

Fachtag **Gerontopsychiatrie Mittelfranken**
Caritas-Pirckheimer-Haus, 20.07.2023

SUCHT IM ALTER – KRITISCHE BETRACHTUNG DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Dr. Heribert Fleischmann

Praxis für Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Wöllershof

Auftrag zu einer Kritik der Versorgungsstrukturen

- Impliziert eine Kritik an der gesellschaftlichen Verantwortung („Moral“)
- berührt das Verhältnis „Individuum“ (der Einzelne) zur „Gesellschaft/Politik“ (Fürsorge, Solidarität der Vielen): muss ausgewogen sein
- Ist nur sinnvoll auf dem Hintergrund der individuellen Zuständigkeit (Aufgabe) und Verantwortung sowie Kompetenz mit
 - Primat der Eigenverantwortung der Konsumenten (für die Folgen): schließt Hilfe (der Anderen) nicht aus, jedoch kein Generalanspruch an „Vergesellschaftung“ der Folgen
 - Primat der Verantwortung (Qualität), Zuständigkeit (z.B. innerhalb von Strukturen) und Kompetenz (Professionalität) der „Behandler“

Der Konsum von Suchtmitteln ist eine Wette auf die Zukunft!

Sie können die Wette gewinnen !

es hängt von Ihrem Verhalten ab, um so mehr, je kritischer die eigene (in der Regel unbekannte) Disposition ist

- Für sie selber
 - Für junge Gesunde: nicht zu erkranken
 - Für früh erkrankte: möglichst lange zu leben mit LQ
- Für ihre Nachkommen (sie nicht toxisch und/oder epigenetisch schädigen)

Was tun, wenn die Wette verloren ist ?

Nur der Betroffene kann es ändern, nicht die Gesellschaft mit (immer besseren) Versorgungsstrukturen

Was heißt „im Alter“ im Alter von > 60, 65, 70, 80 ... Jahren?

„Im Alter von“

- Jugendliche: Illegale Drogen, Frauen : Männer 50:50 (Risiko: erhöhte Vulnerabilität bei nicht abgeschlossener Hirnreifung)
- Erwachsene: Alkohol, Schwerpunkt Männer (Risiko: Konsum während der Fortpflanzung: Risiken für die nächste Generation)
- „Ältere“: Medikamente, Schwerpunkt Frauen (Risiko: Beschleunigung und Verstärkung von Alterungsprozessen, bspw. Demenz)
- Nikotin?

So einfach ist es nicht

- Soziokultureller Hintergrund

Cave. Sucht ist keine Alterserkrankung wie z.B. viele Krebserkrankungen, Skelettveränderungen, Demenz

- Wir unterscheiden
 - Früh erkrankt, trotzdem altgeworden („EOA“)
 - Erst im Alter „Neuerkrankte“ („LOA“)

Analyse der Versorgungsstrukturen

- **AWMF-Leitlinie: “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen”**

Auflage/Version Datum: Dezember 2020

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>

Mit Bezug auf: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006

- **DHS-Papier: „Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven“**

DHS Update 2019

dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/...

3.7 ALTERS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE POPULATIONEN

3.7.3 ÄLTERE MENSCHEN

Dieter Geyer, Eva Hoch, Dietmar Kramer, Bodo Lieb, Norbert Scherbaum, Irmgard Vogt, Dirk Wolter, Sabine Hoffmann

3.7.3.2 Schlüsselempfehlungen

Psychotherapie

• 3.7.3.2.1 Generelle Behandlungsempfehlung

- Psychotherapeutische, psychosoziale und pharmakotherapeutische Behandlungen, die bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründet sind, sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.
- **Empfehlungsgrad: KKP, LoE:** - Gesamtabstimmung: 95,7%

• 3.7.3.2.2 Kurzinterventionen

- Schlüsselempfehlung zum Einsatz von Kurzinterventionen (siehe Kapitel 3.1).

