

SUCHT IM ALTER „NICHT AUCH NOCH DIE!“

Ein Thema für die Altenhilfe
Sucht im Alter unerhört
33. Tag der Altenpflege

Andreas Kutschke

Ich stelle Ihnen in meinem Vortrag folgende Aspekte zum Thema vor

- Thema, Problemstellung
- Polypharmazie
- Benzodiazepinabhängigkeit
- Alkoholabhängigkeit
- Strategien im Umgang mit älteren Suchterkrankten
- Abhängigkeit von illegalen Drogen im Alter

Altenpflegeperspektive

- Stationäre / ambulante Altenpflege
- In aller Regel ohne Facharzt?
- Pflege ohne einen medizinischen Auftrag
- Der pflegerische Auftrag ist meistens nicht formuliert
- Bewohner haben einen Mietvertrag
- Eine gemeinsame Perspektive mit der Suchthilfe gibt es selten, sie könnte aber helfen

Sucht im Alter ein aktuelles und vielschichtiges Thema

- Beim Rauchen denkt man an Lungenkrebs, die Brandgefahr, den Schutz vor passiv Rauchen und vieles mehr
- Alkohol in verträglichen Mengen ist gesellschaftlich etabliert, hat er/sie sich nicht unter Kontrolle, stürzen die Betroffenen auf der sozialen Leiter meist ab
- Benzodiazepine sind von einem Arzt verordnet von daher also legitim, ob aber auch hilfreich? Erfüllen sie ihren Zweck auch auf Dauer unter genauer Betrachtung?
- Illegale Drogen spielen eine kleine aber brisante Rolle, die Überlebenden kommen jetzt in ein Alter wo manche von Ihnen Hilfe / Pflege benötigen

Eine Sucht kommt selten allein



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

Bisher kaum

- In der Fachliteratur findet man nur rudimentäre Hinweise auf das Thema und pflegerische Konzepte
- Fortbildungsangebote sind noch seltener (sie befinden sich hier in exklusiver Gesellschaft)
- Assessments die eine Alkohol oder BZD Abhängigkeit darstellen sind so gut wie nicht bekannt in der Altenhilfe
- Wohnangebote für aktive ältere Alkoholiker sind eher die Ausnahme als die Regel

Die pflegerische Herausforderung liegt auch in einigen alltäglichen Fragestellungen begründet!

- Sollten Pflegekräfte immobilen Bewohnern/Patienten Alkohol beschaffen?
- Gibt es ein Recht auf BZD bzw. auf Bedarfsmedikation?
- Ist Abstinenz immer das angestrebte Ziel?
- Wie ist auf Handgreiflichkeiten bei alkoholisierten Bewohnern zu reagieren?
- Ekel und persönliche Ablehnung sollten bei dem Thema nicht unterschätzt werden
- Und viele mehr

Jetzt auch noch „Die“?!

- Eine berechtigte Frage
- Wären Facheinrichtungen nicht besser?
- Sind es so viele, dass es ein eigenes Thema wert ist?
- Neben den Themen Demenz, QPR, Generalistik, Ausfallsmanagement, QI, einer veränderten Bewohner-/Kundenstruktur
- Ja jetzt auch noch Die! **Aber sie waren schon immer da**

Problem bei uns / wie vielleicht in vielen anderen Bereichen der Altenhilfe auch

Es gibt immer häufiger:

- Multimorbidität
- Wenige Arztkontakte
- Den Wunsch möglichst alle Beschwerden zu behandeln
- Aber auch die Situation, dass mehrere Ärzte gleichzeitig verordnen;

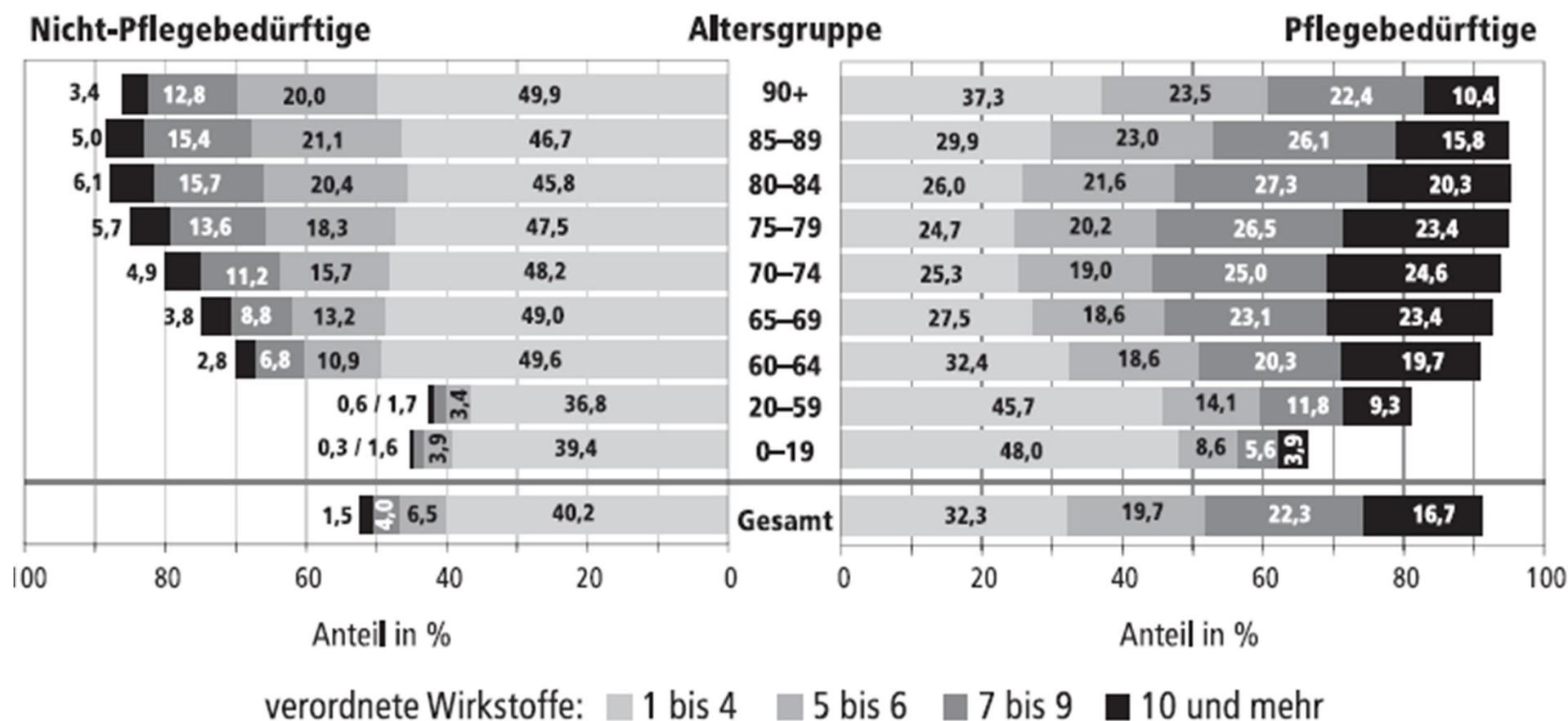
Daraus resultiert nicht selten

- Das es immer mehr Medikamente gibt,
- Oft sind diese nicht abgesprochen und manchmal doppelt verordnet
-

