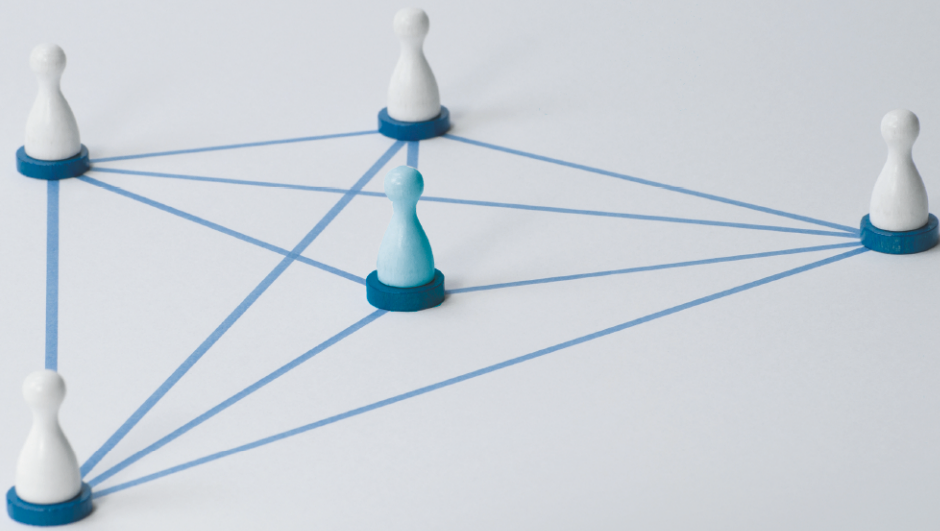




Tanja Hoff · Ulrike Kuhn
Silke Kuhn · Michael Isfort *Hrsg.*

Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege

Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege

Tanja Hoff
Ulrike Kuhn
Silke Kuhn
Michael Isfort
Hrsg.

Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege

Mit 23 Abbildungen

Herausgeber

Tanja Hoff

Katholische Hochschule NRW
Köln
Deutschland

Ulrike Kuhn

Katholische Hochschule NRW
Köln
Deutschland

Silke Kuhn

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Hamburg
Deutschland

Michael Isfort

Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e.V.
Köln
Deutschland

ISBN 978-3-662-53213-3

ISBN 978-3-662-53214-0 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-53214-0

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Fotolia/Daniel Coulmann

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Deutschland

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort der Herausgeber

Aktuell wie auch prognostisch steigen die Prävalenzzahlen von Alkohol-, Medikamenten- und Tabakmissbrauch/-abhängigkeit unter älteren Menschen. Dabei erweisen sich vor allem die Zugangswege des Suchthilfesystems zu dieser älteren Zielgruppe als schwierig. Wenn aber suchtttherapeutische Behandlungen stattfinden, sind sie ähnlich wirksam wie bei jüngeren Personengruppen.

Die Erkenntnisse zur Lebenssituation, zum pflegerischen Versorgungsbedarf wie auch zu pflegerischen Vorgehensweisen bei älteren Suchtkranken sind dabei im Bereich Alkoholabhängigkeit weiter fortgeschritten als hinsichtlich der Zielgruppe illegal drogenabhängiger Älterer. Aber auch Personen, die von illegalen Drogen abhängig sind oder waren, werden heute unter anderem durch die mittlerweile etablierten Substitutionsbehandlungen deutlich älter als früher und somit vermehrt auch zum potenziellen Klientel der geriatrischen Pflege und Versorgung.

Ältere Menschen sind eine besonders relevante Zielgruppe für die Verschreibung von psychisch wirksamen Medikamenten, vor allem von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen. Inadäquate Medikationen auch im Niedrigdosisbereich können Nebenwirkungen verursachen, die auch von erfahrenem Pflegepersonal nur schwer von Alterssymptomen zu unterscheiden sind.

In der repräsentativen Studie (Kuhn u. Haasen 2009) wurde die Frage nach einem Unterstützungsbedarf bei einer Konzeptfindung zum Umgang mit Personen mit einem Suchtmittelproblem von 34,6% der ambulanten und 28,9% der stationären Pflegeheime bejaht; weitere 34,8% der ambulanten und 32,0% der stationären Einrichtungen waren hier zumindest unentschieden. Vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl ambulanter Dienste (2013: 12.745) und teil-/vollstationärer Einrichtungen (2013: 13.030) in Deutschland lässt sich daraus für ca. 4440 ambulante Dienste und 4170 teil-/vollstationäre Einrichtungen ein Unterstützungsbedarf bei der Konzeptentwicklung schätzen. Dieser konzeptionelle Unterstützungsbedarf kann von den Einrichtungen selbst derzeit nur unzureichend eingelöst werden.

Für ältere Personen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit in der stationären Altenhilfe gilt im Vergleich zu solchen ohne diese Diagnose: Sie sind deutlich jünger, häufiger in ungefestigten sozialen Beziehungen, signifikant häufiger in gesetzlicher Betreuung; sie rauchen deutlich häufiger und stärker, sind aber funktionell weniger eingeschränkt, also trotz stationärer Betreuung weniger hilfs- und pflegebedürftig (Schäufele et al. 2009).

