

Fachtagung
28. Juni 2023
Graz

Vorbeugung kennt keine Altersgrenzen

Warum sich Prävention von problematischem
Alkohol- und Medikamentenkonsum auch im
Alter lohnt

Domenic Schnoz, Soziologe, lic. phil.
RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung

Inhalt

- Sucht / Abhängigkeit
- Zahlen und Fakten zu Alkohol und Medikamenten
- Lösungsansätze

Allgemeines zum Älterwerden

- Wann ist man alt? Alle wollen älter werden aber niemand will alt sein.
- Sehr heterogene Gruppe
- Viele Veränderungen, neue Lebensabschnitte, sog. „kritische Lebensereignisse“
- Ein gesunder Lebensstil wirkt nun besonders stark auf Lebensqualität und die Unabhängigkeit

Was ist Sucht?

Häufige Vorstellung



Häufige Realität



Definition von Sucht nach ICD-10

- zwanghaftes Verlangen
- verminderte Kontrollfähigkeit
- Entzugserscheinungen
- Toleranzerhöhung (Dosissteigerung)
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen

3 Kriterien in den
letzten 12 Monaten

Definition von Sucht nach ICD-11

1. **Beeinträchtigte Kontrolle** über den Substanzkonsum – Bezogen auf Beginn, Menge und Umstände oder Ende des Konsums.
2. Physiologische Merkmale:
 - (i) **Toleranz**,
 - (ii) **Entzugerscheinungen** nach Konsumstopp oder -reduktion oder
 - (iii) wiederholter Konsum der Substanz, um **Entzugerscheinungen zu mindern** oder zu verhindern

Definition von Sucht nach ICD-11

3. Substanzkonsum wird fortschreitend zur **Priorität im Leben**, dass die Substanz Vorrang über andere Interessen, Vergnügungen, alltägliche Aktivitäten, Verpflichtungen oder der Gesundheitspflege oder persönlichen Pflege erhält. Der Substanzkonsum nimmt zunehmend eine zentrale Rolle im Leben der Person ein und verschiebt andere Aspekte des Lebens in die Peripherie und wird oft trotz des Auftretens von Problemen fortgeführt

→ 2 Kriterien in den letzten 12 Monaten

Chancen des Alters...

- Zeit für Familie, Freunde, Hobbys
- Neue Rolle z. B. als Grosseltern, in Vereinen, etc.)
- Gelassenheit, weniger (Arbeits-)Stress
- Lebenserfahrung
- Rückkehr in die Heimat
- etc.

...und Risiken I

- Einsamkeit
- Gefühle der Wert- und Nutzlosigkeit, Lebenssinn?
- Knappe Finanzen
- Fehlende Tagesstruktur, gewohnte Partnerschaftsmuster ändern?

...und Risiken II

- Körperliche und seelische Leiden
- Sinkende Leistungsfähigkeit (auch bei Noch-Berufstätigen)
- Kritische Lebensereignisse (Tod Nahestehender, etc.)
- Abhängigkeit von Suchtmitteln im Alter: Ein Tabu