MANCHMAL IST ABHÄNGIGKEIT ODER EINE SCHÄDIGUNG EINFACH EIN MENGENPROBLEM

Polypharmazie muss in diesem Zusammenhang erkannt! aber auch gemeinsam nach Möglichkeit gemildert werden

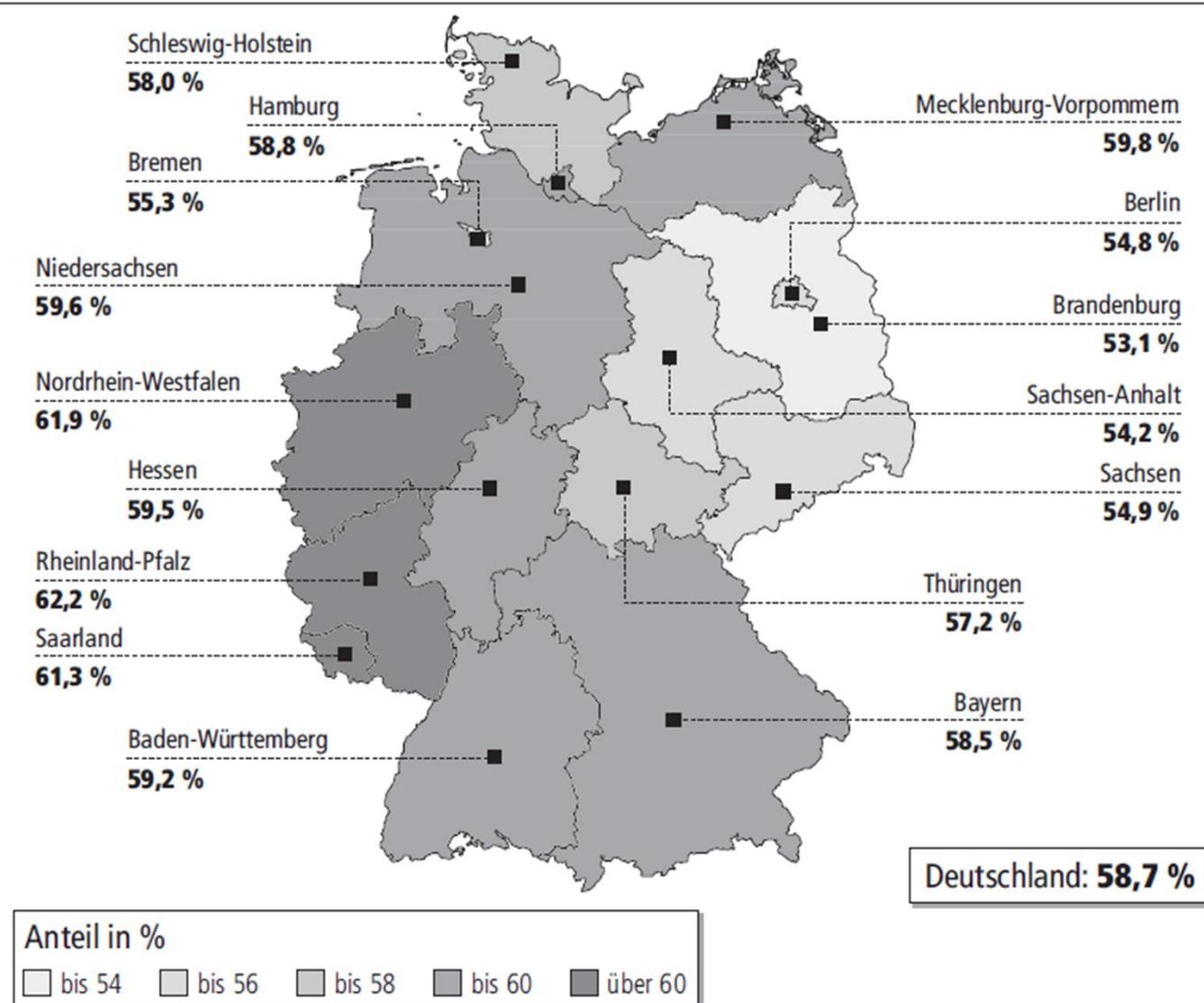
Anteil Patienten mit Polymedikation bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter im Durchschnitt der Quartale (2015)



Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2015)

Anteil Pflegebedürftiger mit Polymedikation (≥ 5 Wirkstoffe) nach Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2015

13



Quellen: AOK-Daten, Bundesländer standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2015)
Geometriedaten, GeoBasis-DE / BKG (2017)

Polypharmazie?!

- Von Polypharmazie spricht man wenn regelmäßig 5 oder mehr Medikamente je Tag eingenommen werden, exklusive der Bedarfmedikation

Bundesministerium für Bildung und Forschung, Broschüre Medikamente im Alter: Welche Wirkstoffe sind ungeeignet?

- Medikamente können, insbesondere im hohen Alter und bei chronischen Erkrankungen, das alltägliche Leiden lindern. Jedoch können einige Wirkstoffe im Alter spezielle Probleme auslösen. Welche das genau sind, hat ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Projekt in der PRISCUSListe dargestellt. Gegliedert nach Krankheitsbildern finden ältere Menschen, deren Angehörige und Pflegende allgemeinverständliche Hinweise zu Wirkungen

PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen

S. Hoyt, S. Schmiedl, P. A. Thürmann

Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten, Germany
Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal, Wuppertal, Germany