Die geringere Pflegebedürftigkeit nach Einstufung in die Pflegestufen bei Bewohnern mit Alkoholdiagnose relativiert sich angesichts der häufigeren Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen (bis auf den Bereich affektiver Störungen) sowie des signifikant häufigeren Auftretens neuropsychiatrischer Symptome in schwerer Ausprägung (Reizbarkeit, Labilität, Agitiertheit/Aggression, Enthemmung, Hochstimmung/Euphorie), die Pflegenden jeweils als äußerst belastend erleben und die damit den Pflegealltag erheblich beeinflussen können.

Als Merkmal einer Alkoholabhängigkeit sind Rückfälle in den Konsum auch nach längeren Phasen der Abstinenz jederzeit möglich und können bei ungeschultem Pflegepersonal eine Kaskade unterschiedlicher Gefühle, von Mitleid über Abscheu bis zur Hilflosigkeit, auslösen

sowie dadurch den pflegerischen Umgang mit den älteren Menschen erschweren. Zusammenfassend müssen sich die Versorgungssysteme der Altenhilfe, aber auch der Suchthilfe, auf eine langsam, aber stetig wachsende Zahl älterer Klienten¹ mit Suchtstörungen einstellen, mit allen damit verbundenen Folgen und bei aller Skepsis so mancher Pflegeeinrichtung oder -fachkraft.

Studien von Vogt et al. (2010) zeigten eine hohe Skepsis, ältere Drogenabhängige in Altenpflegeheimen zu versorgen. Diese ergibt sich unter anderem aufgrund der Altersunterschiede zwischen den relativ gesehen jüngeren Drogenabhängigen und den deutlich Älteren ohne Drogenhintergrund, der biografisch und soziokulturell unterschiedlichen Prägungen, Erfahrungen und Normvorstellungen beider Bewohnergruppen sowie der häufig eher starren Organisation des Pflegealltags, die dem Wunsch nach flexiblem Eingehen auf spezielle Lebenssituationen, -erfahrungen und -prägungen der älteren Drogenabhängigen entgegenstehen. Die Autoren (Vogt et al. 2010, S. 142) resümieren: »Praktische Beispiele belegen jedoch, dass die Aufnahme von Drogenabhängigen verschiedener Altersgruppen mit schweren chronischen Erkrankungen (u. a. AIDS) in Altenpflegeheime möglich und sinnvoll ist – vorausgesetzt, die Versorgungs- und Behandlungskonzepte sind an die Klientel angepasst.«

Das vorliegende Buch ist in diesem Geiste gedacht: Behandlungskonzepte für ältere Pflegebedürftige mit Suchtproblemen – seien es legale oder illegale Substanzen – strukturiert, methodisch stärker wissens- und expertengeleitet im Sinne von »good/best practice«, praxisnah und forschungsorientiert, aber vor allem zielgruppenadäquat gestalten zu können.

Für ihre spontanen Zusagen und die gute Zusammenarbeit möchten wir allen Mitautoren herzlich danken. Ihre kenntnisreichen Beiträge aus den verschiedenen Praxisfeldern – jedes Konzept dabei länger entwickelt, auf Praxisnotwendigkeiten und -möglichkeiten hin erprobt und fortwährend modifiziert – zeigen die Bandbreite des Phänomens Sucht im Alter sowie die Hürden und Chancen eines diversifizierten Pflegealltags auf.

Unser herzlicher Dank gilt auch Frau Lena Hofmann für die kompetente und verlässliche Unterstützung beim Korrekturat.

Den Mitarbeitern des Springer-Verlags, allen voran Frau Susanne Sobich, Ulrike Niesel und Sarah Busch, danken wir sehr für die stets hilfreiche, unterstützende und motivierende Zusammenarbeit in allen Phasen des Buchprojekts.

Nicht zuletzt danken wir besonders den vielen Praktikern aus Pflege und Suchthilfe, mit denen wir in den letzten Jahren im Themenfeld Sucht im Alter in hohem Maße erfreuliche und konstruktive Kooperationen, stimulierende Diskussionen sowie optimistisches Weiterdenken über Berufs-, Fachdisziplin- und Versorgungsgrenzen hinaus erleben konnten.

Tanja Hoff, Ulrike Kuhn, Silke Kuhn und Michael Isfort

Köln und Hamburg, im Juli 2016

1 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung wie z. B. „Klient/innen“ verzichtet, sofern sie nicht aufgrund eines Zitats übernommen werden muss. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne des generischen Maskulinums für beide Geschlechter, soweit nicht anders angegeben.