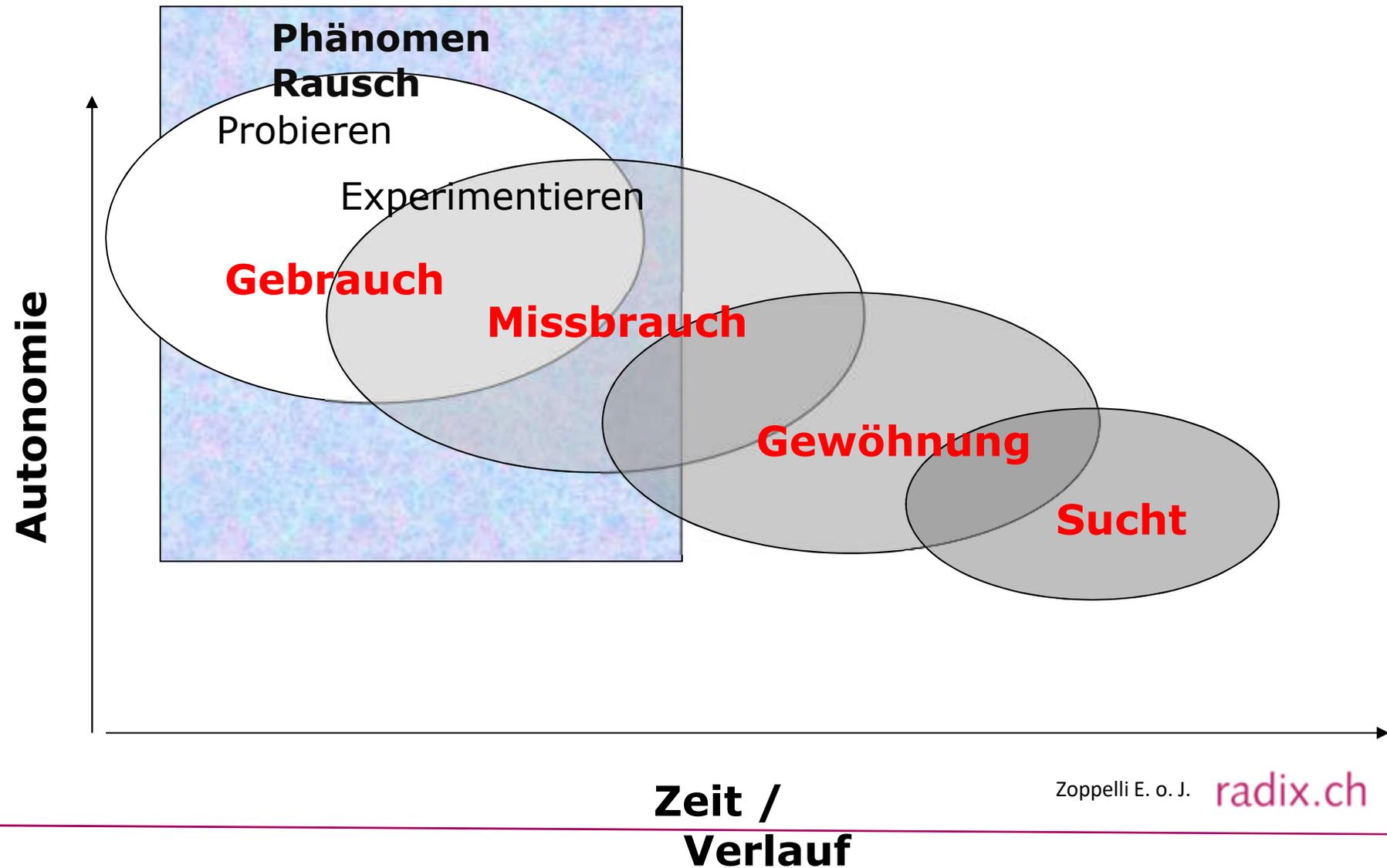
Early onset vs Late onset

- Early onset = Beginn der Abhängigkeit vor 60. Lebensjahr (2/3)
- Late onset = Beginn nach 60. Lebensjahr (1/3)

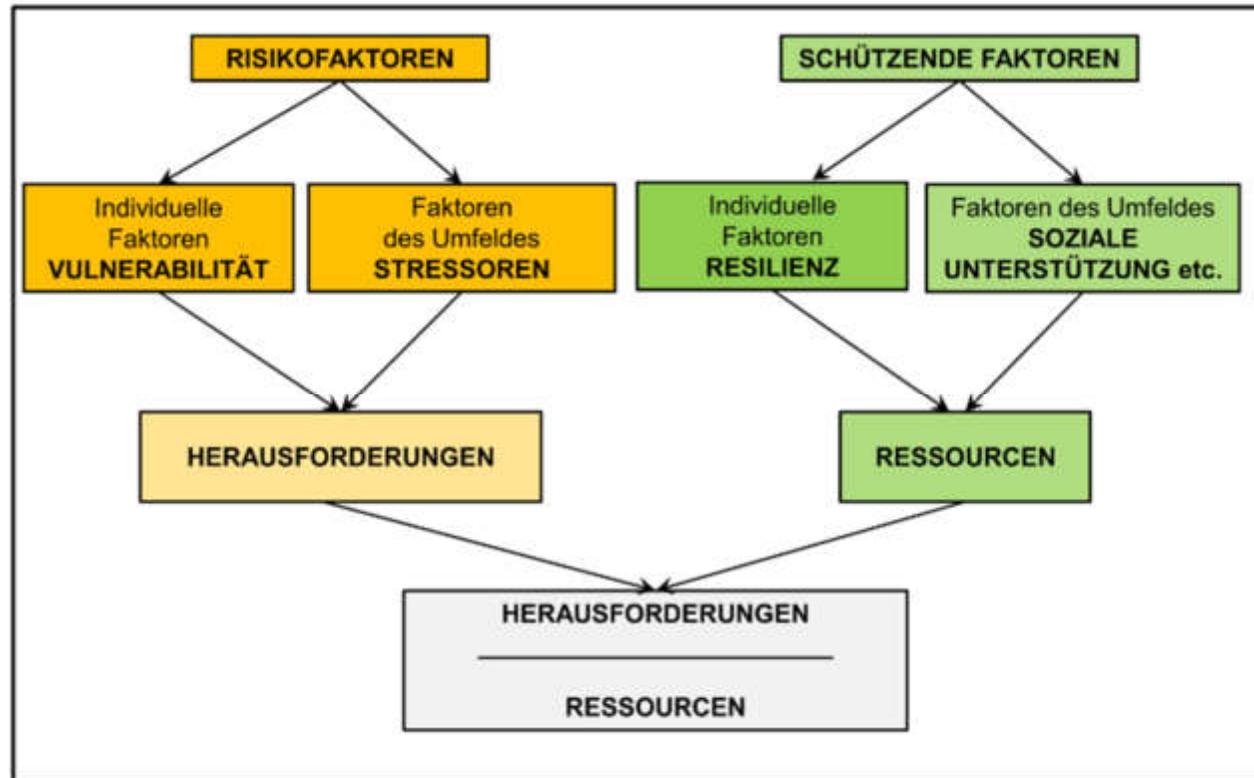
Wieso wird jemand süchtig?

