



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2019

Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum im Alter

Schaaf, Susanne ; Salis Gross, Corina ; Schnoz, Domenic ; Koller, Stephan

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-865676>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-176776>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Schaaf, Susanne; Salis Gross, Corina; Schnoz, Domenic; Koller, Stephan (2019). Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum im Alter. *SuchtMagazin*, 45(5):19-25.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-865676>

Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum im Alter

2019-5
Jg. 45
S. 19 - 24

Problematischer Alkohol- und Medikamentenkonsum im Alter wird von Fachpersonen der Alterspflege als zunehmendes Problem erkannt. Dennoch sind Früherkennung und Frühintervention in vielen Einrichtungen noch wenig bekannt und verankert, trotz bestehender bewährter Instrumente und Konzepte. Barrieren liegen in beschränkten Ressourcen, einer eher geringen Sensibilisierung für die Bedeutung von Früherkennung und in ethischen Spannungsfeldern. Das in einer neuen Studie entwickelte Massnahmenpaket umfasst niederschwellige Interventionen für verschiedene Zielgruppen.

SUSANNE SCHAAF

Lic. phil., Projektleitung am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF Zürich, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, Tel. +41 (0)44 448 11 62, schaaf@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch

CORINA SALIS GROSS

Dr. phil., Forschungsleitung am ISGF Zürich, Tel. +41 (0)79 430 85 22, corina.salisgross@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch

DOMENIC SCHNOZ

Lic. phil., Stellenleiter der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs ZFPS, Schindlersteig 5, CH-8006 Zürich, Tel. +41 (0)44 271 87 23, schnoz@zfps.ch, www.zfps.ch

STEPHAN KOLLER

MAS Prävention und Gesundheitsförderung FHZ, Fachspezialist Sucht bei PHS Public Health Services, Sulgeneckstrasse 35, CH-3007 Bern, Tel. +41 (0)78 617 15 95, koller@public-health-services.ch, www.public-health-services.ch

Ausgangslage

Problematischer Alkohol- und Medikamentenkonsum ist auch im Alter verbreitet (Gmehl et al. 2018). Eine Akzentuierung der Problematik für die Schweiz in den nächsten Jahren ist zu erwarten, da die Generation der «Babyboomer» zunehmend ins Pensionsalter eintritt. Bereits im Rahmen des «Nationalen Programms Alkohol 2008-2012» (BAG 2007) formulierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als eines der Ziele die Verminderung des chronischen Alkoholkonsums im Alter. Ferner wird in der «Nationalen Strategie Sucht 2017-2024» (BAG 2015) das Thema Risikoverhalten im Alter nochmals explizit ins Zentrum gerückt.

Für die Umsetzung existiert eine Reihe praxisnaher Leitfäden zur Früherkennung und Frühintervention (F+F) von problematischem Alkoholkonsum älterer Menschen.¹ Valide Screening-Instrumente, Checklisten und Beobachtungsbögen sowie Good-Prac-

tice-Beispiele, Hilfestellungen zu Handlungsfindungsprozessen und Schulungsmodule stehen ebenfalls zur Verfügung. Trotz der guten Vorlagen und eines wachsenden Bewusstseins für die Thematik sind F+F bei «Alkohol im Alter» noch nicht genügend verbreitet und verankert.

Aufgrund dessen gab das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Studie «Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum von älteren Menschen» (Schaaf et al. 2019) in Auftrag.² In Gesprächen mit Fachpersonen sollte in Erfahrung gebracht werden, inwiefern Spitex-Betriebe, Alters- und Pflegeheime sowie Haus- und HeimärztInnen mit der Thematik «Alkoholkonsum im Alter» konfrontiert sind und welche Erfahrungen sie machen. Ferner wurde den Fragen nachgegangen, ob Altersinstitutionen Verfahren der F+F anwenden und welche Barrieren oder Spannungsfelder sich zeigen. In Hinblick auf konkrete Unter-

stützung war von Interesse, welcher Schulungsbedarf besteht und wie die Sensibilisierung für Früherkennung und die Verbreitung bewährter Massnahmen konkret gefördert werden können.

