

Suchterkrankungen im Alter

Inhalt

- Allgemeiner Teil
 - Grundlagen
 - Behandlungsmöglichkeiten
- Spezieller Teil
 - Diagnosen
 - Zugangswege
 - Perspektiven

Allgemeiner Teil

Wochentag/ Datum	Alkoholisches Getränk	Enthaltener Alkohol [g]	Anlass des Trinkens	Warum habe ich getrunken?
Montag 13.05.20	1 großes Bier (500 ml) 1 kleiner Schnaps (2 cl)	20 g 5,5 g	Treffen mit Freunden	Geselligkeit Entspannung

Wie viel Alkohol enthalten Bier, Wein, Sekt und Schnaps?*



0,5 l:

20 g



0,33 l:

13 g



0,2 l:

18 g



0,1 l:

9 g



0,1 l:

9 g



4 cl:

11 g



2 cl:

5,5 g

* Bier (4,8 % vol.),
Rotwein (11 % vol.),
Sekt (11 % vol.),
Schnaps (33 % vol.)

Was ist Abhängigkeit? (F10.2)

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Sucht als einen „Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge“
- Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) definiert Diagnosekriterien der Abhängigkeit.
 1. Starker Wunsch oder Zwang die Substanz zu konsumieren;
 2. Kontrollverlust über Beginn, Menge oder Beendigung des Konsums;
 3. körperliche Entzugssymptome;
 4. Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung;
 5. Vernachlässigung von Interessen oder Pflichten, zugunsten des Konsums;
 6. Fortsetzung des Konsums, trotz bestehender körperlicher und/oder psychosozialer Folgeschäden.

Diagnose darf gestellt werden, wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten drei der sechs Kriterien erfüllt sind.

Was ist Abhängigkeit? (DSM-V)

- 11 Kriterien

- wiederholter Konsum in Situationen, in denen es auf Grund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
- wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;
- anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;
- hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen.

Was ist schädlicher Gebrauch? (F10.1)

- Nachweisliche körperliche oder psychische Gesundheitsschädigung
- Z.B. Leberzirrhose, Polyneuropathie, Hepatitis (i.v. Konsum)
- Oder depressive Episode
- Patient konsumiert weiter trotz der bekannten Schädigung

Was ist riskanter Konsum? (F10.8)

- Einnahme einer bestimmten Dosis einer Substanz, die potenziell zur Beeinträchtigung, körperlich oder psychisch oder im Alltag führen kann
- Bsp. Alkohol: 10-12g tägl. w, 20-24g tägl. M
- Aber auch der Konsum einer Substanz kann schon riskant oder problematisch sein wenn eine Verwandter ersten Grades (Mutter, Vater) abhängigkeitskrank ist oder war.

Indikation zur stationären Behandlung

- Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung (F1x.2)
- Entzugssymptome, die aufgrund ihres Ausmaßes die Mittel eines Krankenhauses benötigen
- schwere psychiatrische Komorbidität
- hohe psychosoziale Unreife (z.B. gekennzeichnet durch fehlende Tagesstruktur, Unzuverlässigkeit, fehlende Eigenverantwortung, altersinadäquates Verhalten)
- soziale Desintegration (z.B. zu Erkennen durch fehlenden unterstützenden Freundeskreis, Abbruch von Schule, Ausbildung, Berufstätigkeit)
- hohe Konsumhäufigkeit (z.B. Konsum in jeder möglichen Situation, Konsum gleich nach dem Aufstehen, nächtlicher Konsum)
- vielfach gescheiterte Selbstentzüge

Der Alkoholentzug: Symptome

- Zittern
 - Schwitzen
 - Erhöhter Blutdruck und Puls, erhöhte Atemfrequenz
 - Innere und psychomotorische Unruhe
 - Angst, Nervosität
 - Schlafstörungen
-
- Vermittelt durch GABA

Sedativa: Der Benzodiazepinentzug

- Low-Dose Abhängigkeit

- Häufig comorbid Alkoholabhängig
- Ambulanter Entzug möglich
- Leichte Entzugssymptomatik, welche oft fehlinterpretiert wird (cave: Depression)
- Vorsichtiges Ausschleichen über Wochen
- Hohe Inzidenz bei älteren Patienten, hier ist Vorsicht geboten und es wird eher zur stationären Aufnahme geraten

- High-Dose Abhängigkeit

- Oft polytoxikomanes Konsummuster
- Dosis zunächst rasch reduzierbar
- Mittel der Wahl: Oxazepam oder Clonazepam
- Bei Mehrfachabhängigkeit Substanzen nacheinander ausschleichen