Persönlichkeit <ul style="list-style-type: none">- Lebensgeschichte- Ressourcen- Konfliktfähigkeit- Selbstwertgefühl- Genetik	Normen und Werte <ul style="list-style-type: none">- Gesetze- Familiennormen- Gruppennormen- Mode- ...
Aktuelle Situation <ul style="list-style-type: none">- Familie- Freundschaften- Beruf- Freizeit	Suchtmittel <ul style="list-style-type: none">- Verfügbarkeit- Wirkung- Erwartungen

Suchtverlauf



Modell der Risiken- und Schutzfaktoren



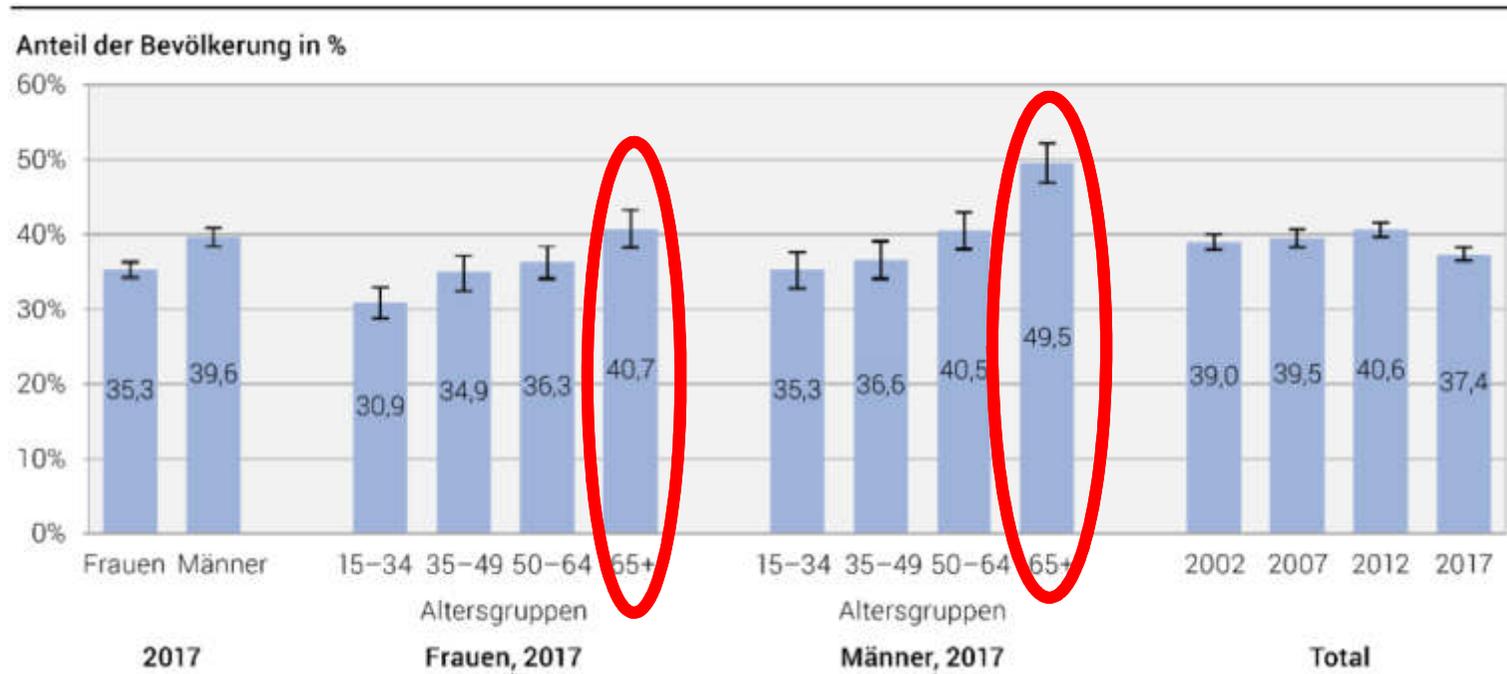
Schutzfaktoren im Alter

- Lebenssinn
- Entspannungsfähigkeit
- Hobbys
- Ethische Überzeugungen, Religion
- Soziale Einbindung
- Kommunikationsfähigkeit
- Wohlbefindensparadox
- Erprobte Bewältigungsstrategien

Schutzfaktoren im Alter

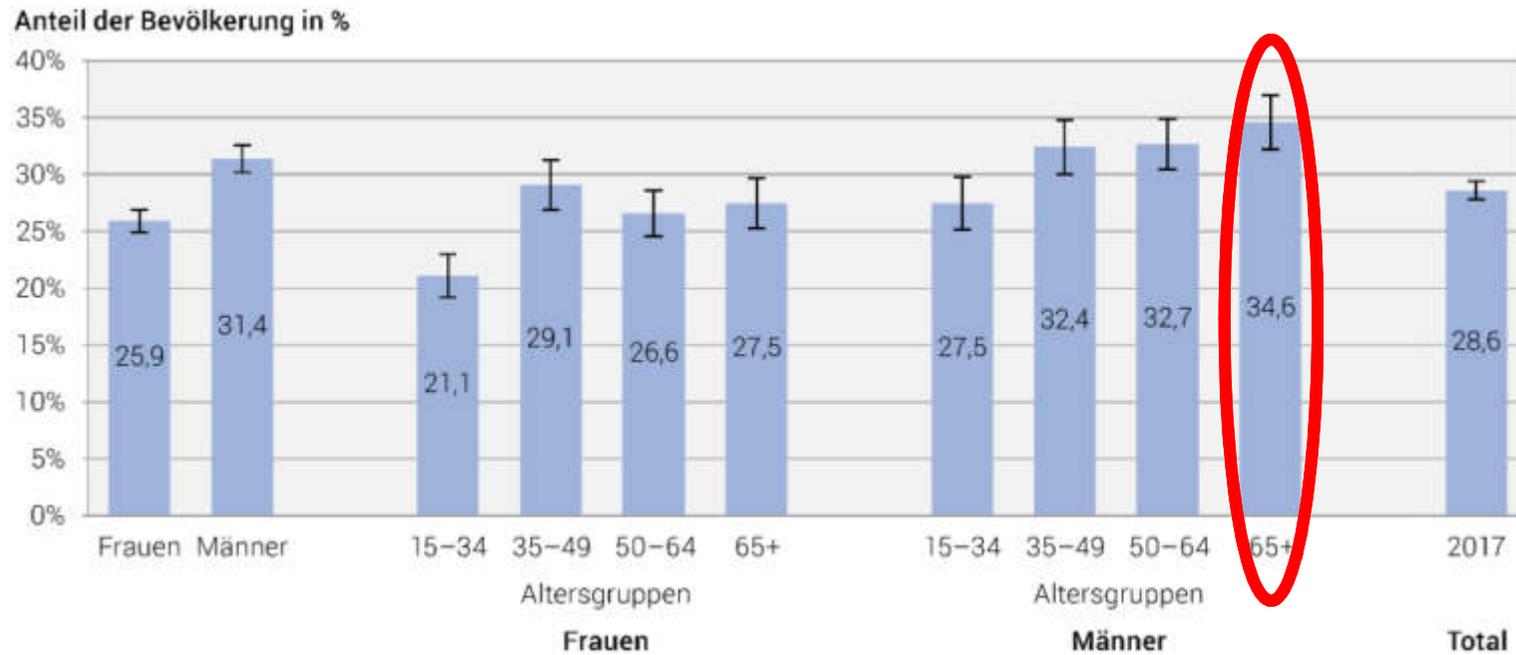
- Hohe Kontrollüberzeugung
 - «Ich kann mein Leben weitgehend selbstbestimmt gestalten.»
- Hohe Selbstwirksamkeit
 - «Ich kann Probleme aus eigener Kraft bzw. bewältigen.»
- Hohes resilientes Coping
 - «Ich kann kritische Ereignisse gut bewältigen.»
- Starke soziale Unterstützung