Methoden

Eine Recherche zu Instrumenten zur Früherkennung von problematischem Alkoholkonsum im Alter, zu Checklisten und Beobachtungsbögen sowie zu Leitfäden, Handlungsfindungskonzepten, Schulungselementen und zu Interventionsverfahren zeigt die Bandbreite der bestehenden Grundlagen auf. Eine Auswahl geeigneter Instrumente und Ansätze wurde in drei ExpertInnengruppen (Fachbereich Sucht, Spitex-Betriebe, Alters- und Pflegeheime) hinsichtlich Praktikabilität und Umsetzbarkeit diskutiert.

Mit 31 Pflegedienstleitenden von 15 Spitex-Betrieben und 16 Alters- und Pflegeheimen in acht Kantonen der Deutschschweiz wurden ausführliche telefonische Interviews geführt. Zentrale

Früherkennung und Frühintervention

Alkoholprobleme entwickeln sich schleichend und für Aussenstehende oft unmerklich. Der Beginn zeichnet sich durch eine Reihe von alarmierenden Merkmalen ab: häufige Gedanken zu Alkohol, Schuldgefühle aufgrund des Konsums, Gereiztheit, nachlassende Leitungsfähigkeit. Je später Alkohol- und Medikamentenprobleme erkannt werden, desto schwerwiegender sind die Folgen. Die Wechselwirkungen zwischen Alkohol und den Wirkstoffen verschiedener Medikamente wie Schlaf- und Schmerzmittel oder Psychopharmaka können gesundheitsschädigend sein. Übermässiger Konsum schränkt zudem die Selbstbestimmung der älteren Menschen ein, die für ein würdevolles Altern und die Lebensqualität am Lebensabend wichtig ist. Früherkennung bedeutet, Anzeichen und Auffälligkeiten frühzeitig wahrzunehmen und richtig einzuordnen. Die Beobachtungen sollen im Team interdisziplinär reflektiert werden. Der oder die Betroffene soll einfühlsam darauf angesprochen werden, die Pflegefachpersonen bieten unaufdringlich ihre Hilfe an. Bei grossem Arbeits- und Zeitdruck und wegen der verbreiteten Tabuisierung von Konsumproblemen ist dies kein einfaches Unterfangen. Sensibilisierung, Austausch und Schulung können den Pflegenden Handlungssicherheit vermitteln, dies zum Wohle der älteren Menschen.

Themen waren die Art der Problemsituationen und der Umgang damit, der Einsatz von Instrumenten und Konzepten sowie Spannungsfelder und Sensibilisierungsbedarf. Ergänzend wurden zwei Gesprächsrunden und fünf Interviews mit Heim- und HausärztInnen durchgeführt, die oft eine langjährige Vertrauensbeziehung zu ihren PatientInnen pflegen und heikle Entwicklungen vor der Chronifizierung erkennen können.

Aufgrund der Gespräche kristallisierte sich eine Reihe von sinnvollen Massnahmen heraus, die mit Stakeholdern der Bereiche Spitex, Alters- und Pflegeheime sowie Haus- und HeimärztInnen hinsichtlich Relevanz und Machbarkeit diskutiert und von den ExpertInnen zur prioritären Umsetzung empfohlen wurden.

Ergebnisse

Von Einzelfällen und Exzessen

Die befragten Alters- und Pflegeheime sind – wie zu erwarten –in unterschiedlichem Ausmass mit der Thematik konfrontiert. Die Bandbreite reicht von Einzelfällen bis hin zur Hälfte der

BewohnerInnen, die Suchtprobleme aufwiesen. Die Heime berichten von Auffälligkeiten bei gelegentlichem Trinken (z. B. übermässiger Konsum nur an hausinternen Feiern) über unangemessenes Verhalten und verbale Ausfälligkeiten gegenüber Personal und MitbewohnerInnen bis hin zu Verwahrlosungstendenzen oder unschönen Szenen in den öffentlichen Bereichen (z. B. schreien, sich übergeben in der Cafeteria oder im Eingangsbereich). Manchmal entwickelt sich eine Dynamik unter den BewohnerInnen, wenn diese sich zum gemeinsamen Trinken organisieren. Teilweise bringen Angehörige den Alkohol mit, um bspw. den Eltern im Heim einen Gefallen zu erweisen. Beobachtet wird zunehmend auch ein versteckter Konsum, der teilweise auch nicht von den Angehörigen bemerkt wird. Das Trinkverhalten wird bei Heimeintritt nur vereinzelt systematisch erfragt. In den verbreiteten Assessmentsystemen (BESA, RAI)³ ist Sucht nicht als explizite Dimension enthalten.

