



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Abteilung Sucht

ausgezeichnet.bs

Sucht kennt kein Alter

Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit
von älteren Menschen

Informationen für Fachpersonen aus
dem Sozial-, Alters- und Gesundheitswesen
sowie Interessierte

Impressum

Redaktion: Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
Clarastrasse 12, Postfach, CH-4005 Basel
061 267 89 00, abteilung.sucht@bs.ch
www.abteilungsucht.bs.ch
www.sucht.bs.ch

Text: Marianne Kalt, Lars Golly, Marcel Heizmann, Natasa Milenkovic,
Andreas Gruber, Gabriela Fiedler, Kurt E. Hersberger, Michael Nüscheler,
Renanto Poespodihardjo, Marc Vogel, Kenneth M. Dürsteler,
Gerhard Wiesbeck, Thomas Leyhe

Auflage und Erscheinungsdatum: 2000 Ex./März 2016

Fotos: zVg; Daniel Infanger S. 17 und S. 42

Gestaltung: VischerVettiger, Basel

Druck: Werner Druck & Medien, Basel

Inhalt

Vorwort von Dr. Lukas Engelberger, Vorsteher des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt	4
Einführung	5



Sucht im Alter – ein zunehmendes Problem 6

Altern und Sucht im Alter	6
Wissenswertes zu Sucht im Alter	8

Umgang aus fachlicher Sicht 12

Herausforderungen der Sucht- behandlung in der Hausarztpraxis	12
Interview mit dem Hausarzt Michael Nüscheler	16
Problematischer Medikamenten- konsum im Alter	18
Suchtprobleme ... und die Angehörigen	22
Die Arbeit der Spitex Basel mit älteren suchtmittelabhängigen Menschen	24
Fallbeispiel Spitex	26
Suchtspezifische Einrichtungen in der Langzeitpflege	26



Unterstützung und weiterführende Informationen 45

Beratungs- und Behandlungsstellen	45
Weiterführende Informationen	46



Beratung und Behandlung älterer Patienten 29

Alkoholprobleme bei älteren Menschen	29
---	----

Interview mit Herrn F., ehemals suchtbetroffen 32

Substitutionsbehandlung älterer Patienten	34
--	----

Hilfeleistungen für suchtkranke ältere Menschen im Rahmen von Massnahmen nach dem Erwachsenenschutzrecht	38
--	----

Glücksspielsucht: Interview mit Diplom-Psychologe Renanto Poespodihardjo 42



Sucht kennt keine Altersgrenzen.



Viele Menschen wissen ihren Ruhestand zu geniessen und gönnen sich zu einem feinen Essen ein Glas Wein. Es gibt keinen Grund, auf vertraute Rituale zu verzichten, nur weil man älter wird. Problematisch wird es erst, wenn sich das Genuss- zum Suchtmittel wandelt. Ein Konsum über das vernünftige Mass kann besonders für ältere Menschen gesundheitliche Risiken mit sich bringen.

Der Kanton Basel-Stadt strebt mit seiner Alterspolitik Basel 55+ für alle älteren Menschen im Kanton ein möglichst lange selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit an. Wer geistig und körperlich aktiv ist, hat gute Chancen, auch im Alter psychisch gesund und körperlich fit zu sein. Wie bei jungen Menschen tragen eine ausgewogene Ernährung und genügend Schlaf wesentlich zum Wohlbefinden bei. Ältere Menschen ohne Suchtprobleme bleiben in der Regel länger in der Lage, auch im höheren Alter selbstständig und selbstbestimmt zu leben.

Sucht kennt keine Altersgrenzen. Problematische Konsumgewohnheiten sind bei älteren wie bei jüngeren Menschen eine Realität. Ältere Menschen mit einer Suchtproblematik haben wie andere Betroffene ein Anrecht auf Informationen und Unterstützung ohne Vorurteile und ohne Vorwürfe.

Erfahrungen zeigen, dass auch Menschen im fortgeschrittenen Alter dank professioneller Begleitung einen Weg aus einer Suchtproblematik finden können. Dazu steht im Kanton Basel-Stadt ein vielfältiges, zielgruppenorientiertes Suchthilfeangebot zur Verfügung, welches von staatlichen wie von privaten Institutionen angeboten wird.

Deshalb ist es wichtig, dass die Öffentlichkeit wie auch das Gesundheitspersonal für das Thema besonders sensibilisiert werden. Die gute Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Sinne einer integrierten Versorgung, insbesondere zwischen Medizinalpersonen und Institutionen der Alters- und Suchthilfe, ist Voraussetzung für die Wirksamkeit von Massnahmen und den effizienten Einsatz von Mitteln.

Das Gesundheitsdepartement möchte Fachpersonen aus dem Sozial-, Alters- und Gesundheitswesen mit dem vorliegenden Magazin zum Thema «Sucht kennt kein Alter» informieren. Suchtprobleme bei älteren Menschen dürfen weder tabuisiert noch bagatellisiert werden.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!



Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger
Vorsteher des Gesundheitsdepartements
Basel-Stadt

Einführung

Sucht kennt kein Alter. Gerade auch ältere Menschen konsumieren Alkohol und Medikamente. Die Mehrheit tut dies auf eine unproblematische Weise. Es kommt jedoch vor, dass sich eine Abhängigkeit auch erst im höheren Alter entwickelt.

Aufgrund der demografischen Entwicklung kann von einer Zunahme von älteren Menschen mit einer Suchtproblematik ausgegangen werden. Ein Suchtproblem ist nicht selten mit folgenreichen Auswirkungen verbunden wie etwa dem Verlust der Unabhängigkeit, einer vorzeitigen Pflegebedürftigkeit, Vereinsamung und Akzentuierung altersbedingter Erkrankungen. Ebenfalls steigt das Risiko für Stürze, Vergesslichkeit oder Mangelernährung.

Ein problematischer Suchtmittelkonsum kann die Autonomie von älteren Menschen einschränken. Gelingt es hingegen, den übermässigen Substanzkonsum sowie seine negativen gesundheitlichen Auswirkungen zu reduzieren, kann dies zu einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität von älteren Menschen führen. Daher lohnt es sich, ein vermutetes Suchtproblem möglichst früh anzusprechen.

Aus diesem Grund setzt das Gesundheitsdepartement einen Schwerpunkt auf das Thema Alter und Sucht.

Die dritte Ausgabe des Magazins «ausgesucht.bs» widmet sich dem Thema «Sucht kennt kein Alter». Das Magazin richtet sich an Fachpersonen aus dem Sozial-, Alter- und Gesundheitswesen. Im Vordergrund steht die Sensibilisierung sowie die Förderung der Zusammenarbeit der involvierten Akteure. Besonders von Bedeutung ist auch die Optimierung der Vernetzung zwischen Ärztinnen, Ärzten und Spitälern mit Suchtfachstellen.

Der **erste Teil** beinhaltet Wissenswertes zum Thema Sucht im Alter mit Informationen zu den altersspezifischen Ursachen und Folgen einer Sucht im Alter sowie deren Früherkennung.

Der **zweite Teil** beschreibt den Umgang mit suchtmittelbetroffenen älteren Menschen aus der Perspektive eines Hausarztes, der Spitex und einer suchtspezialisierten Einrichtung in der Langzeitpflege. Ein weiterer Artikel befasst sich mit dem problematischen Medikamentenkonsum im Alter.

Der **dritte Teil** widmet sich der Behandlung, wobei die Themen Alkohol, substitutionsgestützte Behandlung und Glücksspielsucht im Zentrum stehen. Eingegangen wird auch auf Hilfeleistungen für suchtkranke ältere Menschen im Rahmen von Massnahmen nach dem Erwachsenenschutzrecht.

Zudem enthält das Magazin weiterführende Informationen und Angaben zu Unterstützungsangeboten.

Für Fragen steht Ihnen die Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartemets gerne zur Verfügung.



Eveline Bohnenblust
Leiterin Abteilung Sucht
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Anmerkung

Oft wird in diesem Magazin explizit Alkohol als Beispiel genannt. Selbstverständlich gelten die Ausführungen auch für andere psychoaktive Substanzen wie Medikamente und Drogen.

Um den Sprach- und Lesefluss nicht zu stören, wird im Text teilweise die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit beide Geschlechter gemeint.



Sucht im Alter – ein zunehmendes Problem

Aufgrund der demografischen Altersentwicklung der Bevölkerung wird auch die Anzahl von Suchterkrankungen im höheren Alter zunehmen. Ältere Menschen konsumieren vor allem Alkohol und Medikamente auf eine problematische Weise. Suchtentwicklungen im Alter sind nicht immer leicht zu erkennen, umso wichtiger ist es, die Anzeichen zu kennen und das Gespräch zu suchen.

Altern und Sucht im Alter

Die Lebenserwartung bei der Geburt hat sich in der Schweiz seit 1900 fast verdoppelt. Heute entfallen auf 100 Personen zwischen 20 und 64 Jahren 28 Personen im Alter von 65 und mehr Jahren. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren es noch 11 Personen. In den kommenden Jahren wird sich diese Entwicklung fortsetzen. Älter werdende Individuen und eine alternde Gesellschaft sind daher nicht mehr ein Randaspekt, sondern ein zentrales Phänomen der zukünftigen Entwicklung, dem wir uns persönlich und gesellschaftlich stellen müssen.

Wann beginnt das Altern und was ist überhaupt Alter?

Diese scheinbar einfachen Fragen sind nicht leicht zu beantworten. Prinzipiell ist Altern ein lebenslanger Prozess, der mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet. Viele biologische, psychologische und soziale Faktoren haben auf das Altern Einfluss. So gibt es mehrere Altersbestimmungen. Das biologische Alter bezieht sich auf das Fortschreiten der Abbauprozesse im Körper, das psychologische Alter auf das eigene Altersgefühl, das soziologische Alter auf die Einschätzung der anderen und das kalendarische Alter auf die Zeit seit der Geburt.

Insbesondere haben Erkrankungen Einfluss auf den Alterungsprozess. Eine wichtige Herausforderung wird es daher sein, körperliche und psychische Erkrankungen mit angemessener Dia-

agnostik und Therapie unter Beachtung der spezifischen Altersfaktoren zu behandeln. Hier entwickelt sich gerade eine zunehmende Spezialisierung in vielen medizinischen Fachgebieten, so auch in der Psychiatrie. Die Alterspsychiatrie hat sich insbesondere in der Schweiz zu einem Schwerpunktfach entwickelt, in dem die Besonderheiten der psychischen Erkrankungen älterer Menschen Berücksichtigung finden. Hinsichtlich der angemessenen Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen älterer Menschen besteht ein sehr grosser Entwicklungsbedarf, so auch bei den Suchterkrankungen.

Aufgrund der zunehmenden Anzahl älterer Personen nimmt auch die Anzahl von Suchterkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe zu. Am häufigsten sind der problematische Konsum von Alkohol und Medikamenten. Auf diese Entwicklung müssen sich die Versorgungssysteme ausrichten.

Es gibt eine Reihe von körperlichen Veränderungen, die die Entwicklung von Suchterkrankungen im Alter begünstigen, aber auch bestehende Suchterkrankungen verschlechtern können. So werden beispielsweise bestimmte Substanzen durch den erhöhten Anteil an Fettgewebe im Alter länger im Körper zurückgehalten. Des Weiteren kann durch Verminderung der Eiweisskonzentration im Blut der tatsächlich wirksame Substanzanteil erhöht sein, da viele Substanzen an Eiweisse gebunden nicht biologisch aktiv sind. Des Weiteren werden aufgrund der im Alter reduzierten Lebergrösse und -durchblutung viele Substanzen langsamer aus dem Körper ausgeschieden. Zudem nimmt die Regenerationsfähigkeit der Leberzellen mit dem Alter ab, was die Kompensation von Schäden erschwert. Auch die Nierenfunktion nimmt ab, sodass die Ausscheidung vieler Substanzen verzögert ist.

Neben diesen physiologischen Veränderungen können die mit dem Alter zunehmenden Erkrankungen die Entwicklung einer Sucht begünstigen bzw. bestehende Abhängigkeitsprobleme verschlechtern.

Psychische Belastungen können zu Suchtverhalten führen

Insbesondere psychische Erkrankungen wie Depressionen werden im Alter häufig nicht wahrgenommen oder unzureichend behandelt. So wird

Alkohol als Einschlafhilfe oder auch Problemlöser benutzt. In grossem Umfang werden Schlaf- und Beruhigungsmittel mit hohem Abhängigkeitspotenzial verschrieben. Inzwischen gibt es aber auch für ältere Menschen gut etablierte psychotherapeutische Konzepte. Darüber hinaus stehen zur Behandlung psychischer Störungen bewährte Medikamente zur Verfügung, die kein Abhängigkeitspotenzial haben.

Wichtige begünstigende Faktoren für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen im Alter sind auch der Austritt aus dem Berufsleben mit dem Verlust von Verantwortung und Aufgabe, Erkrankung oder Tod des Partners oder anderer Bezugspersonen sowie Einsamkeit und fehlende Lebensperspektive.

Die Bedingungen für die Entstehung von Suchterkrankungen im Alter müssen genauer evaluiert werden. Schützende Faktoren müssen erfasst werden. Zum Wohl der älteren Menschen, aber auch im sozialmedizinischen Interesse sind Präventionsprogramme sinnvoll. Es besteht also ein sehr grosser Bedarf für die Entwicklung von Strukturen zur Verhinderung, Versorgung und Erforschung von Suchterkrankungen im Alter.

Prof. Dr. med. Thomas Leyhe, Ärztlicher Zentrumsleiter,
Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische
Kliniken (UPK) Basel

Wissenswertes zu Sucht im Alter

Ältere Menschen konsumieren am häufigsten Alkohol, Medikamente und Tabak. Die Mehrheit tut dies auf eine unproblematische Weise und trinkt beispielsweise ein Glas Rotwein zum Abendessen oder nimmt die Medikamente verschreibungskonform ein. Einige ältere Personen nehmen Suchtmittel jedoch in Massen, die gesundheitliche Risiken mit sich bringen können.

In den nächsten 30 Jahren wird die Anzahl der Personen, die das Rentenalter erreichen, deutlich zunehmen. Ende 2014 zählte die Schweiz 1,5 Millionen Menschen, die 65 Jahre und älter sind. Gemäss Vorhersagen werden es im Jahr 2045 insgesamt 2,7 Millionen Personen sein. Diese Zunahme ist insbesondere auf die höhere Lebenserwartung zurückzuführen. Aufgrund dieser Entwicklung wird sich ebenfalls die absolute Zahl der älteren Menschen mit Suchtproblemen voraussichtlich erhöhen.

Eine Suchtproblematik kann bis ins höhere Alter fortbestehen oder sich aber auch erst im späteren Alter entwickeln. Wenn eine Substanzproblematik erstmals im höheren Alter auftritt, spielen häufig altersbedingte Veränderungen der Lebensumstände eine Rolle. Dazu zählen beispielsweise die Pensionierung oder die Vereinsamung im Alter. Eine Behandlung von Suchtproblemen lohnt sich auch im Alter, zugunsten einer höheren Lebenszufriedenheit, des Erhalts der Selbstständigkeit und der Gesundheit.

Was ist Sucht?

Sucht bezeichnet die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen oder bestimmten Verhaltensweisen. Bei den Substanzen handelt es sich um natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe. Diese weisen eine psychoaktive Wirkung auf, was bedeutet, dass sie das zentrale Nervensystem beeinflussen. Dadurch können sie psychische Funktionen wie z.B. die Wahrnehmung, das Denken oder die Gefühle verändern. Ältere Personen konsumieren insbesondere Alkohol, Tabak und Medikamente. In den letzten Jahren konnte gezeigt werden, dass auch exzessiv ausgeübte Verhaltensweisen wie beispielsweise die Nutzung von Internet, Glücksspiel Spielen oder Einkaufen süchtig machen können. Insbesondere von einem problematischen Glücksspiel sind nicht selten auch ältere Personen betroffen.

Was ist eine Abhängigkeit?

Medizinisch gesehen wird gemäss der Weltgesundheitsorganisation von einer Substanzabhängigkeit gesprochen, wenn während der letzten 12 Monate drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt waren:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren («Craving»)
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Auftreten körperlicher Entzugssymptome bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis einer Toleranz, d.h., es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung, Depressionen oder Gedächtnisprobleme.

Beim Substanzmissbrauch, auch schädlicher Gebrauch genannt, liegt ein fortgesetzter und nicht angemessener Konsum des Suchtmittels vor. Durch den wiederholten Substanzgebrauch kommt es zu negativen Konsequenzen. Dies können gesundheitliche, rechtliche, soziale oder zwischenmenschliche Probleme sein. Typische Abhängigkeitssymptome wie Kontrollverlust, Toleranzentwicklung oder Entzugssymptome liegen nicht vor. Aus einem anfänglich schädlichen Gebrauch entwickelt sich jedoch oft eine spätere Abhängigkeit.

Die Diagnose einer Substanzabhängigkeit kann vor allem bei Personen mit einem höheren Alter anspruchsvoll sein. Die Folgen einer Suchterkrankung wie die Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit oder ein sozialer Rückzug können fälschlicherweise für altersbedingte Veränderungen gehalten werden. Einzelne suchtbedingte Symptome wie Zittern, Übelkeit oder Schwindel können ebenfalls anderen körperlichen Erkrankungen zugeschrieben werden.

Das oft fehlende soziale Umfeld erschwert zusätzlich die Diagnose, da Beobachtungen von Familienangehörigen nicht einbezogen werden können. Zudem haben viele ältere Menschen nach ihrer Pensionierung eine deutlich geringere soziale Kontrolle und müssen beispielsweise nicht am Morgen nüchtern zur Arbeit erscheinen. (Leitfaden Luzern)

Welche Süchte sind im höheren Alter besonders verbreitet?

Tabakkonsum

Knapp 25% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren rauchen. Der höchste Anteil der Raucher liegt mit 34,7% bei der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen, gefolgt von den 20- bis 24-Jährigen (33,0%). Mit zunehmendem Alter kommt es zu einem Rückgang des Tabakkonsums. In der Altersgruppe der Personen ab 75 Jahren raucht weniger als eine von zehn Personen täglich oder gelegentlich (7,3%). (Suchtmonitoring Schweiz 2014)



Alkoholkonsum

Ein täglicher Alkoholkonsum nimmt mit dem Alter zu und ist bei den über 64-Jährigen am höchsten. In dieser Altersgruppe trinkt rund jede vierte Person mindestens 1 Mal pro Tag Alkohol. Der risikoreiche Alkoholkonsum ist etwa zu Beginn des Rentenalters am höchsten. 8% der 65- bis 74-Jährigen trinken Alkohol chronisch mit mittlerem oder hohem Risiko. Bei den über 75-Jährigen sind es rund 5% und damit etwa gleich viele wie in der Altersgruppe der 55–64-Jährigen. Das Rauschtrinken dagegen, d.h. der starke Konsum bei einzelnen Gelegenheiten, ist in jüngeren Jahren weit verbreitet und nimmt mit dem Alter stetig ab. (Suchtmonitoring Schweiz 2014)



Risikoreicher Konsum von Alkohol:

Der Risikokonsum wird an der durchschnittlich konsumierten Menge Alkohol in Gramm pro Tag gemessen. Konsum mit mittlerem Risiko: 40 bis 60 g/Tag reiner Alkohol für Männer und 20 bis 40 g/Tag für Frauen.