Priscus

universität
Witten/Herdecke

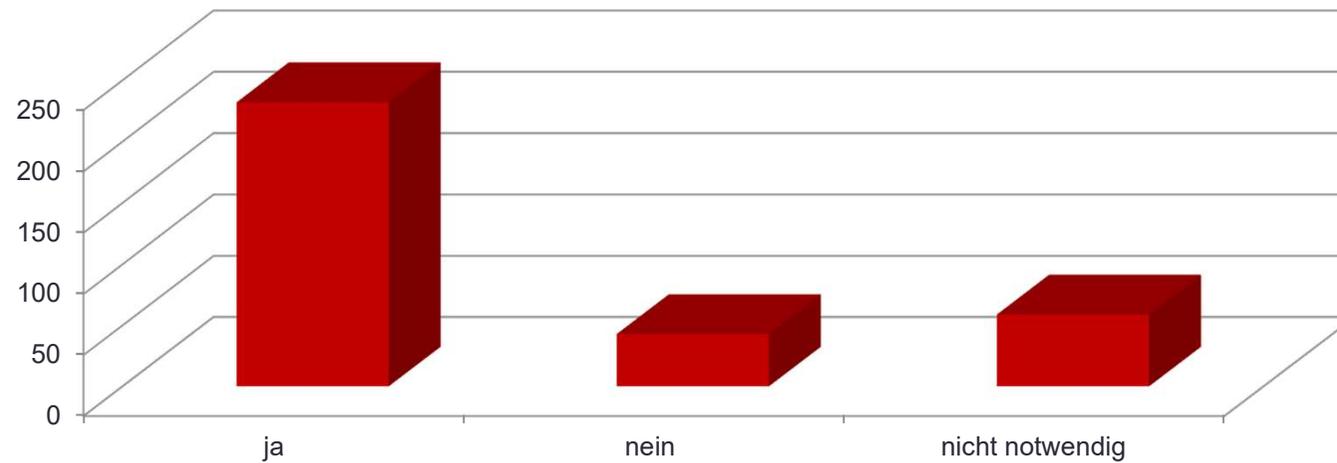
Polypharmazie und keine Ende

- Ab vier Medikamente ist die Interaktion der Stoffe nicht mehr vorhersehbar
- Medikamente können akkumulieren
- Medikamentenwirkung und Krankheitssymptome sind in vielen Fällen nicht zu differenzieren
- Zusätzliche Diagnosen bedeuten oft auch mehr Medikamente
- Ab 4 Medikamenten je Tag nimmt die Compliance der Betroffenen zunehmend ab
- Pharmakokinetik und –Dynamik verändern sich mit zunehmendem Alter

Polypharmazie / Benzodiazepine im St. Laurentius

- 96 Bewohner
- Im Durchschnitt bekommt jeder Bewohner 5,9 Medikamente
- 34 Bewohner bekommen mehr als 10 Medikamente
- Der Spitzenreiter erhält 18 verschiedene Med. in 36 Einzeldosen
- 22 Bewohner bekommen Benzodiazepine
- 50 % davon sogenannte Z-Drugs
- Alle länger als drei Monate

Hat der Apotheker oder Arzt die aktuellen Medikament auf Verträglichkeit überprüft, ist eine Frage bei den eigenen QI?



Überprüfung bei 5 und mehr Medikamenten notwendig
210 durchgeführt 24 nicht durchgeführt von 370

Wenige ungeeignete Medikamente werden oft verordnet

- Acetyldigoxin (bei Herzmuskelschwäche), Amitriptylin (Antidepressiva), Diazepam, Doxepin (Trizyklische Antidepressiva), Temazepam, Trimipramin (Trizyklisches Antidepressiva) und Haloperidol
- Waren in einer Untersuchung in Baden 40 % der nicht geeigneten Medikamente
- Frauen sind davon besonders oft betroffen (Ärztezeitung)

Eine Regel die empfohlen wird „start low, go slow“
Spielt in der Pflege eine wichtige Rolle

Benzodiazepine

- Manche älteren Menschen nehmen BZD oft seit vielen Jahren ein
- Viele Ärzte verordnen gewissenhaft, aber eben manche auch nicht
- Die Schwelle zur Abhängigkeit liegt oft bei unter sechs Wochen
- Viele verordnete Benzodiazepine werden nicht mehr primär wegen ihrer anxiolytischen Wirkung eingenommen, sondern um Entzugssymptome zu vermeiden.

Die Einnahme ist begründet mit:

- Schlafstörungen
- Unruhe
- Ängsten
- Unwohlsein
- Nicht selten auch mit Schmerzen

- Störung anderer Bewohner (vor allem bei Demenz)
- Klagen der Betroffenen nicht oder nicht ausreichend zu schlafen

Zahlen bei Benzodiazepinabhängigkeit

- 1 – 2 Millionen meistens Frauen nehmen mindestens einmal täglich ein BZD ein (DHS 2016)
- Ein Drittel der Altenheimbewohner nehmen mindestens 1 BZD für mehr als drei Jahre ein (Wurst 2012)
- Ein Drittel der konsumierten Benzodiazepine sind den Pflegekräften nicht bekannt (Interreg 2012)
- Über 15 % der Bewohner nehmen mehr als ein Benzodiazepin
- Eine fachärztliche Versorgung trifft nicht auf alle Bewohnern zu

(Triazolam, / Lorazepam) und (Z-Drugs) sind besonders oft anzutreffen

Wirkung der Benzodiazepine

- Schlafanstoßend (hypnogen)
- Angstlösend (anxiolytisch)
- Krampflösend (antikonvulsiv)
- Muskelentspannend (muskelrelaxierend)
- Sie wirken über den Mechanismus des Neurotransmitter Gamma Aminobuttersäure er macht nachgeschaltete Überträgerstoffe kurzfristig unempfindlich für erregende Überträgerstoffe, es kommt zu einem Bremsseffekt.

Unerwünschte Wirkungen

- Müdigkeit / Schläfrigkeit
- Apathie
- Konzentrationsstörungen
- Gelegentlich Kopfschmerzen
- Dysarthrie und Ataxie
- Amnesie
- Sucht

Weit über 14 Millionen Packungen dieser Medikamente wurde 2003 ausgegeben.

Folgen einer längeren BZD Einnahme

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

Fast alle diese Aspekte spielen im Alltag eines Seniorenheims eine wichtige Rolle

Auswirkungen auf viele Alltagssituationen

- Kognitives Training (verlangsamt)
- Kraft und Balance Trainings (Reaktion bei Übungen verlangsamt)
- Körperpflege am Morgen (Selbstständigkeit ist reduziert)
- Gehen / Spaziergänge (Sturzgefahr)
- Aktivitäten am Tag (verlangsamt und eingeschränkt)
- Chronobiologische Störungen uvm.