• 3.7.3.2.3 Berücksichtigung somatischer und psychischer Komorbidität

- Die somatische und psychische Komorbidität soll in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen berücksichtigt werden.
- **Empfehlungsgrad: KKP, LoE:** - Gesamtabstimmung: 100%

• 3.7.3.2.4 Altersspezifische Anpassung der Behandlung

- In der Behandlung älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen können altersspezifische Anpassungen vorgenommen werden.
- **Empfehlungsgrad: 0, LoE: 5** Gesamtabstimmung: 96,8%

• 3.7.3.2.5 Ältere pflegebedürftige Personen

- Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die auf Pflege (im Sinne des SGB XI Soziale Pflegeversicherung oder Behandlungspflege gemäß SGB V) angewiesen sind, sollten störungsspezifische Interventionen angeboten werden.
- **Empfehlungsgrad: KKP, LoE:** - Gesamtabstimmung: 100%

3.7 ALTERS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE POPULATIONEN

3.7.3 ÄLTERE MENSCHEN

Dieter Geyer, Eva Hoch, Dietmar Kramer, Bodo Lieb, Norbert Scherbaum, Irmgard Vogt, Dirk Wolter, Sabine Hoffmann

3.7.3.2 Schlüsselempfehlungen

Psychosoziale Therapie

- **3.7.3.2.6 Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens**

- In der Behandlung älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen können Trainingsverfahren zur Verbesserung der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) eingesetzt werden.
- **Empfehlungsgrad: KKP, LoE: -** Gesamtabstimmung: 96,4%

Medikamentöse Therapie

- **3.7.3.2.7 Entzugsmedikation**

- Schlüsselempfehlung(en) zu Einsatz von Medikamenten in der Entzugstherapie älterer Personen mit alkoholbezogenen Problemen (siehe Kapitel 3.4).

- **3.7.3.2.8 Medikamente zur Rehabilitation und Trinkmengenreduktion**

- Zum Einsatz von Arzneimitteln in der med. Rehabilitationsbehandlung oder als „harm reduction“ bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen (siehe Kapitel 3.8).

Differenzielle Indikation

- **3.7.3.2.9 Setting der Entzugsbehandlung**

- Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen kann niederschwellig eine stationäre Entzugsbehandlung angeboten werden.
- **Empfehlungsgrad: 0, LoE: 5** Gesamtabstimmung: 100% Literatur: NICE (2011)

- **3.7.3.2.10 Primärärztliche Behandlung**

- Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden.
- **Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b** Gesamtabstimmung: 100%

3.8 MEDIZINISCHE REHABILITATION UND ANDERE FORMEN DER POSTAKUTBEHANDLUNG

Wilma Funke*, Johannes Lindenmeyer*, Julia Arens, Jan Malte Bumb, Patric Driessen, Isabel Englert, Heribert Fleischmann, Barbara Hansen, Eva Hoch, Werner Höhl, Andreas Koch, Joachim Köhler, Michael Köhnke, Oliver Kreh, Nikolaus Lange, Karl Mann, Peter Missel, Corinna Nels-Lindemann, Ulrich W. Preuss, Gerhard Reymann, Monika Ridinger, Ariane Schulte, Michael Soyka, Tina Wessels, Clemens Veltrup, Sabine Hoffman, Falk Kiefer

3.8.3 Schlüsselempfehlungen

3.8.3.4 Alter

- Bei höherem Lebensalter soll eine Postakutbehandlung der alkoholbezogenen Störung mit Hinweis auf die überdurchschnittlich günstige Prognose angeboten werden.
- Bei niedrigerem Alter (14-18 Jahre) soll eine Postakutbehandlung angeboten werden.
- **Empfehlungsgrad: KKP, LoE:** - Gesamtabstimmung: 100% Literatur: Vogelgesang (2011), Missel (2011)

4. Versorgungsorganisation

Volker Weissinger, Clemens Veltrup, Klaus Amann, Erika Baum, Gallus Bischof, Heribert Fleischmann, Ulrich Frischknecht, Arthur Günthner, Rita Hansjürgens, Werner Höhl, Bettina Jäpel, Gerhard Längle, Michael Müller-Mohnssen, Ariane Schulte, Rainer Thomasius, Irmgard Vogt, Tina Wessels, Falk Kiefer, Sabine Hoffmann