Konsum mit hohem Risiko: mehr als 60 g/Tag reiner Alkohol für Männer und mehr als 40 g/Tag für Frauen

Ein Standardgetränk entspricht ca. 10 g reinem Alkohol, d.h. 3 dl Bier oder 1 dl Wein oder 2 cl Spirituosen

Standardgetränk

Ein Standardgetränk entspricht ca. 10 g reinem Alkohol, das heisst in etwa:

- 3 dl Bier (5 Vol.-%)
- 1 dl Wein (12,5 Vol.-%)
- 4 cl Likör (30 Vol.-%)
- 2 cl Schnaps (55 Vol.-%)



Medikamentenkonsum

Der Konsum von Medikamenten steigt im Alter signifikant an. Krankheiten, Einschlaf- oder Schlafprobleme und Schmerzen, aber auch einschneidende Ereignisse wie Pensionierung oder der Verlust von nahestehenden Menschen nehmen im Alter zu, was zu einer vermehrten Einnahme von Medikamenten führen kann. Frauen über 60 Jahre haben etwa doppelt so häufig einen problematischen Medikamentenkonsum im Vergleich zu gleichaltrigen Männern.

Am häufigsten werden Schmerz- und Schlafmittel eingenommen. Diese zählen zu den Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial.

Schmerzmittel:

Die Schmerzmitteleinnahme steigt mit zunehmendem Alter an. Im Rahmen der Befragung Suchtmonitoring Schweiz im Jahr 2013 haben 3% der 15–19-Jährigen angegeben, in den letzten 30 Tagen Schmerzmittel eingenommen zu haben. Bei den über 74-Jährigen waren es dagegen rund 13%.

Schlaf- und Beruhigungsmittel:

Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln nimmt ebenfalls mit dem Alter zu. Als Hauptgrund für die Einnahme wird vorrangig die Hilfe bei Einschlaf- und Schlafproblemen genannt, gefolgt von der Einnahme zur Beruhigung und als angst- oder spannungslösende Mittel. 1,6% der 15- bis 19-Jährigen haben angegeben, in den letzten 30 Tagen ein Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen zu haben. Bei den über 74-Jährigen sind es mit 21% deutlich mehr.

Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten

Gemäss Suchtmonitoring Schweiz 2013 trinken 36% der alkoholkonsumierenden Personen ab 60 Jahren Alkohol auch an Tagen, wenn sie Medikamente einnehmen.

Alkohol kann ...

- die Aufnahme und den Abbau von Medikamenten verlangsamen oder beschleunigen,
- die Wirkungsweise des Medikamentes sogar verändern und
- im Extremfall die Wirkung des Medikamentes ganz aufheben.

Umgekehrt können Medikamente die Wirkung des Alkohols verstärken bzw. den Alkoholabbau verzögern. Dazu kommen Wechselwirkungen bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol und Medikamenten. Damit steigt das Risiko von Nebenwirkungen.



Bei der Einnahme von psychoaktiven Medikamenten wie Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln ist eine Dosierung meist vorgegeben. Problematisch wird es, wenn die Dosierung ohne Absprache mit dem Arzt oder Apotheker erhöht wird, das Medikament länger als notwendig eingenommen wird und wenn verschiedene Medikamente ohne Überwachung durch eine Medizinalperson eingenommen werden. Grundsätzlich sollte bei Medikamenteneinnahme auf Alkohol verzichtet werden.

Konsum von illegalen Substanzen

Der Konsum von illegalen Substanzen ist im höheren Alter selten. Am häufigsten wird Cannabis konsumiert. 1% der 55–64-Jährigen hat angegeben, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Im Vergleich dazu sind es bei den 65–74-Jährigen 0,2% (Suchtmonitoring Schweiz 2014). Der Konsum von Heroin ist selten, so haben 0,2% der 65–74-Jährigen jemals in ihrem Leben Heroin konsumiert.

Verhaltenssucht

Suchterkrankungen sind in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Insbesondere die sogenannten Verhaltenssuchten, auch substanzungebundenen Süchte genannt, haben in den letzten Jahren stark an Bedeutung zugenommen. Im Kanton Basel-Stadt leiden schätzungsweise 14 000 Personen unter einer Verhaltenssucht, wie zum Beispiel einer Kauf-, Glücksspiel- oder Internetsucht.

Altersspezifische Ursachen und Folgen einer Sucht im höheren Alter

Substanzmissbrauch im Alter steht häufig mit psychischen Belastungen wie Depressionen, traumatischen Erlebnissen sowie mit verschiedenen kognitiven Störungen (z.B. Vergesslichkeit oder eingeschränkte Merkfähigkeit) in Zusammenhang, die das tägliche Leben stark beeinflussen können. Diese psychischen Belastungen können ursächlich zu einer Suchtentwicklung beitragen oder aber auch Folge eines problematischen Konsums sein. So kann beispielsweise Alkohol aufgrund einer depressiven Verstimmung getrunken werden oder aber die Depression entwickelt sich erst mit der Zeit infolge einer Alkoholproblematik.

Nachfolgend sind mögliche psychosoziale Ursachen einer Suchtentwicklung im höheren Alter aufgeführt.

Altersbedingte psychosoziale Veränderungen als auslösende Faktoren

- Soziale Isolation und Vereinsamung
- Beendigung des Berufslebens, Probleme bei der Anpassung an den neuen Lebensabschnitt
- Das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden
- Leere, Langeweile
- Dünner werdende soziale Netze, Einsamkeit, Isolation
- Verlusterfahrungen (Verwitwung, Verlust der Selbstständigkeit)
- Heimaufnahme (Altersheim, Pflegeheim)
- Nachlassende körperliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit, Krankheit
- Häufungen von Krankheit, Zunahme von körperlichen Beschwerden, Multimorbidität.

Neben den genannten psychosozialen Veränderungen können auch altersbedingte körperliche Veränderungen eine Suchtentwicklung begünstigen. Dazu gehören beispielsweise ein verlangsamter Stoffwechsel und ein geringerer Anteil der Körperflüssigkeit.

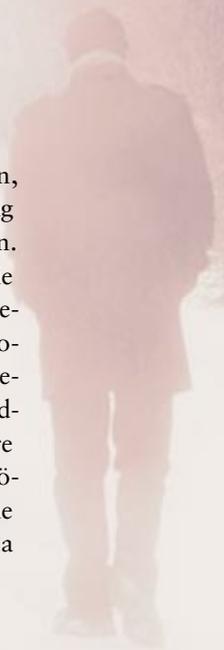
Mögliche Folgen des Substanzmissbrauchs im Alter

- Nebenwirkungen von Suchtmitteln steigen aufgrund der höheren Empfindlichkeit des älter werdenden Gehirnes im Alter an
- Defizite der Hirnleistung, Depressivität und Stürze sind bekannte Folgen von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit
- Kognitive Fähigkeiten (Merkfähigkeit, Gedächtnisleistungen) werden durch Abhängigkeit erzeugende Schlaf- und Schmerztabletten eingeschränkt
- Sozialer Rückzug, weil man sich nicht unter die Leute traut oder sich unsicher auf den Beinen fühlt und Angst vor Stürzen hat
- Depressive Zustandsbilder bis hin zu suizidalen Krisen
- Verlust der Unabhängigkeit, vorzeitige Pflegebedürftigkeit, Vereinsamung

Früherkennung

Suchtentwicklungen im Alter sind nicht immer leicht zu erkennen und können sich in unterschiedlicher Form äussern. Die Früherkennung bezeichnet das frühzeitige Wahrnehmen von Auffälligkeiten und Verhaltensweisen, die auf ein vermutetes Substanzproblem hinweisen können.

Die Früherkennung ist wichtig, denn je früher Anzeichen einer Suchtentwicklung wahrgenommen und erkannt werden, desto eher kann der betroffenen Person die notwendige Unterstützung angeboten und eine genaue Abklärung sowie eine Frühbehandlung über Fachstellen eingeleitet werden.



Bei älteren Menschen können mögliche Anzeichen eines problematischen Konsums durch Angehörige, Fachpersonen (z.B. über Spitäler, Hausärzte, Apotheker, Physiotherapeuten), aber auch durch Bezugspersonen in der Altersarbeit beobachtet werden.

Die Frühintervention umfasst unterstützende Massnahmen wie Beratung, Betreuung und frühzeitige Behandlung innerhalb der Institution oder durch andere Fachstellen für die als gefährdet erkannten Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen.

Bei der Frühintervention ist nicht zwingend die Abstinenz das angestrebte Ziel, sondern das Erlernen eines möglichst risikoarmen Umgangs mit der jeweiligen Substanz.

Damit die Früherkennung erfolgen kann, braucht es eine enge Kooperation und Vernetzung zwischen den beteiligten Akteuren und Fachstellen.

Aufgrund der längeren Lebenszeit lohnen sich die Früherkennung und die Frühintervention bei älteren Menschen. Entgegen möglicher Vorurteile profitieren ältere Menschen mit Suchtproblemen genauso wie jüngere von einer Beratung und Behandlung. Dadurch kann einerseits eine deutlich höhere Lebensqualität für Betroffene und deren Angehörige erreicht werden. Andererseits lohnt sich eine Behandlung auch aus ökonomischen Gründen, da dadurch geringere Pflegekosten entstehen.

Wahrnehmen und Dokumentieren von Anzeichen

Es gibt verschiedene Anzeichen zur Person oder ihrer häuslichen Umgebung, die auf ein Suchtproblem hindeuten können. Viele dieser Symptome gleichen denjenigen von Alterserscheinungen und -erkrankungen. In der Tabelle finden Sie eine Auswahl von Symptomen bei möglichen Suchtproblemen:

Äussere/körperliche Anzeichen	Verhaltensbezogene Anzeichen	Soziale Anzeichen, häusliches Umfeld	Sprache und Äusserung
<ul style="list-style-type: none">• Verwahrlosung• Vernachlässigung des äusseren Erscheinungsbildes• Mundgeruch, «Fahne»• Gewichtsverlust• Fehlernährung/Appetitstörung• unregelmässige Nahrungsaufnahme• Blutergüsse, Verletzungen• Entzugserscheinungen wie starkes Schwitzen, zitternde Hände• Schläfrigkeit• Stürze• Gleichgewichtsstörung• Schwäche• Unsicherheit• Koordinationsprobleme	<ul style="list-style-type: none">• gedrückt, depressiv• gereizt, aggressiv• ängstlich, unruhig• schläfrig• Interessesverlust• Rückzug• aggressiv, beleidigend• reduzierte Aufmerksamkeit• Verwirrtheit• Halluzinationen• Geheimniskrämerei• Unpünktlichkeit• Stimmungsschwankungen• verminderter Antrieb• Nachlassen der Gedächtnisleistung	<ul style="list-style-type: none">• erhält keine Besuche• Flaschen- und/oder Medikamentendepots• Verwahrlosung	<ul style="list-style-type: none">• lallend, verwässert• zusammenhanglos• Artikulationsstörungen <p>Klagen über:</p> <ul style="list-style-type: none">• (Kopf-)Schmerzen• Schlafstörungen• Ängste• Einsamkeit• Schulden

Quelle: www.akzent-luzern.ch, «Leitfaden zum Umgang mit Gefährdeten – Frühintervention in Altersinstitutionen», ergänzt mit Angaben aus dem «Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit» der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug

Leitfaden und Checklisten zur Früherkennung von Suchtproblemen im Alter

- › Frühintervention in Altersinstitutionen, Akzent Prävention und Suchttherapie, www.akzent-luzern.ch
- › Leitfaden zur Früherkennung in der ambulanten Altersarbeit, Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion
- › Screening-Instrumente: www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening



Umgang aus fachlicher Sicht

Welche Herausforderungen der Suchtbehandlung stellen sich in der Hausarztpraxis? Wie kann ein problematischer Medikamentenkonsum im Alter vermieden werden? Wie gehen die Spitex Basel und suchtspezialisierte Einrichtungen in der Langzeitpflege mit suchtbetroffenen Menschen um?

Herausforderungen der Suchtbehandlung in der Hausarztpraxis

Förderung der Frühintervention bei Ärzten und in Spitälern besonders wichtig

Rund 75% der Schweizer Bevölkerung suchen mindestens einmal pro Jahr eine Ärztin oder einen Arzt auf. Hausärztinnen und Hausärzte sind im Allgemeinen die ersten Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Problemen. Sie sind oft langjährige Vertrauens- und deshalb wichtige Schlüsselpersonen ihrer Patienten. Dies sind die besten Voraussetzungen für die Früherkennung bei Problemen im Zusammenhang mit übermäßigem Substanzkonsum. In der Arztpraxis kann eine hohe Anzahl von Personen mit einem problembehafteten Konsum von Substanzen erreicht werden. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass

Patienten mit einer Suchtproblematik auch über eine Triage des Hausarztes einen direkten Zugang zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten im Suchtbereich haben. Aus diesem Grund ist die Förderung der Frühintervention bei Ärzten und in den Spitälern besonders wichtig. Dadurch sollen Suchtprobleme frühzeitig erkannt und Betroffene rechtzeitig qualifiziert beraten werden können.

Hindernisse beim Erkennen einer Suchtproblematik

Oft wird jedoch ein problembehafteter Substanzkonsum im Alter übersehen, denn die Symptome sind unspezifisch und können auch anderen Alterskrankheiten zugeordnet werden. Zudem ist laut Loeb, Stoll und Weil Risikokonsum «nur schwer zu erkennen, wenn über das Thema Alkohol nicht gesprochen wird. Die Erfahrung zeigt, dass der Arzt, der sich für die Alkoholprävention interessiert und dieses Thema gewohnheitsmässig anspricht, auch eine hohe Anzahl Patienten entdeckt, bei denen sich die Frage einer Alkoholab-

hängigkeit stellt.»¹ Da es bedeutend einfacher ist, Alkoholkonsumgewohnheiten zu ändern, wenn noch keine Abhängigkeit besteht, ist eine Früherkennung und Frühintervention wesentlich.

Hindernisse beim Ansprechen einer Substanzproblematik während einer Arztkonsultation können vielfältig sein: Zeitmangel, Unsicherheit beim Ansprechen des als heikel erlebten Themas, fehlende Hilfsmittel für das Führen eines Gespräches, Vorurteile betreffend den als gering eingestuften Behandlungserfolg etc. Ein Nichtansprechen kann auch als «Gutheissen des Trinkverhaltens» missdeutet werden und Untersuchungen zeigen, dass Patienten enttäuscht sind, wenn sie von ihrem Arzt nicht darauf angesprochen werden.¹

Information und Aufklärung

Klärt die Hausärztin oder der Hausarzt ältere Menschen über Nebenwirkungen und Folgen sowie die gute Prognose einer Behandlung im Alter auf, steigt die Motivation, das Suchtmittel zumindest zu reduzieren, deutlich an. Bereits das Ansprechen in Form eines einmaligen kurzen Beratungsgesprächs oder die gezielte Abgabe von Informationsmaterial sind in ihrer Wirksamkeit für die Veränderung des problematischen Konsums von Alkohol, Benzodiazepinen und Tabak für ältere Menschen nachgewiesen.²

Zusammenarbeit von Arztpraxen und Suchtberatungsstellen

Um Menschen mit einer Suchtproblematik eine möglichst gute Versorgung zu bieten, kommt der Zusammenarbeit von Arztpraxen und Suchtberatungsstellen eine bedeutende Rolle zu. Diese Zusammenarbeit kann in Form von fallbezogenen telefonischen Kurzkontakten bis hin zur Ausarbeitung einer Kooperationsvereinbarung zwischen einer Hausarztpraxis und einer Suchtberatungsstelle erfolgen.

Für Suchtberatungsstellen kann beispielsweise in folgenden Situationen eine Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt unterstützend sein:

- Erhöhung der Glaubwürdigkeit von Empfehlungen, wenn diese von einem vertrauensvollen und sachverständigen Hausarzt gestützt werden;
- Herstellung eines Kontaktes zu einem Hausarzt bei Klienten, welche über keinen solchen verfügen;
- Abklärung des Allgemeinzustandes des Klienten zwecks Planung der Suchtberatung;
- Einholen von Informationen betreffend der Medikation des Klienten und allenfalls Anpassung derselben, insbesondere bei gleichzeitigem Alkoholkonsum;
- Organisation von Spitexleistungen, insbesondere bei älteren Menschen;
- Planung von Unterstützungsleistungen bei Gefahr einer Verwahrlosung;
- Planung eines mit Medikamenten unterstützten ambulanten Entzugs;
- Austausch im Zusammenhang mit der Abklärung einer fürsorglichen Unterbringung gemäss des Kindes- und Erwachsenenschutzgesetzes;
- Besprechung der Massnahmenplanung in psychiatrischen oder somatischen Krisensituationen;
- Durchführung von Blut- und Urintests in der Arztpraxis im Zusammenhang mit freiwilligen oder verfügbaren Abstinenzkontrollen (zum Beispiel durch den Arbeitgeber).

Vor einer telefonischen Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt klärt die Suchtberatungsstelle ab, ob dies seitens des Klienten erwünscht ist und dieser bereit ist, eine Schweigepflichtsentbindung zu unterzeichnen.

Bei einer regelmässigen Zusammenarbeit zwischen einer Suchtberatungsstelle (Adressen unter www.sucht.bs.ch) und einer Arztpraxis ist eine gemeinsame Ausarbeitung einer Kooperationsvereinbarung empfehlenswert. Möglicher Inhalt einer solchen kann sein:

- Festlegung der Zielgruppen (beispielsweise Patienten mit einer Suchtproblematik)
- Definieren der Ansprechpersonen und deren Erreichbarkeit

1 Loeb, Pierre, und Stoll, Beat, und Weil, Barbara (2014), Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum. Ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute in der Grundversorgung. S. 10/11/26. FMH, BAG, Praxis Suchtmedizin, Sucht Schweiz, Infodrog, KHM, SAPP. M.