Verteilung hohe Kontrollüberzeugung

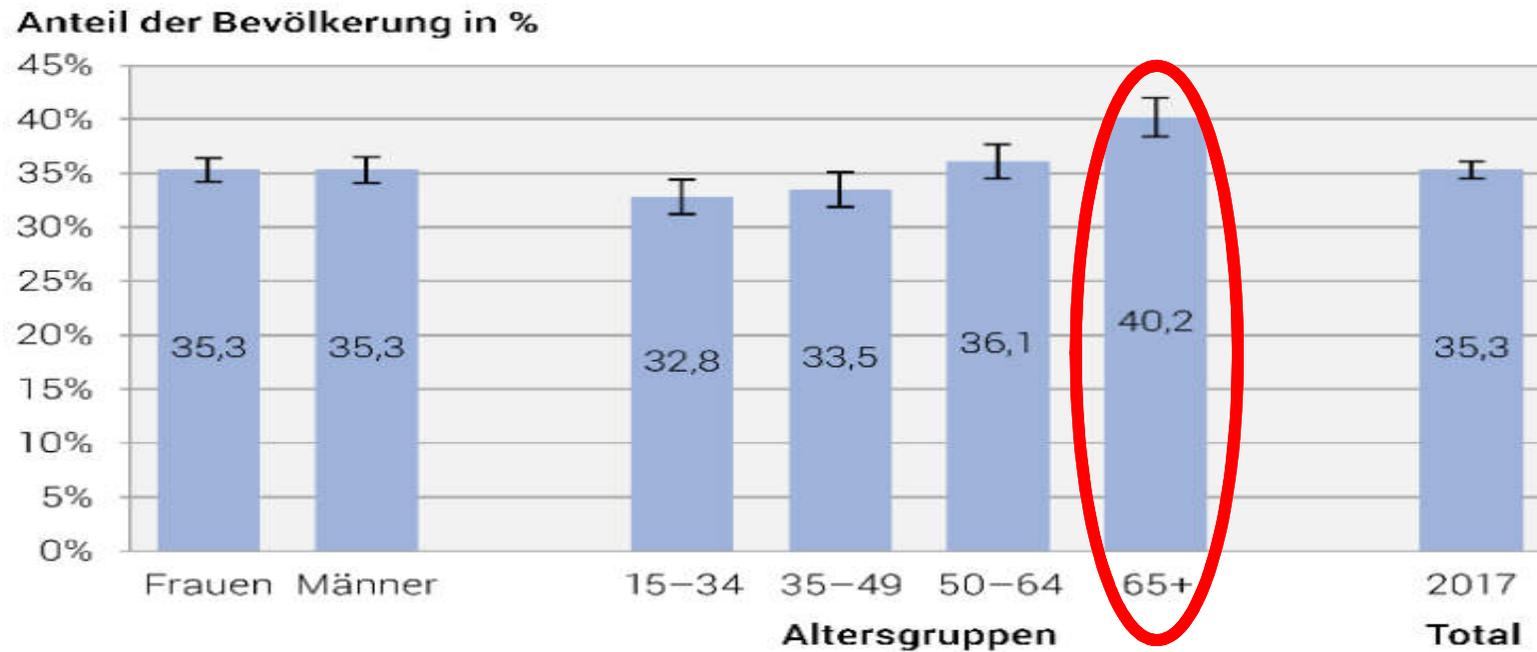


BFS (2020). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017.
Neuchâtel.