4.1 Versorgungsbedarf (subjektiv, abhängig von Erwartungen, Priorisierungen und den Ressourcen einer Gesellschaft)

4.2 Versorgungsrealität (objektiv, messbar)

4.3 Versorgungsanlässe

4.4 Erkennen, beraten, früh-intervenieren

4.5 Indikationsstellung, Therapieziele und Entscheidungsfindung

4.6 Behandlung und weitere Interventionen



= *Methoden
der Versorgung*

4.6.1 Versorgungsorganisation und Versorgungskontinuität

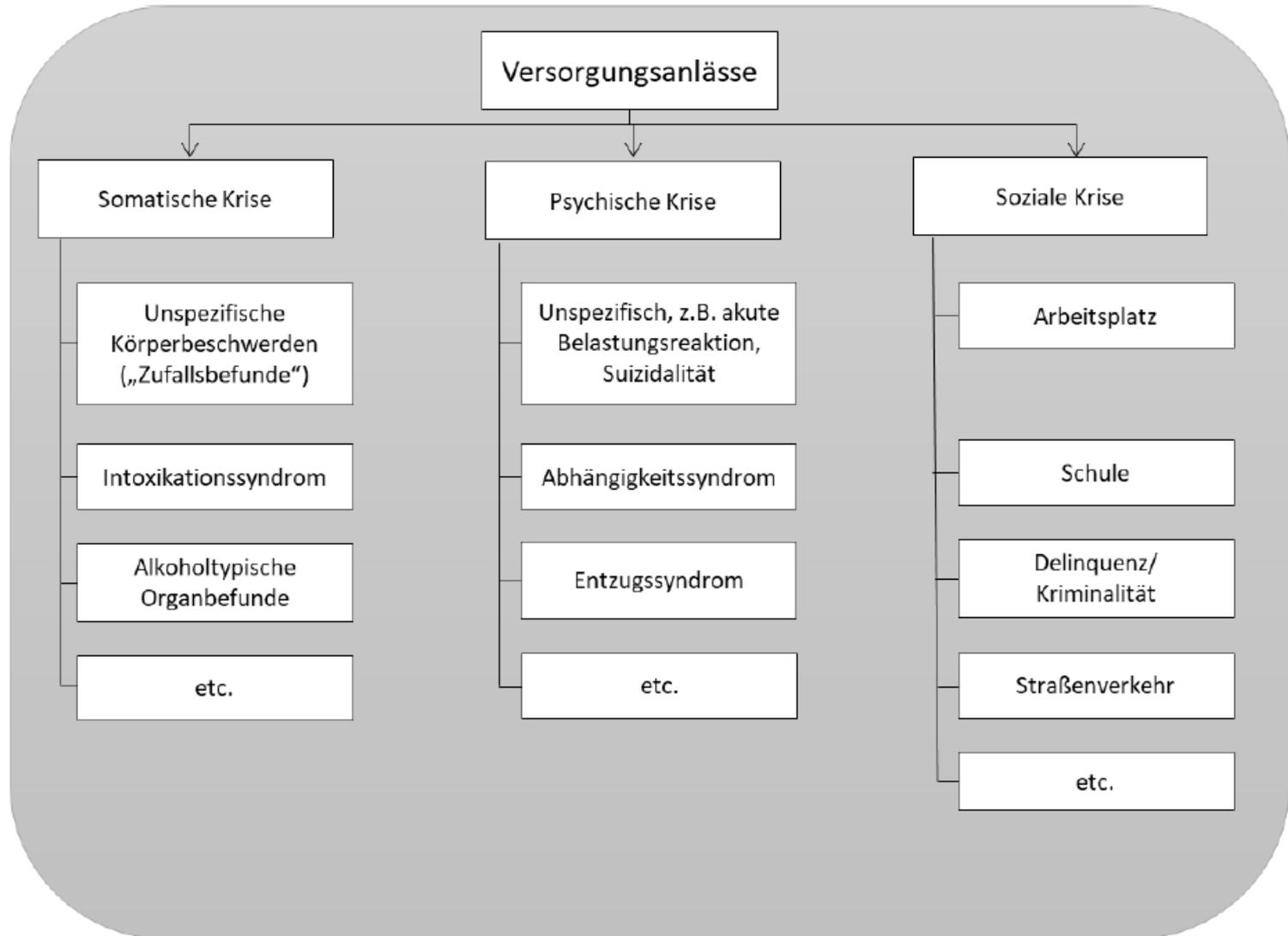
4.6.2 Schnittstellen-Management

4.6.3 Dimensionen der Versorgung

4.6.4 Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse

Versorgungsanlässe

Abbildung 7: Versorgungsanlässe



4.6.4 Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse

Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse im heutigen Suchthilfe-System sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006), so dass hier zusammenfassend auf die **systematischen** Aspekte des Versorgungssystems abgehoben wird.

- Das **professionelle Hilfesystem** (Tab. 2a-c) setzt sich zusammen aus
 - 1.) ambulanten und stationären **medizinischen** Einrichtungen,
 - 2.) **psychozialen** Einrichtungen und
 - 3.) Einrichtungen aus **sonstigen** Hilfesystemen, wobei man jeweils
 - allgemeine, nicht suchtspezifische, von besonderen
 - suchtspezifischen Strukturen unterscheiden kann.
- Schließlich wird das professionelle Hilfesystem noch ergänzt durch das **Selbsthilfe-System**. Bei den ambulanten Strukturen gibt es
 - „Geh-Strukturen“ (d. h. die Helfer suchen die Betroffenen in Ihrer Lebenswelt auf, z.B. Streetwork, Hausbesuche bei Schwangeren und nach der Geburt). Die meisten Einrichtungen weisen jedoch eine
 - „Komm-Struktur“ auf.

Tabelle 5a: Versorgungsstrukturen für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen

Ambulante und teilstationäre bzw. ganztägig ambulante medizinische Versorgungsstrukturen		
Versorgungsbereich/ Versorgungssektor	Allgemeine Einrichtungen	Suchtspezifische Einrichtungen
Aufsuchende ambulante medizinische Notversorgung	Notärzte/ Rettungsdienste, hausärztlicher Notdienst	