2 Ruhwinkel, Bernadette, und Wieser, Markus (2014), Abhängige ältere Menschen beim Hausarzt. Erkennen – ignorieren – tolerieren – handeln? In: Schweiz Med Forum 2014; 14 (48): 905–908

Mögliche Zusammenarbeit Hausarzt und Suchtberatungsstelle am Beispiel eines ambulanten Alkoholentzuges:

Die Versorgung des Patienten kann durch eine Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Suchtberatungsstelle verbessert werden.



- Definieren der Dienstleistungen und Festlegen der Verantwortlichkeiten
- Definieren von Prozessabläufen und des Informationsflusses

Da insbesondere den Hausärzten eine wichtige Rolle bei der Früherkennung und Frühintervention einer Suchtproblematik zukommt, bietet das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt kostenlos Fortbildungsangebote zu den Schwerpunkten «Sucht» und «Psychiatrie» an³.

Beispiel einer Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Suchtberatung

Nebst der patientenspezifischen Zusammenarbeit mit verschiedenen Hausärzten pflegt die Abteilung Sucht mit der Clarapraxis im Rahmen einer formalen Kooperation eine regelmässige Zusammenarbeit. Eine im Jahr 2014 durchgeführ-

te Zwischenauswertung dieser Zusammenarbeit zeigt auf, dass diese für beide Seiten als gewinnbringend angesehen wird und sich etabliert hat. Es besteht gegenseitiges Vertrauen in die jeweiligen Kompetenzen des Kooperationspartners. Insbesondere schätzt die Clarapraxis das Vorhandensein kompetenter Begleitpersonen für die Sozialbetreuung bei gemeinsamen Patienten. Die Abteilung Sucht erachtet den einfachen, niederschweligen Zugang ihrer Klienten zu einer guten medizinischen Versorgung als besonders wertvoll. Zudem sind die Abläufe klar geregelt, was auch zu einer zeitlichen Entlastung für beide Seiten führt. Dieses aufeinander abgestimmte Behandlungsangebot führt letztlich zu einer qualitativ verbesserten Versorgung der Patienten.

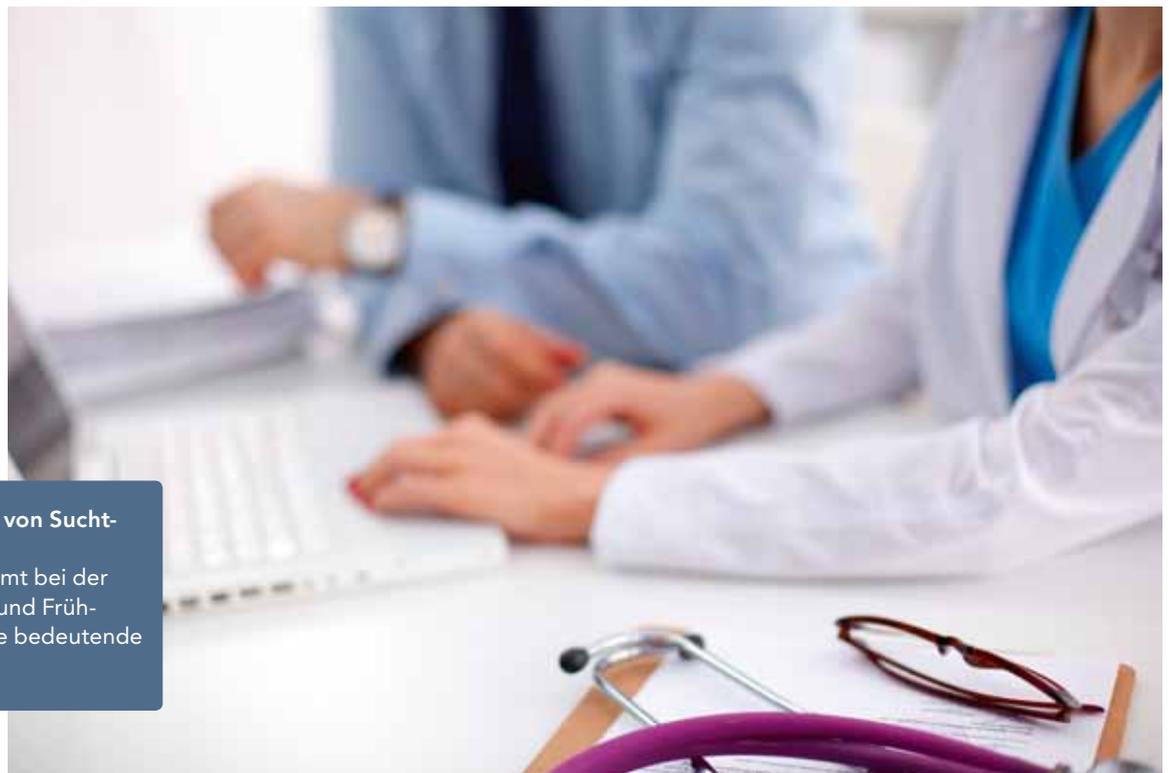
Weitere Infos

www.alterundsucht.ch

www.praxis-suchtmedizin.ch

www.sucht.bs.ch

³ www.fosum-nw.ch/images/pdf/Fortbildungsmodule_Hausarztpraxen.pdf.



Früherkennung von Suchtproblemen

Hausärzten kommt bei der Früherkennung und Frühintervention eine bedeutende Rolle zu.

Interview mit dem Hausarzt Michael Nüscheler

Mit welcher Suchtproblematik sind Sie in Ihrer Arztpraxis bei älteren Patientinnen und Patienten am häufigsten konfrontiert?

Bei älteren Patientinnen und Patienten stehen neben Alkohol insbesondere die Schlafmittel als Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial im Vordergrund. Die Gründe für die Einnahme von Schlafmitteln im Alter können vielfältig sein. Wegen der oft eingeschränkten Mobilität infolge körperlicher Erkrankungen oder weggefallener Sozialkontakte, insbesondere auch nach der Pensionierung, verbringen ältere Menschen oft viel Zeit vor dem Fernseher und würden gerne mehr schlafen. Oft erscheint uns Ärzten der Wunsch der Patientinnen und Patienten nach einem Schlafmittel nur allzu verständlich, jedoch besteht bei einem chronischen Schlafmittelmisbrauch eine erhöhte Sturz- und Unfallgefahr.

Wann und wie sprechen Sie das Thema Alkoholkonsum an?

Die Frage nach der Häufigkeit und der Menge des Alkoholkonsums gehört zu jeder grösseren Allgemeinuntersuchung. Manchmal stelle ich als Hausarzt die Frage nach erhöhtem Alkoholkonsum aufgrund erhöhter Leberwerte. Aber auch bei einem Arztbesuch infolge von Unfällen,

die sich spätabends oder in der Nacht ereignen, wird das Thema Alkoholkonsum angesprochen. Die häufigste Antwort auf die Frage lautet: «Normal.» Dann muss ich nachfragen, was das konkret heisst. Denn für die meisten Menschen ist die eigene Trinkmenge das Mass für die Normalität.

Was bieten Sie suchtbetroffenen Menschen an?

Voraussetzung hierfür ist erst einmal der Wille des Patienten, etwas zu unternehmen. Dies setzt eine Krankheitseinsicht voraus. Je nach Substanz gibt es dann ganz unterschiedliche Möglichkeiten, wobei vorgängig der Grad der Abhängigkeit abgeschätzt werden muss. Dazu existieren beispielsweise Fragebögen zur Erhebung der Suchtmittelabhängigkeit. Bei Schlafmedikamenten kann auch ein Auslassversuch zeigen, wie stark die Abhängigkeit ist. Grundsätzlich ist die Behandlung individuell zu gestalten. Während früher in allen Fällen eine Abstinenz empfohlen wurde, wissen wir heute, dass in vielen Fällen und je nach Substanz auch ein kontrollierter Konsum möglich und sinnvoll ist. Hingegen ist bei einer Opiatabhängigkeit oft eine Abstinenz nicht möglich. Und weil Opiate selbst bei Langzeitanwendung keine körperlichen Folgeschäden haben, vertreten wir heute oft eine langjährige, vielleicht lebenslange Substitution, beispielsweise mit Methadon.

Wie können Sie Patientinnen und Patienten zum Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle motivieren?

Das ist nicht ganz einfach. Wenn ich bei einem Patienten einen Herzklappenfehler vermute, kann ich ihn ohne Weiteres zum Spezialisten überweisen. Bei einer Suchtberatung braucht es Wissen, Erfahrung und Vertrauen, aber keine Geräte. Wissen und Erfahrung sind bei

«Meine Aufgabe besteht darin, den Patienten über die Folgen eines schädlichen Substanzgebrauchs sowie die Behandlungsoptionen zu informieren.»

Wie reagieren Ihre Patientinnen und Patienten, wenn sie angesprochen werden?

Das ist sehr unterschiedlich und reicht von Ablehnung bis Dankbarkeit, dass das Thema angesprochen wird. Ich als Arzt sehe meine Aufgabe nicht darin, zu moralisieren. Dadurch würde

Dr. med. Michael Nüscheler arbeitet seit 1984 als Hausarzt, derzeit in der Clarapraxis in Basel. Die Clarapraxis ist eine Hausarztpraxis mit sechs Ärzten.



«Die Prävention müsste weiter ausgebaut werden. Bei den frei erhältlichen Suchtmitteln ist insbesondere ein Werbeverbot zu erwähnen.»

einer Suchtberatungsstelle oft grösser als bei mir. Aber das Vertrauen der Patienten ist primär in die Fachperson am grössten, an welche sie sich selbst wenden. Bei einer Überweisung an eine spezialisierte Beratungsstelle besteht dann die Gefahr, dass

der Patient sich abgeschoben fühlt und glaubt, ein hoffnungsloser Fall zu sein, den der Hausarzt einfach loshaben will. Meist bleibt es daher bei der unverbindlichen Empfehlung und der Bemerkung des Patienten, er werde sich das noch überlegen und sich gegebenenfalls direkt dort melden.

Profitiert die Clarapraxis von der Zusammenarbeit mit der Abteilung Sucht?

Für eine psychosoziale Betreuung, welche ein Hausarzt nicht bieten kann, schätzen wir das Angebot der Abteilung Sucht sehr. Ich erlebe die Abteilung als eine äusserst kompetente Beratungsstelle, die auf die individuellen Bedürfnisse der Klientel eingeht.

Mit welchen weiteren Institutionen arbeitet die Clarapraxis zusammen?

Wir arbeiten oft mit den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel zusammen und vereinzelt mit der Klinik Sonnenhalde. Da-

bei geht es aber in der Regel um den stationären Alkoholentzug, den wir nicht anbieten können. Wir empfehlen einen solchen bei Gefahren, die mit dem Alkoholentzug verbunden sind, wie beispielsweise epileptischer Anfall, Entzugsdelir etc. Insgeheim erhoffe ich im Anschluss eine Entwöhnungsbehandlung, zu der die Patienten dann aber leider meist nicht einwilligen.

Wie lässt sich die Qualität der Behandlung von suchtbetroffenen Menschen aus Ihrer Sicht verbessern?

Das grösste Problem besteht bei Suchtmitteln, die frei erhältlich sind, wie Alkohol und Nikotin. Hier greift die Behandlung meist zu spät. Daher müsste die Prävention weiter ausgebaut werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere ein Werbeverbot zu erwähnen.

Welche bedeutenden Herausforderungen sehen Sie als Hausarzt bei der Behandlung älterer Menschen mit einer Suchtproblematik auf Sie zukommen?

Seit den 1990er-Jahren führen wir Opiatsubstitutionen durch. Dadurch sind die heroinabhängigen Menschen nicht gestorben, sondern leben mit ihrem Methadon weiter. Sie werden nun allmählich alt und benötigen auch das Behandlungsangebot für ältere Menschen. D.h. beispielsweise auch irgendwann einen Platz in einem Pflegeheim. Vermutlich dürfte dies die bestehenden Institutionen vor Herausforderungen stellen.

Problematischer Medikamentenkonsum im Alter

Problematischer Medikamentenkonsum im Alter betrifft alle Beteiligten im Medikationsprozess: Dazu gehören die verschreibenden Ärzte, die Apotheken als Abgabestelle sowie letzte Kontrolle vor der Anwendung und die Patienten selbst. Somit kann nur über eine gute Zusammenarbeit der problematische Medikamentenkonsum vermieden bzw. eine sinnvolle Therapie gefördert werden. Dies gilt im besonderen Masse bei Medikamenten mit einem Abhängigkeitspotenzial.

Polypharmazie – Fluch oder Segen?

Arzneimittel werden verwendet, um heilende, lindernde oder präventive therapeutische Ziele zu erreichen. Jede Einnahme eines Arzneimittels ist allerdings auch mit dem Risiko für unerwünschte Effekte verbunden. Oft wird die Therapie mit zahlreichen Medikamenten (sog. Polypharmazie) als problematisch bezeichnet. Hierbei gilt es, zu differenzieren zwischen «geeigneter» und «ungeeigneter» Polypharmazie. Viele Medikamente einzunehmen, ist nicht a priori problematisch, aber jede Polypharmazie muss kritisch hinterfragt werden. Ab welcher Anzahl Medikamente man von einer Polypharmazie oder sogar von einer problematischen Polypharmazie spricht, ist wissenschaftlich nicht definiert. Für das Individuum kann eine noch so umfangreiche Therapie sehr wohl äusserst hilfreich sein. Beispiele sind die Kombinationstherapien bei HIV, Tuberkulose oder bei ausgeprägter Hypertonie. Zudem gilt besonders im Alter, dass die Zunahme gleichzeitig vorliegender verschiedener Krankheiten (Multimorbidität) nur durch Polypharmazie behandelt werden kann.

Die ärztliche Kunst besteht darin, für jedes Individuum nicht nur die gemäss spezifischen Leitlinien optimale Therapie, sondern die individuell geeignete Therapie zusammenzustellen. Polypharmazie kann also sehr hilfreich gestaltet werden.

Potenziell ungeeignete Medikamente im Alter

In den letzten 20 Jahren wurde sehr viel geforscht, um jene Medikamente zu bezeichnen, welche vor allem im Alter als «problematisch» gelten. Zahlreiche explizite Listen wurden erstellt, welche für Senioren risikoreiche Medikamente benennen (potenziell inadäquate Medikamente, sogenannte PIM, siehe Box). Patienten, die PIM einnehmen, müssen häufiger ins Spital und haben ein höheres Sturzrisiko. Eine von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Auftrag gegebene Studie ermittelte für die Schweiz, dass bei der gleichzeitigen Einnahme von mehr als drei PIM die Wahrscheinlichkeit einer Spitaleinweisung bereits 63% höher sei als bei Patienten ohne PIM-Verordnung. Es ist aber auch unbestritten, dass die Verordnung von PIM in Einzelfällen unumgänglich und daher angezeigt sein kann.

Potenziell inadäquate Medikamente (PIM)

sind, wie der Name sagt, potenziell risikoreich, d.h., es gibt ein erhöhtes Risiko; aber diese Medikamente können bei geeigneter Betreuung sehr wohl grossen Nutzen bringen. Wichtig ist, dass mit diesen Medikamenten KEINE Selbstmedikation erfolgt.

Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen:

PRISCUS-Liste: http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf
Beers criteria 2015: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13702/pdf>

Risiken reduzieren

Studien zeigen, dass 5–15% aller Spitaleintritte durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen bedingt sind. Die Frage lautet, wie müssen Medikamente aufeinander abgestimmt werden, wenn mehrere chronische Erkrankungen vorliegen? Diese Abstimmung ist besonders im Alter äusserst wichtig. Es gilt, die Multimorbidität und die im Alter möglicherweise reduzierte Fähigkeit des Stoffwechsels, Wirkstoffe um- oder abzubauen und zu eliminieren, sowie die in diesem Zusammenhang stehende teilweise geänderte Wirksamkeit indivi-



Zunahme des Medikamentenkonsums bei älteren Frauen

Frauen über 60 Jahre haben etwa doppelt so häufig einen problematischen Medikamentenkonsum im Vergleich zu Männern.

duell in die Therapieplanung einzubeziehen. Hierzu gehört auch die Abklärung des Risikos für Wechselwirkungen zwischen den gleichzeitig angewendeten Medikamenten. Ein komplexes Unterfangen, welches multiprofessionelle Betreuung erfordert. Erwiesenermassen werden Risiken reduziert, wenn Ärzte, Apotheker, Pflegefachleute und Patienten gut zusammenarbeiten.

Das **Suchtpotenzial eines Medikamentes** erfordert von der Apotheke die umfassende Information und Beratung zur korrekten Anwendung. Besonders Therapien, welche für den Patienten zu einer subjektiven Linderung seiner Beschwerden führen, stehen hier im Fokus. Pro einzelne Einnahme und pro Tag müssen Maximaldosen vermittelt und vom Patienten eingehalten werden. Auch wenn die Beschwerden zunehmen oder nur ungenügend gelindert werden können, sind unkontrollierte Dosissteigerungen riskant. Für die meisten Wirkstoffe kennt man einen «therapeutischen Bereich», bei dem keine relevanten Nebenwirkungen zu erwarten sind. Wird dieser therapeutische Bereich überschritten, steigt das Risiko für Nebenwirkungen und allenfalls auch das Risiko für eine Abhängigkeit.

Wirkdauer, Dosierung und deren Einfluss auf mögliche Nebenwirkungen

- Bei Wirkstoffen mit **kurzer Wirkdauer** bzw. rascher Ausscheidung verspürt der Patient eventuell nach einigen Stunden Wirkung (entsprechend der Wirkdauer) ein erneutes Aufflammen der Beschwerden und ist versucht, die Einzeldosis zu erhöhen. Wenn aber die Einzeldosis erhöht wird, können kurzfristig zu hohe Blutspiegel resultieren mit dem Risiko von Nebenwirkungen. In diesen Situationen stellt sich die Frage, ob eventuell die Anzahl Einzeldosen pro Tag erhöht werden könnte, ohne damit einen problematischen Medikamentenkonsum zu fördern. Dies hat stets in Rücksprache mit einer Ärztin/einem Arzt oder einer Apothekerin/einem Apotheker zu erfolgen.
- Bei Wirkstoffen mit einer **lange andauernden Wirkdauer** bzw. verlangsamten Ausscheidung kann der Wirkstoff akkumulieren und besonders im Alter trotz korrekter Einzeldosis nach einer gewissen Zeit zu hohe Blutspiegel und Nebenwirkungen zur Folge haben. Der betroffene Patient verspürt eventuell die Nebenwirkungen und verkennt deren Ursache. Dies kann dazu führen, dass er eigenmächtig die Nebenwirkungen in Selbstmedikation behandelt. In diesen Fällen ist das eigenmächtige Erhöhen der Dosis doppelt riskant.