Verteilung hohe Selbstwirksamkeit

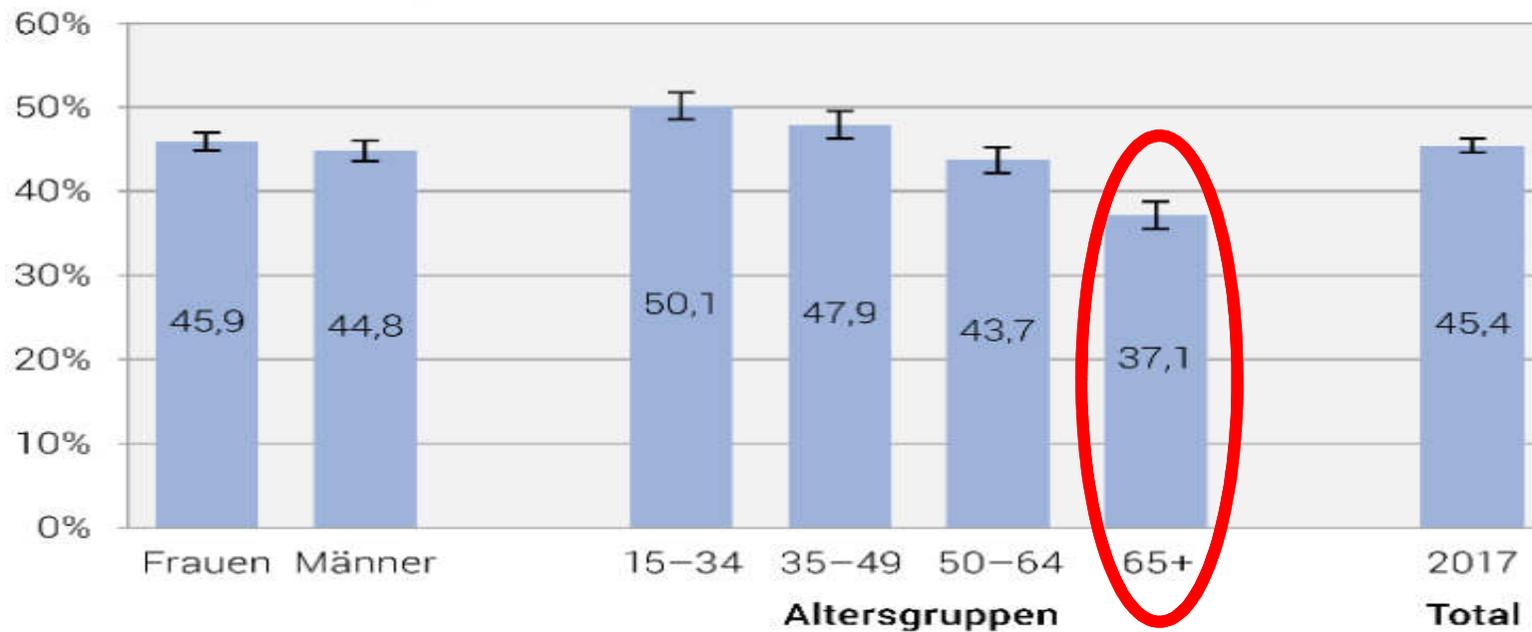


Verteilung hohes resilientes Coping



Verteilung starke soziale Unterstützung

Anteil der Bevölkerung in %



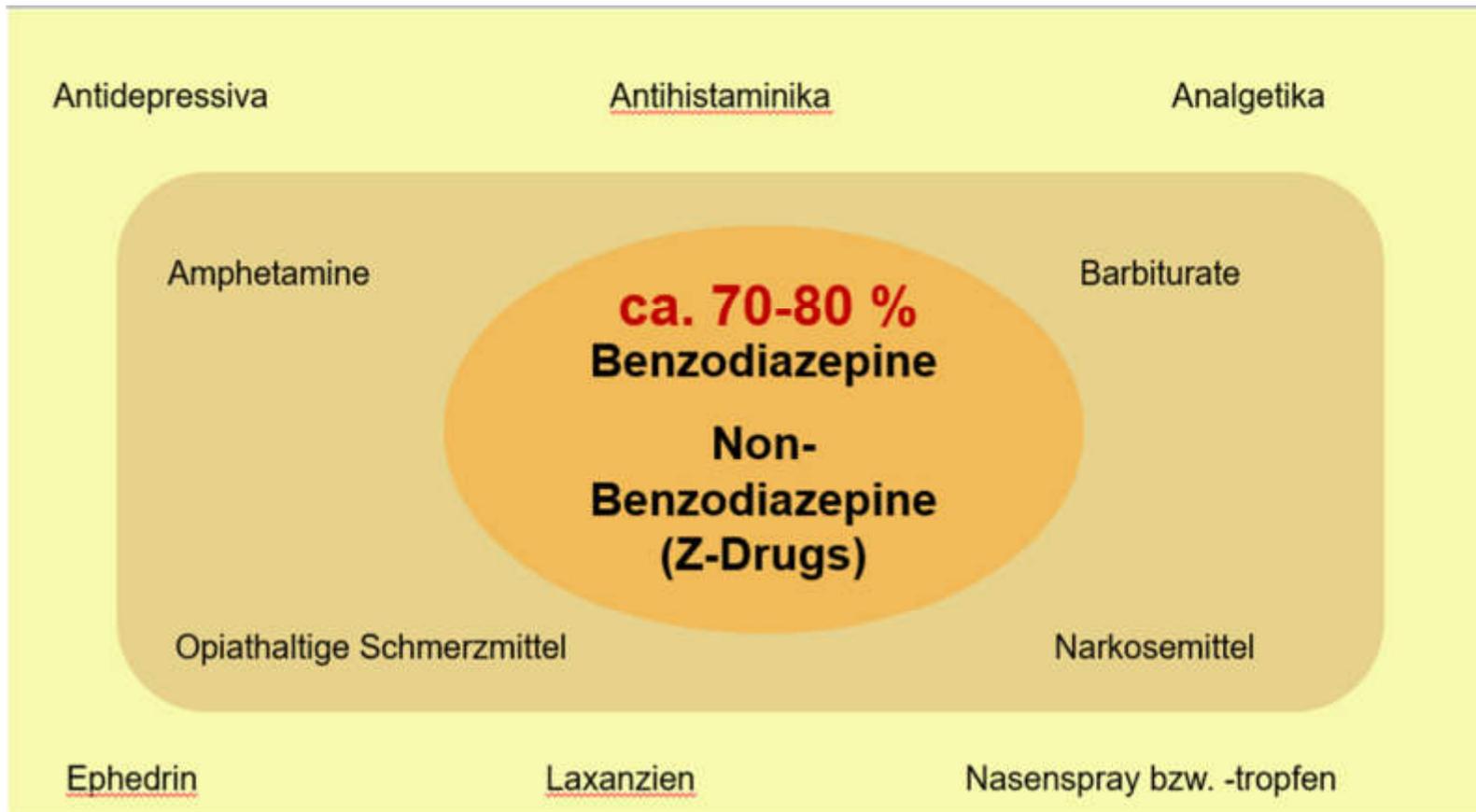
Risikofaktoren im Alter

- Schritt in die Pensionierung
 - (Verluste von Rollen, Tagesstruktur, etc.)
- biologische Begleiterscheinungen
 - (z. B. Schmerzen, Müdigkeit)
- psychische Erkrankungen
 - (z. B. (Alters-)Depressionen)