Zwischen Ohnmacht und Pflichtgefühl

Auch die befragten Spitex-Betriebe sind unterschiedlich stark mit der Alkoholthematik konfrontiert. Vor allem bei KlientInnen mit psychischen Problemen sei der Alkoholkonsum verbreitet. Bei der Versorgung einer Platzwunde stellt sich bspw. heraus, dass diese von einem Sturz unter Alkoholeinfluss herrührt. Teilweise treffen die Pflegenden die KlientInnen alkoholisiert an, was die Ausführung des Pflegeauftrages erschwert. Konflikte ergeben sich manchmal, wenn «informelle HelferInnen» (Freunde, Bekannte, Verwandte) die älteren Menschen mit Alkohol versorgen, teilweise entgegen der Vereinbarung zwischen Spitex und Klientel.

Oft fällt problematischer Konsum zuerst den Mitarbeitenden der somatischen Pflege und den HaushelferInnen auf. Gerade für in der Hauswirtschaft Tätige kann es sehr belastend sein, wenn sie die KlientInnen betrunken antreffen und die älteren Personen nach verrichteter Arbeit in diesem traurigen Zustand alleine zurücklassen müssen – die Mitarbeitenden fühlen sich ohnmächtig und verantwortlich zugleich. Beobachtete

Missstände werden dann eher spät an die Pflegeleitung zurückgemeldet, wenn die trinkenden KlientInnen sympathisch sind, die Fassade gut aufrechterhalten können und nachhakenden Fragen geschickt ausweichen. Bei KlientInnen mit verwahtem Haushalt oder aggressivem Verhalten wird rascher reagiert. In allen Beispielsituationen stellte sich den Pflegenden und HaushelferInnen die Frage: Darf, soll oder muss ich handeln und wenn ja, wie?

Die Pflegedienstleitenden sowohl der Heime als auch der Spitex-Betriebe fokussierten das Gespräch verständlicherweise auf den Problemkonsum, der auffällt und stört. Konkrete Vorfälle sind jeweils der Anlass für situationsbezogene Lösungen. F+F wurden eher selten thematisiert.

Das Assessmentsystem RAI-Home-Care bzw. interRAI CMH Schweiz für Spitex-Betriebe zur Einschätzung von Pflegebedarf und Pflegeplanung enthält auch Fragen zum Alkoholkonsum und wird künftig dem Thema «Sucht» mehr Bedeutung einräumen. Somit wäre eine systematische Früherkennung hier gut möglich.

Früherkennung fördern

Auch den befragten Haus- und HeimärztInnen ist die Problematik älterer, trinkender PatientInnen durchaus bekannt. Trotz des Gesprächsschwerpunktes F+F schilderten die ÄrztInnen hauptsächlich Beispiele von (schwerer) Alkoholabhängigkeit und die damit verbundene Herausforderung von Spätinterventionen. Vor allem der Umgang mit der fehlenden Veränderungsbereitschaft der Betroffenen sei schwierig. Sind die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt oder liegt gar eine Persönlichkeitsstörung vor, akzentuiert sich die Problematik zusätzlich. Die MedizinerInnen wünschen sich daher mehr Grundlagen zu wirksamen Vorgehensweisen wie Kurzintervention⁴ bei alkoholabhängigen PatientInnen, aber auch zu Frühintervention, zu Orientierungshilfen betreffend Risikokonsum und zu Grenzwerten für risikoarmen Konsum im Alter u. a. (vgl. EKAL 2018), die bisher eher wenig bekannt waren. Die Wechselwirkungen von Alkohol mit Medikamenten versuchen die ÄrztInnen weitgehend zu beachten, dennoch be-

steht hierzu ein Bedarf nach vertiefender Information. Dass ihre Leistungen in der Gesundheitsvorsorge generell finanziell zu wenig abgegolten werden können, führe verbunden mit dem HausärztInnenmangel dazu, dass sie kaum Zeit für Frühinterventionen finden und sich eher auf die Behandlung von Krankheiten konzentrieren.

