

„Im Leben bleiben“
Suchtprobleme gemeinsam lösen

Sucht im Alter

Fachtag 01.06.2016

Deutscher Caritasverband e.V.

Andreas Kutschke

Aus dem Leben fallen

- Soziale Teilhabe verlieren
- Kontakt zu Verwandten geht verloren
- körperliche Möglichkeiten sind oft erschöpft
- Gesellschaftlich geächtet
- Nur wenige Zugänge zu Hilfen
- In Statistiken werden die meisten nicht erfasst

Eine Krankheit, verschiedene Suchtstoffe, verschiedene Welten

- Alkohol in Maßen konsumiert ist gesellschaftlich legitimiert, aber ...
- First onset /late onset
- Oft sozialer Abstieg
- Oft verheimlicht
- Entgleisungen, straffällig, Aggression
- BZD / Medikamente werden immer von einem Arzt verordnet
- Und müssen von daher schon gut sein
- Wer kommt schon auf Idee das BZD krank machen
- Gleichgültigkeit, Apathie
- „die arme alte Dame...“

Gedanken in der Altenarbeit zum Thema

- SGB XII im weiteren SGB XI
- Pflegeeinstufung mit dem NBA
- Integration / Segregation
- Die Grenzen zwischen den Betroffenen und einem selber verschwimmen unter Umständen
- Es gibt kaum evaluierten Konzepte zum Umgang mit älteren Abhängigen

Altenpflegeperspektive

- Stationäre / ambulante Altenpflege
- In aller Regel ohne Facharzt
- Ohne einen medizinischen Auftrag
- Der pflegerische Auftrag ist meistens nicht formuliert
- Bewohner haben einen Mietvertrag
- Die Suchthilfen Perspektive gibt es nur sehr selten, Kooperationen sind die Ausnahme

Differenzierte Wahrnehmung

- Personen die nie Alkohol getrunken haben
- Personen die nie einen schädlichen Gebrauch hatten
- First onset Trinker
- Late onset Trinker
- Personen die trocken werden wollen
- Trockene alkoholabhängige Personen

Zahlen zur Sucht im Alter

- 15 % der über 60 jährigen haben einen riskanten Alkoholkonsum (ca. 27 % der Männer) (12 – 24 Gramm Alkohol pro Tag (2011 Weyerer)
- 10 – 20 % der Männer 1 – 10 % der Frauen Missbrauchen Alkohol
- 3,1 % der Männer und 0,5 – 1,0 % der älteren Frauen sind abhängig(ca. 400 000). Die Dunkelziffer liegt wahrscheinlich dreimal so hoch Zwei Drittel waren bereits in jüngeren Jahren abhängig (first onset).
- 14% der Heimbewohner weisen eine Alkoholdiagnose auf (ca. 70 000 Heimbewohner)



Andreas Kutschke

Konsum und Versorgung

- 60 % des Alkoholkonsums über 60 g und Tag wurde von Pflegenden nicht erkannt (Wurst et al. 2012)
- 1 Drittel der konsumierten BZD sind den Pflegekräften nicht bekannt (Interreg 2011)
- Über 15 % der Bewohner nehmen mehr als ein BZD (Interreg 2011)
- Zwischen 60 -80 % der Patienten über 60 nehmen Benzodiazepine länger als sechs Wochen ein.
- Eine fachärztliche Versorgung trifft nur auf eine kleine Gruppe von Bewohnern zu ca. 14 %

Pflegerische Wahrnehmung der Erkrankung

Ab wann ist ein Alkoholkranker alt?

- Viele alkoholabhängige Bewohner sind vergleichsweise jung
- Pflegekräfte sind oft der Meinung, dass die Betroffenen zu jung für ein Altenheim sind!
- Gerade First onset Trinker sind oft „jung“, vorgealtert und benötigen Hilfen
- Die Betroffenen können 10 bis 20 Jahre voraltern und sind mit 70 oft „richtig“ alt

**F10 psychische oder Verhaltensstörungen
durch Alkohol**

**F11 psychische oder Verhaltensstörungen
durch Opioide**

**F13 psychische oder Verhaltensstörungen
durch Sedativa oder Hypnotika**

**F15 psychische oder Verhaltensstörungen
durch andere Stimulanzen einschließlich
Koffein**

**F17 psychische oder Verhaltensstörungen
durch Tabak**

**Das ICD– 10 unterscheidet zwischen
schädlichem Gebrauch und
Abhängigkeitssyndrom**

DSM – IV

Alkoholabhängigkeit/-missbrauch

- **Opiatabhängigkeit/-missbrauch**
- **Cannabisabhängigkeit/-missbrauch**
- **Abhängigkeit/Missbrauch von Sedativa,
Hypnotika oder Anxiolytika**
- **Halluzinogenabhängigkeit/ -missbrauch**
- **Nikotinabhängigkeit**
- **Abhängigkeit/Missbrauch von
Inhalantien**
- **Polytoxikomanie**

