

# Alkohol und Medikamente im Alter- Lebensqualität oder Suchtgefährdung?

Monika Gerhardinger, Dipl. Sozialpädagogin (FH)

Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme

# Daten und Fakten zum Konsum von Alkohol und Medikamenten im höheren Lebensalter

nachzulesen :

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.  
(DHS)**

**[www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de)**

**Hohe Dunkelziffer!!**

## Risikoarmer Konsum von Alkohol (WHO)

Für Ältere gilt:

- nicht mehr als 10g Alkohol täglich (nach NIAAA)
- Empfehlung: an wenigstens zwei Tagen in der Woche keinen Alkohol zu trinken, um Gewöhnung zu vermeiden

z.B. 0,25 Liter Bier oder 0,1 Liter Wein





## Risikoarmer Konsum von Alkohol (WHO)

Für Ältere gilt:

- Geringere Verträglichkeit von Alkohol (verlangsamter Abbau von Alkohol, geringerer Flüssigkeitsgehalt d. Körpers)
- Wechselwirkung von Alkohol und Medikamenten

Bei gleichzeitiger Einnahme von Medikamenten (vor allem bei psychoaktiven Substanzen) gilt:

Alkohol erst nach Rücksprache mit Arzt !

## Medikamente, die abhängig machen können

- **Schlaf- und Beruhigungsmittel** /Tranquilizer (Rohypnol, Stilnox, Valium, Librium, Tavor, Lexotanil, Normoc etc.)
- **Muskelrelaxans** (bei chronischen verspannungsbedingten Rückenschmerzen)

mit einem Wirkstoff aus der Gruppe der **Benzodiazepinen**

Insbesondere **langwirksame Benzodiazepine** wegen langer Halbwertszeit, Gefahr der schleichenden Überdosierung (Diazepam, Flurazepam, Flunitrazepam, Nitrazepam)

- **Z-Drugs** (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) / Benzodiazepinantagonisten
- **opiathaltige** zentral wirkende **Schmerzmittel** (Fentanylpflaster)

## **Medikamente bei denen die Gefahr des Missbrauchs besteht** (keine Abhängigkeit vom Wirkstoff):

- Kombinationsanalgetika (Schmerzmittel mit Koffein)
- Neuere anregende Psychopharmaka
- Antidepressiva
- Antidementiva



# Suchtprobleme (Alkohol) sind nicht leicht zu erkennen!

## Gründe:

- Konsummuster weniger auffällig
- Konsummenge geringer
- Konsequenzen weniger ersichtlich

Diagnose nach ICD-Kriterien nur bedingt zutreffend !

Häufig keine Steigerung der Konsummenge (lowe-dose-dependency)

Kontrollverlust oft nicht gegeben

Toleranz (Verträglichkeit) nimmt eher ab

# Suchtprobleme sind nicht leicht zu erkennen oder werden als solche nicht wahrgenommen!

## Weitere Gründe:

- Medikamente vom Arzt verordnet oder freiverkäufliche „Stärkungsmittel“ aus der Apotheke oder über Internet („Stille Sucht“)
- Körperliche Entzugerscheinungen( z.B. Schweißigkeit, Tremor) und psychische Folgeerscheinungen (z.B. Eingeschränkte Aktivität/Antriebslosigkeit) der Suchtmittelabhängigkeit sind den altersbedingten Veränderungen oft sehr ähnlich und werden daher leicht fehlinterpretiert („Pseudodemenz“, Depression)



## Situation der Angehörigen

- Soziales Umfeld des Suchtkranken leidet auch unter der Situation
- Angehörigen fühlen sich oft hilflos und überfordert
- Angehörige tragen die Folgen des Konsums mit; tun sich schwer eigene Konsequenzen zu ziehen
- Angehörige sind oft von Schuldgefühlen geplagt.

## Mögliche Ursachen der Suchtentwicklung

- Krisen im Alter (Berentung, Verlust eines Angehörigen, finanzielle Probleme usw.)
- Einsamkeit !!
- Zunahme körperlicher Erkrankungen und der damit verbundenen Einschränkungen
- Angst vor Krankheit und Tod
- usw.