Benzodiazepine sind bei den KollegInnen vor Ort kaum ein Thema



Verordnung bei einem Bewohner

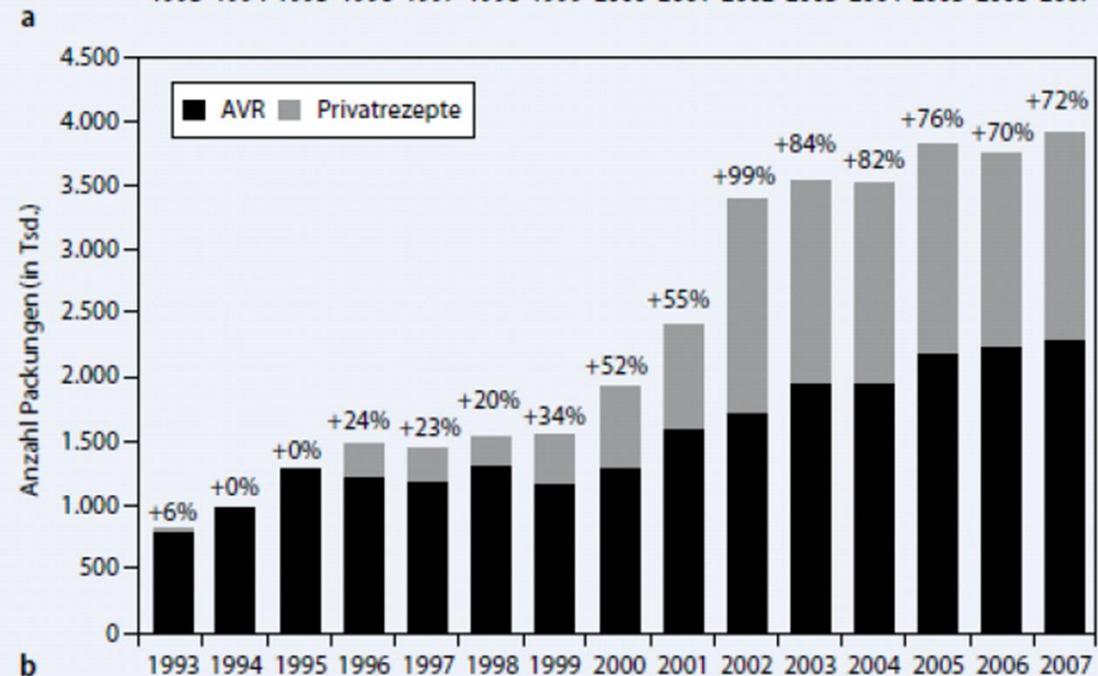
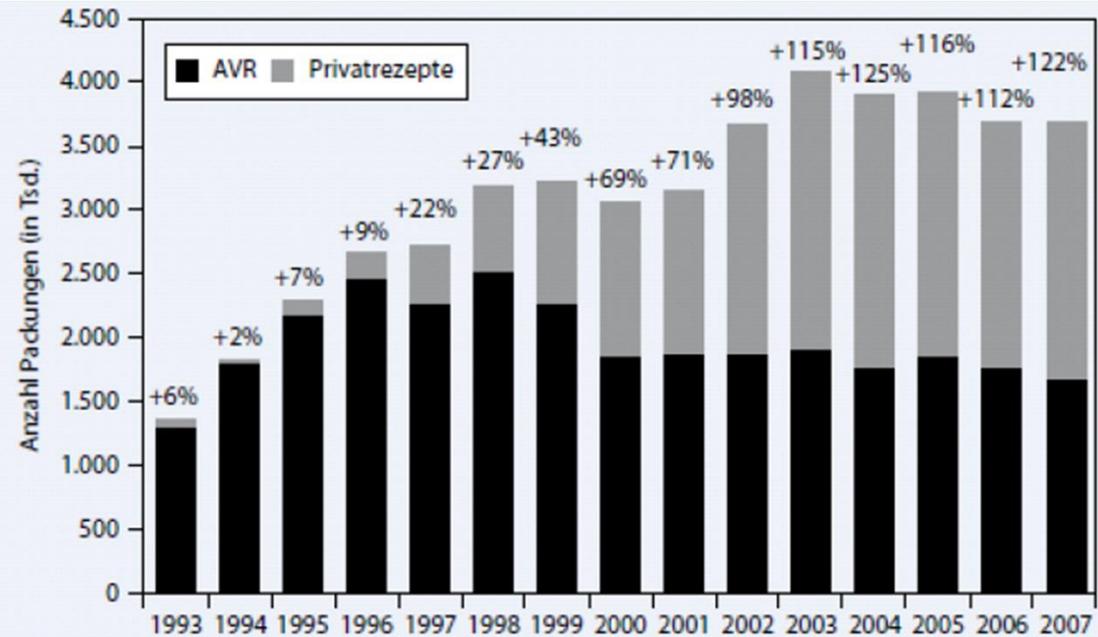
- Bewohner mit einer diag. Demenz / hoch mobil, freundlich, bindungsaktiv, MMSE < 8
- 1 – 0 - 1 - 1 Melperon® 25mg
- 0 – 0 – 0 – 1 Remestan® (Temazepam)
- Bei Bedarf Zopiclon® ohne Begrenzung
- Bei Bedarf Melperon® 25mg ohne Begrenzung

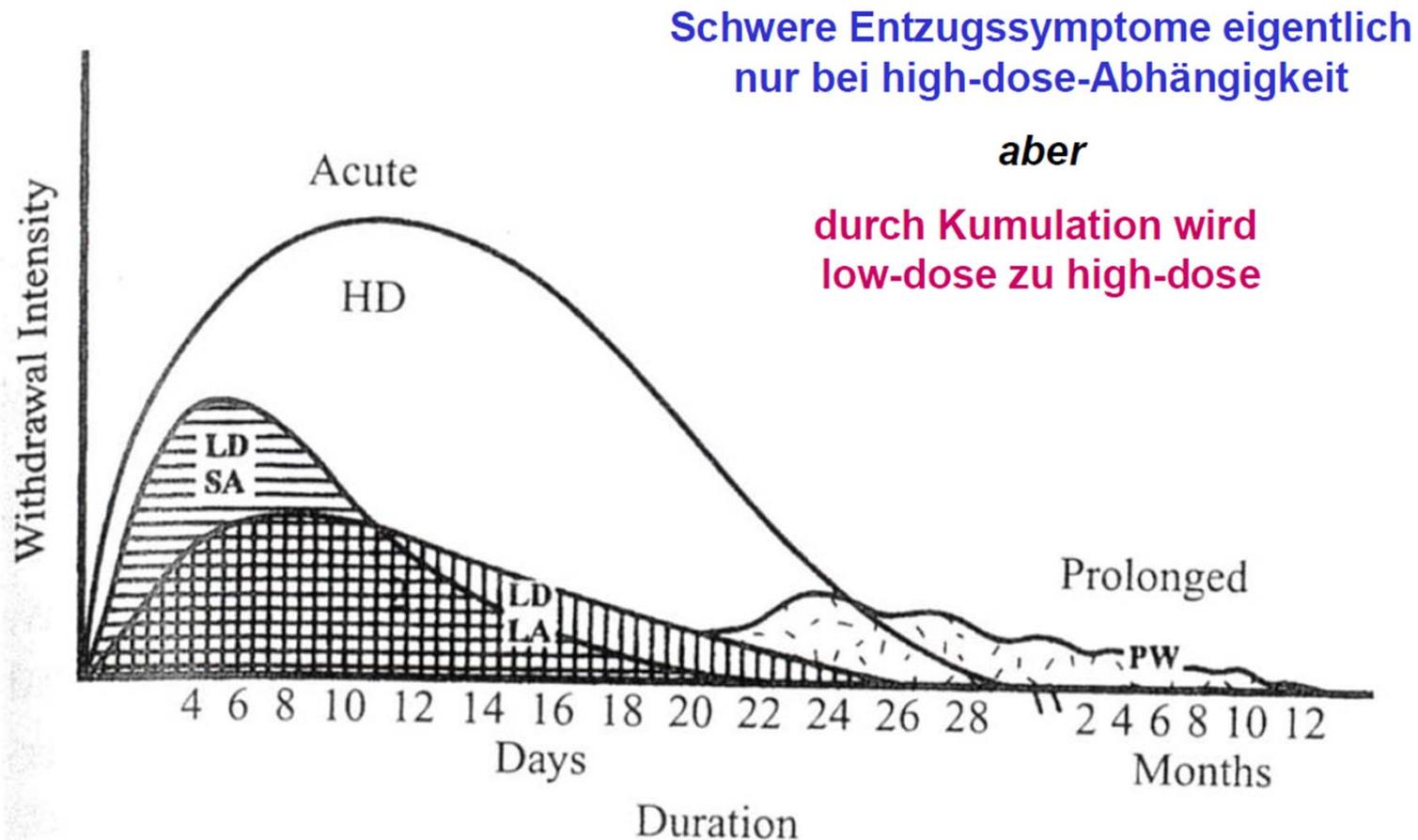
- Nach der einmaligen Einnahme von Zopiclon akute Sturzgefährdung, in der Folge mehrere Stürze (4x)
- Schläfrigkeit vor allem Vormittag
- Bindungsverhalten unbeeinflusst