Das Risiko einer **Medikamentenabhängigkeit** wird geprägt durch den Patienten, die Medikamente und den Kontext, in dem sich die Abhängigkeit entwickelt. Nicht alle Konsumenten von abhängigkeits erzeugenden Medikamenten entwickeln auch eine Abhängigkeit. Die Vorhersage der Entwicklung einer Abhängigkeit ist sehr schwierig. Sie entwickelt sich meist schleichend über mehrere Monate. So ist die kurzfristige Therapie z.B. mit Schlaf- oder Beruhigungsmitteln bezüglich Abhängigkeit risikoarm. Die Behandlung soll so kurz wie möglich dauern und vier Wochen nicht überschreiten.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit von Schlafmitteln

- Einnahme ohne medizinische Überwachung
- Einnahme von Schlafmitteln (v.a. Benzodiazepinen) mit kurzer Wirkungszeit, in hohen Dosen und über eine längere Zeit (> vier Wochen)
- Persönlichkeitsstörungen, depressive und Angsterkrankungen, Alkoholismus und weitere bestehende Abhängigkeiten

Nach einer Langzeiteinnahme von Schlafmitteln soll vor allem bei höheren Dosierungen ein Ausschleichen mit geeigneter Betreuung geplant werden. Bei abruptem Absetzen besteht das Risiko für Entzugssymptome und eine Absetz-Schlaflosigkeit (Rebound Insomnie), welche ihrerseits wieder eine Abhängigkeit fördern kann.

Der Dauergebrauch von Benzodiazepinen kann zu erheblichen Langzeitschäden führen wie beispielsweise Sturzgefahr, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Stimmungsschwankungen. Dies kann auch bei einer sogenannten «Niedrigdosis-Abhängigkeit» (keine Dosissteigerung) zutreffen. Dem Risiko einer Medikamentenabhängigkeit kann durch eine intermittierende Einnahme vorgebeugt werden (z.B. Schlafmittel

nur in drei bis maximal fünf Nächten pro Woche).

Auch die neueren «Nichtbenzodiazepin-Hypnotika» (Zolpidem und Zopiclon) zeigen ein Abhängigkeitspotenzial. Für diese Substanzen wird – wie für die Benzodiazepine – eine begrenzte Therapiedauer empfohlen und ärztliche Verordnungen – auch Dauerrezepte – sind auf maximal sechs Monate zu begrenzen.

Vermeehrt werden daher, vor allem im Alter, Schlafprobleme mit Substanzen behandelt, die keine eigentlichen Schlafmittel sind wie z.B. Antipsychotika und/oder Antidepressiva. Das Abhängigkeitspotenzial ist gering und oft sind kleine Dosen bereits wirksam.

Tipps für den Alltag bei langfristigem Gebrauch von Schlafmitteln

- Wahl minimaler Dosierung
- Keine Dosissteigerung
- Intermittierende Anwendung mit wiederholten Einnahmepausen
- Keine Weitergabe von ärztlich verordneten Medikamenten an Dritte (auch nicht an Familienangehörige)
- Transparenz: offenes Gespräch über die Schlafprobleme mit Medizinalpersonen und/oder psychologisch geschulten Fachleuten.

Die Apotheke als letzte Kontrolle vor der Anwendung

Vor jeder Medikamentenanwendung ist die Apotheke als Abgabestelle die letzte Kontrolle. Die Apothekerin/der Apotheker kann daher den Überblick über die gesamte Medikation haben, vorausgesetzt, dass für den Bezug der Medikamente immer die gleiche Apotheke gewählt wird. Eine allenfalls problematische Therapie kann auf diese Weise erkannt werden. Es lohnt sich ganz besonders, bei Behandlung durch mehrere Ärzte und bei gleichzeitiger Selbstmedikation die gesamte Therapie kritisch zu prüfen. Seit 2010



können Apotheken mit Einverständnis des Patienten, welcher vier oder mehr Medikamente während mindestens drei Monaten anwendet, einen **«Polymedikations-Check»** durchführen. Dieses Beratungsgespräch kann zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Diese Dienstleistung des Apothekers dient primär der Förderung der Compliance (Therapietreue), aber auch der Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten. Dieser lernt seine Medikamente besser kennen, weiss, wie wichtig die Einhaltung der vorgegebenen Dosierungen ist, und kann seine Medikamente – auch bezüglich eines Abhängigkeitsrisikos – voneinander unterscheiden. Dies stellt eine wichtige Voraussetzung zur Prävention der Medikamentenabhängigkeit dar.

Bei Unklarheiten, fehlender Plausibilität einer Therapie oder schwerwiegenden Compliance-Problemen erfolgt eine Rücksprache der Apothekerin/

des Apothekers mit der/dem verordnenden Ärztin/Arzt.

Im Endeffekt liegt bezüglich der Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit die letzte Verantwortung bei den Patienten. Sie sind als letztes Glied in der Verordnungskette besonders gefordert, die vorgegebenen Dosierungen und Empfehlungen von Ärzten und Apothekern zu befolgen. Dem Patienten obliegt es, das Verlangen nach Dosissteigerung oder die Beobachtung von verminderter Wirkung bei fortgesetzter Anwendung wahrzunehmen und das offene Gespräch mit Fachpersonen zu suchen.

Prof. Dr. Kurt E. Hersberger, Pharmaceutical Care Research Group, Universität Basel

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Medikamente mit hohem Abhängigkeitspotenzial sollten immer nur über einen begrenzten Zeitraum und in Absprache mit einer Fachperson eingenommen werden.



Suchtprobleme ... und die Angehörigen

Probleme im Umgang mit Suchtmitteln wirken sich nicht nur auf die Direktbetroffenen, sondern auch auf deren soziales Umfeld aus. Besonders mitbetroffen sind Familienangehörige und andere nahestehende Menschen. Bei älteren Menschen sind dies häufig Partnerinnen und Partner, erwachsene Kinder und Geschwister. In der Schweiz leben über hunderttausend Personen mit einem suchtmittelabhängigen Menschen zusammen.

Angehörige sind auch bei älteren suchtkranken Personen wichtige Bezugspersonen. Oft erkennen sie Veränderungen des Gesundheits- und Gemütszustandes sowie des Konsumverhaltens als erste.

Erfreuliche Behandlungsergebnisse von älteren Suchtkranken stehen oft in Zusammenhang mit Entwicklungen, die von Angehörigen unterstützt oder auch ausgelöst werden. Diese halten trotz schwierigen Umständen die enge Verbundenheit mit dem suchtbetroffenen Menschen aufrecht, nehmen mit dem Hausarzt Kontakt auf und initiieren Hilfsangebote durch Fachstellen.

Allerdings können die lang andauernde Sorge um das Wohlergehen der suchtkranken Person, Beziehungskonflikte sowie finanzielle Probleme zu Überforderungen führen, die sich negativ auf die Lebenszufriedenheit der Angehörigen auswirken. Menschen mit Suchtproblemen haben häufig Stimmungsschwankungen, sind erhöht reizbar, neigen zur Bagatellisierung des Konsums oder ziehen sich sozial zurück. Oft versuchen Angehörige mit grossem Aufwand, die betroffene Person zu einer Beendigung oder Reduktion des Suchtverhaltens zu motivieren und die durch den Konsum entstehenden Probleme zu lösen oder abzuschwächen.

Für Angehörige ist eine angemessene Balance zwischen Unterstützung geben und zu sich selber Sorge tragen besonders schwierig. Nicht selten werden über Jahre hinweg wichtige eigene Bedürfnisse zugunsten derer der Suchtkranken zurückgestellt. Auch kann es vorkommen, dass den Angehörigen seitens der Betroffenen ein dominantes Verhalten vorgeworfen wird, wenn diese sich um deren Aufgaben kümmern.

Eine zusätzliche Belastung kann für Angehörige auch eine Unzufriedenheit mit Institutionen und Personen der medizinischen und psychosozialen

Versorgung darstellen. Insbesondere, wenn diese aus Sicht der Angehörigen in akuten Krisensituationen nicht proaktiv fürsorgerisch intervenieren. Bei Angehörigen kann dies Gefühle von Hilflosigkeit und Wut verstärken.

All diese und weitere Belastungen können zu Depressionen, Ängsten, somatischen Beschwerden und geringem Selbstwertgefühl führen. Erschwerend kommt hinzu, dass sich viele Angehörige aus Scham oder wegen Schuldgefühlen scheuen, mit Ausstehenden über ihre Probleme zu sprechen.

In der Beratung durch Fachstellen werden Angehörige darin unterstützt, ihre eigene Lebensqualität zu verbessern und Entlastung zu erfahren. Als Schlüssel zur Entlastung sind empfehlenswert:

Angehörige berichten

Eine Ehefrau berichtet:

Seit seiner unfallbedingten Frühpensionierung verstärkten sich die «schwierigen Seiten» meines Mannes (62 Jahre) und er begann vermehrt Alkohol zu trinken. Seit einigen Monaten ist es ganz schlimm: Er trinkt den ganzen Tag und geht nur noch aus dem Haus, um Alkohol zu besorgen. Er hört weder auf mich noch auf seinen Arzt. Mir wurde erklärt, dass es noch zu wenig schlimm sei, als dass er gegen seinen Willen in eine Klinik eingewiesen werden könnte. Ich will ihn nicht verlassen, versuche ihm beizustehen und habe noch immer eine kleine Hoffnung auf einen Weg aus der Krise.

Durch die Teilnahme an der geleiteten Angehörigengruppe erfahre ich Solidarität mit Menschen in ähnlichen Situationen. Ich schätze den Erfahrungsaustausch, gewinne mehr Sicherheit im Umgang mit meinem Mann und lerne auch, besser auf meine eigenen Bedürfnisse zu achten.

Eine Schwester berichtet:

Meine Schwester (59 Jahre) hat seit vielen Jahren Drogenprobleme. Sie lebt in der Westschweiz und ist in ärztlicher Behandlung. Ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich zunehmend, weshalb bald ein Pflegeheim in Betracht zu ziehen ist. Meine Schwester wehrt sich jedoch dagegen. Ich bin ihre einzige familiäre und private Bezugsperson. Weil es mir viel besser geht als ihr –



- Informationsvermittlung über Sucht, Belastung der Angehörigen und Behandlungsmöglichkeiten
- Aktivierung von sozialer Unterstützung aus dem privaten Umfeld, aber auch Selbsthilfe oder geleitete Gruppen.

Als besonders hilfreich erleben Angehörige eine Beratung, die von einer akzeptierenden und unterstützenden Atmosphäre geprägt ist, sowie den Austausch mit Personen in ähnlichen Situationen.

Der Wunsch, auf die konsumierende Person Einfluss zu nehmen, wird von Angehörigen oft geäussert. Die Angehörigen können in der Beratung in einem Verhalten unterstützt werden, das die Wahrscheinlichkeit positiver Veränderungen bei den Suchtkranken erhöht.

und ich es auch in der Kindheit einfacher hatte –, trage ich ein schlechtes Gewissen ihr gegenüber mit mir herum. Ich versuche ihr zu helfen, soweit ich kann.

Ich habe schon jahrelange Erfahrung im Umgang mit meiner Schwester. Dennoch nützen mir die sporadischen Einzelgespräche bei der Suchtberatung, um in kritischen Situationen die für mich passende Mischung zwischen Helfen und Abgrenzen auszuloten.

Ein Sohn berichtet:

Wegen rheumatischer Schmerzen und Schlafschwierigkeiten erhielt meine Mutter (75 J.) verschiedene Medikamente. Nachdem ich sie mehrmals schläfrig und verwirrt angetroffen hatte, organisierte ich ein gemeinsames Gespräch bei ihrer Hausärztin. Es stellte sich heraus, dass meine Mutter auch Medikamente konsumierte, die nicht ärztlich verordnet waren, und darüber hinaus vermehrt Alkohol trank. Seit einem zweimonatigen Klinikaufenthalt geht es ihr deutlich besser.

Die Empfehlung, mich mit der Hausärztin meiner Mutter in Verbindung zu setzen, erhielt ich beim telefonischen Erstkontakt mit der Abteilung Sucht. Zudem erhielt ich Informationen und praktische Hilfe bei der Organisation des mittlerweile vorhandenen Unterstützungsnetzes für die Betreuung meiner Mutter. Dieses besteht aus dem Hausarzt, einer Tagesstätte für Senioren und der Spitex.

Unterstützung holen

Auch Angehörige sind mitbetroffen und können sich bei Bedarf Unterstützung holen:

Vertrauenspersonen aus dem persönlichen Umfeld können wertvolle Gesprächspartner sein

Arzt/Ärztin (www.doctorfmh.ch)

Suchtberatungsstellen bieten Einzelberatung und von Fachpersonen geleitete Angehörigengruppen an

Abteilung Sucht

Clarastrasse 12, Postfach, 4005 Basel
Tel. 061 267 89 00, Fax 061 267 89 01
abteilung.sucht@bs.ch, www.abteilungsucht.bs.ch

Blaues Kreuz Basel-Stadt

Beratungs- und Präventionsstelle
Nauenstrasse 67, 4052 Basel
Tel. 061 261 56 13, Fax 061 263 94 70
info@blaueskreuzbasel.ch, www.blaueskreuzbasel.ch

Bei illegalen Drogen, Internet- und Glücksspielsucht: Suchthilfe Region Basel

Beratungszentrum
Mülhauserstrasse 111, 4056 Basel
Tel. 061 387 99 99, Fax 061 387 99 95
beratungszentrum@suchthilfe.ch, www.suchthilfe.ch

Für fremdsprachige Personen: MUSUB Basel

Nauenstrasse 49, 4052 Basel
Tel. 061 273 83 05, Fax 061 273 83 06
info@musub.ch, www.musub.ch

Selbsthilfegruppen für Angehörige

- Al-Anon (<http://www.al-anon.ch/>)
 - IOGT (<http://www.iogt.ch/>)
-

Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen

(www.psychotherapie-bsbl.ch/)

Dachverband Eltern- und Angehörigenvereinigungen im Umfeld Sucht (VEVD AJ, www.vevdaj.ch)



Basis für eine gute Betreuung

Unterstützung aus dem privaten Umfeld und Kooperationen mit Fachstellen sind für eine gute Betreuung besonders wichtig.

Die Arbeit der Spitex Basel mit älteren suchtmittelabhängigen Menschen

Die ambulante Hilfe und Pflege zu Hause stellt ein wichtiges Glied in der Betreuung von älteren Menschen dar. Dank dem Einsatz von Spitex-Organisationen können Pflegeheimenintritte hinausgezögert oder verhindert werden. Die Spitex Basel stellt mit sechs Quartierzentren im Rahmen eines Leistungsauftrages mit dem Kanton Basel-Stadt eine umfassende Grundversorgung in der ambulanten Pflege sicher. Zusätzlich zur Spitex-Grundversorgung werden spezialisierte Leistungen wie beispielsweise Onko-Spitex und Kinderspitex erbracht. Jährlich betreut die Spitex Basel rund 5000 Personen, die meisten davon sind deutlich über 65 Jahre alt. Bei einer nicht unerheblichen Anzahl der Betreuten liegt ein Suchtmittelmissbrauch oder eine Abhängigkeit vor. Gemäss einer internen Statistik der Spitex Basel sind weit über 500 der betreuten Personen bereits bei Betreuungsbeginn nikotinabhängig und bei ca. 150 Personen liegt eine Alkoholabhängigkeit vor. Auch eine Medikamentenabhängigkeit oder der Konsum illegaler Drogen lässt sich immer wieder feststellen.

Nachfolgend wird aufgezeigt, wie seitens der Spitex Basel auf einen festgestellten oder vermu-

teten Suchtmittelmissbrauch oder eine Abhängigkeit reagiert wird und welche Aufgaben und Herausforderungen hierbei auf die Mitarbeitenden zukommen können.

Die 600 Mitarbeitenden der Spitex Basel sind qualifizierte Fachkräfte der Pflege und Hauswirtschaft, ein beträchtlicher Teil verfügt über zusätzliche Spezialausbildungen. Jedem Betreuten wird zu Beginn eine fallverantwortliche Person zugeordnet, welche für alle Beteiligten zentrale Ansprechperson ist. Insbesondere bei Personen mit psychischen und/oder Suchtproblemen wird bei der Zuweisung darauf geachtet, dass eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter aus dem Kompetenzteam Psychiatrie die Fallführung übernimmt. Hierdurch wird auch in sehr komplexen Situationen ein fachgerechtes Vorgehen gesichert.

Der Umgang mit Suchtmittelmissbrauch und Suchtmittelabhängigkeit

Meist ist bereits durch den Hausarzt der Suchtmittelmissbrauch oder die Abhängigkeit attestiert oder wird beim Erstgespräch zwischen den Spitex-Mitarbeitenden und der zu betreuenden Person festgestellt. Manchmal dauert es aber auch länger, bis deutlich wird, dass die Betreuten z.B. unter einer Alkoholabhängigkeit leiden.

Je nachdem, ob die Suchtproblematik bereits bei Betreuungsbeginn oder erst im Verlauf der Betreuung sichtbar wird, unterscheiden sich die Vorgehensweisen der Spitex-Mitarbeitenden.

Wenn die Suchtproblematik schon sichtbar ist

Ist der Suchtmittelmissbrauch bzw. die Abhängigkeit bereits bei Betreuungsbeginn bekannt oder wird im Erstgespräch bei der Bedarfsabklärung sichtbar, wird in enger Kooperation mit dem zuweisenden Hausarzt und ggf. weiteren Personen (z.B. Angehörige, Psychiater, Beistand) und Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen, psychiatrische Ambulanz) eine gemeinsame Vereinbarung mit der betreuten Person getroffen und im Bedarfs- und Massnahmenplan festgehalten. Hierbei wird z.B. der Umgang mit Alkohol bzw. Zigaretten geregelt. Dies kann unter anderem darin bestehen, dass Spitex-Mitarbeitende, die für den Einkauf zuständig sind, keinen oder nur eine bestimmte Menge an Alkohol oder Zigaretten einkaufen. Im Rahmen einer getroffenen Vereinbarung kann beispielsweise auch festgelegt werden, wann eine Rückmeldung an den Hausarzt oder die zuständige Beratungsstelle zu erfolgen hat, falls die betroffene Person alkoholisiert angetroffen wird.

