



Sucht im Alter

Gesundpolitisches Kolloquium

KV Hessen und Förderverein für ärztliche Fortbildung e.V.

Georg-Voigt-Straße 15

60325 Frankfurt am Main

MdB Mechthild Dyckmans

Drogenbeauftragte der Bundesregierung



Gliederung

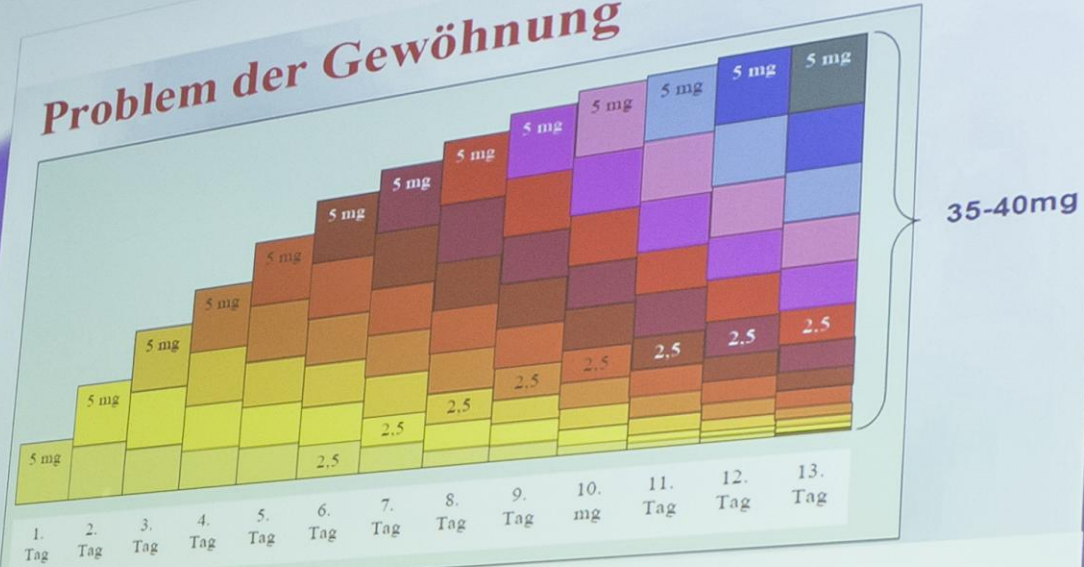
- Die späte Entdeckung von „Sucht im Alter“
- Aktivitäten der Drogenbeauftragten
- Epidemiologische Daten (Alkohol/Medikamente)
- Alkoholintoxikationen im Alter
- Screening zur Früherkennung
- Kurzintervention durch den Arzt
- Leitfaden der Bundesärztekammer
- Die 4K-Regel für psychotrope Medikamente



- Kooperation zwischen Arzt und Apotheker
- Fortbildung
- Ethik – Freiheit im Alter und Freiheit von Sucht im Alter

Dia von R. Holzbach,
Lippstadt/Warstein

Problem der Gewöhnung



Dr. Dirk



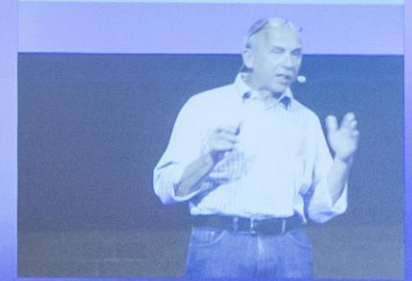
Pflegerische Wahrnehmung der Erkrankung

Ab wann ist ein Alkoholkranker alt?

- Viele alkoholabhängige Bewohner sind vergleichsweise jung
- Pflegekräfte sind oft der Meinung, dass die Betroffenen zu jung für ein Altenheim sind!
- Gerade First onset Trinker sind oft „jung“, vorgealtert und benötigen Hilfen

Andreas Kutschke

4



Andreas Kutschke





Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.



Unabhängig im Alter

Home

Herzlich willkommen

Sucht kennt keine Altersgrenzen. Alkohol, Tabak und psychoaktive Medikamente führen auch im höheren und hohen Lebensalter zu Missbrauch und Abhängigkeit sowie weiteren schweren gesundheitlichen Schäden. Auch bei illegalen Drogen gibt es eine wachsende Gruppe älterer Konsumenten, deren Bedarf an Hilfe und Unterstützung über die Behandlung der Drogenabhängigkeit hinausgeht.