**Das DSM – IV unterscheidet zwischen
Abhängigkeit und Missbrauch.**



Eine Befragung unter Altenpflegefachkräften

- Stoffgebundene Abhängigkeit wird von Pflegekräften als durchschnittlich häufig wahrgenommen, jedoch als besonders bedeutsam
- Alkohol im Seniorenheim als Pflegebedürftiger zu bekommen ist davon abhängig, in welchem Seniorenheim sie sind und welche Pflegekraft im Dienst ist
- Der überwiegende Teil der Pflegekräfte würde Alkoholkonsum einschränken

Weitere Wahrnehmungen von Pflegenden

- «Meines Erachtens ist das Bewusstsein, dass auch Medikamente wie Benzodiazepine Sucht auslösen können, nur wenig ausgeprägt» so eine Befragte
- Medikamente werden nur sehr unregelmäßig auf ihre Notwendigkeit überprüft (von 1x monatlich bis gar nicht)
- Oft wissen die KollegInnen gar nicht, das BZD gegeben werden, die Antworten lagen in den gleichen Wohnbereichen zwischen 5 – 70 % (bei Fachkräften)

Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und BZD ein Thema für die Altenpflege?

Bisher kaum, außer in einigen Facheinrichtungen

- In der Fachliteratur findet man nur rudimentäre Hinweise
- Fortbildungsangebote sind selten
- Assessments sind kaum bekannt
- Wohnangebote für trinkende ältere Alkoholiker sind eher die Ausnahme
- Manche Seniorenheime wollen alkoholranke Menschen nicht aufnehmen

Häufige Gründe für die Aufnahme von älteren Alkoholabhängigen in die Ambulanz sind Delirien und Stürze, daneben fallen vor allem gastrointestinale Probleme auf. Ebenfalls Schmerzen, Schlafstörungen, Depressionen oder Angst (Onen et al. 2005), die Ursache für diese Probleme werden oft nicht erkannt.

Auch bei der Aufnahme in ein Seniorenheim ist oft nicht bekannt ob der Bewohner Abhängig ist oder Alkohol missbraucht.

Die Pflegenden in der Altenhilfe stehen zwischen zwei Stühlen, von denen der eine **Fürsorge / Sorge** und der andere **Freiheit und Autonomie** heißt!

Alkoholkonsum steht zwischen Genuss und dem Risiko von Missbrauch und Abhängigkeit, Benzodiazepine zwischen sinnvoller Behandlung und Abhängigkeit



Es gibt häufig pflegerische Probleme

- Eine Vielzahl von Alkoholfolgeerkrankungen
- Soziale Isolation
- Verwahrlosung
- Aggression
- Eigenwillige Biografie
- Bewohner verstehen sich nicht mit jüngeren Abhängigen
- Pflegekräfte sind nicht vorbereitet

Patient/Bewohner (Alkohol)

Kontakt und Zugang zum Betroffenen herstellen und halten

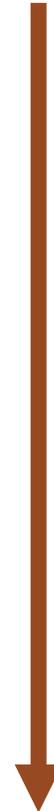
lebensbedrohende Einflüsse erkennen und abwenden

Grundbedürfnisse wie Ernährung und Pflege sichern

Milieu und Umfeld sichern und stabilisieren

Alkoholkonsum verringern oder stabilisieren

Selbstpflege und Abstinenz



Pflegerische Schwerpunkte in der Pflege alkoholabhängiger Bewohner

- Erkennen von Abhängigkeit (Alkoholfahne, AUDIT- C, (Alcohol Use Disorders Test))
- Ernährung
- Förderung der Bewältigungskompetenz bei Einsamkeit, Langeweile, Trauer und Angst
- Förderung von Genuss- und Entspannungsfähigkeit
- Soziale Kontakte
- Niedrigschwellige Angebote, sinnstiftende Arbeit
- Angehörige, Betreuer, Selbsthilfe, Beratungsstellen, Ärzte und Pflege zusammenbringen