Literatur

- Kuhn S, Haasen C (2009) Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung an der Universitätsklinik Hamburg. Online verfügbar unter: http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf. Zugriff: 01.06.2016
- Schäufele M, Weyerer S, Hendlmeier I, Köhler L (2009) Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: eine bundesweite repräsentative Studie. Sucht, 55 (5): 292–302
- Vogt I, Eppler N, Ohms C, Stiehr K, Kaucher M (2010) Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Erarbeitung von Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Zuwendung des Bundes aus Kapitel 15 02 Titel 686 61 Az IIA5-2508DSM407. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Abschlussbericht_Aeltere_Drogenabhaengige_100501_Drogenbeauftragte.pdf. Zugriff: 04.07.2016

Inhaltsverzeichnis

1	Sucht im Alter – Grundlagen	1
	<i>Tanja Hoff, Michael Isfort, Ulrike Kuhn, Silke Kuhn</i>	
1.1	Einleitung	2
1.2	Riskante, schädliche und abhängige Konsummuster im Alter	2
1.3	Suchtstörungen bei älteren Pflegebedürftigen in der ambulanten oder stationären Altenpflege	8
	Literatur	10
2	Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit im Alter – Weiterentwicklungen von Handlungsempfehlungen für Pflegesituationen in ambulanten, teilstationären und stationären Settings	15
	<i>Tanja Hoff, Michael Isfort, Silke Kuhn, Karsten Keller</i>	
2.1	Einleitung	17
2.2	Stand der Pflegewissenschaft und -praxis zu konzeptbegründeten Vorgehensweisen bei „Sucht im Alter“	17
2.3	Entwicklung der „Kölner“ und der „Hamburger“ Handlungsempfehlungen für den Umgang mit missbräuchlichem oder abhängigem Konsum legaler Substanzen bei Bewohnern bzw. Kunden von Pflegediensten	21
2.4	Zukünftige Weiterentwicklungen der vorgestellten Handlungsempfehlungen: Lückenhaftes, Ergänzungswürdiges, Innovatives	32
	Literatur	37
3	Medikamentenabhängigkeit im Alter – Handlungsleitlinien zum pflegerischen Umgang	39
	<i>Rüdiger Holzbach</i>	
3.1	Einleitung	40
3.2	Wissenswertes zu Benzodiazepinen und Z-Drugs	40
3.3	Nebenwirkungen erkennen	40
3.4	5-Phasen-Modell des Benzodiazepin-Langzeitgebrauchs	42
3.5	Ansprache von Arzt und Betroffenen	44
3.6	Begleitung im Entzug	45
3.7	Schlafhygienische Beratung	48
3.8	Was sonst noch zu beachten ist	50
3.9	Schmerzmittel	51
3.10	Zusammenfassung	52
3.11	Anhang	53
	Literatur	54
4	Erkennen und Handeln bei riskantem bis abhängigem Alkohol- und Medikamentengebrauch in der ambulanten Altenpflege	55
	<i>Thomas Hodel, Christine Hodel</i>	
4.1	Ausgangslage	57
4.2	Schulungen	57

4.3	Entwicklung der Konzeption anhand von Leitfragen	58
4.4	Konzeptionelle Vorgehensweise	58
4.5	Screeningbögen	59
4.6	Fallbeispiele	59
4.7	Erfahrungen	61
4.8	Stolpersteine	62
4.9	Gewinn für die Kunden	62
4.10	Gewinn für die Einrichtung	62
4.11	Anhang	63
	Literatur	65
5	Ältere Abhängige illegaler Drogen in einer Krankenwohnung	67
	<i>Peter Schiffer</i>	
5.1	Einleitung und Hintergrund	68
5.2	Ausgewählte Evaluationsergebnisse	69
	Literatur	75
6	Sucht im Alter – Modellprojekt in Essen	77
	<i>Klaus Sander, Susanne Gössling</i>	
6.1	Ausgangslage	78
6.2	Schulungen	79
6.3	Konzeptionelle Entwicklung	81
6.4	Stolpersteine	85
6.5	Ergebnisse	87
6.6	Ausblick	88
	Literatur	88
7	Zum Wohl! pflegebedürftiger Menschen – Schulung und Qualifizierung von Mitarbeitenden im Bereich der Sucht- und Altenhilfe am Beispiel des Projekts „WATCH“	89
	<i>Sabine Jakob, Falk Zimmermann</i>	
7.1	Einleitung	90
7.2	Ziele, Erwartungen, Adressaten – „passgenaue“ Schulungen zum Thema „Suchtkranke ältere Menschen“	90
7.3	Basisseminare als Grundlage der Auseinandersetzung mit der Thematik „Sucht im Alter“	91
7.4	Entwicklung des Curriculums für die Basisseminare, Inhalte und Schwerpunkte	93
7.5	Reflexion und Ausblick	95
	Literatur	96
8	SANOPSA-Pflegekonzept: Betreuung von Konsumenten illegaler Drogen in der stationären Altenpflege	97
	<i>Ulrike Kuhn, Tanja Hoff, Michael Isfort, Stefanie Monke, Karsten Keller</i>	
8.1	SANOPSA-Pflegekonzept: Betreuung von Konsumenten illegaler Drogen in der stationären Altenpflege	99
8.2	Hintergrundinformationen: Ältere Konsumenten illegaler Drogen	99

8.3 **Prioritätensetzung und rechtliche Aspekte in der Betreuung und
Pflege älterer suchterkrankter Menschen.....** 101

8.4 **SANOPSA – Module des Pflegekonzepts.....** 102

8.5 **Anhang 158**

Literatur..... 162

Serviceteil 167

Stichwortverzeichnis 168

Autorenverzeichnis

Gössling, Susanne

GSB KG
Facheinrichtung für Pflege, Betreuung
und Eingliederung
Heidhauser Str. 186
45239 Essen
s.goe@gesbe.de

Hodel, Christine

Kirchliche Sozialstation Dreisamtal
Bahnhofstr. 18
79199 Kirchzarten
christine.hodel@sozialstation-dreisamtal.de

Hodel, Thomas

Suchtberatung Freiburg
Oberau 23
79102 Freiburg
thomas.hodel@agj-freiburg.de

Hoff, Tanja, Prof. Dr.