Die Zahl der älteren Personen, die Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol, Tabak oder psychoaktiven Medikamenten aufweisen, geht in die Millionen. Bislang erhalten aber nur wenige angemessene fachliche Hilfe. Damit sich das ändert, hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) Angebote zum Thema „Missbrauch und Abhängigkeit im Alter“ entwickelt. Mit der Botschaft „Unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar“ möchten die DHS und ihr Kooperationspartner, die BARMER GEK, dazu beitragen, dass ältere Menschen häufiger als bisher in Beratung und Therapie vermittelt werden.

Denn: Hilfe ist möglich. Und für mehr Gesundheit, Lebensqualität und Lebensfreude ist niemand zu alt!

[> Zum Seitenanfang](#)

**UNABHÄNGIG IM ALTER
SUCHTPROBLEME SIND LÖSBAR**

- > Home
- > Kontakt
- > Impressum
- > Drucken

- > Unabhängig im Alter
- > Daten und Fakten
- > Alkohol
- > Medikamente
- > Tabak
- > Illegale Drogen
- > Rat und Hilfe
- > Materialien
- > Betroffene erzählen
- > Presse
- > Veranstaltungen
- > Fortbildungen
- > Partner
- > Links und Literatur

Förderschwerpunkt „Sucht im Alter“



Sucht im Alter - Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe
[> Link](#)

Ihre Spende hilft



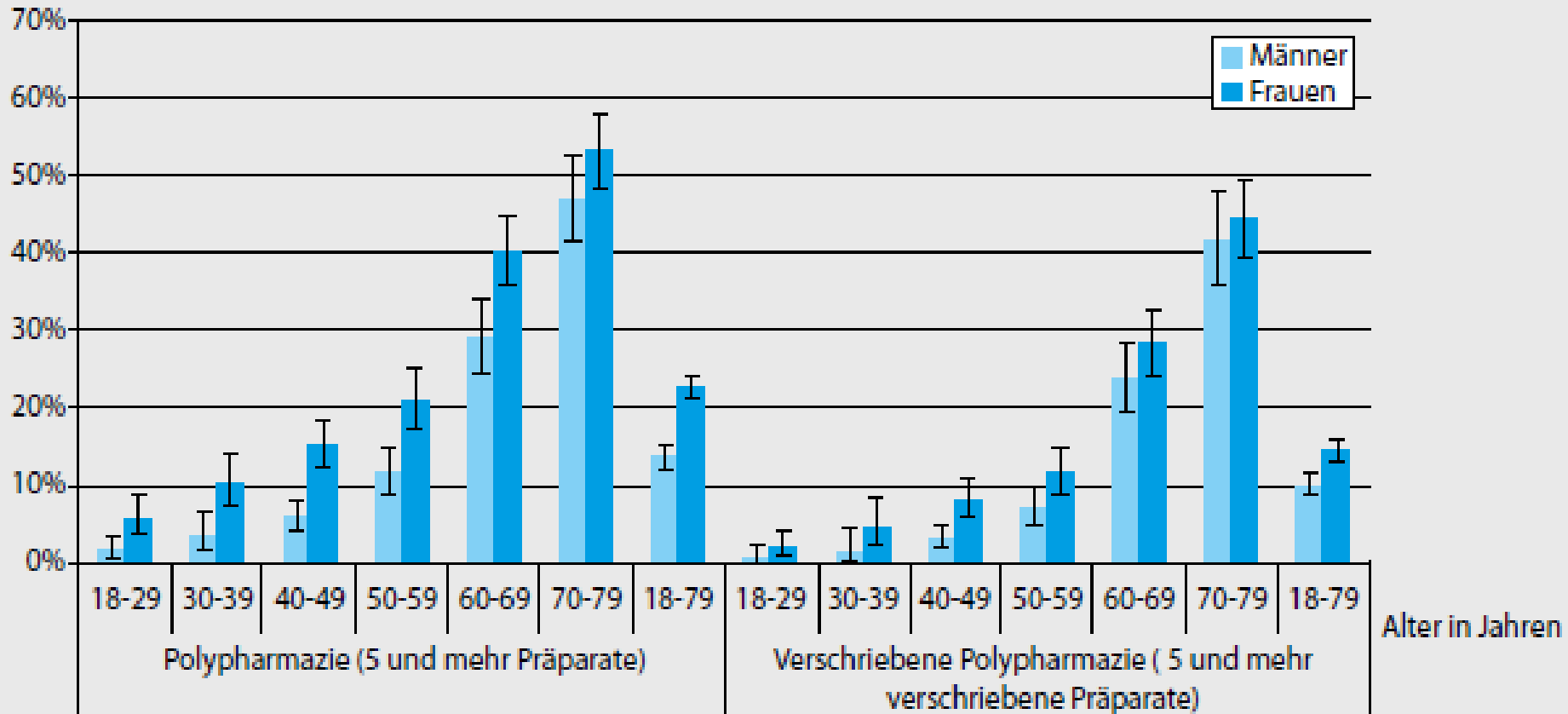


Abbildung 11:

Prävalenz der Arzneimittelanwendung bei Präparaten zur Behandlung des Nervensystems nach Alter und Geschlecht 2008 bis 2011

Insgesamt	n	Alter in Jahren						
		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	18-79
N00: Nervensystem	1.519	15,6 %	17,5 %	18,4 %	22,7 %	26,2 %	30,9 %	21,2 %
95 %-Konfidenzintervall		(12,9-18,8 %)	(14,5-20,9 %)	(16,1-20,9 %)	(20,1-25,5 %)	(23,1-29,6 %)	(27,2-35,0 %)	(20,1-22,3 %)
N02: Analgetika	893	12,4 %	12,5 %	13,5 %	12,7 %	14,7 %	12,2 %	13,0 %
95 %-Konfidenzintervall		(10,1-15,2 %)	(10,0-15,6 %)	(11,4-15,8 %)	(10,4-15,3 %)	(11,9-18,1 %)	(10,1-14,7 %)	(12,0-14,1 %)
N03: Antiepileptika	123	0,6 %	0,9 %	1,0 %	1,8 %	2,7 %	2,0 %	1,4 %
95 %-Konfidenzintervall		(0,2-1,5 %)	(0,4-2,1 %)	(0,5-1,8 %)	(1,2-2,8 %)	(1,8-3,9 %)	(1,1-3,6 %)	(1,1-1,8 %)
N04: Parkinsonmittel	40	—	—	0,2 %	0,8 %	0,6 %	2,0 %	0,5 %
95 %-Konfidenzintervall		—	—	(0-1,1 %)	(0,3-2,1 %)	(0,3-1,2 %)	(1,1-3,6 %)	(0,3-0,8 %)
N05: Psycholaptika	280	1,3 %	3,0 %	2,1 %	3,8 %	5,0 %	7,2 %	3,4 %
95 %-Konfidenzintervall		(0,6-2,9 %)	(1,8-4,9 %)	(1,3-3,2 %)	(2,8-5,1 %)	(3,8-6,6 %)	(5,3-9,6 %)	(3,0-4,0 %)
N06: Psychoanalaptika	457	2,6 %	3,0 %	4,5 %	7,9 %	9,2 %	13,5 %	6,3 %
95 %-Konfidenzintervall		(1,5-4,3 %)	(1,7-5,4 %)	(3,2-6,2 %)	(6,4-9,7 %)	(7,2-11,6 %)	(10,5-17,2 %)	(5,6-7,2 %)

Abbildung 12:
 Prävalenz der Anwendung von opioidhaltigen Schmerzmitteln, Schmerzmitteln mit Koffein, Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011