„Ich habe ja sonst nichts mehr“

- Im Seniorenheim kann dies tatsächlich so sein!
- Einige Pflegekräfte vertreten diese Position ebenfalls durch ein resignierendes „das macht doch keinen Sinn mehr“
- Mehr Leben und sinnvolle Aufgabe in den Alltag / hier benötigen wir einen Wechsel in der Einstellung zu den Bewohnern
- Menschen mit einer Abhängigkeit benötigen eine Perspektive (im ambulanten und stationären Bereich)
- Sinnvolle Beschäftigungen



Andreas Kutschke

Gründe für Benzodiazepinabhängigkeit im Alter

- Nicht reflektierte Verordnung durch Ärzte
- Schmerzen, Schlaf- und Angststörungen
- Unkenntnis über die Gefahren einer Abhängigkeit
- „Medikamente müssen gut für den Körper sein“
“das hat doch der Arzt verordnet“
- Wenig Angebote von Alternativen
- Pflegerische Anforderung
- Hat die Suchthilfe alte BZD abhängige Damen im Blick?

Folgen einer längeren BZD Einnahme

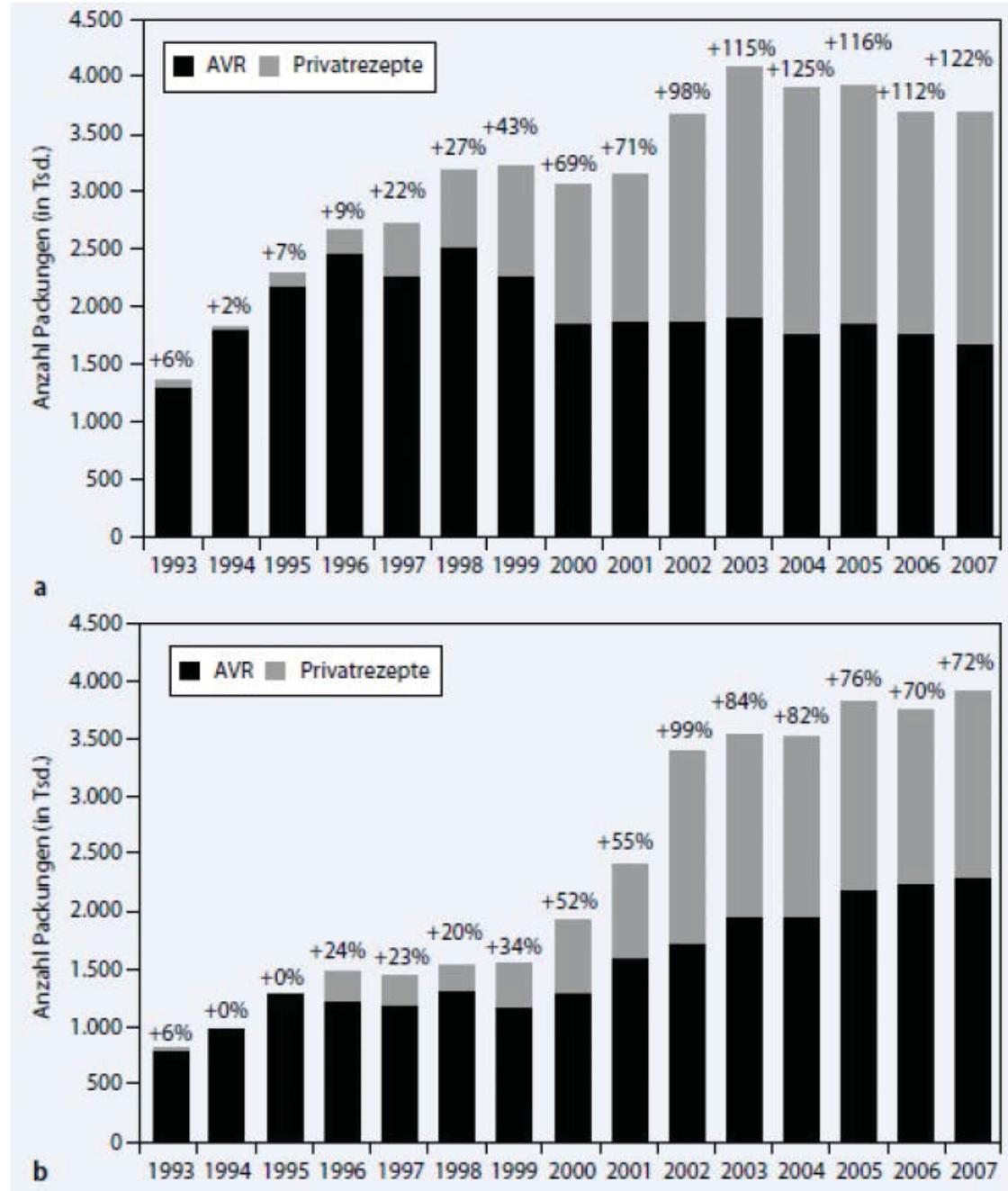
- Hang-over-Sedierung und Medikamenten-Akkumulation
- Abhängigkeit bei normaler Dosierung, (Low Dose Abhängigkeit)
- Obstipation / Inkontinenz / Blutdruckabfall
- Stürze und Schluckstörungen
- Eingeschränkte Kritikfähigkeit und Reizbarkeit
- Gedächtnisstörungen