Deutsches Institut für Sucht-
und Präventionsforschung
Katholische Hochschule NRW
Wörthstr. 10
50668 Köln
t.hoff@katho-nrw.de

Holzbach, Rüdiger, Dr.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Klinikum Arnsberg
Springufer 7
59755 Arnsberg
r.holzbach@klinikum-arnsberg.de

Isfort, Michael, Prof. Dr.

Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
m.isfort@dip.de

Jakob, Sabine

Verein Comeback e.V.
Sozialtherapeutisches Wohnheim
Friedensstr. 35B
02763 Zittau
therapie@verein-comeback.de

Keller, Karsten, Dipl.-Psych.

Deutsches Institut für Sucht-
und Präventionsforschung
Katholische Hochschule NRW
Wörthstr. 10
50668 Köln
ka.keller@katho-nrw.de

Kuhn, Silke, Dr.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
(ZIS), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
skuhn@uke.de

Kuhn, Ulrike, Dr.

Deutsches Institut für Sucht-
und Präventionsforschung
Katholische Hochschule NRW
Wörthstr. 10
50668 Köln
u.kuhn@katho-nrw.de

Monke, Stefanie, MScN

Karl Borromäus Schule für Gesundheitsberufe
Wittelsbacherring 9
53115 Bonn
monke@kabo-bonn.de

Sander, Klaus

GSB KG
Facheinrichtung für Pflege, Betreuung
und Eingliederung
Heidhauser Str. 186
45239 Essen
sander@gesbe.de

Schiffer, Peter, Prof. Dr.

Alleenstr. 48

71732 Tamm

peter_schiffer2003@yahoo.de

Schiffer, Peter, Br. Prof. Dr. OSCam

Evangelische Hochschule Ludwigsburg/

Protestant University of Applied Sciences

Paulusweg 6

71638 Ludwigsburg

p.schiffer@eh-ludwigsburg.de

Zimmermann, Falk

Verein Comeback e.V.

Geschwister-Scholl-Str. 29

02763 Eckartsberg

falk.zimmermann@verein-comeback.de

Sucht im Alter – Grundlagen

Tanja Hoff, Michael Isfort, Ulrike Kuhn, Silke Kuhn

1.1 Einleitung – 2

1.2 Riskante, schädliche und abhängige Konsummuster im Alter – 2

1.2.1 Alkohol – 3

1.2.2 Medikamente – 5

1.2.3 Tabak – 6

1.2.4 Illegale Substanzen – 6

1.2.5 Versorgungssituation älterer Menschen mit Suchterkrankungen – 7

1.2.6 Wirksamkeit suchtspezifischer Behandlungen im Alter – 7

1.3 Suchtstörungen bei älteren Pflegebedürftigen in der ambulanten oder stationären Altenpflege – 8

Literatur – 10

1.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung infolge der komplexen Veränderung der Bevölkerungsstruktur und des tiefgreifenden Wandels des Sozial- und Gesundheitssystems gewinnt das Thema Gesundheit im Alter heute und auch zukünftig immer stärker an Bedeutung. Dies führt dazu, dass ältere Menschen zunehmend von Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, illegalen Substanzen und Tabak betroffen sind. Dabei geht es um älter gewordene und werdende Suchterkrankte, ebenso wie um Menschen mit Substanzkonsumstörungen, die erst im höheren Lebensalter eine Sucht entwickeln.

Insgesamt ist in den letzten Jahren das Thema Sucht im Alter stärker in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt, unter anderem dadurch, dass der Handlungsbedarf in stationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe- und der Altenpflege sowie sonstigen sozialen Einrichtungen erkannt und damit begonnen wurde, spezifische Handlungskonzepte zum Umgang mit älteren Suchtkranken zu entwickeln.

Trotz des steigenden gesamtgesellschaftlichen Bewusstseins über die sozialen und gesundheitlichen Risiken von Suchterkrankungen im höheren Lebensalter „führen Altersstereotype und mangelndes Wissen zu einem therapeutischen Nihilismus, der unterstellt, bei Suchterkrankungen im Alter seien die Therapiechancen so gering, dass sich der Aufwand nicht lohne – nicht mehr lohne“ (Zeman 2009, S. 10).

Erschwerend kommen Versorgungslücken hinzu, die teilweise auf fehlende Abstimmungsprozesse der gänzlich verschieden strukturierten Arbeitsfelder Suchthilfe und Altenhilfe zurückzuführen sind und in diesem Zusammenhang den Auf- und Ausbau von verbindlichen Kooperationsstrukturen sowie die Förderung strukturierter Zusammenarbeit notwendig machen. Daher kann zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgegangen werden, dass nur ein kleiner Teil der Betroffenen angemessene fachliche Hilfe erhält.

Eine mögliche Strategie zur Verbesserung der Versorgungslage stellt eine umfassende Aufklärung der an der Versorgung von Älteren Beteiligten dar, die dabei neben den Betroffenen auch die Angehörigen informiert und qualifiziert (Zeman 2009).