Brisante Benzodiazepine

Benzodiazepine sowie die Wechselwirkung von Alkohol und Medikamenten werden in einigen der befragten Heime als auffälliger Problembereich beschrieben: Die BewohnerInnen konsumieren teilweise bereits seit Jahren und gewohnheitsmässig solche Medikamente. Einzelne Pflegedienstleitende berichten von täglich zehn bis zwanzig verschiedenen Medikamenten pro Person. Durch den Konsum dieser Medikamente erhöht sich die Sturzgefahr oder Nebenwirkungen können fälschlicherweise als Altersbeschwerden aufgefasst werden (Vergesslichkeit, Verwirrtheit, «Pseudodemenz»). Auch für einzelne Spitex-Betriebe sind Medikamentenprobleme weit brisanter als Alkoholkonsum. Im ambulanten Setting ist problematischer Konsum der betreuten Personen zudem weniger gut kontrollierbar als in stationären Settings. Grundsätzlich und insbesondere bei KlientInnen mit Alkoholproblemen werde versucht, auf die Abgabe von Benzodiazepinen zu verzichten oder den Konsum einzuschränken. Die befragten ÄrztInnen berichten ebenfalls, dass Medikamentenzusammensetzung und Abgaberhythmus so gut wie möglich auf die Situation der PatientInnen angepasst würden, um negative Wechsel- und Nebenwirkungen zu reduzieren oder zu vermeiden.⁵

Vom Umgang mit Konflikten

Die Heime reagieren auf übermässig trinkende BewohnerInnen je nach Einschätzung und Bedarf: Supervision fürs Personal, Rundtischgespräche mit Angehörigen, individuelle schriftliche Konsumvereinbarung mit den Betroffenen. In den Heimen wird Alkohol teilweise kontrolliert oder mit Wasser verdünnt abgegeben, das Taggeld wird rationiert oder es werden regelmässige Atemlufttests vor der Medikamentenabgabe

durchgeführt. Das klare, transparente Ansprechen der stark tabuisierten Thematik, die von den Betroffenen aus Angst und Scham oft heruntergespielt wird (z. B. Angst vor Nichtaufnahme ins Heim oder vor Verlegung in die Psychiatrie), wird von allen Heimen als Grundlage jeglicher Intervention bezeichnet. Eines der befragten Heime führt eine spezifische Wohngruppe mit beschränkter Platzzahl für ältere Menschen mit psychischen und Suchtproblemen, begleitet von spezialisiertem Personal. Dies entlaste den Regelbetrieb enorm. Ein anderes Heim führt ein separates Haus für diese Zielgruppe. Ein weiteres Heim mit hohem Anteil an BewohnerInnen mit Alkoholproblemen wählt hingegen bewusst das Konzept der Durchmischung und Integration, verbunden mit einem entsprechenden Aufwand. Die meisten Heime vertreten die Policy, dass Alkoholkonsum erlaubt ist, sofern das Verhalten der Betroffenen für den Betrieb «tragbar» ist und keine Selbst- und Fremdgefährdung oder vom Arzt festgelegte Kontraindikation vorliegt. Ein Alkoholkonsum-Reglement als konkrete Anleitung für die Pflegenden wird vereinzelt genannt.

Die Spitex-Betriebe reagieren auf konkrete Vorfälle ebenfalls mit Fallbesprechungen und Rundtischgesprächen, diese unter Einbezug der Angehörigen oder auch einer Suchtfachstelle. In extremen Fällen kann es zu einer Gefährdungsmeldung bei der KESB kommen.

Sowohl in Alters- und Pflegeheimen als auch bei Spitex-Betrieben ist die Alkohol- und Medikamentenproblematik eine von vielen altersbezogenen Themen (Diabetes, Schmerzmanagement, Sturzprävention, Demenz, Palliative Care, transkulturelle Pflege u. a.), sodass die Organisationen aufgrund der beschränkten Ressourcen ihre Schwerpunkte setzen. Dies geschieht oft auf Kosten von F+F bei problematischem Alkoholkonsum.