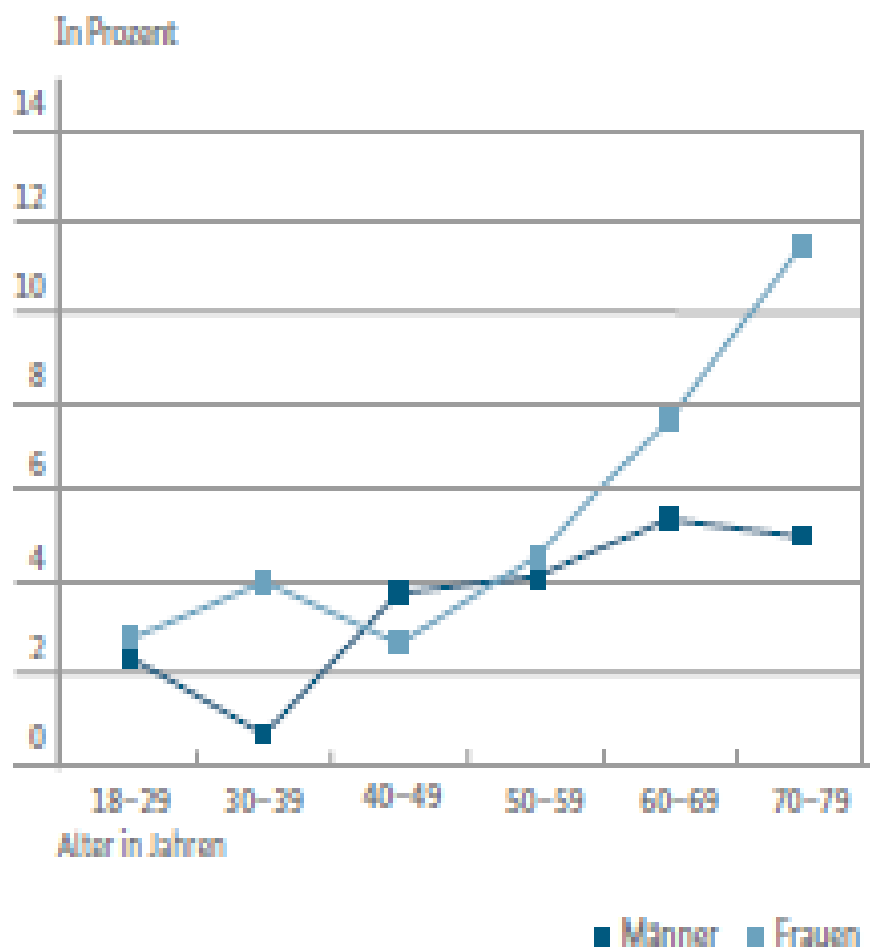
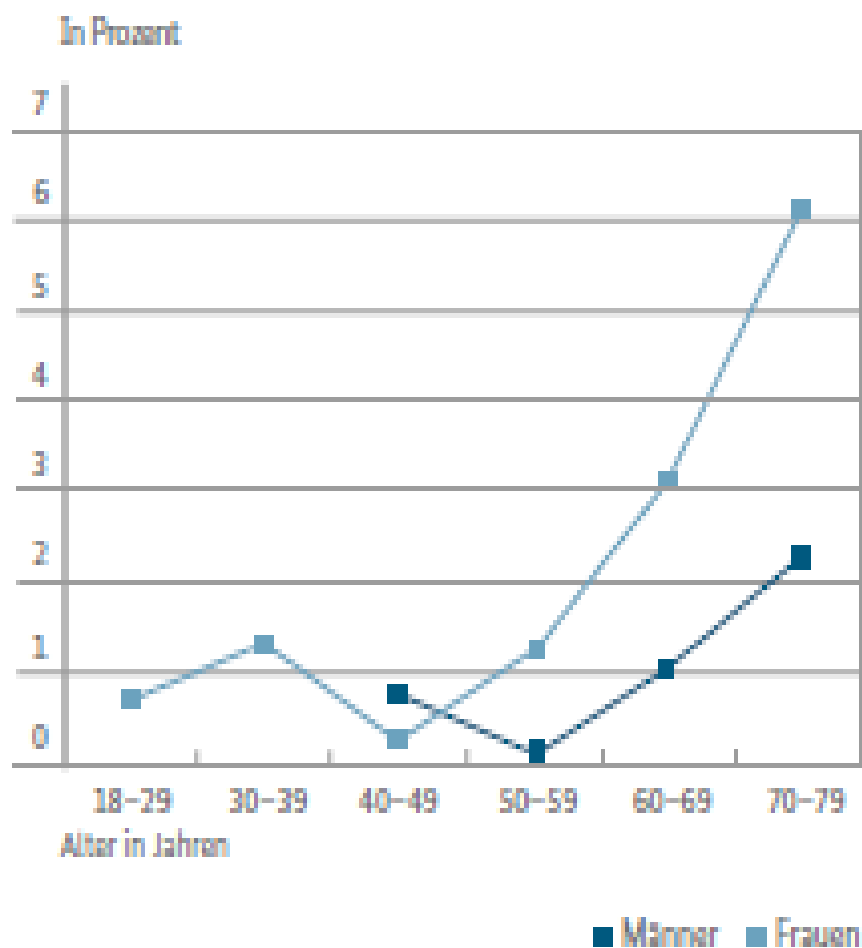


Abbildung 13:
 Prävalenz der Anwendung von Benzodiazepinen und Z-Drugs 2008 bis 2011





Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Sucht im Alter - Alkohol -





Sucht im Alter - Alkoholkonsum bei Frauen -

Tab. 1 Prävalenz von Risikokonsum gemäß AUDIT-C unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen und sozioökonomischem Status (SES) [n=7591 (ungewichtet)]