Dieses Buch zeigt insbesondere praxisorientierte Erkenntnisse zum Thema Sucht im Alter in der Pflege

auf mit dem Wunsch, eine weitere Sensibilisierung des Themenfelds unter Berücksichtigung des aktuellen Standes wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie langfristig eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hilfesysteme erreichen zu können.

- Zunächst werden im vorliegenden Kapitel die Grundlagen von Suchtproblemen im Alter sowie altersspezifische Konsummuster dargestellt (► Abschn. 1.2). Anschließend erfolgt ein Blick in die aktuelle Studienlage von Suchtstörungen bei älteren Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären Altenpflege (► Abschn. 1.3).
- In ► Kap. 2 geht es um die Notwendigkeit, Entwicklung und Modifikation von Handlungsempfehlungen im Umgang mit Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit bei älteren Pflegebedürftigen.
- Da Pflegekräften beim Thema Medikamenten-Langzeitgebrauch im Alter eine zentrale Rolle zukommt, geht es in ► Kap. 3 um das Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter und die Vorstellung von Handlungsleitlinien zum pflegerischen Umgang.
- In ► Kap. 4 bis ► Kap. 7 werden praxiserprobte Projekte und Initiativen in verschiedenen Settings präsentiert, die in den jeweiligen Bereichen ihre Erfahrungen und Stolpersteine berichten sowie vielfältige Vorlagen, Screeningbögen und standardisierte Ablaufpläne zum Umgang mit suchtkranken zu Pflegenden zur Verfügung stellen.
- ► Kap. 8 schließlich enthält ein umfassendes Konzept für pflegebedürftige Ältere in der stationären Altenpflege mit aktuellem oder früherem Konsum illegaler Drogen, das Vorgehensweisen im Umgang mit Substanzkonsum und Pflegeinterventionen speziell für diese Zielgruppe in den Pflegealltag integriert.

1.2 Riskante, schädliche und abhängige Konsummuster im Alter

Zwar sinkt der Alkoholkonsum der Gesamtbevölkerung mit steigendem Alter gegenüber jüngeren Altersgruppen, jedoch bestehen riskante oder

abhängige Trinkmuster stabiler fort als risikoarme. Gleichzeitig werden zukünftig höhere Prävalenzzahlen von Alkoholproblemen unter Älteren durch den demografischen Wandel sowie die deutlich veränderten Substanzkonsumgewohnheiten der Nachkriegsgenerationen prognostiziert (zusammenfassend: Lieb et al. 2008).

Bei den folgenden Ausführungen muss beachtet werden, dass Schätzungen häufig auf den WHO-Konsumgrenzwerten für das mittlere Erwachsenenalter oder auf der Anwendung von Diagnoseverfahren für das mittlere Erwachsenenalter basieren, weshalb aufgrund der physiologischen Alternsprozesse von einer deutlichen Unterschätzung der wahren Prävalenzzahlen auszugehen ist (Lieb et al. 2008).

Zeman (2009) weist darauf hin, dass die üblichen als unschädlich bzw. riskant geltenden Grenzwerte für den Alkoholkonsum im Alter herabgesetzt sind, weil altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels auch die Eliminierung von Giftstoffen verlangsamen und es infolgedessen zu einer Abnahme der Alkoholtoleranz kommt.

Die methodisch unterschiedlichen Vorgehensweisen in Studien zur Erhebung und Verwendung von Grenzwerten führen zudem zu unterschiedlichen, bisher ungenauen Prävalenzzahlen. Unterschiedliche Operationalisierungen (z. B. Bezugszeiträume, Altersgrenzen) sowie Untersuchungsergebnisse, die sich zumeist auf die retrospektive Selbstauskunft beziehen, führen zu Limitationen von Studien zu Alkoholproblemen im höheren Lebensalter. Hinzu kommt, dass in regelmäßigen repräsentativen Bevölkerungsstudien wie z. B. dem Epidemiologischen Suchtsurvey die Altersgruppe ab 65 Jahre nicht mit erfasst wird, sodass z. T. nur ungenaue Daten zum Alkoholkonsum im Alter vorliegen. Dies gilt auch für den Konsum von Tabak, Medikamenten oder illegalen Drogen unter älteren Personen.

1.2.1 Alkohol

Die DEGS1-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Hapke et al. 2013) berichtet über die Häufigkeiten von Alkoholorisikokonsum und Rauschtrinken (gemäß AUDIT C). Auch wenn die Prävalenzen des Risikokonsums in der Altersgruppe der

über 65- bis 79-Jährigen am geringsten ist und das Rauschtrinken mit zunehmenden Alter abnimmt sowie das Verletzungsrisiko sich im Altersgang verringert, bleiben diese auch im Alter bei Männern und Frauen generell auf einem konstant hohen Niveau und stellen in ihren gesundheitlichen Auswirkungen damit ein relevantes Problem dar.

Bei den über 60-jährigen Frauen liegen die Prävalenzen für eine Alkoholabhängigkeit bei 0,5–1% und bei den über 60-jährigen Männern bei 2–3%; die Prävalenzen für einen Alkoholmissbrauch bewegen sich zwischen 10–20% bei Männern und 1–10% bei Frauen. Allerdings trinken 43% der über 75-jährigen regelmäßig Alkohol (Weyerer et al. 2009).