Die Entzugsbehandlung

Beginnt i.d.R. direkt mit Vorstellung ambulant

- Niederschwelligkeit
- Fragen klären
 - Was soll verändert werden
 - Konsumstopp oder Abstinenzwunsch?
 - Ambulante vs. stationäre Behandlung
 - Therapiewunsch?
- Im Krankenhaus ist lediglich der Entzug (Entgiftung) als Krankenkassenleistung abgedeckt
- Die Entwöhnung findet in der Rehabilitation statt, Leistung der Rentenversicherung

Die Krisenintervention (KI)

- Unmittelbare Aufnahme, Notfallindikation
 - Schweres Entzugssyndrom
 - Intoxikation
 - Doppeldiagnose
 - Akute Suizidalität
 - Akute Fremdgefährdung

Die Krisenintervention (KI)

- Behandlung
 - Stabilisierung
 - Gabe von Entzugsmedikation und Prophylaxe
 - Therapeutisches Basisprogramm (Gruppen, Ergo, BWT)
 - Aufklärung, Sozialdiensttätigkeit
 - MI
 - Ggf. Umstellung in QE

Die qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)

- Aufnahme meist elektiv, Kostenträger verlangen Einweisung
- Diagnose F1x.2 erforderlich
- Vegetative Entzugssymptome oder Intoxikation nicht Voraussetzung
- Offenes Behandlungssetting

Die qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)

- Definiertes und zeitlich begrenztes Behandlungsprogramm
 - Multiprofessionelles Behandlungsteam
 - Medikamentengestützter Entzug
 - Tagesstrukturierende Maßnahmen
 - Therapeutische Gruppen und Einzelgespräche (cave: Keine aufdeckende Therapie)
 - Ergo, BWT, Entspannung
 - Umfangreiche Beratung durch Sozialdienst
 - Ausgerichtet auf die Entwicklung einer Behandlungsmotivation und/oder die Motivation zur Abstinenz

Die qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)

3 Phasen

- Abklingen der Intoxikation
 - Überlebenssicherung
 - Stunden bis Tage
- Lindern der Entzugssymptome
 - Substanzspezifische Medikation
 - Tage bis Wochen
- Förderung der Behandlungsmotivation
 - Keine Einnahme psychotroper Substanzen (Außer Substitution)
 - Beratung und Motivationsarbeit

Die qualifizierte Entzugsbehandlung (QE)

Teilstationäre Behandlungsphase

- Ggf. in der letzten Behandlungswoche
- Reintegration in das häusliche Umfeld
- Vorbehaltlich einer stabilen, substanzfreien Umgebung

Weiterführende Behandlung (WB)

- Anzuwenden bei chronisch-mehrfach-beeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA)
- Insbesondere ältere Patienten mit kognitiven Einschränkungen
- Korsakow-Syndrom, demenzielle Entwicklungen, schwere körperliche Folgen der Abhängigkeit
- Bis zu 6 Wochen Behandlungsdauer
- Therapie in Kleingruppen
- Förderung von Tagesstruktur und kognitiven Fertigkeiten

Frühintervention

- Bei „problematischem“ Konsum als Vorstufe in der Entwicklung zur Abhängigkeit
- Riskanter Konsum F1x.8
- Schädlicher Gebrauch F1x.1
- Frühinterventionsprogramme insbesondere im Kinder- und Jugendbereich, eingebettet in Präventionsarbeit, Bsp.: HaLT
- Frühinterventionsprogramm Alkohol der LWL-Klinik Dortmund: FrIntA

Spezieller Teil

Sucht im Alter

Ab wann ist man „alt“?

Ab wann ist man alt?

- In der Regel erfolgt eine geriatrische Behandlung ab dem 65. Lebensjahr
- In der LWL Klinik wird z.T. schon ab dem 60. Lebensjahr gerontopsychiatrisch behandelt
- Demographischer Wandel: Menschen über 65 sind heutzutage oftmals noch berufstätig und vergleichsweise weniger gealtert als früher

Mögliche Einschränkungen älterer Patienten

- Körperliche Einschränkungen
 - Einschränkung der Mobilität
 - Einschränkung der Ausdauer
 - Einschränkung der Belastbarkeit
- Psychische Einschränkungen
 - Gedächtnisverlust
 - Reduzierte Konzentration und Auffassungsgabe
 - Orientierungsstörungen

 Einschränkungen in der sozialen Teilhabe

Sucht und Alter

- Diagnosespektrum anteilig im Vergleich zur Altersgruppe bis 65



Diagnosespektrum von Suchtpatienten über 65 in der LWL-Klinik Dortmund

- Im Jahr 2022
 - >85% Alkohol
 - Ca. 10 % Schlafmittel
 - <5% Opiate

Mögliche Zugangswege sind



Die Frühintervention

- Seit Januar 2022 wird das Programm FrIntA (Frühintervention Alkohol) in der LWL-Klinik Dortmund angeboten
- „Überraschenderweise“ angenommen von vielen bis dato unbehandelten Patient:innen ab ca. 55 Jahren
- Alkoholkonsum als problematisierender Faktor bei einschneidenden Lebensereignissen
- Kurzprogramm als Hilfestellung um Veränderung im Konsumverhalten herbeizuführen