Zwischen Fürsorgeauftrag und Wahrung der Selbstbestimmung

Ein permanentes Spannungsfeld ist die Balance zwischen Fürsorge und Selbstbestimmungsrecht der Menschen am Lebensabend. Die individuelle Autonomie nimmt in allen befragten Organisationen und bei den befragten ÄrztInnen

einen hohen Stellenwert ein und soll so lange wie möglich gewährleistet werden: Die BewohnerInnen eines Heims sind KundInnen, ebenso die Personen, die der Spitex einen klar definierten Auftrag erteilen und die Pflegenden als Gäste in der eigenen Wohnung empfangen. Teilweise wird unterstrichen, dass am Lebensabend keine «Umerziehung» und übergriffige Gängelung stattfinden dürfe. Die Mitarbeitenden sehen sich dem Wohl der BewohnerInnen und KlientInnen verpflichtet. Gleichzeitig führen konkrete Alltagssituationen immer wieder zu grosser Verunsicherung bei den Pflegenden: Ab wann und wie schaltet sich die Pflege ein? Wie viele Chancen erhalten BewohnerInnen, die sich nicht an die Konsumvereinbarung halten? Bei Spitex-Pflegenden stellt sich ferner die Frage, inwiefern das Thematisieren des Trinkverhaltens dazu führen kann, dass die KlientInnen die Pflegenden nicht mehr in die Wohnung lassen.

Teilweise können fehlende Kenntnisse zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen zur Haltung führen, dass man bei älteren Menschen, die übermässig trinken, «eh nichts verändern» könne und auch nicht solle. Die Haltung der Angehörigen, welche teilweise selbst Alkoholprobleme aufweisen und den Konsum der älteren Person herunterspielen und Interventionen erschweren – oder aber auch eindringliche Anforderungen an die Pflegenden stellen, dem trinkenden Elternteil «ins Gewissen zu reden» –, können ebenfalls zur Verunsicherung der Pflegenden beitragen.

Klassische Handlungsfindungsprozesse, die eine grundsätzliche Klärung und Abstimmung in ethischen Fragen beinhalten und hier Handlungssicherheit vermitteln können, wurden gemäss Interviews selten durchlaufen. Hingegen planen einzelne Organisationen die Erarbeitung eines Konzeptes zum Thema «Sucht im Alter» oder betriebsinterne Schulungen.

Handlungsbedarf und empfohlene Massnahmen

Die befragten Organisationen und Fachpersonen sind der Ansicht, dass das Thema «Alkohol im Alter» enttabuisiert und entstigmatisiert werden müsse. Dies kommt auch der Früherkennung zugute.

Ferner soll die Thematik nicht auf Alkohol beschränkt, sondern im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umfassender betrachtet und angegangen werden: Medikamente, insbesondere Benzodiazepine und Z-Medikamente, Nikotin sowie andere heikle oder tabuisierte Themen wie psychische Erkrankungen, Komorbidität oder häusliche Gewalt sollen einbezogen werden.

Sensibilisierung und Schulung

Die Sensibilisierung der Fachpersonen wird als sinnvolle Massnahme angesehen. Neben der Vermittlung von speziellem Grundwissen sollen in massgeschneiderten Inhouse-Schulungen auch Handlungsfragen geklärt und Hilfestellungen im Umgang mit konkreten Situationen formuliert werden. Dabei können die Heime und Spitex-Betriebe auf bewährte Instrumente und Leitfäden zurückgreifen und diese nach Bedarf anpassen. Bewährte Techniken wie Kurzintervention oder Motivierende Gesprächsführung können je nach Funktion der Mitarbeitenden geschult werden. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit sollen das Wissen und die Erfahrung im Organisationskonzept verankert und regelmässig aufgefrischt und aktualisiert werden.

Smarter Medicine – weniger ist mehr

Die Pflegedienstleitenden äussern sich oft dahingehend, dass zu viele Medikamente, zu hoch dosiert und/oder nicht der Situation angemessen eingesetzt werden. Die Gespräche mit den HausärztInnen über eine allfällige Anpassung der Medikamentenverordnung verlaufen aus Sicht der Pflegenden je nach Hausarzt/Hausärztin sehr kooperativ bis aussichtslos. Daher erachten die Pflegedienstleitenden eine regelmässige Überprüfung der Medikamentenliste als sinnvolle Massnahme: Die Überprüfung kann über eine Apotheke oder durch einen Prüfdienst geschehen, der in einer Einrichtung angesiedelt ist oder als unabhängiger regionaler Dienst mehreren Einrichtungen zur Verfügung steht. In den Interviews wurde die Erwartung geäussert, dass Fachpersonen mit pharmazeutischem Hintergrund in Gesprächen mit HausärztInnen mehr erreichen