- gesellschaftliche Ursachen
 - (neg. Altersbilder, soziale Isolation, etc.)

Medikamente im Alter



Medikamente mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial



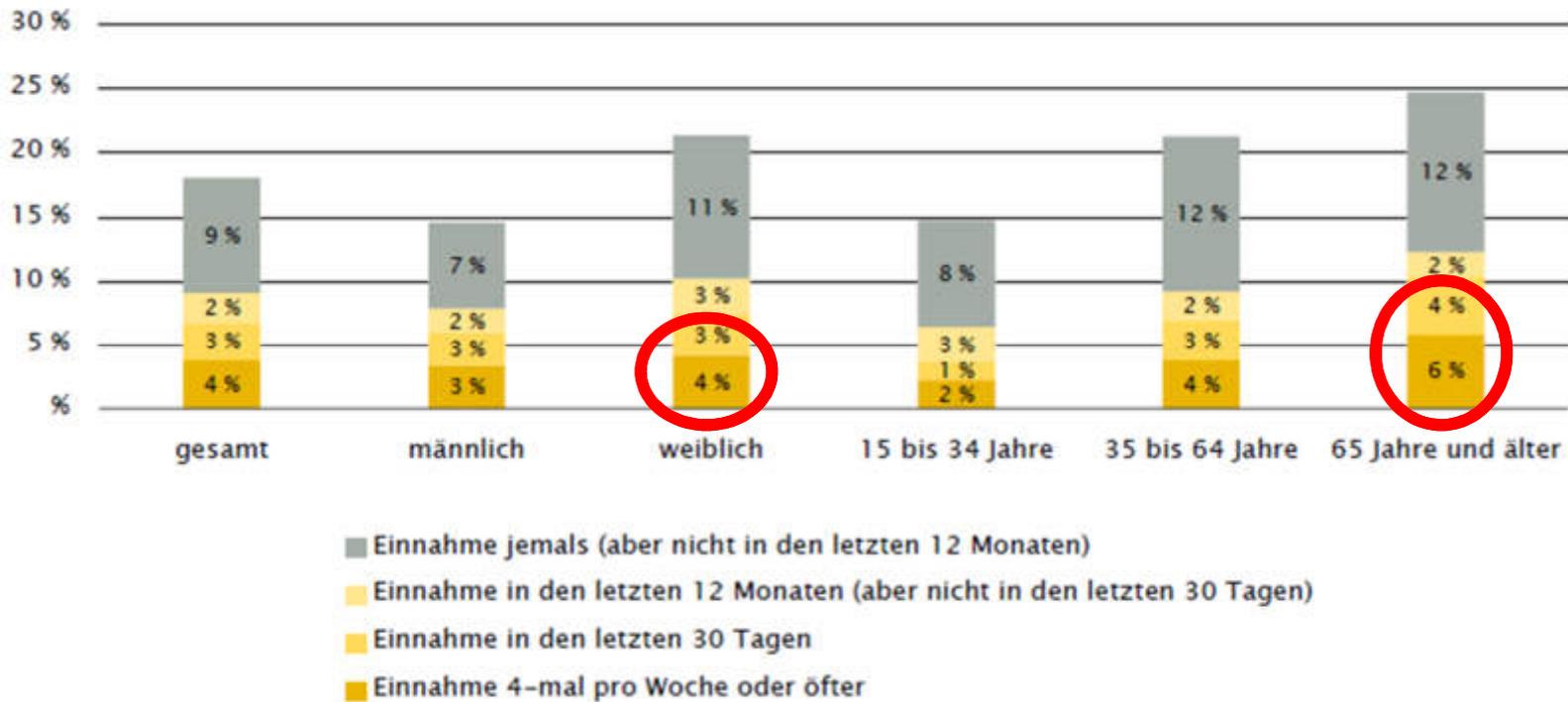
Schaub F, 2014 nach DHS, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.; Medikamentenabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe, Band 5

radix.ch

Wann sprechen wir von einem Medikamentenmissbrauch?