Benzodiazepinabhängigkeit wahrnehmen

- Assessment verwenden Lippstädter Benzodiazepincheck
- Verhalten wahrnehmen
- Verordnungsdauer überprüfen
- Entzugssymptome bei Absetzen
- Mit den Betroffenen sprechen / die Suchthilfe hinzuziehen

Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007

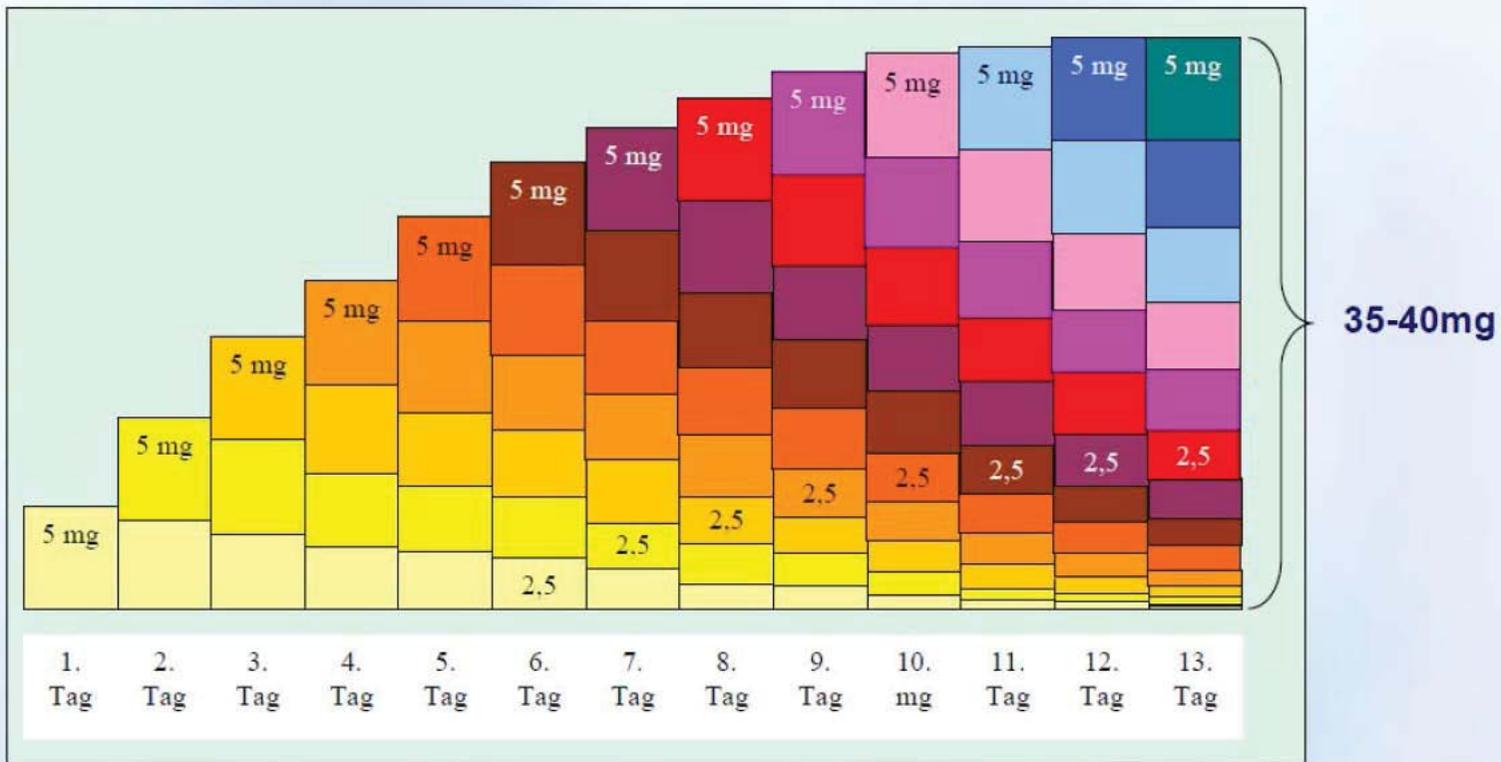


Substanzen/Handelsnamen	Halbwertzeit in Stunden
Clonazepam (Rivotril [®] , Antepilepsin [®])	18 – 50
Chlordiazepoxid (Librium [®] , Radepur [®])	5 - 30
Diazepam (Valium [®] , Valiquid [®] , Faustan [®])	20 – 100
Flunitrazepam (Fluninoc [®] , Rohypnol [®])	16 – 35
Flurazepam (Dalmadorm [®] , Staurodorm [®])	40 – 250
Lorazepam (Laubel [®] , Tavor [®])	10 – 24
Oxazepam (Adumbran [®] , Praxiten [®])	4 – 15
Zolpidem (Stilnox [®] , Bikalm [®])	1,5 – 4,5
Zopiclon (Ximovan [®] , Sonmosan [®])	5 - 6

(Voss 2011, Bernhard 2009, Laux, Dietmaier et al. 2002)

Problem der Gewöhnung

Dia von R. Holzbach,
Lippstadt/Warstein



Überlegungen im Umgang mit BZD abhängigen Bewohnern

- Nicht besserwisserisch über BZD aufklären
- Über stationäre Entzugs- und Entwöhnungstherapien aufklären
- Auf Ängste, den Anforderungen einer Therapie nicht gewachsen zu sein, eingehen
- nicht Stigmatisieren
- Alternativen anbieten
- Multiprofessionelles Team beispielsweise in der Fallbesprechung nutzen

Hypnotika: Grundregeln

- Toleranzentwicklung nach 3-4 Wochen
- Keine längerfristige regelmäßige tägliche Gabe,
- Alternativ:
 - Quotengeregelte Bedarfstherapie (max. 10 TD in 3 Wochen)
 - Wochenintervalltherapie (2-4 Wo. Dann 2-4 Wo Hypnotika-freies Intervall)