Gleichzeitig und sehr bedeutsam für die Versorgungssysteme der Sucht- und Altenhilfe, die sich auf eine wachsende Anzahl älterer Klienten einstellen müssen, finden sich deutlich höhere Absolutzahlen von Frauen mit Alkoholabhängigkeit aufgrund des höheren Gesamtfrauenanteils in der demografischen Geschlechterverteilung im Alter. So schätzt Weyerer (2003) die Absolutzahl der alkoholabhängigen Frauen auf 250.000–350.000 gegenüber 150.000–250.000 betroffenen Männern.

Bei den über 70-Jährigen wurde bereits vor 20 Jahren eine Prävalenz für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-III-R von 1,1% festgestellt (Helmchen et al. 1996). In internationalen Studien hat sich eine Prävalenz für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeitserkrankungen von bis zu 17% unter Personen mit 65 Jahren und älter gezeigt (Blow u. Barry 2002, Schultz et al. 2002, Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2002).

Nach der häufig angeführten typologischen Unterscheidung von Droller (1964) in „Early-onset“- (Beginn des problematischen Trinkverhaltens vor dem 60. Lebensjahr) und „Late-onset“-Abhängigkeitserkrankte (Beginn des problematischen Trinkverhaltens nach dem 60. Lebensjahr) und der diesbezüglichen amerikanischen Datenlage (Allen 1996) entfällt auf die „Late-onset“-Abhängigkeitserkrankten ein Drittel aller älteren Alkoholabhängigkeitserkrankten.

Ältere Menschen gelten als besonders betroffen von negativen Auswirkungen des regelmäßigen Alkoholkonsums durch eine geringere Alkoholtoleranz als Folge altersspezifischer körperlicher Veränderungen (Verminderung des Körperwasseranteils,

Zunahme des Fett- und Abnahme des Muskelgewebes, Reduktion der hepatischen Metabolisierungsgeschwindigkeit): »Ein älterer Mensch kann so unter Beibehaltung vorangegangener Konsumgewohnheiten bei abnehmender physiologischer Toleranz in Bereiche problematischen Konsumverhaltens hineinrutschen« (Lieb et al. 2008, S. 77). Als Risiken und Folgen eines übermäßigen, missbräuchlichen Alkoholkonsums bei älteren Menschen sind vor allem zu benennen:

Risiken und Folgen eines übermäßigen, missbräuchlichen Alkoholkonsums bei älteren Menschen

- Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln. Die Wahrscheinlichkeit, mehrere Medikamente einzunehmen, steigt mit dem Alter rapide an (Schwabe u. Paffrath 2011); bei Polymedikation können sich Konstellationen ergeben, bei denen Wirkungen und Nebenwirkungen der beteiligten Wirkstoffe verstärkt werden (BMBF 2016).
- Erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko bei hohem Alkoholkonsum (Mukamal et al. 2003, Stenbacka et al. 2002).
- Erhöhtes Risiko komorbider psychischer Erkrankungen. So haben z. B. ältere depressive Patienten ein 3- bis 4-fach höheres Risiko für Alkoholmissbrauch mit einer Prävalenz von 15–30% gegenüber Nichtdepressiven (Green et al. 2003, Waern 2003), wobei ein enger Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und Depression auch bereits in früheren Altersgruppen besteht.
- Beeinträchtigungen basaler Alltagsaktivitäten und kognitiver Funktionen (Moore et al. 2003, Rosenbloom et al. 2005) sowie alkoholbedingte neuropsychiatrische Komplikationen (insbesondere Delir, amnestisches Syndrom) (Wetterling et al. 2002); neuropsychologische Defizite (außer Wernicke-Korsakow-Syndrom und Alkoholfolgekomplikationen wie z. B. Hirninfarkte; vgl. zusammenfassend Wolter

2006) sind unter länger anhaltenden Abstinenzbedingungen rückbildungsfähig. Leichte kognitive Beeinträchtigungen bergen generell ein ca. 2,4- bis 2,7-fach erhöhtes Risiko einer demenziellen Erkrankung (Luck et al. 2008, Weyerer u. Schäufele 2006).

- Erhöhtes Risiko demenzieller Erkrankungen (vgl. ausführlich Wolter 2006); dabei wird jedoch ein U- bzw. J-förmig verlaufender Zusammenhang zwischen konsumierter Alkoholmenge und Demenzrisiko angenommen, das heißt ein leicht erhöhtes Risiko demenzieller Erkrankungen bei Alkoholabstinenz, ein signifikant abfallendes Risiko bei geringem, maßvollem Konsum sowie ein deutlich ansteigendes Risiko bei erhöhtem, missbräuchlichem bis abhängigem Alkoholkonsum (Bickel 2006, Solfrizzi et al. 2007, Wolter 2006, Beydoun et al. 2014). Die Studienlage zum Zusammenhang von Alkoholkonsum und Demenzrisiko ist allerdings noch widersprüchlich. Die Ergebnisse eines aktuellen Reviews (Illomaki et al. 2015) bestätigen die Annahme, dass geringer/maßvoller Konsum das Risiko des Alzheimer-Typs verringert. Da jedoch in den betrachteten Studien zumeist unterschiedliche Definitionen, unter anderem von Alkoholkonsum, gemäßigtem vs. exzessivem Konsum, zugrunde liegen und in den Studiendesigns keine Differenzierungen (unter anderem lebenslang abstinent lebende Personen vs. ehemalige Alkoholabhängige sowie die Berücksichtigung von Trinkmustern) vorgenommen wurden, ist zum jetzigen Standpunkt keine zufriedenstellende empirische Evidenz vorhanden. Es besteht zudem die Vermutung, dass das Risiko von Demenzerkrankungen des Alzheimer-Typs durch Alkoholkonsum stärker verringert wird als das der vaskulären Multiinfarktdemenz (Ruitenberg et al.