Altersgruppe	18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	Gesamt
	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)
Frauen					
SES niedrig	29,4 (21,6–38,7)	15,2 (8,3–26,2)	19,3 (13,9–26,0)	10,8 (6,6–17,2)	18,5 (15,2–22,4)
SES mittel	41,0 (34,8–47,4)	24,4 (20,0–29,4)	23,9 (20,7–27,5)	18,9 (15,1–23,5)	26,3 (23,9–28,8)
SES hoch	26,5 (17,4–38,2)	28,8 (22,3–36,3)	32,8 (27,2–38,9)	32,8 (24,4–42,5)	30,5 (26,8–34,5)
Gesamt	36,0 (31,8–40,5)	24,6 (21,0–28,5)	25,0 (22,4–27,7)	18,0 (15,1–21,4)	25,6 (23,8–27,5)
Männer					
SES niedrig	49,7 (37,5–61,9)	28,7 (20,4–38,7)	36,9 (28,7–45,9)	31,6 (22,5–42,4)	37,3 (32,5–42,3)
SES mittel	55,3 (49,1–61,4)	43,1 (37,3–49,1)	40,1 (35,1–45,3)	34,9 (29,9–40,2)	43,2 (40,4–46,1)
SES hoch	56,9 (43,1–69,7)	36,6 (29,4–44,4)	42,5 (36,6–48,5)	35,8 (28,0–44,4)	41,2 (36,7–45,9)
Gesamt	54,2 (49,4–58,9)	38,8 (34,9–42,9)	40,0 (36,6–43,5)	34,4 (30,4–38,7)	41,6 (39,5–43,6)



Sucht im Alter - Alkoholkonsum bei Männern -

Tab. 2 Prävalenz von Rauschtrinken^a unterteilt nach Geschlecht, Altersgruppen und sozioökonomischem Status (SES) [n=7675 (ungewichtet)]

Altersgruppe	18 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	Gesamt
	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	
Frauen					
SES niedrig	22,5 (15,5–31,5)	7,1 (2,9–16,2)	8,0 (4,8–12,8)	6,3 (3,3–11,8)	10,7 (8,2–14,0)
SES mittel	22,5 (17,8–28,2)	10,9 (8,4–14,1)	7,6 (5,8–9,9)	8,1 (5,6–11,7)	11,3 (9,6–13,1)
SES hoch	10,3 (5,5–18,3)	7,9 (5,1–11,9)	9,0 (6,0–13,4)	7,6 (3,9–14,5)	8,7 (6,7–11,2)
Gesamt	20,7 (17,3–24,7)	10,1 (8,0–12,6)	7,9 (6,5–9,6)	7,5 (5,5–10,3)	10,8 (9,6–12,2)
Männer					
SES niedrig	43,0 (32,3–54,5)	30,1 (20,6–41,7)	30,4 (22,5–39,6)	21,0 (13,4–31,3)	31,5 (26,8–36,5)
SES mittel	47,9 (41,3–54,6)	33,7 (28,3–39,6)	27,1 (22,3–32,5)	24,9 (19,9–30,6)	32,8 (29,9–35,9)
SES hoch	54,3 (40,7–67,3)	24,4 (18,1–32,0)	22,4 (17,8–27,9)	17,2 (12,0–23,9)	26,2 (22,5–30,3)
Gesamt	47,7 (42,7–52,7)	30,2 (26,4–34,4)	26,6 (23,2–30,2)	22,5 (18,9–26,6)	31,0 (28,9–33,2)

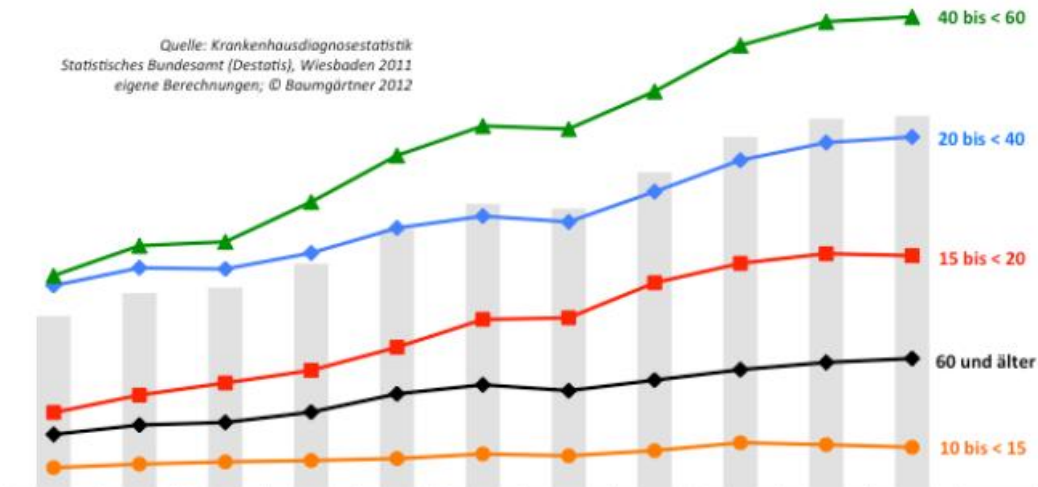
^aMindestens einmal im Monat



alkoholbedingte Krankenhouseinweisungen

Zahl der Fälle der im Krankenhaus vollstationär wegen
„psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol – Akute Intoxikation“
behandelten PatientInnen in Deutschland nach Altersgruppen