(In akuten Krisen: kurzfristige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmittel manchmal sinnvoll und notwendig!)

## Suchtentwicklung

### „Early onset“ (EOA) :

Ältere Menschen mit einem bereits seit Jahren erhöhten Alkoholkonsum, der aber erst im Alter durch die geringere Verträglichkeit von Alkohol und dem erhöhten Medikamentenkonsum zum Problem wird (auch ohne, dass die Alkoholmenge gesteigert wird)

### „Late onset“ (LOA):

Ältere Menschen, die erst im höheren Lebensalter mehr Alkohol konsumieren und damit in die Abhängigkeit geraten; ausgelöst durch Krisen, Dauermedikation usw. ; gute Behandlungsprognose!

Außerdem: diejenigen, die im Alter wieder rückfällig werden



## **Altersspezifisches Angebot der Fachambulanz für Suchtprobleme in Zusammenarbeit mit dem ehrenamtlichen Helferkreis vom Treffpunkt Seniorenbüro der Stadt Regensburg**

- Sprechstunde: Beratung von Betroffenen und Angehörige (n. Terminvereinbarung) sowie Vermittlung in stationäre Therapie
- Offenes Gruppenangebot für Betroffene; vierzehntägig von 15.00 Uhr bis 16.30 Uhr (Vorgespräch erwünscht)
- Beratung und Information von Mitarbeitern aus der Altenhilfe – und Gesundheitshilfe sowie Multiplikatoren
- Erstgespräch, Aufklärung, Begleitung, Hol-Dienste durch ehrenamtliche Helfer vom Treffpunkt Seniorenbüro (Kontaktaufnahme mit Ansprechpartner Gerd Schmücker)

## Folgen unbehandelter Suchterkrankung

Wiederholt schwere „Abstürze“ mit Alkohol und hohe Dauermedikation mit Benzodiazepinen, Z-Substanzen, opiathaltigen Schmerzmittel  
oder auch

wenn die Ursache von z.B. wiederholten Stürzen und damit die Sucht unbehandelt bleibt,

dann

führt eventuell der nächste (Ab-) Sturz in die Pflegebedürftigkeit.

Selbständiges Wohnen zu Hause ist nicht mehr möglich; es bleibt nur mehr die Einweisung in eine stationäre Altenhilfeeinrichtung bzw. Bezirksklinikum



# Hoher Medikamentenkonsum im Alter Wer bzw. was kann helfen, die Risiken zu reduzieren?

Dem **Arzt** kommt bei der Verordnung von Medikamenten eine besondere Verantwortung zu !

Empfehlungen der Bundesärztekammer:

- Verschreibungen orientiert an der PRISKUS-Liste
- Verschreibung anhand der Fachstandards (4 K-Regeln)
- Aushändigung eines Medikationsplans (Papierdokument) an Patienten

(Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans BMP zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und dem Deutschen Apothekerverband e.V. ,gültig seit 01.05.2016))



## Hoher Medikamentenkonsument im Alter Wer bzw. was hilft die Risiken zu reduzieren?

Bei Medikamenten mit Abhängigkeitsrisiko (Benzodiazepine, Z-Substanzen) gelten folgende 4-K-Regeln :

- **Klare Indikation:** keine Verschreibung an Patienten mit Abhängigkeitsdiagnose, Aufklärung der Patienten  
(für Patienten gilt: nur einnehmen, wenn eine eindeutige medizinische Notwendigkeit besteht)
- **Korrekte Dosierung:** kleine Packungsgrößen, indikationsadäquate Dosierung  
(für Patienten gilt: nur so viel wie nötig einnehmen)
- **Kurze Anwendung:** Therapiedauer kommunizieren, kurzfristige Wiedereinbestellung, Überprüfung der Weiterbehandlung  
(für Patienten gilt: nur überbrückend für kurze Zeit einnehmen)
- **Kein abruptes Absetzen:** ausschleichend abdosieren  
(für Patienten gilt: Dosis langsam verringern)

## Hoher Medikamentenkonsument im Alter Wer bzw. was hilft die Risiken zu reduzieren?

Der **Patient** trägt eine Eigenverantwortung!