Häufige Benzodiazepine

Substanzen/Handelsnamen	Halbwertszeit 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

Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007





HD = high dose; LD = low or therapeutic dose;

SA = short-acting; LA = long-acting; PW = prolonged withdrawal

Dickinson & Eickelberg 2009 (in: Principles of Addiction Medicine, 4th Ed.)

Beispielhafte Situation im Seniorenheim Linn/Krefeld

- Anzahl der Bewohner mit **mehr als 5 Medikamenten** :

gesamt: 67; (ca 72 %)

Lohbruch: **23**; Burgpark: **19**; Rheinhafen: **25**

- **Psychopharmaka / Antipsychotika:**

gesamt: 55; (ca. 61 %)

Lohbruch: **22**; Burgpark: **18**; Rheinhafen: **15**

- **Benzodiazepine** (auch Z Drugs)

gesamt 24: (ca. 26 %)

Lohbruch: **10**; Burgpark: **9**; Rheinhafen: **5**

(davon ca. **16** Bedarfsmedikation zum Teil weniger als **10** Tab. In **4** Monaten)

(Auskunft Apotheker Krüger Linn)

5 Schritte Strategie zum zielgerichteten Handeln, Verstehende Diagnostik (Serial Trial Intervention Kovach / Fischer)

- 1. Schritt:

Körperliches Assessment,

z.B. Urin, Schmerzen (Schmerzassessment z.B. BESD) ,
Verstopfung, Hunger, aktuelle Änderungen der
Medikamente ,

Ist eine Intervention notwendig wird diese durchgeführt, ist
das Verhalten nicht verändert folgt Schritt 2.

(verstehenden Diagnostik Umgang mit herausforderndem
Verhalten BMG 007)

- Schritt 2:

Beeinflussen Umgebungsfaktoren das Wohlbefinden?
(affektives Assessment)

z.B. zuviele Reize, laute Umgebung, Hitze oder Kälte,
sensorische Deprivation ...

Liegt das Verhalten auch nicht an den Umgebungsfaktoren
folgt Schritt 3

- Schritt 3:

Nicht medikamentöse Maßnahmen

z.B. Massagen, Bewegung, Ablenkung, Snoezelen oder
Erinnerungsarbeit ... erfolgt auch hierdurch keine
Veränderung folgt Schritt 4

- Schritt 4:

Versuchsweise Gabe eines Schmerzmittels

Im engen Kontakt mit dem Arzt sollte eine angemessene Dosis Schmerzmittel angesetzt werden,
Verhaltensbeobachtung!

Führt dieses Verfahren nicht zu einer Veränderung folgt
Schritt 5

- Schritt 5:

Beratung mit dem Facharzt und ggf. Gabe von spezifischen
Psychopharmaka

(Fischer et al. 2010)

Medikamente stellen, geben und Verhaltensweisen beobachten wird nicht bezahlt

neue Caritas Altenhilfe

Krankenkassen sollten die medizinische Behandlungspflege in Altenheimen bezahlen

- Eine Untersuchung des VKAD (Verband katholischer Altenhilfe) hat ergeben, dass die Krankenkassen etwa drei Milliarden Euro dadurch einsparen, dass im stationären Bereich die Kosten für die Behandlungspflege von der Pflegekasse nicht getragen werden. Die so entstandene Gerechtigkeitslücke muss geschlossen werden.

(Online vom 12.05.19)

- Zeitmessungen in Krefeld und Elmpt kommen auf 1,1 examinierten Stellen je Tag je 30 Bewohner

Hypnotika: Grundregeln

- Toleranzentwicklung nach ca. 4 -6 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)

Gibt es Leitlinien oder Hinweise zu unserem Thema?

- S3-Leitlinie
- “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen”
- S3-LL „Medikamentenbezogene Störungen“
- AMTS Was ist „Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)“?

Unter dem Begriff der **Arzneimitteltherapiesicherheit** fasst man alle Maßnahmen zusammen, die dafür sorgen, dass ein Arzneimittel richtig angewendet wird.

Insbesondere muss dafür gesorgt werden, dass alle Schritte des Medikationsprozesses möglichst reibungslos organisiert sind und ineinander greifen



Ein paar allgemeine Informationen zum Alkoholkonsum

- 10 L Reinalkohol pro Kopf und Jahr
- Einen riskanten, gesundheitsgefährdenden Konsum betreiben 14 % der erwachsenen Bevölkerung (im Alter zwischen 19 und 64 Jahren),
- schädlichen Alkoholgebrauch betreiben (Männer 4,7 %, Frauen 1,5 %),

Alkoholkonsum und dessen Folgen

- Jährlich sind in Deutschland etwa 74 000 Sterbefälle auf den Alkoholkonsum zurückzuführen, dies entspricht etwa 10 % der Gesamtmortalität
- Die schädlichen Auswirkungen des regelmäßigen Alkoholkonsums auf verschiedene periphere Organsysteme sind vielfach nachgewiesen.
- Besonders zu erwähnen ist die erhöhte Karzinogenese und das Risiko für Erkrankungen innerhalb der Mundhöhle

DIE PFLEGENDEN STEHEN OFT
ZWISCHEN DEN BEIDEN STÜHLEN,
VON DENEN DER EINE **FÜRSORGE**
UND DER ANDERE **FREIHEIT UND**
AUTONOMIE HEIßT!