Wenn die Suchtproblematik erst langsam zutage tritt

Komplexer gestaltet sich das Vorgehen, wenn erst im Verlauf der Betreuung sichtbar wird, dass ein Suchtmittelmissbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegt. Wird die Auffälligkeit im Rahmen der hauswirtschaftlichen Betreuung sichtbar, wird das Pflege- bzw. Kompetenzteam Psychiatrie beigezogen. Zudem wird der zuständige Hausarzt informiert, mit der Bitte, entsprechende Behandlungsschritte einzuleiten. Je nach Einschätzung und Verordnung des Hausarztes gestalten die Spitex-Mitarbeitenden in der Folge ihr weiteres Vorgehen. Damit hängt es weitgehend von der Haltung des Hausarztes ab, ob die betreute Person mit Einbezug der Spitex Basel einen Schritt aus der Suchtproblematik heraus unternehmen kann.

In sehr seltenen Fällen kann es auch dazu kommen, dass eine Meldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde durch die Spitex Basel erfolgt, sofern eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung vorliegt und alle anderen Massnahmen erfolglos geblieben sind. Oberstes Ziel bleibt jedoch stets, die Betroffenen zu motivieren, sich freiwillig in eine Beratung bzw. Behandlung zu begeben, was aufgrund der Fachkompetenz der Spitex-Mitarbeitenden meist auch gelingt.

Was die Arbeit schwierig machen kann

Gemäss Aussagen von Spitex-Basel-Mitarbeitenden wird weniger die Arbeit mit den Betreuten als belastend empfunden, sondern vielmehr die Schwierigkeiten, die sich bei der Kooperation mit dem privaten Umfeld, involvierten Dritten oder Einrichtungen ergeben. Gerade in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen sind eine gemeinsame Haltung und eine gut funktionierende Kooperation sehr wichtig, um die gemeinsam getroffenen Vereinbarungen gegenüber den Betroffenen geschlossen zu vertreten. Nur so lässt sich langfristig ein adäquater Umgang mit der Suchtproblematik finden.

Treten lang anhaltende Schwierigkeiten in der Kooperation auf, geraten die Spitex-Mitarbeitenden nicht selten an die Grenze ihrer Möglichkeiten. Einer Problemsituation gegenüberzustehen (z.B. weil die Betreuten zu viel Alkohol konsumieren), ohne Unterstützung aus dem privaten Umfeld und den weiteren involvierten fachlichen Einrichtungen zu erhalten, wird oft als grosse Belastung empfunden. Hier wären mehr Kooperation in Krisenfällen und zeitnahe Informationsaustausch besonders wichtig.

Ein Blick in die Zukunft

Die Arbeit der Spitex war und ist derzeit noch davon gekennzeichnet, dass die pflegerischen Leistungen ausschliesslich über die ärztliche Diagnose und Zuweisung erfolgen. Derzeit ist auf Bundesebene bezüglich dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) eine Gesetzesinitiative im Gange, die darauf abzielt, dass im Bereich der Grundpflege in einem beschränkten Umfang auch Pflegefachpersonen der Spitex eigenständig eine Versorgungs- und Pflegebedürftigkeit attestieren und KVG-konform verordnen können. Dies könnte dazu beitragen, komplexe Antragsverfahren zu verkürzen, adäquate Hilfen für die Betroffenen zeitnah zu realisieren und somit den Betroffenen möglichst frühzeitig angemessene Unterstützung zukommen zu lassen.

Fallbeispiel:

Auf der nachfolgenden Seite 26 ist ein Fallbeispiel der Spitex Basel aufgeführt.

Fallbeispiel Spitex



Frau M. ist 66 Jahre alt und lebt alleine. Sie hat eine chronische Alkoholabhängigkeit und ein hohes Sturzrisiko, was nicht ausschliesslich alkoholbedingt ist. Sie wurde wegen Problemen bei der Selbstpflege und zur Überwachung der Medikamenteneinnahme bei der Spitex Basel angemeldet. Bei der Fallaufnahme wurden die Behandlungsziele festgelegt. Diese beinhalteten die regelmässige Einnahme von verschiedenen Medikamenten sowie die Abstinenz. Frau M. wurde auch Antabus verschrieben, was die Abstinenz sichern sollte. Frau M. war es sehr wichtig, nicht in ein Heim zu müssen, sondern in ihrer Wohnung bleiben zu können.

Nach der Medikamentengabe musste Frau M. täglich erbrechen. Dadurch wurde erkannt, dass Frau M. trotz Antabuseinnahme weiterhin Alkohol trank und die Abstinenz als vereinbartes Ziel nicht erreicht war. In einem gemeinsamen Gespräch wurde mit Frau M., ihren beiden Töchtern, dem Lebenspartner und dem Hausarzt die Situation besprochen und neue, realistische Ziele vereinbart. Unter dem Gesichtspunkt der Schadensminderung war nun ein kontrollierter Alkoholkonsum das Ziel und nicht mehr die Abstinenz. Dazu wurde zunächst der tägliche Alkoholbedarf erhoben und die Medikamente angepasst. Dadurch sollte auch das Sturzrisiko von Frau M. verringert werden. Als weiteres Ziel wurde festgelegt, dass Frau M. zwei Mal täglich im Beisein von Spitex-Mitarbeitenden Mahlzeiten zu sich nehmen sollte. Zur Verminderung der Sturzgefahr bei der Haushaltsführung wurde eine Haushaltshilfe etabliert.

Im Rahmen von Gesprächen wurde die Zielerreichung laufend überprüft. Aufgrund der getroffenen Massnahmen konnte Frau M. zu Hause wohnen bleiben. Gleichzeitig fand durch den Spitex-Einsatz auch eine Entlastung des sozialen Umfeldes statt.

Suchtspezifische Einrichtungen in der Langzeitpflege

Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Suchtproblematik

Im Kanton Basel-Stadt stehen über 40 Pflegeheime mit insgesamt 3139 Pflegeheimplätzen für Personen mit einem Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt zur Verfügung. Das **Pflegeheim Sternenhof** und das **Alterszentrum zum Lamm** (s. Seite 28) bieten spezielle Wohngruppen für suchtkranke Menschen an. Am Standort Laufenstrasse gibt es vier Wohngemeinschaften mit je sechs Plätzen für suchtkranke Menschen. Dieses Angebot ist für Personen, die sich schwer in anderen Institutionen integrieren lassen. Das Alterszentrum zum Lamm bietet u.a. für suchtkranke Männer eine offene, gerontopsychiatrische Männerwohngruppe mit insgesamt 17 Plätzen an.





Umgang mit Suchtmitteln
Klare und transparente Regelungen im Umgang mit Suchtmitteln sind in Wohn-
gemeinschaften wichtig.

Der Umgang mit Suchtproblemen

Als besonders wichtig werden klare und transparente Regelungen im Umgang mit Suchtmitteln erachtet. Es wird beispielsweise festgelegt, wie viel Alkohol konsumiert werden darf und ob nur ausser- oder auch innerhalb des Hauses. Eine mögliche Regelung bei Nikotinabusus kann sein, den Zigarettenkonsum auf einen bestimmten Zeitraum am Tag oder eine bestimmte Anzahl zu reduzieren.

Die Mitarbeitenden besprechen in der täglichen Arbeit mit den Bewohnern den Umgang mit den Regelungen. Bei Regelverstössen suchen sie gemeinsam nach Ursachen und Lösungsmöglichkeiten. In den meisten Fällen gelingt dies ohne grosse Probleme. In Ausnahmefällen, z.B. bei starker Alkoholabhängigkeit, kann es vorkommen, dass die Betroffenen für einen Alkoholentzug in die Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel verlegt werden. In der Regel können diese im Anschluss wieder in die Einrichtung zurückkehren.

Für Menschen, die mittels Fürsorgerischer Unterbringung (FU) in der Laufenstrasse sind, bestehen besondere Abmachungen, die den Besonderheiten, die diese gerichtliche Entscheidung mit sich bringt, Rechnung tragen.

Kooperation als Basis für eine gute Betreuung

Der Betreuungs- bzw. Behandlungsplan wird auf das Individuum abgestimmt. Dies geschieht meist in Zusammenarbeit mit einem Konsiliarpsychiater, den zuständigen Ärzten und ambulanten Fachstellen wie beispielsweise dem ambulanten Dienst Alterspsychiatrie der Universitären Psychi-

atrischen Kliniken (UPK) Basel oder den Suchtberatungsstellen in Basel-Stadt. Diese Zusammenarbeit hat bei der Betreuung von suchtabhängigen Bewohnern einen hohen Stellenwert.

Hohe Anforderungen an die Mitarbeitenden

Herausfordernde Verhaltensweisen der Bewohnenden (verbale Aggressivität, häufiges Vergessen von Abmachungen u.a.) sind aufgrund mentaler Beeinträchtigungen an der Tagesordnung. Supervision, Intervention, Fallbesprechungen sowie kontinuierliche Fortbildungen sind daher unverzichtbarer Teil der Arbeit, nicht zuletzt um die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden und auch deren Freude an der Arbeit aufrechtzuerhalten.

Als besonders hilfreich für die Arbeit in der Laufenstrasse hat sich die Fortbildung im Bereich «Gewaltfreie Kommunikation» nach Marshall B. Rosenberg erwiesen. Diese hilft, in Konfliktsituationen zur Deeskalation beizutragen und die Situation zu entschärfen. Im Alterszentrum zum Lamm haben Workshops zum Thema Sucht in Zusammenarbeit mit der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements und den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel stattgefunden. Dabei lag der Schwerpunkt bei der «Motivierenden Gesprächsführung» nach Miller und Rollnick.

Trotz der hohen Herausforderungen ist in beiden Einrichtungen die Mitarbeiterfluktuation sehr gering. Dies mag als Gradmesser gelten, dass die Freude an der Arbeit die Anstrengungen überwiegt, was sich letztlich wiederum auf die Atmosphäre in den Einrichtungen und auch auf die Stimmung der Bewohner positiv auswirkt.

Der Sternenhof am Standort Laufenstrasse

Derzeit leben 24 Menschen mit unterschiedlichen Suchtproblemen im Alter von 36 bis 70 Jahren in den Wohngemeinschaften an der Laufenstrasse. Gut zwei Drittel davon sind Männer. Die Wohngruppen werden niedrigschwellig geführt und verlangen keine Abstinenz. Nebst einer meist langjährigen Suchtproblematik leiden viele Bewohner zusätzlich an einer psychischen Erkrankung und/oder altersbedingten Beeinträchtigungen. Ein Leben in einer eigenen Wohnung – selbst mit ambulanter Betreuung zu Hause – ist für diese Menschen nicht mehr möglich. Die Laufenstrasse wird als geschlossenes Haus geführt. Wer nach draussen will, muss sich abmelden. Innerhalb des Hauses können sich die Bewohner frei bewegen.

Wer in der Wohngemeinschaft lebt, kann und soll im Rahmen seiner Möglichkeiten an der Alltagsgestaltung teilnehmen. Dies umfasst beispielsweise das in Ordnunghalten des eigenen Zimmers, die Mithilfe bei der Essenzubereitung oder die Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten.

Die zuweisenden Stellen sind meist stationäre Einrichtungen wie beispielsweise das Felix Platter-Spital oder die



Die Wohngruppen an der Laufenstrasse bieten Platz für 24 Menschen mit den unterschiedlichsten Suchtproblemen.

Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. Ein Teil der Bewohner wird im Rahmen von Massnahmen nach dem Erwachsenenschutzrecht eingewiesen.

Das Wohngruppenangebot unterstützt die Bewohner darin, sich physisch, psychisch und sozial zu stabilisieren. Ziel ist es, dass sich die Bewohner in den Wohngruppen zu Hause fühlen und bis an ihr Lebensende eine hohe Lebensqualität und Zufriedenheit haben. Beim Auftreten von schwerwiegenden somatischen oder psychischen Problemen kann jedoch eine Weitervermittlung in eine geeignete Pflegeeinrichtung notwendig werden.

Das Alterszentrum zum Lamm

Das Alterszentrum zum Lamm ist eines von fünf Alterszentren des Bürgerspitals Basel. In diesem werden 70 Personen im AHV-Alter in drei Wohngruppen betreut und gepflegt. Der Männeranteil ist höher als in herkömmlichen Pflegeinstitutionen.

Der offene Betreuungsrahmen der Wohngruppen bietet jedem Bewohner die Möglichkeit der individuellen Tagesgestaltung. Wer möchte, kann die angebotenen Aktivitäten nutzen, an den Mahlzeiten im Restaurant zum Lamm teilnehmen oder gemeinsam mit anderen Bewohnern die Freizeit verbringen. Der Aufenthalt ist zeitlich nicht befristet und bis zum Lebensende möglich.

Nahezu 20% der Bewohner der Wohngruppen haben eine Alkoholabhängigkeit, Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit sind ebenfalls häufig.

Im Jahr 2005 wurde im Wohntrakt «Silberberg» eine offene, gerontopsychiatrische Männerwohngruppe mit insgesamt 12 Plätzen eröffnet. Mit dem benachbarten Männerwohnheim der Heilsarmee besteht eine Kooperationsvereinbarung: Fünf Männer von dieser Institution werden als externe Gruppe betreut. Das Angebot richtet sich expli-



Das Alterszentrum zum Lamm betreut seit vielen Jahren Senioren mit Suchtproblemen.

zit an Menschen, die ihr Leben am Rande der Gesellschaft verbracht haben. Gut 80% der Bewohner in diesen beiden Gruppen leiden unter einer Alkoholabhängigkeit. Wichtiges Ziel ist es, den Betroffenen ein Leben mit möglichst viel Autonomie zu ermöglichen. Dabei wird Wert darauf gelegt, dass sich die Bewohner in die gemeinschaftlichen Strukturen einbinden können und zusätzliche Gesundheitsschäden vermieden werden. Dies bedingt eine intensive psychosoziale Betreuung durch das Betreuungsteam des Alterszentrums zum Lamm.



Beratung und Behandlung älterer Patienten

Im Kanton Basel-Stadt gibt es unterschiedliche Behandlungen und Hilfeleistungen für suchtkranke ältere Menschen. Dazu gehört u.a. die Behandlung einer Alkoholproblematik, die substitutionsgestützte Behandlung, Beratung und Therapie bei einer Glücksspielsucht sowie Massnahmen nach dem Erwachsenenschutzrecht. Lesen Sie dazu mehr in unseren Beiträgen.

Alkoholprobleme bei älteren Menschen

Das Thema «Alkoholprobleme bei älteren Menschen» ist im Bewusstsein der Öffentlichkeit wenig präsent. Der Senior, der unsicher auf den Beinen ist, die ältere Dame, die zunehmend vergesslich wird – wer kommt da schon auf die Idee, dass Alkohol im Spiel sein könnte?

Ältere Menschen konsumieren Alkohol vorwiegend aus Genussgründen und nicht, um sich zu berauschen. Die Mehrheit tut dies auf eine unproblematische Weise. Einige trinken jedoch unauffällig, aber regelmässig und sie «gönnen» sich – vor allem die Männer – gern einmal ein Glas zu viel.

Alkohol wirkt im Alter stärker

Einige Faktoren begünstigen die Entstehung einer Alkoholproblematik bei Senioren. So nimmt beispielsweise die Menge an Muskelgewebe mit dem Alter ab und der Wassergehalt des Körpers geht zurück. Damit verteilt sich der Alkohol auf ein geringeres Volumen, d.h., es kommt zu einer erhöhten Wirkkonzentration.

Ein weiterer Begünstigungsfaktor ist die reduzierte Regenerationsfähigkeit der Leberzellen, welche ab dem 50. Lebensjahr genetisch vorgege-

ben ist. Das Lebertvolumen nimmt ab, der Blutstrom verringert sich und die Funktionskapazität der Leberenzyme geht zurück. Damit verändert sich die Verstoffwechslung des Alkohols. Er wird mit zunehmendem Alter weniger effektiv abgebaut.

Vergleichbare Veränderungen findet man im alternden Gehirn. Nervenzellen nehmen ab, die Konzentration an Neurotransmittern verringert sich und die Gehirndurchblutung geht zurück. Dies modifiziert auch die Wirkung des Alkohols. Geringe Mengen haben eine stärkere Wirkung, gleichzeitig können die schädlichen Folgen weniger gut kompensiert werden. Das Gehirn reagiert empfindlicher auf Alkohol. Kommen dann noch altersspezifische kognitive psychoorganische Beeinträchtigungen hinzu, nimmt die Alkoholtoleranz des Gehirns drastisch ab.

Mitunter gibt es auch ärztlich bedingte Faktoren, welche die Entstehung eines problematischen Alkoholkonsums im höheren Lebensalter begünstigen. An erster Stelle steht hier die medizinische Empfehlung von Alkohol als «Einschlafhilfe». Hinzu kommt der ungerechtfertigte Zweifel vieler Ärzte an der Wirksamkeit einer suchtspezifischen Behandlung im Alter. Und schliesslich fällt es etlichen Ärzten schwer, ältere Menschen auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen.

Behandlung einer Alkoholproblematik

Zahlreiche Interventionsmöglichkeiten stehen für die Behandlung einer Alkoholproblematik zur Verfügung. Dass sie auch bei älteren Menschen funktionieren, ist plausibel, aber derzeit nicht belegbar. Zwar hat die Wirksamkeitsforschung der letzten Jahre gezeigt, dass die Behandlung von Alkoholproblemen auch im höheren Lebensalter erfolgreich sein kann. Für die über 65-Jährigen besteht jedoch nach wie vor ein gravierendes Forschungsdefizit.

Auf dieses Wissensdefizit weist auch die neue evidenzbasierte S3-Leitlinie zur Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen hin.⁴ Diese Leitlinie formuliert wissenschaftlich begründete Handlungsempfehlungen auf der Grundlage des aktuellen Wissensstands («state of the art»). Darin wird erstmals auf die Gruppe der älteren Menschen gezielt eingegangen. Generell empfiehlt die Leitlinie, dass die «bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründeten Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden» sollen. Darüber sind sich die Experten zu 97% einig. Sie empfehlen, es solle gerade bei höherem Lebensalter eine Behandlung «mit Hinweis auf die überdurchschnittlich günstige Prognose» angeboten werden.

Nachfolgend werden die «empirisch begründeten Behandlungen» aufgezeigt, die auch älteren Personen mit einer Alkoholproblematik angeboten werden können.

Motivierende Interventionsformen

Beim sogenannten «Motivational Interviewing» handelt es sich um eine direktive, klientenzentrierte Gesprächstechnik zur Erzeugung von Veränderungsbereitschaft⁵. Motivational Interviewing nimmt eine zentrale Stellung in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen in allen Altersklassen ein. Es ersetzt die ehemals konfrontierende Technik durch eine offene, wertschätzende

Grundhaltung, die Widerstände nicht mehr attackiert, sondern respektiert. Abhängige werden nicht mehr als unbelehrbar, sondern als ambivalent erachtet. Die Wirksamkeit dieser Gesprächstechnik wurde in zahlreichen Studien demonstriert. Dass die motivierende Gesprächsführung die Veränderungsbereitschaft auch von Menschen im höheren Lebensalter fördert, kann derzeit nur plausibel vermutet und nicht durch Daten evident belegt werden.