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik
Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden 2011
eigene Berechnungen; © Baumgärtner 2012



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	⊖ jährl. Veränderung in %
■ Fälle pro 100.000 EW	65	74	76	85	98	107	105	119	132	139	140	8,1
● 10- bis < 15-Jährige	2.194	2.526	2.732	2.859	3.039	3.466	3.298	3.779	4.512	4.330	4.088	6,8
■ 15- bis < 20-Jährige	7.320	8.940	10.075	11.246	13.384	15.983	16.125	19.386	21.197	22.098	21.907	11,9
◆ 20- bis < 40-Jährige	19.126	20.775	20.672	22.155	24.484	25.584	25.051	27.865	30.781	32.428	32.950	5,7
▲ 40- bis < 60-Jährige	20.054	22.835	23.204	26.907	31.227	33.974	33.690	37.188	41.465	43.660	44.125	8,4
◆ 60-Jährige und Ältere	5.285	6.162	6.401	7.360	9.053	9.900	9.353	10.334	11.307	11.980	12.345	9,1

Quelle: Theo Baumgärtner – Hamburg: Büro für Suchtprävention
der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V., 2012
HLS/BfS Berichte. EVA 12-01



Alkohol-Screening im Alter

1. CAGE – im Alter nicht sensitiv genug, deshalb nicht cut-off von 2 sondern 1! (**Missbrauch/Abhängigkeit**)
2. GAST = Geriatrischer **Alkoholabhängigkeits-** und **-missbrauchs-**Screening-Test. Kombination aus Selbstaussagen und Laborwerten. (Rumpf et al. 1998)
3. SMAST-G = geriatrische Version des Short Michigan Alcohol Screening Test (**Missbrauch/Abhängigkeit**)
4. AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT-C ist ein Auszug hieraus zur Erfassung riskanten Konsums, bei jungen und älteren Menschen ähnlich valide



Mögliche Hinweise auf Substanzmissbrauch/-abhängigkeit im Alter

- Sozialer Rückzug
- Antrieb/Interesse ↓
- Depressivität
- Schlafstörungen
- Geistige Leistung ↓↓
- (Körper-) Hygiene ↓↓
- Gangunsicherheit / Stürze
- Notarzt/Notaufnahme
- Verletzungen / Blutergüsse
- Magen-Darm-Probleme / Durchfall
- Inkontinenz
- Mangelernährung / Gewicht ↓↓
- Bluthochdruck
- Hyperurikämie
- Instabiler Diabetes mellitus

Quelle: Dr. Wolter



William R. Miller, Stephen Rollnick

Motivierende Gesprächsführung

3., unveränderte Auflage

LAMBERTUS

Fortbildungscurriculum SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG 50-Stunden-Kurs

	52P
Teil 1: 7. und 8. September 2001, Frankfurt a.M. (Baustein I: Grundlagen 1 und 2) Leitung: Dr. phil. nat. W. K. Köhler	13 P
Teil 2: 21. und 22. September 2001, Heppenheim (Baustein II: Alkohol/Nikotin - Wahlthema) Leitung: Dr. Med. K. Jonasch	13 P
Teil 3: 19. und 20. Oktober 2001, Bad Nauheim oder Ffm (Baustein III: Medikamente und Baustein IV: Illegale Drogen) Leitung: W. D. Hofmeister-Wagner	13 P
Teil 4: 16. November 2001, Friedrichsdorf, salus-Klinik (Baustein V: Motivierende Gesprächsführung) Leitung: Dr. med. E. Roediger	13 P
17. November 2001, Heppenheim (Baustein V: Praktische Realisierung) Leitung: Dr. med. K. Jonasch	
Teilnahmegebühr: DM 1.000,- (Akademienmitglieder DM 850,-) Auskunft und Anmeldung: an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost, Tel. 0 60 32/782-201 (Di.-Do.)	

Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007

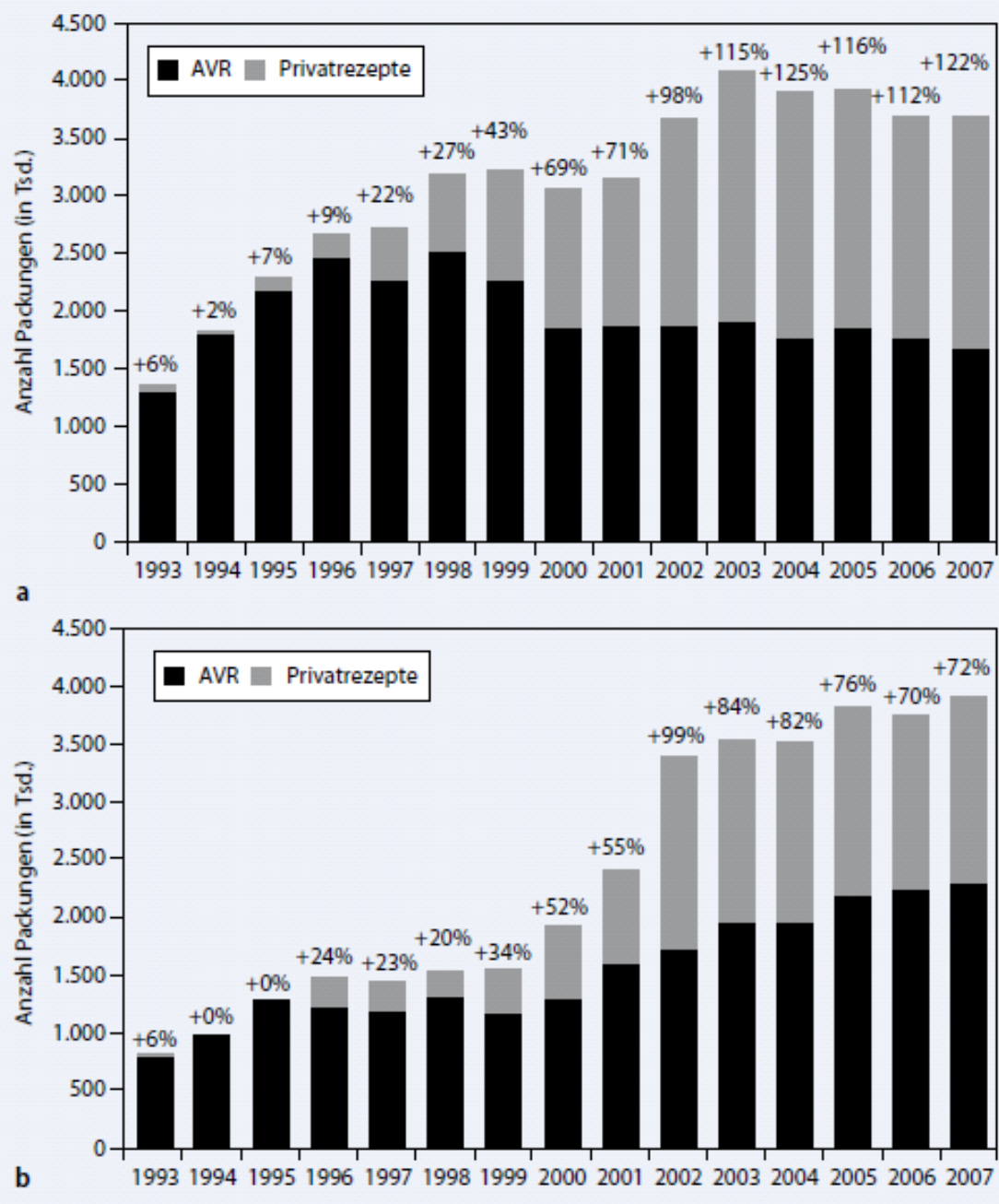


Abb. 1 ▲ Entwicklung der Packungsmengen in der GKV (AVR) und Einkaufsstatistiken öffentlicher Apotheken (IMS) von **a** Zolpidem und **b** Zopiclon über die Jahre 1993 bis 2007 [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24]. AVR Arzneiverordnungs-Report



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Leitfaden für die ärztliche Praxis

Risikofaktoren eines Medikamentenabusus und Risiken seiner Verstärkung im Behandlungsverlauf