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

Zahlen zur Sucht im Alter

- 3,1 % der Männer und 0,5 % der älteren Frauen sind abhängig (ca. 400 000 über 65). Die Dunkelziffer liegt wahrscheinlich dreimal so hoch. Zwei Drittel waren bereits in jüngeren Jahren abhängig (first onset).
- 10 - 14 % der Heimbewohner weisen eine Alkoholdiagnose auf
- Von einem Schlafmittelabusus sind Frauen deutlich häufiger betroffen.

Zahlen

- 27,0 % der männlichen Befragten ab 65 Jahren weisen einen riskanten Alkoholkonsum nach AUDIT-C auf (AUDIT-C ≥ 4 bzw. AUDIT-C ≥ 5). (2010 RKI)
- 15 % der über 65 jährigen Männer trinken über 60 Gramm Alkohol am Tag (gleich 2,5 Millionen Menschen)
- Die geburtenstarken Jahrgänge werden jetzt älter, das führt praktisch automatisch zu einer Erhöhung der Betroffenenanzahl, verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass dies eine ökonomisches und gesellschaftliches Problem ist und wird

Der AUDIT (Babor et al. 2001; Saunders et al. 1993)

Alcohol Use Disorders Identification Test

EIN TEIL DER BETROFFENEN DIE
MEHR ALS 60 GRAMM ALKOHOL AM
TAG KONSUMIEREN WERDEN IM
ALTENHEIM NICHT ERKANNT!
(INTERREG. 2012)

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

Gründe für Abhängigkeit und schädlichen Gebrauch im Alter

- Verschiedene Modelle (biologisch, neurowissenschaftlich und andere)
- Minderung der Alkoholtoleranz im Alter
- Rückgang sozialer Kontakte
- Geldmangel
- Die unterschiedlichsten Verlusterlebnisse
- First – onset, (Beginn der Sucht im Erwachsenenalter)
- Late – onset (Beginn im höheren Alter z.B. ab 60)

Physiologische Veränderungen im Alter, welche die Alkohol und Medikamentenwirkung verstärken

- Verändertes Körperwasser (reduziert)
- Kreatininclearance
- Eliminationshalbwertszeit (erhöht)
- Hepatische Elimination ist verringert

Dies bedeutet: bei gleicher Alkoholmenge verstärkt sich die Wirkung im Alter die Alkoholtoleranz wird geringer

Verschiedene Gruppen die stationär und ambulant betreut werden

- Die die nie oder sehr wenig getrunken haben
- Die die sozial angepasst getrunken haben
- Die die „trocken“ geworden sind
- Die die noch trinken aber reduzieren oder aufhören wollen
- Die die weiter trinken wollen oder nicht mehr die „Kraft“ haben zu reduzieren

Für die letzten drei genannten Gruppen bedarf es besonderer Pflegesettings

Diagnosestellung „Sucht Abhängigkeit“ im Alter ist schwieriger

- Überlagerung durch Multimorbidität
- Die Patienten kommen meistens wegen allgemeiner Symptome wie Schmerzen, Schlafstörungen, Depressionen oder Angst
- Oft sind Lungen oder Herzerkrankungen die im Vordergrund stehen
- Der Trinkstil ist nicht leicht vom sozial akzeptierten Trinken zu unterscheiden
- Diagnoserelevante Arbeitsplatzprobleme fallen in der Regel weg
- Nur 37 % der älteren Alkoholiker werden richtig diagnostiziert

Wie erkennt man einen schädlichen Gebrauch?

- Positives Screening
- Laborwerte erhöht GGT MCV und andere
- Koordinationsstörungen (u.U. Polyneuropathien)
- Wiederholtes auftreten eines Alkoholfötor
- Gesichtsröte, Leberschäden, Bluthochdruck, Gastritis,
- Soziale Auffälligkeiten, Enthemmung, Vernachlässigung der Körperhygiene, Isolation
- Neben CAGE und MAST-G gibt es den AUDIT der von der WHO empfohlen wird und viele weitere



MAST –G (Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric version)

- Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben wie viel Alkohol Sie trinken?
- Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder ein Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten?
- Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihre Zittrigkeit oder ihr Zittern zu verhindern?
- Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern?

- Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen?
- Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können?
- Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in Ihrem Leben erlitten haben?
- Hat Ihnen schon einmal eine Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums?
- Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klar zu kommen?
- Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen?
- Bei mehr als **zwei Ja Antworten** gibt es wahrscheinlich ein Problem

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 Stimulanzien 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

Abhängig im Sinne des ICD 10 ist...

- Craving
- Verminderte Kontrollfähigkeit
- Körperlicher Entzug
- Nachweis einer Toleranz
- Vernachlässigung
- Anhaltender Konsum trotz physischer und oder psychischer Schädigung

Das aktuelle ICD 10 finden sie im Internet am besten auf der Seite des DIMDI (Deutsches Institut für Dokumentation und Information)

- *ICD-10-GM Version 2020*
- *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
10. Revision German Modification Version 2020*

Eine Basisqualifikation im Bereich der Pflege ist die – Beobachtung!

- Verhaltensweise
- Vitalwerte
- Trink- und Essgewohnheiten und vieles mehr
- Auch das Erkennen von Entzugssymptomen
- Und natürlich der „psychische Befund“!