Kurzinterventionen

Kurzinterventionen sind einfache Techniken für den zeitsparenden, praktikablen Einsatz im ärztlichen Alltag. Sie sind besonders für die Hausarztpraxis geeignet, denn sie lassen sich ohne grossen Aufwand implementieren und setzen keine aufwendige Schulung voraus. Sie enthalten im wesentlichen Elemente der motivierenden Gesprächsführung. Merkmale wirksamer Kurzinterventionen sind aktives Zuhören und positive Rückmeldungen. Konfrontative Methoden werden gemieden, denn sie provozieren Ablehnung und Widerstand. Stattdessen wird der Patient zur Problemerkennung und Veränderungsbereitschaft motiviert. Kurzinterventionen durch den niedergelassenen Arzt in Form von Information, Aufklärung und Ratschlag sind besonders effektiv in den frühen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung. Kurzinterventionen bei älteren Menschen werden durch die neue S3-Leitlinie empfohlen.⁴

Alkoholentzug («Entgiftung»)

Die klassische «Therapieketten» beinhaltet die Behandlungsbausteine Motivation, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge. Die Entgiftung erhebt den grössten somatischen Anspruch. Ihr Ziel ist die schonende Überbrückung der beginnenden Alkoholabstinenz und die Vermeidung lebensbedrohender Komplikationen (z.B. Krampfanfall, Delir) beim Übergang von der Intoxikation zur Nüchternheit. Hierfür stehen Medikamente mit gut belegter Wirksamkeit zur Verfügung, die je nach Ausgestaltung des Alkoholentzugs syndromspezifisch eingesetzt werden können. Dazu gehören Clomethiazol, Benzodiazepine, Carbamazepin, Clonidin und Neuroleptika. Gerade bei älteren Menschen mit verringerten organischen Kompensationsmöglichkeiten ist eine sorgfältige und schonende Entgiftung angezeigt, denn die



4 S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen». AWMF-Register Nr. 076-001 (2015) www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/leitlinien/22_4_2015_AWMF_76-001_S3_Leitlinie_Alkoholbez_St%C3%B6rungen.pdf

5 Miller WR, Rollnick S (2005), Motivierende Gesprächsführung. Lambertus Verlag.



Sich ein «Gläschen» gönnen

Bei der Mehrheit der älteren Menschen ist dies problemlos. Vor allem ältere Männer trinken jedoch gern mal ein Glas zu viel.

unangenehmen Entzugssymptome haben keinen positiven pädagogischen Effekt, sondern können die Gefahr des Therapieabbruchs und damit das Rückfallrisiko erhöhen. Bei der Behandlung sind zwei Aspekte zu beachten. Erstens muss die Phase der körperlichen Entgiftung so konzipiert werden, dass sie den negativen Verstärker «Entzugssyndrom» weitestgehend minimiert. Damit erhöht sich die Chance, die älteren Patienten in der Behandlung zu halten. Denn dies ist die zweite Herausforderung: den Bruch der Behandlungskette zu verhindern. Dem älteren Patienten motivierend zu verdeutlichen, dass das Ende der Entzugserscheinungen nicht das Ende seiner Behandlung einleitet, sondern deren Beginn. Denn die körperliche Entgiftung allein besitzt keine therapeutische Nachhaltigkeit.

Qualifizierter Entzug

Die Phase der körperlichen Entgiftung ist für viele Menschen mit einer Alkoholproblematik eine intensive persönliche Erfahrung, die mit erhöhter emotionaler Ansprechbarkeit, vermindertem Widerstand, positiver Absichtsbildung und vielen guten Vorsätzen einhergeht. Sie eröffnet der Therapie eine optimale Gelegenheit für Interventionen, welche über die bloße medikamentöse Beherrschung des Entzugs hinausgehen. Wird diese «sensible Phase» dynamischer Veränderungsbereitschaft für zusätzliche psychotherapeutische Massnahmen aktiv genutzt, spricht man von «qualifiziertem Entzug». Wird diese Chance hingegen vertan, hat dies nach heutigem Wissensstand den Rang eines Behandlungsfehlers.

Der qualifizierte Entzug kombiniert die körperliche Entgiftung mit Elementen aus der Entwöhnungsbehandlung. Dazu zählen unter anderem die Psychoedukation und die motivierende Gesprächsführung, aber auch eine umfassende Differenzialdiagnostik und die Behandlung der suchtspezifischen Begleiterkrankungen.

Verhaltenstherapeutisch orientierte Methoden

Positive soziale Verstärkung: Der Community Reinforcement Approach (CRA) ist ein verhaltenstherapeutisches Konzept, das in den USA entwi-

ckelt wurde. Es orientiert sich am sozialen Umfeld («community») des Patienten. In den Bereichen Partnerschaft, Familie, Arbeit und Freizeit werden «attraktive Ziele» individuell herausgearbeitet und schrittweise mit einer Veränderung der Lebensweise verknüpft. Erfolge wirken modifizierend auf den Umgang mit Alkohol und werden als positive Verstärker gezielt genutzt. Der Patient erfährt so unmittelbar die Vorteile seiner Abstinenz. Motivationsaufbau, Verhaltensanalyse, Fertigkeitstraining, Pharmakotherapie, Rückfallmanagement und Einbezug des sozialen Umfelds sind wesentliche Bestandteile des Community Reinforcement Approach.

Soziales Kompetenztraining: Mit der Vorstellung, dass zwischenmenschliche Interaktionen sowohl abstinentstabilisierend als auch rückfallfördernd sein können, zielt das soziale Kompetenztraining auf das Erlernen eines erfolgreichen sozialen Verhaltens. Der Patient trainiert die Fähigkeit, eigene Wünsche und Anliegen mitzuteilen, Kritik adäquat zu äussern, Bedürfnisse auszusprechen, Forderungen angemessen zu formulieren und Grenzen aufzuzeigen. Hierfür gibt es verschiedene strukturierte Trainingsprogramme, die sowohl einzel- als auch gruppentherapeutisch durchgeführt werden können. Unter anderem wird dabei die Fertigkeit erworben, dem sozialen Druck einer Aufforderung zum Alkoholkonsum widerstehen zu können. Soziales Kompetenztraining ist dann besonders erfolgreich, wenn individuelle Problembereiche des Alkoholabhängigen identifiziert und gezielt trainiert werden.

Reizexpositionstraining: Beim Reizexpositionstraining lernt der Patient, individuell charakteristische Auslösesituationen seines Alkoholverlangens zu erkennen und zu bewältigen. Dazu werden alkoholspezifische Reize identifiziert, nach ihrer Rückfallgefährlichkeit hierarchisiert und Bewältigungsstrategien erarbeitet. Der Patient wird zunächst (nur) in der Vorstellung, später real in diese Situationen therapeutisch hineingeführt. Diese kontrollierte Konfrontation gibt ihm die Möglichkeit, die neuen Verhaltensstrategien zu erproben und rückfallgefährliche Situationen erfolgreich zu bewältigen.





Aktives Rückfallmanagement:

Der Rückfall in den erneuten Konsum ist ein Symptom der Abhängigkeit, das selbst nach langjähriger Abstinenz auftreten kann. Rückfallmanagement basiert auf der Überzeugung, dass sich ein erneuter Alkoholkonsum nicht notwendigerweise zu einem schweren Rückfall ausweiten muss, sofern das «Konsumereignis» erfolgreich gemangt und seine negativen Konsequenzen damit klein gehalten werden. Dazu erlernt und erprobt der Patient Techniken der Schadensbegrenzung um Umgang mit einem möglichen Rückfall.

Das Konzept der medikamentösen Rückfallprophylaxe zielt auf die pharmakologische Reduktion des Alkoholverlangens («Craving») und damit auf die Stabilisierung der Abstinenz. Mit sogenannten «Anticraving-Substanzen» wird pharmakologisch Einfluss genommen auf die Neurobiologie des Gehirns, und zwar speziell auf jene Regionen und Transmittersysteme, die für das Alkoholverlangen verantwortlich gemacht werden.

Medikamentöse Rückfallprophylaxe

Drei Medikamente sind für die Rückfallprophylaxe nachweislich geeignet: Acamprosat, Naltrexon, Disulfiram. Sie sollen unterstützend und nicht alternativ zur Psychotherapie einer Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden. Man spricht deshalb von der «supportiven» medikamentösen Rückfallprophylaxe.

Drei Medikamente sind für die Rückfallprophylaxe nachweislich geeignet: Acamprosat, Naltrexon, Disulfiram. Sie sollen unterstützend und nicht alternativ zur Psychotherapie einer Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden. Man spricht deshalb von der «supportiven» medikamentösen Rückfallprophylaxe.

Medikamentöse Trinkmengenreduktion

Seit 2014 steht in der Schweiz noch ein weiteres Medikament zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit zur Verfügung, das Nalmefen. Im Gegensatz zu den Präparaten, die zur Rückfallprophylaxe eingesetzt werden, zielt das Nalmefen jedoch nicht auf eine Festigung der Abstinenz, sondern auf eine Verringerung der Trinkmenge. Da es sich um ein neues Medikament handelt, liegen noch keine Erfahrungen in der Behandlung älterer Menschen vor. Medizinische Bedenken, Nalmefen auch bei Senioren einzusetzen, bestehen nicht.

Prof. Dr. med. Gerhard Wiesbeck, ärztlicher Leiter des
Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen der Universitären
Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel

Interview mit Herrn F., ehemals suchtbetroffen

Wie sieht Ihre derzeitige familiäre Situation aus?

Ich bin zum zweiten Mal verheiratet; meine erste Ehefrau litt an einer psychischen Erkrankung. In ihren akuten Krankheitsphasen gestaltete sich das Zusammenleben sehr schwierig und überforderte mich oft. Es kam zur Trennung und ich heiratete später unsere damalige Trauzeugin, ebenfalls eine Ungarin. Kinder habe ich keine. Ich machte eine Ausbildung als Elektromechaniker und habe 37 Jahre in derselben Firma gearbeitet, wo ich sehr geschätzt wurde und Anerkennung erfuhr.

Seit 13 Jahren bin ich nun pensioniert und lebe in geordneten finanziellen Verhältnissen mit meiner Ehefrau zusammen im eigenen Haus.

Welche Ereignisse haben aus Ihrer Sicht zur Entwicklung der Sucht geführt?

Während der Krankheit meiner ersten Ehefrau kam es 1983 zu erhöhtem Alkoholkonsum. In den akuten Phasen der Krankheit, sogenannten Schüben, litt auch ich unter vermehrter Belastung. Ich hatte Schlafprobleme, da riet mir ein Kollege, ein Glas Rotwein zu trinken, um besser einschlafen zu können. Dies half mir recht gut, führte aber dazu, dass ich über die Jahre die Menge steigern musste.

Im Jahre 1996 verbrachte ich mit meiner jetzigen Ehefrau einen Urlaub in Ägypten, in welchem ich bewusst auf Alkoholkonsum verzichtete, was ganz gut gelang. Sobald ich wieder zu Hause war, fing auch der Konsum wieder an und ich merkte, dass ich einen gewissen Alkoholpegel brauchte, um zu funktionieren. Ich begann, vor meiner Ehefrau die Flaschen zu verstecken, da diese mich kontrollierte. Mein Radius wurde immer grösser, die Verstecke weiteten sich auch auf den Garten aus und ich füllte Pet-Flaschen mit Alkohol. Im Winter musste ich diese dann erst erwärmen, damit ich den Alkohol überhaupt trinken konnte.

Wie gingen Sie am Arbeitsplatz mit Ihrer Sucht um?

Da ich mit zunehmendem Alkoholkonsum auch während meiner Arbeit trinken musste, flog ich eines Tages auf. Es wurde mir geraten, einen Entzug zu machen, worüber ich sehr dankbar bin. Im Jahre 1997 trat ich erstmals in die Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel ein. Anschliessend machte ich 1998 auch eine Langzeittherapie im Südhang.

Nach der Therapie blieb ich dann bis 2008 abstinent. Dann kam es erneut zu einer für mich übermässigen Belastungssituation, in welcher ich rückfällig wurde.

Wie sieht Ihr Alkoholkonsum heute aus? Leben Sie abstinent?

Aktuell lebe ich abstinent. Ich nehme dreimal wöchentlich Antabus beim Hausarzt ein und fühle mich dadurch gut geschützt. Dies bietet mir grosse Sicherheit. Der Hausarzt würde auch reagieren, wenn ich nicht mehr erscheinen würde. Antabus wirkt nicht gegen das Verlangen, jedoch kann es lebensgefährlich sein, wenn jemand Antabus einnimmt und trotzdem trinkt. Ich habe dies einmal mit ein paar Schlucken Wein ausprobiert und habe sofort gemerkt, wie mein Körper reagiert: roter Kopf und Übelkeit.

Zu einem Trinkvorfall kam es vor drei Jahren, wiederum aufgrund einer übermässigen Belastung. Ich habe Antabus kurzfristig abgesetzt und bin rückfällig geworden. Allerdings konnte ich rasch handeln, in der Klinik entziehen und mich wieder neu auf Antabus einstellen lassen.

«Die Schamgefühle sind anfangs gross, es ist jedoch lohnenswert, sich zu öffnen und behandeln zu lassen.»

Nehmen Sie weitere Unterstützung in Anspruch, um abstinent zu leben?

Momentan gehe ich etwa alle sechs Wochen zur Beratung in die Abteilung Sucht und besuche regelmässig eine Gruppe der UPK. Es ist hilfreich, zu hören, wie andere mit ähnlichen Situationen umgehen, und umgekehrt können die anderen auch von meinen Erfahrungen profitieren.

Was ist in Ihrem Alltag wichtig, damit Sie nicht rückfällig werden?

Was mir sehr hilft, stabil zu bleiben, sind meine Interessen und ein strukturierter Tagesablauf. Ich fotografiere gerne, gehe wandern und ernähre mich gesund. Ich bin als Wanderleiter bei einer schweizweit aktiven Organisation engagiert

und organisiere Wanderungen für Pensionierte, wie auch am Wochenende für Arbeitstätige. Ausserdem bin ich daran, ein Fotobuch über Basel zu gestalten, und informiere mich dazu über den geschichtlichen Hintergrund via Internet. Ich habe auch bereits Vorträge in einem Altersheim und bei obgenannter Organisation über Basel gehalten.

Was würden Sie im Falle eines Rückfalles tun?

Ich würde mich entweder in der UPK, bei meiner Suchtberaterin oder bei meinem Therapeuten melden.

Was raten Sie älteren Personen mit einer Suchtproblematik?

Sich Hilfe zu holen, auch wenn dies schwierig ist, und die Problematik ansprechen. Ich selber spreche Menschen an, bei welchen mir auffällt, dass sie ein Suchtproblem haben, auch wenn ich damit nicht immer auf offene Ohren stosse.

Möchten Sie noch etwas Abschliessendes sagen?

Die Schamgefühle sind anfangs gross, es ist jedoch lohnenswert, sich zu öffnen und behandeln zu lassen.

Ich rate allen, sich eine Beschäftigung zuzulegen, um abgelenkt zu sein und Energien in etwas Sinnvolles investieren zu können.



Herr F., 77 Jahre, pensioniert, seit 2008 in Beratung bei der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements.

Substitutionsbehandlung älterer Patienten

Die Opiatabhängigkeit wird heute als chronische Erkrankung des Gehirns aufgefasst, die meist eine langfristige Behandlung erfordert. Die substituionsgestützte Behandlung ist nahezu weltweit als Therapie der Wahl akzeptiert. Sie beinhaltet die kontrollierte ärztliche Verschreibung und Abgabe eines Opioids an die betroffenen Personen. In Basel werden zu diesem Zweck verschiedene Substanzen eingesetzt: Methadon, Polamidon, Buprenorphin, verzögert freigesetztes Morphin. Bei Scheitern dieser Behandlungen und schwerer Abhängigkeit wird eine heroingestützte Behandlung mit pharmazeutischem Heroin (Diaphin®) als Substitut verschrieben. Die substituionsgestützte Behandlung geht aber über die reine Verordnung eines Medikamentes hinaus. So umfasst sie u. a. die ärztliche Diagnostik und Behandlung von körperlichen und psychischen Erkrankungen, Psychotherapie oder sozialarbeiterische Unterstützung. Aufgrund der erfolgreichen schweizerischen Drogenpolitik ist der Gebrauch von Heroin in den jüngeren Bevölkerungsgruppen zurückgegangen. Gleichzeitig haben die Behandlungen dazu beigetragen, dass heroinabhängige Menschen heute immer älter werden. So liegt das Durchschnittsalter der substituierten Patienten in den Ambulatorien der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel mittlerweile bei knapp 45 Jahren. Damit verbunden ist die Notwendigkeit, das Behandlungsangebot der älter werdenden Klientel anzupassen. Die Bedürfnisse älterer Patienten unterscheiden sich teilweise erheblich von denen ihrer jüngeren Leidensgenossen. Als Beispiel sei die berufliche Wiedereingliederung aufgeführt, die zunehmend in den Hintergrund tritt. Es ist zu beachten, dass sich ältere substituierte Menschen in der Ausprägung ihrer Probleme erheblich unterscheiden können.

Welche körperlichen Besonderheiten bestehen in der Behandlung älterer Substituierter?

Es gilt als gesichert, dass die Heroinabhängigkeit zu einer vorzeitigen Alterung der Betroffenen führt. So spricht man heute schon ab einem Alter von 45 bis 50 Jahren von «älteren Substituierten».

Einerseits können Folgen des Drogenkonsums die «normalen» altersbezogenen Beeinträchtigungen erhöhen, andererseits sind bestimmte körperliche Erkrankungen, die im fortgeschrittenen Alter auch in der restlichen Bevölkerung häufig auftreten, bei dieser Altersgruppe bereits frühzeitig vorzufinden. Hier sind insbesondere Bluthochdruck und Herzleiden, Gelenksbeschwerden, Diabetes mellitus oder Nierenleiden von Bedeutung. Durch den meistens bestehenden langjährigen Tabakkonsum tritt die COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) überdurchschnittlich häufig auf, eine chronische Lungenerkrankung, die zu Kurzatmigkeit und erheblichen körperlichen Einschränkungen führen kann. Eine Minderung der Knochendichte (Osteoporose) kommt auch bei jüngeren substituierten Patienten gehäuft vor. Sie ist mit einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche verbunden, was insbesondere zusammen mit dem ansteigenden Sturzrisiko älterer Menschen problematisch ist.