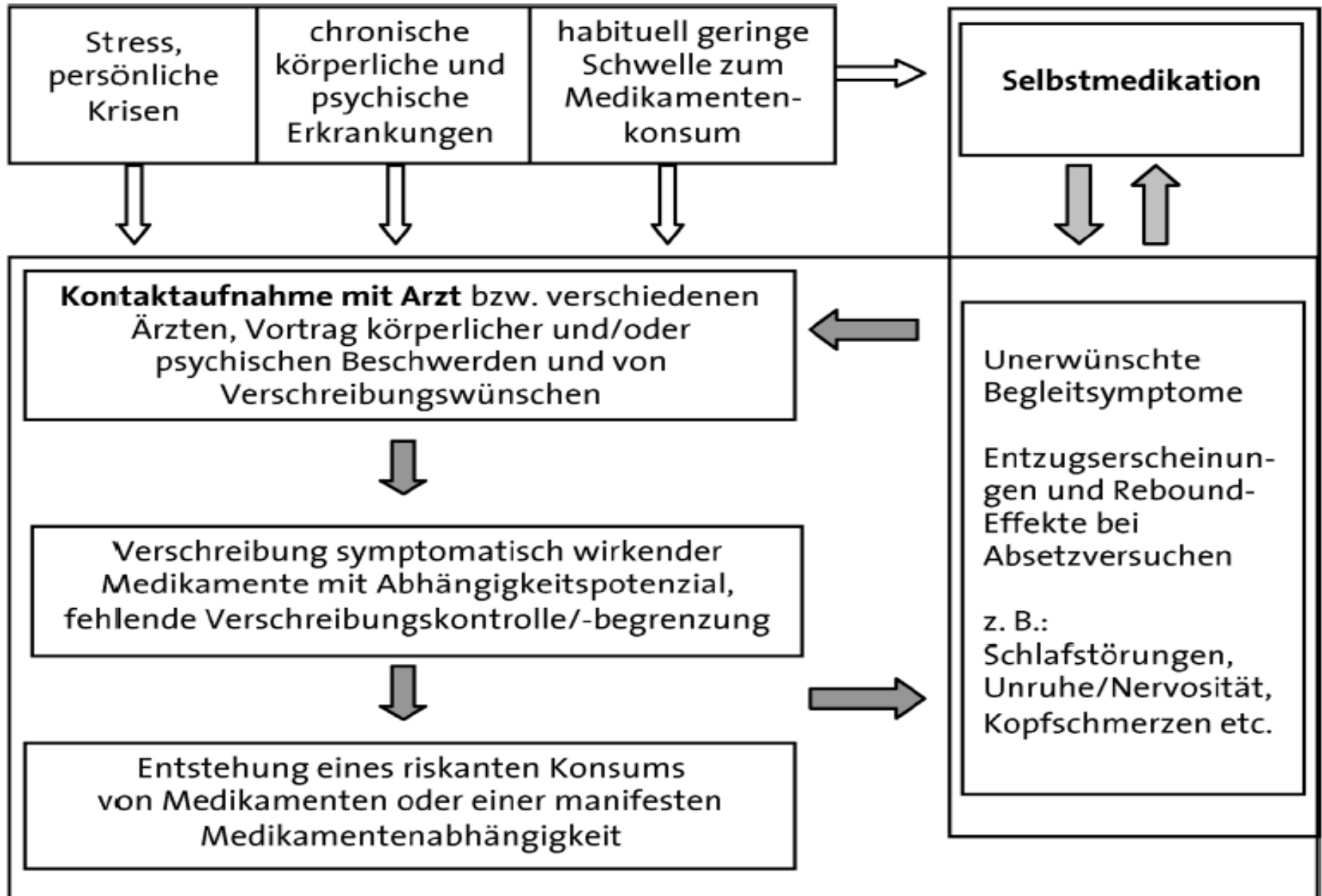


Abb. 1: Kreislauf des Medikamentenmissbrauchs (nach Jacobowski, Kunstmann, Schwantes)



Hilfsangebote

- vergleichbare Erfolgsaussichten bei Entwöhnungstherapien für ältere wie für jüngere Menschen
- vorhandene und wirksame Therapiekonzepte an die Bedürfnisse der älteren Personen anzupassen
- Beispiel: Fachklinik Fredeburg (Sauerland)



Modellprojekt

Entzug von Benzodiazepin-abhängigen Patienten In Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker

Hintergrund, Idee und Ziele

- Keine angemessenen Angebote
- Etablieren einer niedrigschwelligen Methode im ambulanten Bereich als Ergänzung zu stationären Angeboten
- Verbesserung der Erreichbarkeit des Patienten (Apotheke)
- Förderung der Pharmazeutischen Betreuung
- Verbesserung der Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker
- Verbesserung der Lebensqualität der Patienten



Fallbeispiel: Patientin Frau A.



Alter	69 Jahre
Medikation	Oxazepam 50 mg 0-0-0-1 (u.a.)
Benzodiazepin-Einnahme	seit über 20 Jahren
Probleme	<ul style="list-style-type: none">- schläft schlecht durch- häufig unkonzentriert und „benebelt“- Gangunsicherheit und mehrfache Stürze
Vorgehen	<p>Ansprache und Beratung durch Arzt und Apotheker Umstellung auf Oxazepam 10 mg Dosisreduktion (über 24 Wochen) Gelegentliche Gespräche Arzt und Apotheker: Gegenseitige Information Reduktion bis zur Karenz</p>





Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



Jedes Alter zählt

Die Demografiestrategie
der Bundesregierung



**Ich bedanke mich für Ihre
Aufmerksamkeit!**