2002), wobei wiederum Weinkonsum einen stärkeren präventiven Effekt hat als Bierkonsum (z. B. Letenneur et al. 2004, Truelsen et al. 2002). In letzter Zeit wird jedoch diskutiert, dass das erhöhte Demenzrisiko unter abstinenter Personen auch gegebenenfalls an einer höheren Morbidität dieser Gruppe, z. B. durch ehemals Alkoholabhängige, erzeugt sein kann.

1.2.2 Medikamente

Die altersassoziierte Multimorbidität und Zunahme chronischer Erkrankungen geht häufig mit einer Multimedikation oder Polypharmazie (Anwendung mindestens 5 verschiedener Arzneimittel, Glaeske et al. 2010) unter älteren Patienten einher. Hinsichtlich einer potenziellen Medikamentenabhängigkeit ist zu beachten, dass ca. zwei Drittel aller Psychopharmaka Menschen über 60 Jahren verschrieben werden – obwohl sie lediglich 23% der Versicherten ausmachen (zur Diskussion iatrogenen Medikamentenabhängigkeit vgl. ausführlicher Weidner et al. 2004); einen zusätzlichen Dunkelfeldeffekt gibt es durch die nichtverschreibungspflichtigen Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Die Verschreibung von Benzodiazepinen und sog. „Z-Drugs“ („Z-Substanzen“: Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon) ist für ältere Menschen vor allem wegen ihres Abhängigkeitspotenzials und ihrer Nebenwirkungen eine problematische Medikation (► Kap. 3). Ähnlich wie beim missbräuchlichen Alkoholkonsum kann es bei einem längeren Gebrauch zu Zittern, Schwindel, Ängsten, Depressionen, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Gewichtsverlust, Aggressivität, Vernachlässigung der Körperhygiene, Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Verwirrtheit sowie Persönlichkeitsveränderungen kommen. Es besteht erhöhte Sturz- und Unfallgefahr. Ältere Menschen nehmen diese Medikamente in der Regel nicht in höheren Dosen ein als von ihrem Arzt verschrieben, sodass von „Niedrigdosisabhängigkeit“ gesprochen wird. Die Entwicklung einer Abhängigkeit wird oft nicht erkannt, da sie nicht das

für sie typische Merkmal einer Dosissteigerung aufweist. Wie Wolter (2015) ausführt, ist diese Bezeichnung häufig nicht zutreffend, da es aus pharmakokinetischen Gründen zu einer Kumulation des Wirkstoffs im Organismus kommen kann – mit ähnlichen Effekten wie bei einer Hochdosisabhängigkeit. In der Priscus-Liste der potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen sind Benzodiazepine und Z-Drugs mit mittleren Gefährdungswerten aufgeführt mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Präparaten (Holt et al. 2010).

Benzodiazepine und Z-Drugs sind zur Kurzbehandlung von Schlafstörungen zugelassen und sollten lediglich in begründeten Einzelfällen länger als 4 Wochen verschrieben werden. Analysen der Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen belegen allerdings einen hohen Anteil an Langzeitverschreibungen (Verthein et al. 2013). Da die Krankenkassen verstärkt auf die Einhaltung dieser Richtlinien achten, kam es in den vergangenen Jahren zu einem Anstieg der Verschreibungen auf Privatrezepten (Hoffmann et al. 2009, 2006).

Schätzungen zur Anzahl von Medikamentenabhängigen in Deutschland zufolge sind 1,1–1,2 Mio. Menschen von Benzodiazepinen und ihren Derivaten (Z-Drugs) abhängig (Glaeske 2013, Pabst et al. 2010). Sie werden mit zunehmendem Alter häufiger verschrieben. In vielen Studien, z. B. von Hogan et al. (2003) und Petitjean et al. (2007) sowie, für Deutschland, von Holzbach et al. (2010) und Verthein et al. (2013), konnte mittlerweile gezeigt werden, dass ältere Menschen von missbräuchlichen bzw. abhängigkeitsgefährdenden Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen besonders betroffen sind.

Frauen weisen in den meisten Untersuchungen zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit höhere Raten auf. Dabei gewinnen Ergebnisse an Bedeutung, die einen Zusammenhang zwischen Benzodiazepineinnahme und Demenzentwicklung festgestellt haben (Billioti de Gage et al. 2012). Wenngleich dieser Zusammenhang noch weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen bedarf, zeigen Daten aus dem jüngsten Barmer Arzneimittelreport, dass Demenzerkrankten überproportional Benzodiazepine verschrieben werden (Glaeske u. Schick Tanz 2013).