**Entzugssymptome beim
Fehlen von Alkohol**

**Gesteigerte Angst,
Erregbarkeit**
**Halluzinationen,
Wahnvorstellungen**
**Veränderte
Bewusstseinslage**
Tremor Ataxie
Magen-Darm-Störungen
Krämpfe
**Tachykardie,
Hypertonie**
**Elektrolytverschiebung
en**
Hyperglykämie
Schlafstörungen

**Entzugssymptome bei
Nikotin**

Unruhe
Gereiztheit
Aggressivität
Depressionen/Stimmung
sschwankungen
Benommenheit
Konzentrationsstörungen
Zittern
Schwitzen
Kopfschmerzen

**Entzugssymptome bei
Benzodiazepinen**

Tremor, Muskelkrämpfe
Schweißbildung
Kopfschmerzen Empfindlichkeit
auf Lärm, Licht und Berührung
Schlafstörung
Dysphorie, Reizbarkeit
Erregung, Schuldgefühle
Epileptische Anfälle
Augenflimmern
Optische Verzerrungen
Verzerrungen wie Mikropsie und
Makropsie
Veränderung des
Geschmacksinns
Störung des Körperschemas
Psychotische Symptome

Zusätzliche Komplikation

- Gastritis oder Mund- Darm und Speiseröhrenkrebs
- Ulcusleiden
- Mangel- oder Unterernährung
- Leber und Pankreaserkrankungen wie Leberzirrhose mit Spider Naevy oder Caput Medusae
- Kardiomyopathien / Pankreaskrazinom
- Stoffwechselerkrankungen
- Epileptische Anfälle etc.
- Korsakow Syndrom
- Menschen mit schwerer Trinkanamnese erkranken 4,6 x häufiger an Demenz
- Stürze

Warum werden ältere Suchterkrankte häufig nicht erreicht

- Komm Struktur bei den therapeutischen Angeboten
- Meistens wird Behandlungsbereitschaft vorausgesetzt
- Es gibt nicht genug gemeindenahe Hilfsangebote
- Der Betroffene soll sich nachhaltig ändern
- Die Altersgrenze, bei Therapien liegt meist bei 60
- Die Familie wird oft nicht mit einbezogen, dies spielt aber eine wesentliche Rolle bei der Therapie oder Behandlung
- Angebote für Menschen die Abstinenz sind gibt es, aber nur wenige für „nasse ältere Alkoholabhängige“

Therapieziele / Strategien

- Leistungen des Lebens würdigen
- Planung und Perspektiven für den verbleibenden Lebensweg erstellen
- Verbesserung der Konzentration
- Kontakte herstellen,
- Umgang mit fehlender Zärtlichkeit,
- Gewinn an Lebensfreude
- Abstinenz wird nicht immer das Ziel sein
- Den Kontakt zum Betroffenen nicht verlieren

Kontakt und Zugang zum Betroffenen herstellen und halten

lebensbedrohende Einflüsse erkennen und abwenden

Grundbedürfnisse wie Ernährung und Pflege sichern

tragfähige Beziehung (en) herstellen

Milieu und Umfeld sichern und stabilisieren

Alkoholkonsum, BZD Einnahme verringern oder stabilisieren

Einbinden in eine Gemeinschaft

1 Selbstpflege und 2 Abstinenz



Wie viel ist zu viel?

Das amerikanische Institute on Alcohol Abuse empfiehlt für über 65 nicht mehr als 10 g Alkohol je Tag. Das entspricht

- 0,25l Bier
- 0,125l Wein
- 0,04l Schnaps das ist ein Doppelter Schnaps
(Standarddrinks)

Die DHS geht bei Frauen von 12g und bei Männern von 24g je Tag aus.

Information zur Prävention!



Pflegerische Strategien und Konzepte im Umgang mit Bewohnern die alkoholabhängig sind,

Die Motivierende Gesprächsführung fördert die Selbstwirksamkeit, den Glauben, sich verändern zu können. Der Patient ist für die Entscheidung zur Veränderung und deren Umsetzung verantwortlich. Der Glaube des Therapeuten an die Fähigkeit der Person, sich zu verändern, wird zu einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung (Selffulfilling Prophecy).

Beispielhafte offene Fragen zur Bewusstmachung und Änderung

- «Was gefällt Ihnen am Trinken?»
- «Was beunruhigt Sie an der gegenwärtigen Situation?»
- «Was glauben Sie wird geschehen, wenn Sie nichts verändern?»

(Miller Rollnick 2004)

Haltung im Gespräch

- Empathie: sich in die Situation und die Ambivalenz der Betroffenen versetzen und die Änderungsresistenz erkennen
- Diskrepanz erzeugen, der Betroffene soll für sich klären, inwieweit sein Verhalten im Widerspruch zu seinen Zielen steht.
- Helfende sehen auch immer gute Gründe für eine Beibehaltung des problematischen Verhaltens,
- Selbstwirksamkeit stärken, das Fördern von Optimismus und Zuversicht sind in jedem Fall hilfreich

Förderung der Änderungsbereitschaft

- Verringerung der Trinkmenge
- 2 alkoholfreie Tage pro Woche
- Keine Vorratshaltung
- Alkoholfreie Getränke zum Durstlöschen
- Kein Alkohol auf nüchternen Magen
- Kein Alkohol vor 17. Uhr



«Stages of Change»

1. Schritt: Sorglosigkeit

Fehlende oder eingeschränkte Problembewusstheit

Alkohol mit seinen Wirkungen und Nebenwirkungen aufzeigen

2. Schritt: Bewusstwerdung

Stadium der Nachdenklichkeit

Probleme der Abhängigkeit von Alkohol verdeutlichen

3. Schritt: Bereitstellung und Klarheit

Idee entwickeln wie eine Veränderung (Reduktion z.B.) gehen kann.

4. Schritt: Handlung und Bewegung

Nebenwirkungen besprechen, durchführen und reflektieren

5. Schritt: Aufrechterhalten und Stabilisierung

Regelmäßige Gespräche und Nachfragen über den Status, wie es geht.

(Maurischat 2001)

Kontrollierter Alkoholkonsum

- Absprache mit allen Betroffenen vor allem dem Betreuer
- Zeiten und Mengen werden festgelegt
- Laps und Relaps werden immer möglich sein
- Zuverlässigkeit und Konstanz ist ein Schlüssel zum Erfolg

Pflegerische und soziale Schwerpunkte

- Ernährung mit Vitaminen und Ballaststoffen
- Sturzprophylaxe mit Kraft-Balance-Training
- Körperpflege mit möglichst viel Selbstbeteiligung der Betroffenen
- körperliche Probleme erkennen und konsequent behandeln
- Einbindung in Bewegungs- und Kreativangebote
- Förderung der Bewältigungskompetenz in belastenden Situationen wie Einsamkeit, Langeweile,
- Förderung von Genuss- und Entspannungsfähigkeit
- sinnstiftende Arbeit
- positive Erfahrungen mit Menschen und Gemeinschaft erlebbar machen.

Alltagsregeln/hilfreiche Aspekte im pflegerischen Umgang mit Abhängigkeitserkrankten

- hohes Maß an Geduld und kein Moralisieren
- konsequentes, aber immer zugewandtes Handeln
- enge Kooperation mit den Drogenberatungsstellen und Selbsthilfegruppen
- Familie miteinbeziehen
- **Lebensleistung anerkennen**
- **nicht stigmatisieren** (jede Lebenssituation ist einzigartig)
- **kein Fatalismus** («In dem Alter lohnt sich eine Abstinenz doch nicht mehr! »)
- **Vereinbarungen treffen** (aber damit rechnen, dass sie nicht eingehalten werden können)

Pflegerische Strategien

- Wenn nötig, sollten **Fallgespräche** aller Beteiligten Strategien planen, die Umsetzung der Maßnahmen kann durch **Pflegevisiten** gesichert werden. Die Begleitung abhängiger Patienten erfordert verlässliche Absprachen im Betreuungsteam. Werden Absprachen durch Pflegekräfte nicht eingehalten, wird es eine Polarisierung geben. Die Patienten unterscheiden dann «gute» von «bösen» Pflegekräften. Dies gilt es zu vermeiden!