Praxis von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten (inkl. MVZ)	hausärztliche Praxen	Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“
	Ärzte f. Psychiatrie u. Psychotherapie	
	Ärzte f. psychotherapeutische Medizin	
	Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin	
	Ärzte f. Nervenheilkunde	
	Ärzte f. Kinder- und Jugend- psychiatrie und -psychotherapie Sonstige ärztliche Gebiete	
	Psychol. Psychotherapeuten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Psychol. Psychotherapeuten mit suchtpsycholog. Zusatzqualifikation
Medizinische Ambulanzen	Ambulanzen an Allgemein-KH/- Kliniken/-Abt.	Sucht-Ambulanzen (z.B. suchtpsychiatrische Ambulanzen, ambulante Suchtbehandlungsstellen)
	Ambulanzen an psychiatrischen KH/Kliniken/Abt./ Psychiatrische Institutsambulanzen	
	Sonstige (medizinische) Ambulanzen	
Teilstationäre bzw. ganztägig ambulante Einrichtungen	Tageskliniken für psychisch Kranke	Sucht-Tageskliniken (z.B. sucht- psychiatrische Tageskliniken, ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankte) ambulante Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankte
	Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	
Betriebsärztliche Dienste	Betriebsärztliche Dienste/ Betriebsärzte	Betriebsärzte mit Zusatzbe- zeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Ärzte im Gesundheitsamt	Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grund- versorgung“
Verkehrsmedizinische Beratung/ Begutachtung	Verkehrsmedizinische Beratungs-/ Begutachtungsstellen	
Heilmittelerbringer und Gesundheitsfachberufe	ambulante Pflegedienste	Gesundheitsfachberufe mit suchtspezifischer Zusatz- qualifikation
	Soziotherapieanbieter	
	Niedergelassene Ergotherapeuten	
	Sonstige Angebote durch Gesundheitsfachberufe	
Praxis von Heilpraktikern	Heilpraktiker	

Versorgungsstrukturen

S3 LL Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

Tabelle 5b: Versorgungsstrukturen für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen

Stationäre medizinische Versorgungsstrukturen		
Versorgungsbereich/ Versorgungssektor	Allgemeine Einrichtungen	Suchtspezifische Einrichtungen
Krankenhäuser/ Kliniken der Akutversorgung	Allgemein-Krankenhäuser (inkl. Sozialdienst) bzw. -Abteilungen	Krankenhäuser/Kliniken mit Qualifizierter Entzugsbehandlung
	Psychiatrisch- psychotherapeutische KH/Kliniken/Abteilungen (für Erwachsene) mit oder ohne Gerontopsychiatrie Sonstige Fach-Krankenhäuser/- Kliniken/-Abteilungen der Akutversorgung KH/Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Krankenhäuser/Kliniken mit weitergehenden (stationären und/oder teilstationären) suchtspezifischen/ suchtpsychiatrischen Behandlungsangeboten.
Reha-Einrichtungen/ Reha- Kliniken	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen/ Rehabilitationskliniken	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankte Adaptionseinrichtungen
Forensische Einrichtungen	Kliniken/ Abteilungen für Forensische Psychiatrie	Einrichtungen zur Sicherung und Therapie von Personen mit alkoholbezogener Abhängigkeitserkrankung nach § 64 StGB
Medizinische Einrichtungen in Justizvollzugsanstalten	Med. Dienste/ Anstaltsärzte in Justizvollzugsanstalten (JVA)	
Pflegeheime	Pflegeheime	Pflegeheime für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige (CMA)

4.7.1.8 Ältere Betroffene

(Unter Mitarbeit von Dieter Geyer und der AG „Ältere Betroffene“)

Generelle Behandlungsempfehlung (3.7.3.2.1)

- Bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.
- **Empfehlungsgrad: KKP** Gesamtabstimmung: 95,7%

Ältere pflegebedürftige Personen (3.7.3.2.5)

- Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die auf Pflege (im Sinne des SGB XI – Soziale Pflegeversicherung oder Behandlungspflege gemäß SGBV) angewiesen sind, sollten störungsspezifische Interventionen angeboten werden.
- **Empfehlungsgrad: KKP** Gesamtabstimmung: 100%

Primärärztliche Behandlung (3.7.3.2.10)

- Älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen sollen in der primärmedizinischen Versorgung auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden.
- **Empfehlungsgrad: A** Gesamtabstimmung: 100%

Ältere pflegebedürftige Personen

- Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die ambulanter oder stationärer Pflege (im Sinne des SGB XI – Soziale Pflegeversicherung oder der Behandlungspflege gemäß SGB V) bedürfen,
- können in der Regel an Suchtbehandlungen, wie sie derzeit vorgehalten werden, nicht teilnehmen.
- Es besteht eine erhebliche Versorgungslücke.
- Aus den Quellleitlinien und den Ergebnissen der Literaturrecherche können keine Empfehlung zur Behandlung dieser PatientInnengruppe abgeleitet werden.

DHS Update 2019

Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven

Teil A: Die Betrachtung der Versorgungsstrukturen in Segmenten

Teil B: Ergebnisse der Analyse und Schlussfolgerungen

Teil C: Meilensteine bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen in der Suchthilfe

Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland

–

Analyse der Hilfen und Angebote

&

Zukunftsperspektiven

Update 2019

Teil A: Die Betrachtung der Versorgungsstrukturen in Segmenten

Teil B: Ergebnisse der Analyse und Schlussfolgerungen

Teil C: Meilensteine bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen in der Suchthilfe