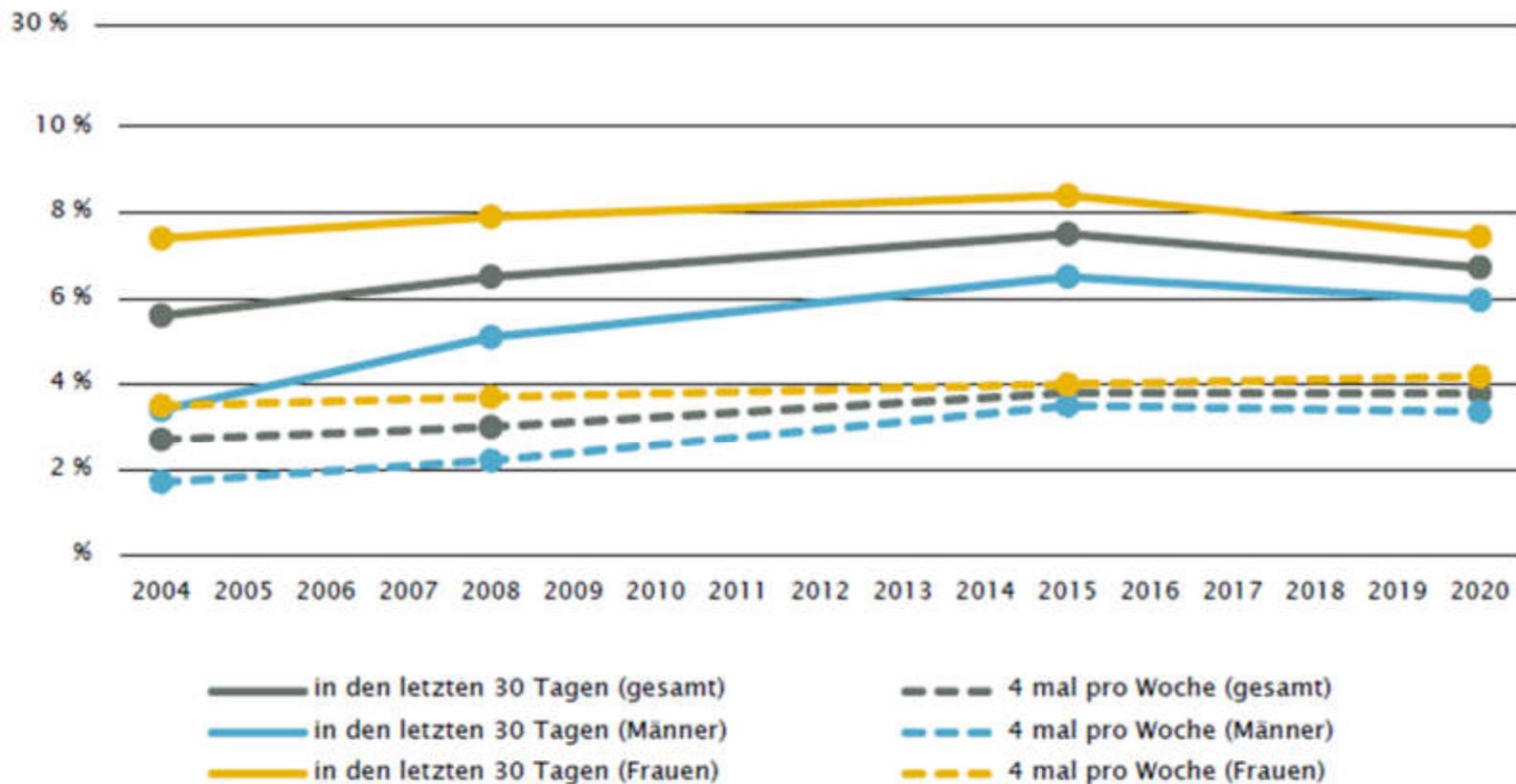
- Hohes Höhere Dosis, als verordnet
- Einnahme länger als notwendig
- Einnahme ohne medizinische Notwendigkeit

Problematischer Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum



Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien

Problematischer Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum



Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien

Risiken von Benzodiazepinen

- Wesentliche Erhöhung der **Sturzgefahr**
 - Hohes **Abhängigkeitspotential** (bereits nach 2-4 Wochen, können sich Symptome einstellen)
 - **Kognitive und motorische** Einbussen
 - **Affektverflachung**
 - Wirken im älteren Körper **länger und stärker** (Gefahr der Akkumulation im Blutspiegel)
 - Können auf die **Schlafarchitektur** einwirken (Tiefschlafphase)
- radix.ch
-

Wenn Alternativen bestehen, keine Benzodiazepine & Co.

- Klare Information zu **verändertem Schlaf im Alter**
- Gute individuelle **Schlafhygiene**
- Anpassung der **Tagesstruktur**
- **Ursachen** der Störungen suchen und angehen
- Allenfalls **andere Medikamente** (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika, Heilpflanzen)
- (Verhaltens-) **Therapeutische** Behandlungen
- → **Nie ohne ärztliche Begleitung absetzen / reduzieren!**

Einige Fakten zu Benzodiazepinen und Analoga I

- Verschiedene Studien zeigen, dass ältere Menschen langfristig **nicht besser schlafen** mit Z-Medikamenten, als medikations-freie Kontrollgruppen...
- ..**kognitive Verhaltenstherapie** erwies sich in dieser Altersgruppe gegenüber Zopiclon gar als überlegen (Sivertsen et al. 2006)
- Studie von Bourgeois et al. (2014) zeigte, dass Heimbewohner mit Schlafstörungen, die Zopiclon erhielten **auf Dauer schlechter schliefen** als die medikationsfreie Kontrollgruppe.
- **Stürze** treten sowohl unter langwirksamen, als auch unter kurzwirksamen BZD vermehrt auf (de Vreies et al. 2013).