als die Pflegenden, die die negativen Auswirkungen von Polypharmazie «an der Front» zwar beobachten, aber aufgrund hierarchischer Funktionsstufen oft keinen Einfluss nehmen können. Eine Überprüfung kann auch durch den verschreibenden Arzt/die Ärztin selbst anhand bestehender Guidelines und Online-Tools durchgeführt werden. Der Ansatz von «Smarter Medicine» – Überprüfung der Indikation und allfälliger Wechselwirkungen bei Medikamenten und Alkoholkonsum, Möglichkeit von Dosisreduktion oder Alternativen – wird durchgehend begrüsst. So halten Richtlinien der «Smarter Medicine» im Bereich Geriatrie⁶ bereits heute fest, dass Benzodiazepine oder andere sedativ-hypnotische Medikamente nicht als Mittel erster Wahl gegen Schlaflosigkeit, Unruhezustände oder Verwirrtheit eingesetzt werden sollen.

Informationsfluss und Kooperation

Eine verbesserte Zusammenarbeit und ein regelmässiger Austausch sowohl unter den Berufsgruppen einer Organisation als auch unter den verschiedenen Dienstleistern im Versorgungsnetz werden von den befragten Fachpersonen als wichtige Massnahme hervorgehoben. So kann bspw. eine engere Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitenden der somatischen Pflege und der psychiatrischen Betreuung, die teilweise unterschiedliche Grundhaltungen und Vorstellungen des Handlungsbedarfs haben, zu einer rascheren und angemessenen Lösung für die Betroffenen führen. Für Spitex-Betriebe sind bspw. frühzeitige, relevante Informationen vonseiten des Spitals zu austretenden SeniorInnen wesentlich für einen reibungslosen Übergang der Betreuung. Durch ein gutes Austrittsmanagement bei Spitälern können «Feuerwehörungen» aufseiten der Spitex vermieden werden. Für das Eintrittsmanagement z. B. in Altersheimen gelten analoge Erfahrungen: Ein gut funktionierender Informationsfluss und die Kooperation mit HausärztInnen und Spitex-Mitarbeitenden können neben dem Pflege- und Betreuungsbedarf auch problematischen Medikamenten- und Alkoholkonsum im Sinne der Früherkennung sichtbar machen. Regionale Suchtfach-



stellen sollen stärker einbezogen werden und niederschwellige «Brückendienste» im Sinne von aufsuchender Betreuung oder Konsiliardiensten in Heimen oder bei den KlientInnen zuhause anbieten. So baut bspw. der kantonale Spitex Verband Aargau derzeit ein Kooperationsmodell in enger Zusammenarbeit mit den Qualitätszirkeln der HausärztInnen auf, um den Informationsaustausch zu fördern und optimierte Prozesse in der Versorgungskette bieten zu können.

Assessmentsysteme – eine Möglichkeit systematischer Früherkennung

Im Gegensatz zu RAI-Home-Care Schweiz bzw. interRAI CMH für Spitex-Betriebe enthalten die Assessmentssysteme für Heimbetriebe (RAI-Nursing Home) keine Fragen zum Thema Alkoholkonsum. Durch die Integration von wenigen Kernfragen zu Konsumverhalten und Auffälligkeit würde die Thematik standardmässig mit den Betroffenen im Rahmen des Aufnahme-prozederes in stationären Betrieben aufgegriffen. Die Kenntnisse würden in der Pflege-



planung und im Pflegeprozess frühzeitig berücksichtigt und zu frühzeitiger Intervention führen. Erforderliche Leistungen können aufgrund des Assessments begründet werden. Die Integration der Thematik Alkohol (und Sucht allgemein) in RAI-Nursing Home wurde von den befragten Pflegenden mehrheitlich befürwortet.

