: z. B. unklare Schmerzen	HA
Psychiatrische Diagnose/Indikation	HA-FA
Aufstellung eines Behandlungsplans	HA, FA, PP, GB
Aufklärung/Einwilligung (evtl. gesetzlicher Betreuer)	HA, FA, PP, GB
Medikamentenverordnung mit adäquater Dokumentation	HA-FA-PP
Problematisches Verhalten beobachten und dokumentieren	PP
Therapiekontrolle/Verlaufsbeobachtung	HA-FA
Aufklärung/Einwilligung (evtl. gesetzlicher Betreuer)	HA, FA, PP, GB
Medikation: Weiterführen, Absetzen, Umstellen	HA-FA

Ist eine **adäquate Indikation** (psychiatrische Diagnose, Verhaltensauffälligkeit) des Psychopharmakons in der Heimdokumentation dokumentiert?

Ist die Indikation/Zielsymptomatik für die Gabe des Psychopharmakons **am ersten Tag der Einnahme** dokumentiert?

Sind **somatische oder sonstige Erkrankungen** dokumentiert, die evtl. eine Kontraindikation zur Gabe des Psychopharmakons darstellen?

Bei Bedarfsmedikation: Ist die **Indikation bei Gabe der Bedarfsmedikation** jeweils dokumentiert?

Ist die **Dosis** des verabreichten Psychopharmakons unter Berücksichtigung der Dosisempfehlungen angemessen?

Ist die **Auswahl des Psychopharmakons** hinsichtlich des Wirkungs- / Nebenwirkungsprofils für ältere Menschen angemessen?

Ist die **Dauer** der Psychopharmakamedikation angemessen (Dosisreduktion, Absetzversuche)?

Ist die **Verträglichkeit** des eingesetzten Psychopharmakons gegeben (erhebliche Nebenwirkungen wie z. B. Stürze, Sedierung)?

Ist die **Kombination der Präparate** hinsichtlich ihrer therapeutischen Wirkung angemessen (z.B. Ausschluss der Gabe von Präparaten mit ähnlicher Wirkung)?

Ist die **Kombination aller verschriebenen Medikamente** hinsichtlich potenziell schädlicher Interaktionen angemessen?

Folgerungen

- *Prospektive Bevölkerungsstudien* bei älteren Menschen, in denen Häufigkeit, Verlauf, Risiken und Folgen von Alkoholkrankheiten (differenziert nach frühem und spätem Beginn) untersucht werden
- Untersuchungen zur *Identifikation von älteren alkoholkranken Patienten* (Hausarztsetting, Krankenhaus, ambulante und stationäre Altenhilfe)
- Einbettung von *Alkoholscreenings* in allgemeine Anamnese (im Kontext von Fragen nach Ernährung, Bewegung, Kaffeekonsum)
- *Erhöhte Sturzhäufigkeit* bei Alkoholkrankungen und der Einnahme von Psychopharmaka
- In ambulanten und stationären Suchteinrichtungen ist der Anteil älterer Menschen sehr niedrig: Schaffung *geeigneter Angebote für ältere Menschen in Spezialeinrichtungen* für Suchtkranke
- *Schulung des Pflegepersonals* in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe im Umgang mit Alkoholproblemen älterer Menschen
- Entwicklung von *Leitlinien* für das Pflegepersonal zum sachgerechten Gebrauch von Medikamenten
- Untersuchung des Einflusses *institutioneller* Rahmenbedingungen (z.B. Heimgröße, Personalschlüssel, Programmangebot) auf den Einsatz von Psychopharmaka
- *Vernetzung* Pflegeforschung und Suchtforschung

Künftige Entwicklung in Deutschland

- **Demographische Entwicklung:**
Anstieg der 65-Jährigen und Älteren:
2000: 13,7 Millionen; 2030: 21,6 Millionen
- **Kohorteneffekt:** Hoher Substanzgebrauch der Babyboom-Generation nach 1950
- **Risikokonsum in Deutschland (Telefoninterviews 2010)**
65+: 18,5%; **45-64:** 21,4%; **30-44:** 20,2%; **18-29:** 32,4%
- **Möglicher Anstieg des durchschnittlichen Sterbealters der an alkoholbedingten Erkrankungen Verstorbenen:**
1980: 53,1 Jahre (Männer: 52,7; Frauen: 54,2)
2005: 58,4 Jahre (Männer: 58,1; Frauen: 59,5)

Weiterführende Literatur

Weyerer S (Hrsg.) (2009)

Riskanter Alkoholkonsum im höheren
Lebensalter. SUCHT 55, 262-311

Pantel J, Batra A (Hrsg.) (2017)

Sucht im Alter. SUCHT 63, 67-121

Dirk K. Wolter (2010)

Sucht im Alter – Altern und Sucht
Kohlhammer: Stuttgart

Andreas Kutschke (2012)

Sucht-Alter-Pflege
Hans Huber, Bern

DHS (2011)

Substanzbezogene Störungen im Alter
Informationen und Praxishilfen

DHS (2013)

Alkohol, Medikamente, Tabak:
Informationen für die Altenpflege

**Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !**



siegfried.weyerer@zi-mannheim.de
www.siegfried-weyerer.de