 - Tagesintervalltherapie (5 von 7 Tagen pro Woche)
 - Kontrollierte Bedarfsintervalltherapie (prospektive Festlegung von max. 3-4 Einnahmen pro Woche)

(Pollmächer T. Wetter TC: Schlafstörungen. In Hoelsboer F, Gründer G., Benkert O (Hrsg.)Handbuch der Psychopharmakotherapie, Springer 2012)

Fallbesprechung

- Ist vielleicht ein besonders wichtiges Instrument, vor allem um die verschiedenen Akteure zu vernetzen
- Narrativ versus strukturiert / und integriert!?
- Wer gehört dazu? Suchthilfe, Betreuer, Angehörige, Bezugspflegekraft, Moderator ...



Nikotinabhängigkeit

- Ca. 10 % der Frauen und 17 % Männer über 70 rauchen im Durchschnitt etwa 10 Zigaretten pro Tag (DHS)
- Tabakkonsum ist das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko (RKI 2006)

Wirkung von Tabak auf den ältere Menschen

- Herz-Kreislauf Störungen
- Höhere Infektanfälligkeit
- Glaukom, Makuladegeneration
- Krebsrisiko

Kombinationen scheinen besonders problematisch

- Konsum von Alkohol, BZD und Tabak
- Nikotinabhängigkeit und Depression
- Rauchen und COPD und Depression
- Depression fördert Tabakkonsum
- Tabakkonsum und Demenz

Reduzieren oder Rauchstopp

- Aufklären
- Aufhören lohnt sich praktisch immer
- Höhere Lebensqualität
- Anbieten von Entwöhnungsprogrammen
- Keinen Pessimismus verbreiten

- Vielleicht Nikotinersatztherapie einbeziehen.

Konsum von Zigaretten bei Pflegenden

- Viele Pflegende haben selber Erfahrung mit Tabakabhängigkeit
- Dieser Umstand sollte jedoch nicht dazu führen, dass diese Pflegende Bewohner nicht bei der Reduktion oder einem Rauchstopp unterstützen!