Das Problem des nicht-verrechenbaren Aufwandes

Ein wiederkehrendes Thema in den Interviews war die begrenzte Finanzierung bzw. die Pflegefinanzierung generell. Davon betroffen sind nicht nur, aber insbesondere Spitex-Betriebe: Sie bieten weiterführende Dienstleistungen an – immer noch die kostengünstigere Variante gegenüber einem stationären Aufenthalt –, welche aber aufgrund der Neuregelung der Pflegefinanzierung zu Restkosten für die öffentliche Hand führen. Weil Spitäler heute ihre PatientInnen teilweise immer früher entlassen, steigen die Anforderungen an die Spitex-Betreuung, was zusätzliche Ressour-

cen bindet. Bisher gilt eine Reihe von unterstützenden und betreuenden Tätigkeiten für Personen mit Alkoholproblemen insbesondere bei niedriger Pflegestufe als nicht-verrechenbarer Aufwand. Dies kann zur Folge haben, dass fachlich sinnvolle Interventionen teilweise nicht durchgeführt werden können, da die Kosten nicht gedeckt wären.

Priorisierte Massnahmen zur Umsetzung

Folgende Massnahmen wurden in der Studie mit hoher Akzeptanz und Relevanz versehen und als prioritär für die Umsetzung in den drei Bereichen ärztliche Qualitätszirkel, Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Betriebe benannt:

- In interessierten Qualitätszirkeln für Haus- und HeimärztInnen sollen in zwei bis sechs Sitzungen über eine Laufzeit von wenigen Monaten thematische Schulungen durchgeführt werden. Neben der Vermittlung von Grundlagenwissen zu «Alkohol im Alter», Begleiterkrankungen und Poly-medikation sollen auch praxisorien-

tierte Schulungseinheiten zu Kurzintervention an eigenen Fallbeispielen geübt werden können.

- In ausgewählten Alters- und Pflegeheimen sollen Konzepte für F+F partizipativ entwickelt und im jeweiligen Gesamtkonzept verankert werden. Dabei kann auf bewährte Unterlagen zurückgegriffen werden. Der Fokus liegt auf der frühzeitigen Wahrnehmung einer risikohaften Entwicklung des Trinkverhaltens und Medikamentenkonsums. Die Pflegenden werden entsprechend geschult, um Handlungssicherheit zu erlangen. Die Kompetenzerweiterung kommt auch anderen Fachbereichen zugute.
- Ein Schulelement zu Früherkennung bei «Alkohol im Alter» soll sich speziell auch an die Zielgruppe der Haushelferinnen richten. Sie haben mit älteren Menschen oft zu einem frühen Zeitpunkt Kontakt, bevor diese pflegebedürftig werden. Im Fokus steht die Sensibilisierung für den Umstand, dass «Alkohol im Alter» ein Problem darstellen kann. Ferner

sollen basales Wissen zum Thema und zur Kommunikation vermittelt und die Rollen und Handlungsfragen geklärt werden. Spitex-Betriebe sollen motiviert werden, ihren Haushelferinnen den Besuch dieses Moduls zu empfehlen. Ferner sollen Mitarbeitende der psychosozialen und somatischen Pflege in massgeschneiderten betriebsinternen Schulungen für die Problematik sensibilisiert werden.

Fazit: Fit für Früherkennung und Frühintervention

Die befragten Fachpersonen sind in unterschiedlichem Masse von der Thematik «Alkohol im Alter» betroffen. Alle engagieren sich sehr für das Wohl ihrer BewohnerInnen, KlientInnen und PatientInnen. Sie reagieren eher auf konkrete und ausgeprägte Vorfälle, verfügen über verschiedene Austauschgefässe und Massnahmenoptionen und suchen individuelle Lösungen. F+F hingegen, verstanden als in der Organisation verankertes Angebot, mit den älteren Menschen zu Themen wie Gesundheit, Vermeidung von Begleiterkrankungen und Förderung von Lebensqualität ins Gespräch zu kommen, ist gemäss unserer Studie nicht genügend verbreitet oder verankert. Entsprechend kommt die Sensibilisierung in der Unternehmenskultur oft zu kurz.

Sensibilisierung für F+F im höheren Lebensalter soll daher mittels eines Massnahmenpaketes gezielt gefördert werden. Die Klärung des Spannungsfeldes «Selbstbestimmung versus Fürsorgeauftrag» führt zu mehr Handlungssicherheit. Ziel ist es, die Würde und Lebensqualität der älteren Menschen mit Alkoholproblemen ohne übergriffige Einschränkung der Selbstbestimmung in allen Settings bis zum Lebensende zu wahren. F+F setzen auch an kritischen

Lebensübergängen an wie der Pensionierung oder einer Phase des zunehmenden Pflegebedarfs (Spitex, intermediäre Angebote, Eintritt in stationäre Versorgung).