Rauchen

- Ist das größte Einzelrisiko früher zu versterben
 - Mehr Männer als Frauen, dafür hören mehr Männer als Frauen auf
 - nach zehn Sekunden kommt es zu ersten Wirkungen im Gehirn
 - Ein entscheidender Punkt für die nächste Zigarette ist das Craving
 - Nikotin ist der Hauptwirkstoff und wirkt zentral auf fast alle Botenstoffe, es beruhigt, dämpft und entspannt
 - Problematisch sind die vielen anderen Inhaltsstoffe
 - Rauchen beeinflusst die Kognition negativ
- (wenn sie rauchen schauen sie mal auf den Fagerström Test)

Rauchstopp im zeitlichen Verlauf

- Nach 20 Minuten - Puls und Blutdruck sinken auf normale Werte.
- Nach 24 Stunden - Das Herzinfarkttrisiko geht bereits leicht zurück.
- Nach 48 Stunden - Die Nervenenden beginnen mit der Regeneration Geruchs- und Geschmackssinn verbessern sich.
- Nach 2 Wochen bis 3 Monaten - Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.
- Nach 1 bis 9 Monaten - Die Hustenanfälle, Verstopfung der Nasennebenhöhlen und Kurzatmigkeit gehen zurück.
- Nach einem Jahr - Das Risiko, dass der Herzmuskel zu wenig Sauerstoff erhält, ist nur noch halb so groß wie bei einem Raucher.
- Nach 5 Jahren - Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, ist um 50 % gesunken. Ebenso ist das Risiko für Krebserkrankungen von Mundhöhle, Luft- und Speiseröhre um die Hälfte zurückgegangen.
- Nach 10 Jahren - Das Lungenkrebsrisiko ist weiter gesunken bis auf ein normales Niveau. Zellen mit Gewebeveränderungen, die als Vorstufe eines Krebses aufzufassen sind, werden ausgeschieden und ersetzt. Auch das Risiko für weitere Krebsarten sinkt.
- Nach 15 Jahren - Das Risiko eines Herzinfarkts ist nicht höher als das eines Nichtraucherers.

Es ist eine persönliche Entscheidung

- Aufzuhören oder nicht
- Aber der Hinweis auf die Problematik und Möglichkeiten des Rauchstopps sind trotzdem hilfreich
- Kontakte zu Entwöhnungsprogrammen können hergestellt werden

Bewohner mit Konsum illegaler Drogen?

- Selten
- Unterschied Stadt Land
- Ein Problem ist auch das Umfeld,
- Kriminalität,
- Folge- und Begleiterkrankungen
- Ein großes Problem ist die Voralterung 50 jährige haben die Fitness von 75 jährigen
- es gibt offenbar einen unbefriedigten Bedarf
- In Hamburg leben wahrscheinlich ca. 500 – 800 Drogenabhängige die stationärer Hilfe bedürfen

Umgang mit illegalen Drogen im Altenheim

- Es werden zum teil dringend Plätze gesucht
- Die Betroffenen wollen häufig aber nicht ins Altenheim...
- Pflegekräfte sind selten auf diese Personen eingestellt
- Umgang mit Ersatzstoffen oder direktem Heroin,
- Ggf. wird auch direkt gespritzt, wie ist die rechtliche Situation wenn der Betroffene das nicht mehr kann
- Umgang mit Hepatitis C
- Mit Kriminalität
- Aber auch Erkrankungen wie Diabetes und Osteoporose treten früher und oft auf

	Altersgruppen		
	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge	5,1%	2,1%	1,2%
Cannabis	4,0%	1,7%	0,4%
Amphetamine	1,0%	0,1%	0%
Methamphetamine	0,4%	0%	0%
Ecstasy	0,7%	0,1%	0%
LSD	0,6%	0%	0%
Heroin & andere Opiate	0,6%	0,1%	0,1%
Kokain/ Crack	0,8%	0,1%	0%
Pilze	0,7%	0%	0%
NPS*	1,1%	0,4%	0,8%
Inhalanzien	0,3%	0,1%	0%

„Neue psychoaktive Substanzen“*

Fachliche Aspekte und Angebote

- Assessments wie CAGE, Audit, MAST - G
- Motivierende Gesprächsführung (Miller, Rollnick)
- Stages of Change
- Trinktagebuch
- Kurzinterventionen Frames
- Pflegevisiten oder Fallbesprechungen
- Kollegiale Beratung
- Niedrigschwellige Angebote

Aktivitäten zur Reduktion von Polypharmazie und Benzodiazepine

- Schulungen der Mitarbeiter zum Thema Medikamente (auch durch die Vertragsapotheken)
- Fortbildungen zum Thema Sucht im Alter am besten multiprofessionell
- Überprüfungen durch Apotheken,
- Pflegebeobachtung / ärztliche Kommunikation
- Qualitätsindikator
- Risiko Erhebung Sturz und Mobilität, Fallgespräche

Weiter Aktivitäten

- Rückkoppelung bei 5 und mehr Medikamenten über die Apotheke
- Kommunikation bei der Med. Verordnung (Arzt, Apotheke, Seniorenheim)
- Teilnahme am AMTS „Projekt“ der Bundesärztekammer
- Serial Trial Intervention u.a
- Koop von Hausärzten/Fachärzten und Apotheken

- Die Schulungen benötigen vielleicht mehr Hinweise auf Langzeitwirkung, Auswirkungen auf die Psyche auf die Mobilität, Kreativität, den Antrieb usw.

Strategien

- Konzeption für die beschriebenen Bewohner erstellen
- Den pflegerischen Umgang mit der Abhängigkeit im Pflegeprozess planen
- Mehr berufspolitische Öffentlichkeit herstellen
- Einstufung in einen Pflegegrad

- Auf ein Wort und unter der „Brücke“

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



Altenpflege

Andreas Kutschke

Sucht – Alter – Pflege

Praxishandbuch für die
Pflege suchtkranker alter Menschen



HUBER 

Gerontopsychiatrie

für Pflegeberufe

Klaus Maria Ferrar
Erika Sirsch
Andreas Kutschke

2., aktualisierte und erweiterte Auflage



 Thieme