- Compliance (sich an die Anweisungen des Arztes halten)
- Arzt informieren über bereits bestehende Abhängigkeitsdiagnose
- Arzt informieren über Wirkung/Nebenwirkung von Medikamenten
- Arzt informieren über Verordnungen von weiteren Medikamenten durch andere Ärzte bzw. über Einnahme freiverkäuflicher Medikamente aus der Apotheke
- Medikationsplan sich aushändigen lassen und bei jedem Arztbesuch vorlegen
- Keine Weitergabe der verordneten Medikamente an Dritte
- Keine Selbstmedikation aufgrund sog. „guter Ratschläge“ durch Dritte
- Aufklärung durch Arzt einfordern, notfalls sogar Arztwechsel überdenken



## Hoher Medikamentenkonsum im Alter Wer bzw. was hilft die Risiken zu reduzieren?

Dem **Krankenhaus, der Altenhilfeeinrichtung** kommt eine gewisse Verantwortung zu!

Beispiel:

- „Schnittstellenproblem“ (medikamentöse Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt bzw. bei Einweisung in Krankenhaus, Altenhilfeeinrichtung)
- Strukturelle Gründe ( Stress in der Nacht, bedingt auch durch Personalmangel, feste Ruhezeiten, fehlenden Angeboten am Abend führen zu „schnellen“ Verordnungen bei Schlafstörungen und Unruhezuständen)



## Hoher Medikamentenkonsument im Alter Wer bzw. was hilft die Risiken zu reduzieren?

Der Patient trägt zwar eine Eigenverantwortung!

Der ältere Patient fühlt sich damit oft überfordert!

Gerade ältere Menschen vertrauen oft „blind“ auf den Arzt; trauen sich nicht, die Anweisungen des Arztes kritisch zu hinterfragen oder nachzufragen; sind manchmal auch überfordert mit den vielen Informationen ( s. Beipackzettel).

→ Unterstützung durch Angehörige, gesetzliche Betreuer, Pflegekräfte erforderlich (vor allem bei bereits dementiell erkrankten Menschen)

**Angehörige** können einen wesentlichen Beitrag leisten zur Motivation.

**Pflegende** können durch einfühlsame Früherkennung und kompetente Begleitung wichtige Hilfen leisten.

Wir **alle** können einen Beitrag zur Motivation leisten, wenn wir nicht wegschauen; uns stattdessen „einmischen“; auf fachliche Hilfe und Unterstützung verweisen.

Zufriedene Abstinenz  
=  
Lebensqualität im Alter



Reduzierter kontrollierter  
Konsum  
=  
Lebensqualität im Alter

## Lebensqualität im Alter bedeutet .....

- Solange das tun können, was ich schon immer gerne getan habe!
  - Den Mut haben, neue Dinge auszuprobieren, offen zu sein für Neues!
  - Aktiv am Leben teilnehmen zu können! Soziale Kontakte pflegen!
  - Möglichst bis ins hohe Alter selbständig leben zu können!
  - Mich mit den Veränderungen, die das Älterwerden mit sich bringt, abzufinden!
  - So lange wie möglich leben zu können! Dafür alles, was die Medizin dazu beitragen kann, nutzen!
  - Akzeptieren, dass das Leben begrenzt ist. Lieber mit weniger Medikamenten, damit auch weniger Nebenwirkungen gut leben.
  - **Mir den Wein oder das Bier gönnen, denn man hat ja sonst nichts mehr!**
  - **Möglichst rasch Linderung bei Beschwerden zu bekommen (am besten ohne Eigenleistung)!**
  - **Entspannung, Entlastung zu finden durch den Konsum von Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmittel; auch wenn es nur kurzfristig hilft!**
- USW.

# „Lebensqualität im Alter“

**Ein sinnerfülltes Leben in größtmöglicher  
Unabhängigkeit bis ins hohe Alter ist nur  
möglich bei einem kritischen und  
eigenverantwortlichen Umgang mit Alkohol und  
Medikamenten**



# Was bedeutet „Lebensqualität im Alter“ für sie?

**Diese Frage geht jeden an, denn wir werden schließlich alle älter!**



Vielen Dank für ihr Aufmerksamkeit!