Bei insgesamt schwieriger Datenlage werden Benzodiazepine von 9,3% der allein lebenden

Personen über 60 Jahren und 10% der Bewohner stationärer Einrichtungen eingenommen (Schneekloth 2005, 2007). Auch im Zusammenhang mit Alzheimer-Erkrankungen werden häufig Benzodiazepine verordnet. In einer Literaturübersicht konnte kein Beleg für eine grundsätzliche Wirksamkeit gezeigt werden. Benzodiazepine dämpfen möglicherweise die Agitiertheit dieser Personen, verursachen jedoch eine Verschlechterung kognitiver Funktionen und haben keinen Einfluss auf die Schlafqualität (Defranco et al. 2015).

Älteren Frauen (ab dem 65. Lebensjahr und noch stärker ab dem 85. Lebensjahr) werden deutlich mehr versorgungsrelevante Neuroleptika wie auch Hypnotika verschrieben als Männern (Glaeske et al. 2010, Barmer GEK 2013). 90% aller mit Benzodiazepinen Behandelten nehmen diese als Dauermedikation (länger als 6 Monate) und zu etwa der Hälfte täglich ein (Rumpf u. Weyerer 2005).

1.2.3 Tabak

Der Tabakkonsum nimmt unter Personen ab dem 60. Lebensjahr ab, jedoch ist die Prävalenzsenkung hier auch durch die höhere Sterblichkeit von Rauchern infolge des Nikotinkonsums und dem damit erhöhten Risiko z. B. für Lungenkrebs (Odds Ratio 14,0) und für koronare Herzkrankungen (Odds Ratio 1,6) zu erklären (Keil 2005, Lampert u. List 2009, Breitling et al. 2009, McCartney et al. 2011). Bei insgesamt sinkenden Raucherzahlen im Alter raucht dennoch jeder 5. Mann und jede 10. Frau in der Altersspanne 60–65 Jahre sowie jeder 7. Mann und jede 20. Frau in der Altersspanne 70–75 Jahre (DHS 2005).

Ältere Raucher weisen einen besonders belasteten Gesundheitszustand auf, unter anderem mit Dyspnoen im Rahmen einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD, Grad II oder III). Generell ist von einer steigenden Prävalenz der COPD auszugehen, an der 2007 in Deutschland 7,8% und damit ca. 6,4 Mio. Menschen erkrankt waren und die für 2050 auf ca. 11% geschätzt wird (Peters et al. 2010). Gleichzeitig steht COPD im engen Zusammenhang mit dem Auftreten von Depressionen, die Raucher wiederum häufig durch Tabakkonsum selbst zu medizieren versuchen (Hughes et al.

2004, Breslau et al. 2001). Bei älteren Hausarztpatienten (älter als 60 Jahre) mit einem früheren oder aktuellen hohen Tabakkonsum konnten häufigere und schwerere depressive Episoden nachgewiesen werden (Almeida u. Pfaff 2005).

Während in den vergangenen Jahren immer weniger Jugendlichen mit dem Tabakkonsum begonnen haben, ist der Anteil rauchender Erwachsener an der Bevölkerung nur mäßig gesunken. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass der Anteil der Menschen mit einer Tabakabhängigkeit gestiegen ist. Da die Erfolgsraten bei der Raucherentwöhnung eher gering sind, bleibt zu vermuten, dass der Anteil Rauchender unter den älteren Menschen eher ansteigen wird (Drogen- und Suchtbericht 2015).

1.2.4 Illegale Substanzen

Zwar sind die Zahlen von älteren Konsumenten sog. illegaler Drogen bisher gegenüber den legalen Substanzen vergleichsweise klein; so schätzt man rückwirkend für 2006 die Zahl der Personen mit problematischem Opiat- und Opioidkonsum ab dem 40. Lebensjahr auf ca. 50.000 (Simmendinger u. Vogt 2010). Jedoch wird aufgrund der älter werdenden Generation z. B. mit einem Cannabiskonsum, aber auch durch die verbesserte Versorgungsstruktur und die dadurch sinkende Mortalität bei Konsum von Heroin, Kokain usw. von einem systematisch steigenden Anteil älterer Drogengebraucher in den nächsten ca. 2 Jahrzehnten ausgegangen (z. B. Beynon et al. 2007, Kraus 2008, Vogt 2009).

Bei älteren Drogenkonsumenten in Deutschland ergeben sich neben den gesundheitlichen Belastungen auch stärkere Belastungen der sozialen Situation im Vergleich zu jüngeren Gruppen: Sie haben zwar häufiger einen festen Wohnort, leben aber meist allein und potenziell isolierter, verfügen über geringere finanzielle Mittel bei häufig höheren Schulden und sind zudem mit Bewährungs- und Strafaufgaben sowie drohenden Verurteilungen belastet (Vogt et al. 2010).

Hinsichtlich der gesundheitlichen Situation weisen ältere Opiatabhängige drogenbedingt früher altersspezifische Erkrankungen auf, wobei sich auch nach biomedizinischen Studien die Drogen- und