Low-Dose Benzodiazepinabhängigkeit

- Sehr häufig bei älteren Patient:innen ab 70 Jahren
- Einnahme einer niedrigen Dosis eines Benzodiazepins seit Jahrzehnten
- Frage: Soll hier überhaupt noch eine Reduktion und damit Anstreben einer Abstinenz erfolgen?

Low-Dose Benzodiazepinabhängigkeit

- Beispiel:
 - 85 jährige Frau
 - Einnahme von Schlafmitteln seit über 30 Jahren
 - Medikation wird zeitweise vergessen oder im Wechsel Zopiclon und Oxazepam eingenommen
 - Rezidivierende delirante Zustände
 - Nächtliche Unruhezustände
- Entzugsbehandlung ist dringend zu empfehlen
- Muss aber sehr vorsichtig und kleinschrittig durchgeführt werden
- Zu erwägen ist eine Behandlung im stationsäquivalenten Setting (StäB)

Alkohol im Alter

- Opa trinkt seit vielen Jahren abends sein Bier
- Warum soll er jetzt im hohen Alter darauf verzichten?
- Das hat ihm ja bisher auch nicht geschadet

Alkohol im Alter

- Beispiel:
 - 87jähriger Mann
 - Alleine lebend, die Töchter wohnen in der Nähe
 - Ehefrau vor 6 Monaten gestorben
 - Regelmäßiger Alkoholkonsum (immer schon abends, aber genaue Menge unklar)
 - Stationäre Behandlung nach Sturzereignis und Schenkelhalsfraktur vor ca. 3 Monaten
 - Deliranter Zustand nach OP
 - Seit dem körperlicher und geistiger Abbau und weiterhin bestehender Alkoholkonsum

Konsum von Suchtmitteln im Alter

- Kann zu einer erheblichen Verminderung der Lebensqualität führen
- Gerade der langjährige Konsum bedeutet oftmals, dass Betroffene sehr eingeschränkt und auf Hilfe anderer angewiesen sind
- Insbesondere wenn diese Hilfe nicht oder nicht mehr gegeben ist, kann es sogar zu einer akuten Gefährdungslage kommen
- Daher sollte auch im Alter bei bestehender Abhängigkeit dringend zu einer Entzugsbehandlung geraten werden

Wie erfolgt die stationäre Zuweisung

- Vorstellung bei Hausärzt:in und ggf. Einweisung holen
- Die Erstvorstellung „nach Möglichkeit“ in der Institutsambulanz
- Differenzierung zwischen einer suchtmmedizinischen- und gerontopsychiatrischen Behandlung kann hier erfolgen
- Erfüllt der/die Patient:in die Kriterien einer Abhängigkeitsbehandlung und liegen keine Hinweise für eine der klassischen Formen der Demenz vor, so sollte eine suchtmmedizinische Behandlung erfolgen

Weiterführende Behandlung auf der Station P3

- Patienten mit kognitiven oder körperlichen Einschränkungen
- Fokussierung auf Ergotherapie in Kleingruppen und tagesstrukturierende Maßnahmen
- Förderung der Kognitionen (COGPACK, RehaCom)
- Intensive sozialarbeiterische Betreuung
 - Kontakt mit Angehörigen, Betreuern, Einrichtungen, Ämtern,...
- Aktuell durchschnittlich 5-7 Patient:innen im WB-Programm
- Aktuell drei Sozialarbeiterinnen tätig

Perspektiven

- Entlassung in die häusliche Umgebung
- Rehabilitation
 - Bei Berentung finanziert durch die Krankenkasse
- Soziotherapeutische Maßnahme
 - Ambulant oder stationär
 - Auch für kognitiv eingeschränkte Patienten möglich
- Heimunterbringung
 - Wenn Pflegebedürftigkeit besonders im Vordergrund steht
- Sonderfälle
 - Z.B. wenn Versicherungsstatus nicht zu klären ist
 - Nichtbehandlungsfall LWL

Probleme

- Oftmals fehlende familiäre Einbindung
- Vereinsmung
- Mangelnde Betreuungsplätze
- Trotz abgeschlossener Krankenhausbehandlung keine Entlassungsperspektive
 - Heime lehnen Patienten:innen ab wegen der Suchtdiagnose
- Ambulante Maßnahmen oft unzureichend
- Erneutes Abrutschen in die Sucht

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!