Bei der Umsetzung von Massnahmen ist es zentral, dass sie für die Zielgruppen sehr niederschwellig, praktikabel und praxisnah sind. Angestrebte Schulungsmassnahmen müssen auch der Ressourcenlage der Einrichtung entsprechen, da der Initialaufwand, den die Auseinandersetzung mit F+F zu Beginn mit sich bringt, bei grosser Arbeitsbelastung der Fachpersonen und geringen Ressourcen der Organisation eine der grössten Barrieren für die Umsetzung darstellt. Dies ist u. a. auch ein Grund dafür, dass die seit vielen Jahren guten, erprobten Leitfäden und Instrumente zum Thema «Alter und Alkohol» zwar gut zugänglich vorliegen, aber bisher noch zu wenig angewendet werden.

Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2007): Nationales Programm Alkohol 2008 – 2012. Bern: BAG. www.tinyurl.com/y6puy7ma, Zugriff 01.07.2019.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): Nationale Strategie Sucht 2017- 2024. Bern: BAG. www.tinyurl.com/y6olfsat, Zugriff 01.07.2019.
- EKAL – Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (2018): Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum – 2018. Bern: EKAL. www.tinyurl.com/yd3zmg9e, Zugriff 12.09.2019.
- Gmel, G./Notari, L./Gmel, C. (2018): Suchtmonitoring Schweiz –Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Schaaf, S./Salis Gross, C./Schnoz, D./Koller, S. (2019): FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum von älteren Menschen. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: ISGF (Forschungsbericht Nr. 397).

Endnoten

- ¹ Exemplarisch können genannt werden: Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen. Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln (Akzent Prävention und Suchttherapie, Luzern, Hrsg., 2014); Leitfaden zum Umgang mit Gefährdeten. Frühintervention in Altersinstitutionen (Akzent Prävention und Suchttherapie, Luzern, Hrsg., undatiert); Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit (Gesundheitsdepartement Kanton BS, Hrsg., 2016); Kurzinterventionen bei PatientInnen mit risikoreichem Alkoholkonsum. Zweite erw. Auflage. Ein Leitfaden für Ärzte und Ärztinnen und Fachleute der Grundversorgung (Loeb, P./Stoll, B./Weil, B. 2014, Mitherausgeberschaft FMH, BAG, Praxis Suchtmedizin, Sucht Schweiz, Infodrog, KHM, SAPPM).
- ² Folgende Kantone haben das Projekt finanziell und durch die Vermittlung von Kontakten oder Mitarbeit an der Studie unterstützt (in alphabetischer Reihenfolge): Aargau, Graubünden, Luzern, St. Gallen, Solothurn, Thurgau und Zürich.
- ³ BESA Care steht für «Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungs-System». Es ist ein modulares System für den Pflegeprozess, das Bedarfsklärung, Pflegeplanung, Leistungserfassung und Evaluation der Pflegequalität umfasst. RAI steht für «Resident Assessment Instrument» und ist ebenfalls ein einheitliches Bedarfsabklärungsinstrument zwecks Pflegeplanung, das sowohl Spitex-Betrieben (RAI-HC bzw. RAI-Home-Care) als auch Alters- und Pflegeheimen (RAI-NH bzw. RAI-Nursing Home) zur Verfügung steht.
- ⁴ Siehe z. B. Ausführungen auf www.alterundsucht.ch (www.tinyurl.com/y43j3d6l, Zugriff 30.09.2019) oder «Kurzintervention Ärzteschaft» auf www.infodrog.ch (www.tinyurl.com/y4b3zfd5, Zugriff 30.09.2019).
- ⁵ Eine Auswertung der Kasse Helsana ergab, dass mehr als ein Drittel der HeimbewohnerInnen im Alter von über 65 Jahren ein Benzodiazepin oder eine Z-Substanz regulär verschrieben erhält, über die Hälfte davon langfristig: www.tinyurl.com/yxjpx24y, Zugriff 11.09.2019.
- ⁶ Smarter Medicine, Choosing Wisely Switzerland. Geriatrie: www.tinyurl.com/yxebytht, Zugriff 17.08.2019.