Im Gegensatz zu jüngeren Substituierten zeigen sich auch oft die Folgen der meist Jahre zurückliegenden Ansteckung mit dem Hepatitis-C-Virus. Diese Infektion besteht oft jahrelang, ohne vom Patienten bemerkt zu werden, kann jedoch im Laufe der Zeit zu einem Funktionsverlust der Leber, Vernarbung (Zirrhose) oder sogar Leberkrebs führen. Da diese Veränderungen oft nicht rückgängig zu machen sind, ist es gerade bei älteren Substituierten wichtig, diese Infektion festzustellen und rechtzeitig zu behandeln. In diesem Bereich hat es in den letzten Jahren grosse Fortschritte in der Entwicklung neuer Medikamente gegeben, sodass die Erfolgchancen und die Verträglichkeit dieser Therapien erheblich verbessert wurden.

Insgesamt ist der allgemeine Gesundheitszustand im Vergleich zu nicht abhängigen Gleichaltrigen eingeschränkt. Es ist nun an den zuständigen Ärzten, diesen körperlichen Veränderungen zu begegnen und die Patienten an den neuen medizinischen Entwicklungen auch teilhaben zu lassen. Eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen substituierenden Ärzten, Hausärzten und Spezi-

alisten ist von entscheidender Bedeutung. Aber auch die Patienten tragen Verantwortung, körperliche Einschränkungen nicht zu verdrängen sowie Ängste und Vorurteile gegenüber dem medizinischen Angebot zu überwinden.

Welche psychischen Probleme treten bei älteren Substituierten auf?

Die psychischen Belastungen, denen ältere substituierte Patienten ausgesetzt sind, können sich erheblich von denen jüngerer Patienten unterscheiden. Oft spielt die zunehmende Vereinsamung eine grosse Rolle. Das ohnehin oft wenig ausgeprägte soziale Netz wird durch Altersunterschiede oder Todesfälle im Freundeskreis weiter ausgedünnt. Mit dem Tod der Eltern, oft die wichtigsten Bezugspersonen, geht auch ein we-

sentlicher Tagesinhalt verloren. Daneben nehmen die körperlichen Erkrankungen zu und die körperliche wie geistige Leistungsfähigkeit ab.

Opiatabhängige Menschen jeden Alters leiden häufig unter begleitenden psychischen Erkrankungen (Komorbiditäten). Viele dieser Erkrankungen bestehen im Alter fort oder treten wiederkehrend auf. Aber gerade in Zusammenhang mit Belastungen können solche Störungen auch in zunehmendem Alter erstmalig auftreten. Als Beispiel seien Angsterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Depressionen erwähnt, welche die Lebensqualität erheblich einschränken können. Bleiben solche Störungen unbehandelt, können sie sich auch auf die Abhängigkeitserkrankung negativ auswirken oder sogar einen Abbruch der Substitution nach sich ziehen. Eine adäquate Therapie ist daher sehr wichtig. Diesbezüglich ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Spezialisierung der substituierenden Ärzte wünschenswert. Auch der Zugang zu einer psychologischen Behandlung ist wertvoll.

Menschen in Substitutionsbehandlungen werden immer älter
Unter Berücksichtigung des individuellen körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes ist das Behandlungsangebot entsprechend anzupassen.



Je nach Art und Ausprägung der begleitenden psychischen Erkrankungen kommen auch bei älteren Substituierten medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz. Beide müssen dem Alter und der Lebenssituation der Patienten angepasst werden. Eine besondere Rolle insbesondere für psychotherapeutische Verfahren spielt hierbei die sogenannte «therapeutische Beziehung» zwischen Patient und Behandler. Sie muss von Wertschätzung, Einfühlungsvermögen und Respekt geprägt sein und die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen der Patienten fördern. Manche Patienten befinden sich schon jahrelang in substitutionsgestützter Behandlung, bevor sie sich auf eine solche Psychotherapie einlassen können oder wollen.

Kognitive Defizite

Neurokognitive Defizite treten bei opiatabhängigen Patienten gehäuft auf und können die substitutionsgestützte Behandlung beeinträchtigen.



Welche Einschränkungen treten in Zusammenhang mit Konzentration und Gedächtnis auf?

Einschränkungen in Zusammenhang mit Konzentration und Gedächtnis werden als «neurokognitive Defizite» bezeichnet. Sie treten bei opiatabhängigen Patienten gehäuft auf, was u.a. mit Überdosen oder Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis C zusammenhängen kann. Die oftmals langjährige Einnahme von Benzodiazepinen, Alkohol oder Kokain trägt ebenfalls dazu bei. Je nach Ursache können sie dauerhafter oder vorübergehender Art sein.

Nicht selten beeinträchtigen kognitive Defizite die substitutionsgestützte Behandlung. Dem Patienten kann es schwerer fallen, sich an die getroffenen Abmachungen und Termine zu halten. Dies kann zu Konflikten mit den Behandlern führen, insbesondere dann, wenn die zugrunde liegenden Einschränkungen nicht erkannt werden. Auch die Einnahme der Medikamente kann betroffene Patienten überfordern, vor allem wenn mit zunehmendem Alter die Zahl der verordneten Substanzen ansteigt. So nimmt beispielsweise die Hälfte der über 50-jährigen substituierten Patienten der UPK vier oder mehr Medikamente ein. Generell sollten Medikamente verordnet werden, die nur einmal täglich eingenommen werden müssen und die neurokognitiven Fähigkeiten möglichst wenig beeinträchtigen. Um die zuverlässige Einnahme zu fördern, können Hilfen wie Wochendosierer oder Erinnerungen per SMS eingesetzt werden. Manchmal werden aber auch Änderungen in der Abgabe des Substitutes nötig, wie z.B. in der Häufigkeit des Bezugs des Substitutes in der Abgabestelle. Um Widerständen vorzubeugen, müssen diese Änderungen mit dem Patienten ausführlich besprochen werden, da sie sonst als Beschränkung der Autonomie erfahren werden können.

Welche weiteren Probleme bestehen in der Therapie älterer substituierten Personen?

Das auch bei der alternden Allgemeinbevölkerung zu beobachtende Spannungsfeld zwischen Selbstständigkeit einerseits und Angewiesensein auf Unterstützung andererseits ist bei alternden Substituierten eher verstärkt und tritt früher auf. Die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld ist oft geringer und die Ängste aufgrund der negativen Erfahrungen mit dem Helfersystem gross.

Ein weiteres Problem ist die Infrastruktur. Viele substituierende Institutionen sind baulich immer noch auf junge Patienten ausgerichtet und beispielsweise kaum behindertengängig. Steile Treppen, fehlende Aufzüge, enge Gänge oder Türschwellen tragen dazu bei, dass eingeschränkt mobile Patienten mitunter nicht mehr behandelt werden können.

Nimmt die Mobilität generell ab, so ist es manchen Patienten kaum mehr möglich, ihr Substitut in der Abgabestelle zu beziehen. Teilweise können gemeinnützige Fahrdienste eingesetzt werden, welche die Patienten von zu Hause zur Abgabestelle bringen. Auch eine wohnortnahe Abgabe der Medikamente in der Apotheke kann entlastend wirken. Insbesondere bei der heroingestützten Behandlung mit der Notwendigkeit täglicher Bezüge unter medizinischer Aufsicht sind solche Massnahmen aber nicht umsetzbar, sodass betroffene Patienten auf die weniger rasch anflutende orale Substitution (meist auf Morphinsulphat) umgestellt werden müssen.

Abgesehen von wenigen Einzelfällen, etwa bei akut erkrankten Patienten, ist es bisher nicht möglich, dass Mitarbeitende der Abgabestelle das Substitut bei Hausbesuchen abgeben. So ist die «aufsuchende Substitution» sicher noch ausbaufähig. Grundsätzlich ist das Substitut auch bei alternden weniger mobilen Opiatabhängigen ein unabdingbares und für die Lebensqualität zentrales Medikament, welches zur Behandlung einer chronischen Erkrankung weiterhin verabreicht werden sollte. Diesbezüglich ist es wichtig, dass die Fachpersonen des Suchthilfesystems ihr Wissen auch an die Institutionen des Altersbereichs weitergeben und Vorurteile und Ängste gegenüber Opiatabhängigen oder der Substitution abzubauen helfen.

Ist das Leben zu Hause auch mit Unterstützung nicht mehr möglich, so kann eine betreute Wohnform notwendig werden. So gibt es auch in Basel Wohngruppen für ältere Abhängige, die auch die Abgabe der Medikation übernehmen können. Viele Patienten bevorzugen diese gegenüber einer Platzierung im Pflegeheim, in welchem die alternden Opiatabhängigen oft deutlich jünger als die anderen Bewohner sind und sich mitunter als «Fremdkörper» fühlen können. Grundsätzlich gibt es keine Einigkeit darüber, ob alternde Substituierte eher in solche bestehenden Institu-

tionen integriert werden sollten oder ob eigene, auf Abhängigkeit spezialisierte Wohnmöglichkeiten geschaffen werden müssen. In Basel werden beide Wege beschritten. Es ist aber wichtig, dass sich Alten- und Pflegeheime auch für substituierte Menschen öffnen.

Wie reagieren die Behandlungsstellen auf den Anstieg älterer Patienten?

Die Mitarbeiter im Suchthilfesystem generell und in den Substitutionsambulanzen im Besonderen sind gefordert, sich dieser «neuen» Klientel anzupassen. Dies bedeutet auch, sich neben der überaus wichtigen Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit das entsprechende Wissen über die Behandlung älterer Menschen anzueignen. Dies beinhaltet auch palliativmedizinische Kenntnisse, z.B. bei der Begleitung sterbender Menschen. Die Sensibilisierung für die sich verändernden Themen und Lebenssituationen der älter werdenden substituierten Menschen sowie der Umgang mit den psychischen Belastungen, die mit dem Altersprozess verbunden sein können, gehören ebenfalls dazu.

Dr. med., MScPH, Marc Vogel, Oberarzt, Ambulatorien für Substanzstörungen, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Dr. phil. Kenneth M. Dürsteler, Leitender Psychologe, Ambulatorien für Substanzstörungen, UPK Basel

Hilfeleistungen für suchtkranke ältere Menschen im Rahmen von Massnahmen nach dem Erwachsenenschutzrecht

Frau C. ist 65 Jahre alt. Seit ihr Mann vor drei Jahren verstorben ist, hat sich die Menge ihres Alkoholkonsums massiv gesteigert. Mittlerweile fängt sie schon morgens an, Wein zu trinken. Es ist keine Seltenheit, dass sie bis zum Abend zwei oder drei Flaschen getrunken hat. Seit sechs Monaten lässt sie die Spitex und ihre Tochter nicht mehr in die Wohnung. Auch zum Hausarzt geht sie nicht mehr. In der Wohnung haben sich um die einhundert leere Flaschen angesammelt, die Toilette ist verkotet, immer wieder stürzt Frau C. und kann sich an viele Dinge nicht mehr erinnern. Als ihre Tochter eines Tages doch in die Wohnung gelangt, ist sie schockiert. Sie ist besorgt und ohnmächtig zugleich, aber ihre Mutter möchte sich unter keinen Umständen helfen lassen. Zusammen mit dem Hausarzt beschliesst die Tochter, eine Gefährdungsmeldung bei der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt einzureichen.



Das Fallbeispiel von Frau C. zeigt eine Situation, in der eine ältere Person die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum verliert. Wenn die Einsicht bei den Betroffenen fehlt und sie keine Hilfen annehmen möchten, sind die Angehörigen oftmals hilflos, aber auch wütend und frustriert. In einer solchen Situation ist es wichtig, sich externe Unterstützung zu holen.

In welcher Form bietet der Kanton Basel-Stadt Unterstützung?

Haben Angehörige, professionelle Helfer oder auch Ärzte den Eindruck, dass sich eine Person durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen (Alkohol oder Drogen) gefährdet und keine Behandlungsbereitschaft aufweist, können bestimmte kantonale Stellen zur Unterstützung beigezogen werden. Dabei unterscheidet man zwischen Akutsituationen und längerfristigen Hilfen.

Wer kann melden?

- Privatpersonen können sich in Akutsituationen bei der Kantonspolizei oder der Sanität melden. Für längerfristige Hilfen ist die Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements zuständig.

Bei Unsicherheiten kann man sich für eine Beratung bei der Abteilung Sucht melden.

- Personen, die in amtlicher Tätigkeit von einer hilfebedürftigen Person erfahren, sind meldepflichtig und vom Amts- und/oder Berufsgeheimnis entsprechend befreit (Art. 443 Abs. 2 und Art. 453 Abs. 2 ZGB). Gleiches gilt nach kantonalem Recht auch für Mitarbeitende von subventionierten Betrieben und Institutionen, die im Bereich des Kindes- und Erwachsenenschutzes tätig sind (§ 6 kantonales Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz).

Nachdem eine Meldung erfolgt ist, wird abgeklärt, welche Massnahme des Erwachsenenschutzes zum Tragen kommen soll:

Welche Massnahmen gibt es?

In der Praxis ist zwischen Einweisungen in Akutsituationen durch die Ärzte der Sozialmedizin des Gesundheitsdepartements und längerfristigen Unterbringungen in einer geeigneten Institution, beispielsweise in Pflege- und Wohnheimen, zu unterscheiden. Bei beiden Massnahmen handelt es sich um Fürsorgerische Unterbringungen (FU). Diese



Hilfeleistung durch die KESB

Oft steht bei betagten suchtkranken Personen nicht eine Behandlung, sondern die Sicherung eines menschenwürdigen Lebens durch entsprechende Betreuung im Vordergrund. (Symbolbild)

sind im Bundesrecht (ZGB) und dem kantonalen Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz sowie dessen Verordnung geregelt (KESG und VoKESG). Alternativ zur Fürsorgeterischen Unterbringung können auch Weisungen im Rahmen von ambulanten Massnahmen durch die Spruchkammer der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) ausgesprochen werden.

Weisungen durch die KESB

Nach kantonalem Recht kann die KESB einer schutzbedürftigen Person auch Weisungen erteilen. Mit einer solchen Weisung soll wenn möglich eine FU vermieden werden oder die betroffene Person früher aus einer FU entlassen werden. Als Weisung kann zum Beispiel angeordnet werden, dass die betroffene Person regelmässig bei ihrem Hausarzt vorspricht, Unterstützung der Spitex und Haushaltshilfe in Anspruch nimmt oder sich durch eine geeignete Institution wie die Abteilung Sucht beraten und begleiten lässt. Eine zwangsweise Durchsetzung einer solchen Weisung ist allerdings nicht zulässig.

Was ist eine Fürsorgeterische Unterbringung?

Die Fürsorgeterische Unterbringung (FU) ist die Erwachsenenschutzmassnahme mit dem stärksten Eingriff in die Persönlichkeitsrechte. Gemäss Art. 426 ZGB kann eine Person, die an einer psychischen Störung oder an einer geistigen Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die notwendige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Die FU dient dem Schutz der betroffenen Person und nicht ihrer Umgebung. Entsprechend sind Fremdgefährdung und Schutz von Angehörigen und Dritten für sich alleine nicht ausschlaggebend. Zuständig für die Anordnung einer FU sind die KESB und – insbesondere in Akutsituationen – im Kanton Basel-Stadt die Ärzte der Sozialmedizin des Gesundheitsdepartements. Die KESB entscheidet über einen Antrag auf FU im Rahmen einer mündlichen Verhandlung, an welcher die betroffene Person wenn immer möglich persönlich angehört wird. Oftmals werden Fachleute und Angehörige der betroffenen Person als Auskunftspersonen geladen. Wenn die betroffene Person ihre Verfahrensrechte nicht selber wahrnehmen kann, errichtet die KESB für sie eine sogenannte Verfahrensbeistandschaft und beauftragt eine Anwältin oder einen Anwalt mit deren Vertretung. Die Spruchkammer der KESB ist interdisziplinär zusammengesetzt, wobei immer mindestens ein ärztliches Mitglied im Entscheidungsgremium mitwirkt.

Wie jede andere Massnahme des Erwachsenenschutzes darf eine FU nur angeordnet werden, wenn die notwendige Unterstützung nicht anderweitig erbracht werden kann, beispielsweise durch Familienangehörige, private oder öffentliche Dienste, bzw. die vorhandene Unterstützung nicht ausreicht. Des Weiteren muss die FU geeignet sein, um das angestrebte Ziel – Behandlung oder Betreuung – zu erreichen. So steht bei betag-

ten Personen mit einer Suchterkrankung oftmals nicht eine Behandlung, sondern die Sicherung eines menschenwürdigen Lebens durch entsprechende Betreuung im Vordergrund.

Wenn eine stationäre Behandlung oder Betreuung nicht mehr erforderlich ist, muss die FU wieder aufgehoben werden. Die KESB hat von Gesetzes wegen regelmässig zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für eine FU noch gegeben sind. Eine erste Überprüfung hat spätestens sechs Monaten seit der Anordnung zu erfolgen.

Fürsorgerische Unterbringung im Rahmen einer ärztlichen Einweisung

Bei einer ärztlichen Einweisung ist in der Regel zuerst die Polizei oder Sanität vor Ort. Diese benachrichtigen bei Bedarf einen Arzt der Sozialmedizin des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt. Laut Gesetz ist die ärztliche Einweisung auf sechs Wochen begrenzt. Wird eine Person in eine geeignete Institution eingewiesen, kann der behandelnde Arzt eine Meldung bei der KESB oder der Abteilung Sucht machen, um den Aufenthalt zu verlängern oder eine Einweisung in eine Folgeeinrichtung zu erwirken.

Fürsorgerische Unterbringung im Rahmen einer längerfristigen Unterbringung

Längerfristige Unterbringungen in einer geeigneten Institution basieren auf einem Entscheid der Spruchkammer der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB). Um längerfristige Hilfen zu initiieren, kann bei der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements eine Meldung gemacht werden. Laut kantonalem Recht ist die Abteilung Sucht mit den Abklärungen, der Antragstellung an die Spruchkammer der KESB und dem Vollzug sowie der periodischen Überprüfung von Massnahmen nach dem KESG betraut.