- **Vom Ad-hoc-Ausschuss Versorgung (Stefan Bürkle, Dr. Heribert Fleischmann, Prof. Dr. Andreas Koch, Jost Leune [bis Mai 2018], Dr. Peter Raiser, Dr. Katharina Ratzke, Renate Walter-Haman [bis September 2018], Dr. Theo Wessel [bis Mai 2018]) erarbeitet und vom Vorstand der DHS am 10.12.2019 diskutiert und verabschiedet.**
- Unter Mitarbeit von:
- Hans Joachim Abstein – Stellvertreter des Vorstandes und fachlicher Leiter des Bereiches Suchthilfe, AGJ-Fachverband für Prävention und Rehabilitation, Freiburg
- Hans Beierlein - Geschäftsführer Mudra-Arbeit gemeinnützige GmbH, Nürnberg
- Dr. Barbara Braun - Institut für Therapieforschung, München
- Hanna Dauber - Institut für Therapieforschung, München
- Klaus Fuhrmann - Bereichs-Geschäftsführer, Angebote für Ältere und niedrigschwellige Hilfen, Condrops e.V., München
- Andrea Hardeling, Geschäftsführerin Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V., Potsdam
- Ute Hötzer - Geschäftsführerin Q-PRINTS&SERVICE gGMBH, Pforzheim
- Heinz-Josef Janßen - Geschäftsführer Kreuzbund e.V., Hamm
- Dr. Dirk Kratz - Geschäftsführer Therapieverbund Ludwigsmühle gGmbH, Landau
- Dr. Marc Lehmann - Leiter Medizin im Berliner Justizvollzug, Ärztlicher Direktor Justizvollzugskrankenhaus Berlin in der Justizvollzugsanstalt Plötzensee, Berlin
- Jürgen Naundorff - Hauptbereichsleitung Ideelles, Blaues Kreuz in Deutschland e.V., Wuppertal
- Friederike Neugebauer - Geschäftsführerin Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Berlin
- Barbara Peters-Steinwachs - Vorsitzende des Fachausschuss Gesundheit der BAG Wohnungslosenhilfe, Neu-brandenburg
- Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel - Institut für Therapieforschung, München
- Christina Rummel - stellv. Geschäftsführerin Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm
- Dagmar Rüniger - Einrichtungsleitung Bereich Arbeit, Café Seidenfaden, tiebrA - Berufliche Teilhabe, Berlin
- Wiebke Schneider - Geschäftsführerin Guttempler in Deutschland e.V., Hamburg
- Franziska Schneider - Institut für Therapieforschung, München
- Janina Tessloff, Geschäftsführung Therapiehilfe Bremen gGmbH, Bremen

Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven

Update 2019

- **Vom Ad-hoc-Ausschuss Versorgung (Stefan Bürkle, Dr. Heribert Fleischmann, Prof. Dr. Andreas Koch, Jost Leune [bis Mai 2018], Dr. Peter Raiser, Dr. Katharina Ratzke, Renate Walter-Haman [bis September 2018], Dr. Theo Wessel [bis Mai 2018]) erarbeitet und vom Vorstand der DHS am 10.12.2019 diskutiert und verabschiedet.**
- Unter Mitarbeit von:
- Hans Joachim Abstein – Stellvertreter des Vorstandes und fachlicher Leiter des Bereiches Suchthilfe, AGJ-Fachverband für Prävention und Rehabilitation, Freiburg
- Hans Beierlein - Geschäftsführer Mudra-Arbeit gemeinnützige GmbH, Nürnberg
- Dr. Barbara Braun - Institut für Therapieforschung, München
- Hanna Dauber - Institut für Therapieforschung, München
- Klaus Fuhrmann - Bereichs-Geschäftsführer, Angebote für Ältere und niedrigschwellige Hilfen, Condrops e.V., München
- Andrea Hardeling, Geschäftsführerin Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V., Potsdam
- Ute Hötzer - Geschäftsführerin Q-PRINTS&SERVICE gGMBH, Pforzheim
- Heinz-Josef Janßen - Geschäftsführer Kreuzbund e.V., Hamm
- Dr. Dirk Kratz - Geschäftsführer Therapieverbund Ludwigsmühle gGmbH, Landau
- Dr. Marc Lehmann - Leiter Medizin im Berliner Justizvollzug, Ärztlicher Direktor Justizvollzugskrankenhaus Berlin in der Justizvollzugsanstalt Plötzensee, Berlin
- Jürgen Naundorff - Hauptbereichsleitung Ideelles, Blaues Kreuz in Deutschland e.V., Wuppertal
- Friederike Neugebauer - Geschäftsführerin Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Berlin
- Barbara Peters-Steinwachs - Vorsitzende des Fachausschuss Gesundheit der BAG Wohnungslosenhilfe, Neu-brandenburg
- Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel - Institut für Therapieforschung, München
- Christina Rummel - stellv. Geschäftsführerin Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm
- Dagmar Rüniger - Einrichtungsleitung Bereich Arbeit, Café Seidenfaden, tiebrA - Berufliche Teilhabe, Berlin
- Wiebke Schneider - Geschäftsführerin Guttempler in Deutschland e.V., Hamburg
- Franziska Schneider - Institut für Therapieforschung, München
- Janina Tessloff, Geschäftsführung Therapiehilfe Bremen gGmbH, Bremen