Einige Fakten zu Benzodiazepinen und Analoga I

- Höhere BZD-Dosen gehen langfristig mit **beschleunigtem körperlichem Abbau** und gehäufterem Auftreten von Schmerzen einher (Gray et al. 2003; Petrov et al. 2014) Chronische BZD-Einnahme **verschlechtert die kognitive Leistungsfähigkeit** (Barker et al. 2004).
- Durch mehrere epidemiologische Studien aus den letzten Jahren werden eine Reihe schwerwiegender Nebenwirkungen mit Z-Drugs in Verbindung gebracht:

Einige Fakten zu Benzodiazepinen und Analoga I

- Krebs, Akute Pankreatitis, Epilepsie, Leberabszess
Schlaganfall, Glaukom, Morbus Parkinson
- → Die Kausalität ist unklar, aber gemäss Forschenden sprechen bestimmte pathophysiologische Zusammenhänge dafür, dass es sich dabei nicht um einen Bias handelt.

Prävention durch zurückhaltende Verschreibung

- 4-**K**-Regeln*
 - **K**lare Indikation (Indikationsstellung durch Arzt/Ärztin und Aufklärung Patient/Patientin)
 - **K**orrekte Dosierung (kleinste Packung, adäquate Dosis)
 - **K**urze Anwendung (i.d.R. nicht länger als 4 Wochen)
 - **K**ein abruptes Absetzen)

(deutsche) Bundesärztekammer
Schweiz. Akademie der med. Wissenschaften und
der FMH 2013

Prävention durch strukturelle Massnahmen

- Information und **Sensibilisierung** der Bevölkerung
- **Rezeptpflicht**
- **Packungsgrössen**
- **Schulungen**
- Informationen durch **Fachpersonen**
- Umfassender **Informationsaustausch** unter behandelnden Fachpersonen (Ärzt*innenschaft, Apotheker*innenschaft, Pflegefachpersonen, etc.)

Prävention durch Schlafhygiene

- **Wissensvermittlung**: Schlaf verändert sich beim Älterwerden
- **Aktiver Tagesablauf** aber 3h vor Bettruhe kein „Sport“
- Leichte **Abendmahlzeiten**
- **Rituale**
- Kaffee, Tee, Nikotin mit Bedacht
- Angenehme **Bettwäsche**, Matratze, etc.

Prävention durch Schlafhygiene

- Ruhe, **Dunkelheit**
- **Regelmässigkeit**: Zur gleichen Zeit aufstehen...
- **Lieber Aufstehen**, als stundenlanges „Wälzen“
- Erst ins Bett, **wenn müde** (aber wenn möglich Routine)
- **Keine sichtbare Zeitangabe** neben dem Bett

Aber wieso Prävention im Alter?

Typische Vorurteile

- „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“
- „Ach, lassen wir ihm doch sein Fläschchen.“
- „In dem Alter, kann man ihr doch die Tabletten nicht mehr wegnehmen“

Aber wieso Prävention im Alter? Und einige Gegenargumente

- Es geht um die **Balance** zwischen **Selbstbestimmungsrecht** und **Fürsorgepflicht**.
 - Nur weil jemand nicht mehr jung ist, heisst das nicht, dass man die Person ihrem Schicksal überlassen muss.
 - Es geht darum **hinzuschauen** und **Hilfe zur Verfügung zu stellen**.
- Ist ein **Prozess!**

Es lohnt sich auch im Alter noch!

- **Sturzgefahr** verringern!
- **Selbstständigkeit erhalten**, Gesundheit und Lebensqualität stärken
- **Vorbild** sein (z.B. für Enkelkinder)
- Ein Ausstieg wird **rückblickend** meist als Gewinn gesehen
- Kein Grund zur **Scham**: Viele sind von Suchterkrankungen betroffen und es gibt einen Weg, der hinausführt.
- Mit **Unterstützung von Fachpersonen** geht es meist leichter!

Vielversprechende Resultate aus der Forschung

- Verschiedene Studien zeigen: Ältere Leute bleiben eher in Behandlungsprogrammen und erzielen **eher Erfolg**.
- Ältere Leute mit Alkoholproblemen erzielen vergleichbare Resultate im kurzfristigen Therapieerfolg und **bessere bei längeren Katamnese-Zeiträumen**.
- Auch ältere Leute können ihr riskantes Konsumverhalten mit der Zeit ändern!
- Aber auch, dass noch zu **wenig umgesetzt** wird in vielen Institutionen

Schnoz, D. Salis Gross, C.; Grubenmann, D.; Uchtenhagen, A. (2006).
Alter und Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten
Interventionen. Zürich: ISGF

radix.ch

Was kann man als Bezugsperson tun?

- **Nicht Probleme** unter Vorwand des Alters **negieren**
- Keine Hemmungen zu **reagieren**
- Darüber sprechen, aber **behutsam**
- **Nicht moralisieren**, nicht stigmatisieren

Was kann man als Bezugsperson tun?

- **Motivieren, Beratung** anzunehmen und bei diesem Schritt Unterstützung anbieten
- ...aber auch respektieren, wenn älterer Mensch sich dagegen entscheiden. **Entscheide sind Prozesse!**
- Und nicht zuletzt, auch: **Für sich selbst Hilfe holen!**

Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!