In der Abteilung Sucht werden Meldungen im Rahmen des Case Management bearbeitet. Zwangsmassnahmen stellen einen massiven Einschnitt in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen dar. Um die Verhältnismässigkeit der Mittel zu wahren, wird versucht, die Betroffenen zu motivieren, freiwillige Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dies kann auch auf ambulanter Ebene geschehen, damit die Person im gewohnten Umfeld weiterleben kann. Besteht eine Gefährdung und sind keine freiwilligen Hilfeleistungen möglich,

nimmt die Abteilung Sucht weitergehende Abklärungen vor: Sie prüft, ob eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht und ob eine Umfeldbelastung vorhanden ist. Bei diesen Abklärungen stützt sich die Abteilung Sucht auf Gespräche mit der betroffenen Person, auf Gespräche mit Personen aus dem Umfeld (Angehörige, Fachleute etc.), auf Augenscheinnahmen des Umfeldes (z.B. der Wohnung) und ärztliche Berichte. Dabei spielt es keine Rolle, ob eine Person urteilsfähig ist. Allerdings liegt bei Personen über dem sechzigsten Lebensjahr oftmals eine alkoholbedingte Demenz vor. Im Anschluss entscheidet die Abteilung Sucht, ob ein Antrag an die Spruchkammer für eine ambulante Massnahme oder eine FU in eine Einrichtung gestellt wird. Für eine FU muss eine geeignete Einrichtung vorhanden sein. In diesem Zusammenhang klärt die Abteilung Sucht im Vorfeld ab, ob in einer in Frage kommenden Einrichtung Platz vorhanden ist, eine Aufnahme vonseiten der Einrichtung möglich ist und ob die Kosten für die Unterbringung geregelt sind.

lic. iur. Marianne Kalt, Vorsitzende der Spruchkammer 2 der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) in Zusammenarbeit mit der Abteilung Sucht

Meldung zwecks Initiierung

langfristiger Hilfen:

Gesundheitsdepartement
des Kantons Basel-Stadt
Abteilung Sucht
Clarastrasse 12, Postfach
4001 Basel
Tel. 061 267 89 00

Meldung in Akutsituationen:

Psychosoziale Dienste der Kantonspolizei
Basel-Stadt
Tel. 061 267 70 38

Medizinische Notfälle:

Rettung
Tel. 144

Verfahren bei einer fürsorgerischen Unterbringung von Personen mit einer Substanzerkrankung im Kanton Basel-Stadt



Glücksspielsucht: Interview mit Renanto Poespodihardjo, Diplom-Psychologe

Ambulanz für Verhaltenssuchte

Die Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel eröffneten Ende 2009 die Ambulanz für Verhaltenssuchte (AfV). Die AfV bietet eine spezialisierte Unterstützung für Personen mit einer Verhaltenssucht. Zu den Verhaltenssuchten gehören Glücksspiel-, Internet- bzw. Computerspielsucht sowie Kauf- oder Sexsucht. Personen erhalten Hilfe in Form von ambulanten Einzel- oder Gruppentherapien sowie auch Behandlungen in einem stationären Rahmen.

Auf Anfrage geben Fachpersonen aus der Ambulanz gerne in Ihrer Institution eine kostenlose Weiterbildung zum Thema Verhaltenssucht und zum Therapieangebot.

Was ist Glücksspielsucht?

Betroffene Personen sind durch ihr Glücksspiel stark eingenommen, d.h., sie denken immer an das nächste Geld, den nächsten «Zockereinsatz». Sie können das Spielen nicht einfach unterlassen, weil ein starker Drang zum Spielen da ist. Es ist wichtig, zu betonen, dass es sich dabei nicht um eine Schwäche des Willens oder des Charakters handelt.

Falls die Personen nicht Glücksspiele spielen können, erleben sie Unruhe und Gereiztheit. Das Spielen dient häufig auch dazu, Probleme oder unangenehme Gefühle zu verdrängen.

Betroffene Personen verlieren im Laufe der Zeit die notwendige realistische Einschätzung bezüglich der Verlust- und Gewinnwahrscheinlichkeit. Typisch ist das «Chasing-Verhalten», wonach versucht wird, Verluste sofort wieder auszugleichen. Dies verstärkt den Teufelskreis und führt zu zu-

sätzlichen Verlusten. Im sozialen Umfeld kommt es zu Problemen. Mitmenschen werden belogen, Schulden häufen sich und der Arbeitsplatz wird gefährdet.

Unterscheidet sich die Glücksspielsucht bei älteren im Vergleich zu jüngeren Personen?

Unterschiede zeigen sich insbesondere in der Inanspruchnahme von Glücksspielprodukten, aber auch in der zeitlichen Ausdehnung vom Konsumverhalten. Ältere Menschen bevorzugen primär Glücksspielautomaten, Rubbellose und Lotterienprodukte. Live Games dagegen wie beispielsweise Black Jack oder Roulette werden eher selten gespielt. Zudem haben ältere Personen mehr Zeit zur Verfügung und spielen entsprechend auch über den ganzen Tag verteilt.

Die Beschaffungskriminalität ist bei älteren Menschen deutlich geringer bis gar nicht vorhanden im Vergleich zu jüngeren Personen mit pathologischem Glücksspiel.

Was empfehlen Sie Personen, die sich fragen, ob ihr Glücksspiel möglicherweise problematisch ist?

Unsere Beratungs- und Behandlungsstelle ist auch eine Abklärungsstelle. Wenn jemand unsicher ist, ob er oder eine andere Person zu viel Geld oder Zeit in Glücksspiel investiert, ist eine Abklärung sehr ratsam. Wir stehen auch Angehörigen, Freunden, Partnern und Bekannten zur Verfügung. Das sind ganz wichtige Personen, welche die Glücksspielsucht oftmals früher erkennen als die betroffene Person selbst. Man kann sich telefonisch oder schriftlich bei uns melden und einen Termin vereinbaren.



Diplom-Psychologe Renanto Poespodihardjo ist leitender Psychologe Ambulanz für Verhaltenssuchte der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel.

«Der Besuch von Casinos hängt auch damit zusammen, dass ältere Personen häufig nicht wissen, wo sie abends allein hingehen können.»

Warum gehen ältere Menschen ins Casino?

Der wichtigste Faktor ist die viele Zeit, die älteren Menschen zur Verfügung steht. Insbesondere weil älteren Menschen der Arbeitsrahmen fehlt. Das Casino bietet eine attraktive Möglichkeit. Ich fühle mich nicht einsam, weil es Menschen gibt, die mich betreuen, und Kurzkontakte mit anderen Personen möglich sind. Gleichzeitig gibt es z.B. Glücksspielautomaten, die mich beschäftigen.

Der Besuch von Casinos hängt auch damit zusammen, dass ältere Personen häufig nicht wissen, wo sie abends alleine hingehen können. Das Casino ist hier eine attraktive Möglichkeit, sich nicht einsam zu fühlen und sich gleichzeitig «alleine» dem Glücksspiel widmen zu können.

Wie viele ältere Personen kommen zu Ihnen in die Beratung?

In die Behandlung kommen so gut wie gar keine älteren Menschen, obwohl klar ist, dass auch ältere Personen exzessiv oder pathologisch Glücksspiele spielen. Ein wichtiger Grund ist, dass sie dem Casinopersonal kaum auffallen. Markante Kennzeichen bis auf das häufige Spielen feh-

len. Auch werden ältere Personen im Vergleich zu jüngeren kaum fremdmotiviert, z.B. fehlen Lebenspartner, die signalisieren, dass die Glücksspielsucht für die Partnerschaft belastend ist. Einen solchen sozialen Kontext haben viele ältere Mitbürger nicht mehr.

Ein anderer Aspekt sind die Finanzen. Als älterer Mensch kann ich nicht mehr so drastisch in eine finanzielle Schieflage geraten, weshalb Schulden als Behandlungsmotivation entfallen. Privatschulden sind selten, man schämt sich, jemanden zu fragen, Kredite bei Banken werden nicht ausgestellt und es ist auch kein Arbeitgeber mehr da, bei dem man einen Vorschuss verlangen könnte. Diese Menschen haben folglich ihr festes monatliches Einkommen oder auch ein Vermögen, das sie verspielen können.

Welche Ziele werden bei der Behandlung von Glücksspielsucht verfolgt?

Die grundsätzliche Zielperspektive ist die Totalabstinenz und ältere Personen kann man sehr gut behandeln, insbesondere bezüglich der Einhaltung der Abstinenz. Im Gegensatz dazu wollen beispielsweise Internetabhängige grundsätzlich weiterspielen, sie erleben es als Spiel. Der Glücksspieler erlebt es nicht mehr als Spiel und auch nicht mehr als Glück, sondern als permanenter Zwang, den Verlusten hinterherzujagen.

Hinsichtlich der Begleiterkrankungen sind depressive Aspekte zu beachten. Die ungeheure Scham und das Verbergen vor den Angehörigen sind ebenfalls ganz wichtige Themen in der Behandlung. Das Verspielen von Pensionskassen oder der soziale Abstieg sind spezielle Krisensituationen, welche die erträumte Pensionierung zerstören.

«Ich glaube, es ist wichtig, dass die Suchtberatungsstellen mit anderen Stellen zusammenarbeiten und gemeinsam auf das Zielpublikum der älteren Personen fokussieren.»

Wie wichtig ist die Zusammenarbeit mit anderen Stellen?

Das ist ein ganz wichtiger Punkt, der auch seitens der AfV noch nicht genügend ausgeschöpft worden ist. Ich glaube, es ist wichtig, dass die Suchtberatungsstellen mit anderen Stellen zusammenarbeiten und gemeinsam auf das Zielpublikum der älteren Personen fokussieren. Auch Schuldenberatungsstellen und Organisationen der Altersarbeit sind wichtige Partner.

Die Therapie vieler Patientinnen und Patienten mit einer Glücksspielsucht in der AfV wird von einer Schuldenberatung im Beratungszentrum der Stiftung Suchthilfe Region Basel begleitet.

Was raten Sie Angehörigen und nahestehenden Personen?

Sie sollen sich trauen, uns anzurufen und die Person in einem ruhigen Gespräch anzusprechen. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, das Casino anzusprechen. Hier spricht man von einem «Hinweis Dritter» – diese Hinweise sind sehr wichtig für die Früherkennung, z.B. wenn ein Kind äussert, dass es sich Sorgen macht, weil die Mutter häufig ins Casino geht und sich dadurch bestimmte Sachen finanziell nicht mehr leisten kann. Solche Hinweise werden vom Casino ernst genommen. Nach Eingang eines Hinweises von Dritten wird die Person beim nächsten Eintritt vom Personal angesprochen und muss bestimmte Fragen beantworten. Es werden fast immer finanzielle Unterlagen wie Kontoauszüge oder Einkommensnachweise verlangt. Bei Auffälligkeiten erfolgt eine Spielsperre mit dem Hinweis der Möglichkeit einer kostenlosen Beratung. Die Hinweise werden auf Wunsch auch vertraulich behandelt.



Adressen von weiteren Suchtberatungsstellen, die Sie zum Thema Glücksspielsucht beraten:

Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel, Musub

Beratungsstelle für die Betreuung von fremdsprachigen Suchtbetroffenen und deren Angehörigen.

Nauenstrasse 49, 4052 Basel
Tel. 061 273 83 05, www.musub.ch

Beratungszentrum der Suchthilfe Region Basel

Fachspezifische Dienstleistungen im Bereich der Schuldenberatung.
Mülhauserstrasse 111, 4056 Basel
Tel. 061 387 99 99, www.suchthilfe.ch

www.sos-spielsucht.ch

Informationen für Interessierte und Betroffene, Helpline, Onlineberatung sowie Adressliste von kantonalen Fachstellen

Unterstützung und weiterführende Informationen

Diverse Fachstellen bieten Information und Unterstützung für Menschen mit einem Suchtproblem, für Angehörige von suchtkranken Personen sowie Fachpersonen an.

Falls Sie

- allgemeine Informationen zum Thema Sucht oder Abhängigkeit,
- eine individuelle Beratung für Betroffene oder Angehörige (mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt),
- Hilfe bei der Suche nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten

wünschen, können Sie sich an eine der unten stehenden Beratungs- und Behandlungsstellen wenden.

Beratungs- und Behandlungsstellen

Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Die Abteilung Sucht bietet Beratung bei Problemen mit Alkohol, anderen Suchtmitteln sowie Internet- und Glücksspielsucht an.

Abteilung Sucht

Clarastrasse 12, 4005 Basel
Tel. 061 267 89 00, Fax 061 267 89 01
abteilung.sucht@bs.ch, www.sucht.bs.ch
www.abteilungsucht.bs.ch

Blaues Kreuz beider Basel

Das Blaue Kreuz bietet Beratung und Unterstützung zum Thema Alkohol.

Fachstelle Alkohol und Sucht Basel-Stadt

Nauenstrasse 67, 4052 Basel
Tel. 061 261 56 13, Fax 061 236 94 70
basel@bkbb.ch, www.bkbb.ch

Suchthilfe Region Basel – Beratungszentrum

Das Beratungszentrum bietet Information und Unterstützung bei allen Fragen rund um Sucht. Im Speziellen zu illegalen Drogen wie Cannabis oder Partydrogen sowie Internet- und Glücksspielsucht.

Suchthilfe Region Basel – Beratungszentrum

Mülhauserstrasse 111, 4056 Basel
Tel. 061 387 99 99, Fax 061 387 99 95
beratungszentrum@suchthilfe.ch
www.suchthilfe.ch

Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB)

Die MUSUB bietet Beratung und Begleitung für fremdsprachige Erwachsene und Jugendliche mit Suchtproblemen und/oder deren Angehörige.

MUSUB Basel-Stadt

Nauenstrasse 49, 4052 Basel
Tel. 061 273 83 05, Fax 061 273 83 06
info@musub.ch, www.musub.ch

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel

Das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen ist spezialisiert auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die unter einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung oder einer Verhaltenssucht leiden.

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel
Tel. 061 325 51 32, Fax 061 325 55 83

Patientenaufnahme/Notfälle:

Tel. 061 325 51 00, 061 325 55 52

Ambulanter Dienst Sucht (UPK)

Der ambulante Dienst Sucht bietet Behandlung für Patientinnen und Patienten, die neben einer Opioidabhängigkeit auch psychische und somatische Probleme aufweisen.

Ambulanter Dienst Sucht

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel
Tel. 061 325 54 54, Fax 061 325 53 64

Ambulanz für Suchttherapie (UPK)

Die Ambulanz für Suchttherapie ist auf die Behandlung von Menschen mit beginnender oder fortgeschrittener Suchterkrankung ausgerichtet. Die Behandlung umfasst Probleme mit Alkohol, Medikamenten, Kokain, Amphetaminen, Metamphetamin, Cannabis und anderen Substanzen.

Gesundheitszentrum Psychiatrie Kornhausgasse

Kornhausgasse 7, 4051 Basel
Termine nur nach Absprache,
Terminvereinbarung Tel. 061 325 52 17

Ambulanz für Verhaltenssuchte (UPK)

Die Ambulanz für Verhaltenssuchte bietet ein spezialisiertes Beratungs- und Behandlungsangebot für Personen, die wegen Störungen des Konsumverhaltens (insb. unkontrollierbares Glücksspielen, exzessiver PC- und Internet-Konsum, Kauf- oder Sexsucht) Probleme haben.

Ambulanz für Verhaltenssuchte

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel
Tel. 061 325 51 21

Zentrum für Alterspsychiatrie (UPK)

Das Zentrum für Alterspsychiatrie bietet im stationären Rahmen Diagnostik, Akutbehandlung, Betreuung und Pflege bei allen psychischen Störungen älterer Menschen.

Zentrum für Alterspsychiatrie

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel
Tel. 061 325 53 51, Fax 061 325 55 85

Kostenlose Onlineberatung zu Suchtfragen

Die Internetplattform **www.safezone.ch** bietet anonyme und kostenlose Information und Beratung bei Fragen zu Drogen, Alkohol und Suchtproblemen.

Weiterführende Informationen

Allgemeine Informationen zum Thema Alter und Sucht

www.alterundsucht.ch

Eine Wissensplattform für ältere Menschen, für Angehörige und für Berufsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten

www.suchtimalter.ch

Informationsportal der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs mit weiteren Links zum Thema Sucht im Alter

www.infoset.ch/de/dossiers/alter/index.cfm

Umfangreiches Dossier zu Sucht im Alter mit weiterführenden Links

www.aelterbasel.ch

Website mit zahlreichen Informationen und Links rund um das Thema Alter für den Kanton Basel-Stadt

Informationen zur Früherkennung und Frühintervention

www.akzent-luzern.ch/praevention/gesundheitswesen/spitex-alters--und-pflegeheime

Website mit zahlreichen Hinweisen und Links zum Thema Alter und Sucht sowie einem Leitfaden

www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/suchtberatung/sucht-im-alter/LeitfadenSuchtgefhrdungAlterdef.18.5.2015.pdf/view?searchterm=leitfaden

Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit des Kantons Zug

www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening

Umfangreiche Links zu verschiedenen Screening-Instrumenten im Bereich Alter und Sucht

Informationen für Hausärzte

www.fosum-nw.ch/images/pdf/Fortbildungsmodule_Hausarztpraxen.pdf

Fortbildungsmodule für Arztpraxen im Kanton Basel-Stadt im Bereich der Suchtmedizin und Psychiatrie

www.praxis-suchtmedizin.ch

Suchtmedizinische Informationsplattform für Hausärzte in der Schweiz

www.fosum-nw.ch

Forum Suchtmedizin für Hausärzte aus der Nordwestschweiz, betrieben von den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Bern und Solothurn

www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/leitlinien/22_4_2015_AWMF_76-001_S3_Leitlinie_Alkoholbez_St%C3%B6rungen.pdf

S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen.» AWMF-Register Nr. 076-001

Informationen für Angehörige

www.al-anon.ch

Website der Al-Anon-Gruppen für Angehörige Alkoholkranker in der deutschsprachigen Schweiz

www.iogt.ch

Website der IOGT (International Organization of Good Templars) mit verschiedenen Angeboten für von Alkoholproblemen Betroffene und deren Angehörige

www.vevdaj.ch

Website des Dachverbands Eltern- und Angehörigenvereinigungen im Umfeld Sucht (VEVD AJ)

Informationen für die Altenpflege

www.alter-sucht-pflege.de

Umfassende Informationen zum Thema Alter, Sucht und Pflege; gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland

Alkohol, Medikamente, Tabak:

Informationen für die Altenpflege

Broschüre der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und der Barmer Gesundheitskasse mit zahlreichen Informationen und Empfehlungen

www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Brosch%C3%BCren_Archiv/Pflegebroschuere_-_Unabhaengig_im_Alter_A5_einzel.pdf

Suchtmittel und ihre Wirkungen

www.sucht.bs.ch

Umfangreiche Informationen über verschiedene Suchtmittel (Alkohol, Tabak, Cannabis, Heroin, Kokain und weitere Substanzen) wie auch Verhaltenssuchte (Glücksspielsucht, Internet- und Spielsucht etc.) sowie Selbsttests und Unterstützungsangebote