Entzugssymptome beim Fehlen von Alkohol	Entzugssymptome bei Nikotin	Entzugssymptome bei Benzodiazepinen
Gesteigerte Angst, Erregbarkeit	Unruhe	Tremor, Muskelkrämpfe
Halluzinationen, Wahnvorstellungen	Gereiztheit	Schweißbildung Kopfschmerzen Empfindlichkeit auf Lärm, Licht und Berührung
Veränderte Bewusstseinslage	Aggressivität	Schlafstörung
Tremor Ataxie	Depressionen/Stimmungsschwankungen	Dysphorie, Reizbarkeit Erregung, Schuldgefühle
Magen-Darm-Störungen	Benommenheit	Epileptische Anfälle Augenflimmern
Krämpfe	Konzentrationsstörungen	Optische Verzerrungen Verzerrungen wie Mikropsie und Makropsie
Tachykardie, Hypertonie	Zittern	Veränderung des Geschmacksinns
Elektrolytverschiebungen	Schwitzen	Störung des Körperschemas
Hyperglykämie	Kopfschmerzen	Psychotische Symptome
Schlafstörungen		Delir möglich
Schweißneigung		

Opiate: auf ein Wort!

- Spielen in der Altenhilfe noch sehr geringe Rolle (in Hamburg werden es ca. 600 Personen sein die einen Hilfebedarf haben Degkwitz et.al. 2008)
- Die Betroffenen wollen nicht in Altenheime
- Oft spielen Hepatitis und Straffälligkeit eine Rolle
- Die „Voralterung“ beträgt um die 20 Lebensjahre
- Spezifische Kenntnisse zur Betreuung sind notwendig

Einige fachliche Kompetenzen die bei Alkohol, BZD und Tabakabhängigkeit benötigt werden

- Verschiedene Assessments
- Motivierende Gesprächsführung (Miller, Rollnick 2005)
- Kurzinterventionen
- Stages of Change
- Serial Trial Intervention
- (ethische) Fallbesprechungen
- Kollegiale Beratung
- Niedrigschwellige Angebote
- Umgang mit Ablehnung und Aggression

Netzwerk

- Sucht- und Altenhilfe
(Kommunikationsstrukturen schaffen)
- Selbsthilfegruppen
- Sozial psychiatrische Dienste
- Fachkliniken (Fachärzte die auch in der Altenhilfe tätig werden)
- Kenntnisstand ausgleichen zwischen Alten- und Suchthilfe (welche Inhalte, Modelle, Fähigkeiten ...)



generelle Strategien zur Verbesserung der Pflege

- Öffentlichkeit herstellen
- Praxisnahe Materialien
- Interdisziplinäre Absprachen und Überprüfung
- Schwerpunktteilungen und integrative Konzepte
- Care und case Management auch über die Pflegestützpunkte
- Die Betroffenen besser erkennen
- Mehr Schwerpunkteinrichtungen?!
- Therapieplätze?!

Pflegeeinstufung

- Eine Pflegestufe wird bei Abhängigen älteren Menschen selten gewährt
- Der Pflegebedürftigkeitsbegriff bezieht sich auf körperliche Gebrechen
- Frühzeitig mit dem NBA (neues Begutachtungs-Instrument) Einstufungen avisieren (ab Beginn 2017)
- Die stationäre Versorgung in einem Altenheim ist nur mit einer Pflegestufe (SGB XI) möglich

Die pflegerische Herausforderung liegt ebenfalls in einigen Fragestellungen begründet

- Sollten Pflegekräfte immobilen abhängigen Bewohnern/Patienten Alkohol beschaffen?
- Sind Pflegekräfte mit verantwortlich für die hohe Zahl der BZD Abhängigen?
- Wie ist auf Handgreiflichkeiten bei alkoholisierten Bewohnern zu reagieren?
- Wie werden Ekel und persönliche Ablehnung einbezogen?

Hier können ethische Fallbesprechungen helfen

Was bedeutet Leben in der Altenhilfe für Abhängige Bewohner oder Kunden?

- Reglements in der Altenhilfe noch zeitgerecht?
- Angebote noch zeitgerecht?
- Ausstattung / Deko individuell und Bewohnerbezogen?
- Muss vielleicht für die hier Betroffenen, vor allem die jüngeren neu gedacht werden?



Den Glauben an die Betroffenen
nicht verlieren!

Lieben Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Altenpflege

Andreas Kutschke

Sucht – Alter – Pflege

Praxishandbuch für die
Pflege suchtkranker alter Menschen



HUBER 