Ansatz für eine Gliederung

Um eine möglichst vollständige und ergebnisoffene Sicht auf die sehr unterschiedlichen Zugänge zu Kontakt, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu bekommen, werden in jedem Segment sowohl unspezifische als auch suchtbezogene spezifische Hilfeangebote erfasst:

a) Unter den „unspezifischen“ Kontakten sind „allgemeine Angebote des Sozial- und Gesundheitswe-sens“ zu verstehen, die nicht nur, aber auch Menschen mit Suchtproblemen offen stehen und von ihnen in nennenswerten Umfang genutzt werden.

b) Zu den „spezifischen“ (d.h. suchtbezogenen) Kontakten zählen die „speziellen Angebote, Hilfen und Interventionen für Menschen mit Suchtproblemen“, die insbesondere von der Suchthilfe (im enge-ren Sinne) bereitgestellt werden.

Teil B: Ergebnisse der Analyse und Schlussfolgerungen

Ergebnisse der Analyse

1. Menschen mit Suchtproblemen nehmen nach im Vordergrund stehenden Bedarfen biologisch/medizinische, psychologisch/psychiatrische und/oder soziale Versorgungsangebote wahr. Die Inanspruchnahmen können alternativ, konsekutiv oder sich ergänzend (parallel) erfolgen.
2. Eine negative und ideologisch aufgeladene Konnotation von Suchterkrankungen (in der aktuellen Fachdiskussion als „Stigmatisierung“ bezeichnet) entsteht, wenn die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen nur auf die Leistungen des Suchthilfesystems im engeren Sinne bezogen wird.
3. Eine möglichst umfassende Wahrnehmung der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen hat neben der suchtspezifischen Versorgung die Versorgung im weiteren Sinne im Sozial- und Gesundheitswesen („unspezifisch“) einzubeziehen, da sonst ein „Neglect“ oder „Wahrnehmungsbias“ entsteht.
4. Die Gliederung in Versorgungssegmente ermöglicht die Erfassung von Sonderversorgungssituationen, die nicht zuletzt durch die Finanzierungszuständigkeiten der verschiedenen Sozialgesetzbücher vorgegeben ist.
5. Die beschriebene Segmentierung ermöglicht die Entwicklung hoher Fachlichkeit insbesondere in den suchtspezifischen Angeboten, die historisch unterschiedlich gewachsen und zum aktuellen Zeitpunkt unterschiedlich ausgeprägt ist.
6. Menschen mit Suchtproblemen, die die Krankheitsdefinitionen der ICD erfüllen, haben Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung und finden sich vor allem in den Segmenten „Akutbehandlung“ (Segment 2) und Rehabilitation (Segment 3).
7. Menschen mit Suchtproblemen werden suchtspezifisch in einem hohen Maße in den Versorgungs-segmenten „Beratung“ (Segment 1) und „Akutbehandlung“ (Segment 2) erreicht.
8. Die identifizierten 12 Versorgungssegmente stehen meist nebeneinander und optimieren ihr Versorgungsangebot innerhalb des Segments: Vernetzungen und Kooperationen sind nur in Teilbereichen erkennbar.
9. Innerhalb der Versorgungssegmente ist die Sichtweise eines bio-psycho-sozialen Ansatzes (z.B. Vorhaltung entsprechender Professionen) unterschiedlich ausgeprägt und in vielen Segmenten nicht vorhanden
10. Die Vielfältigkeit der suchtspezifischen und Angebote des erweiterten Gesundheits- und Sozialwesens ermöglicht es mehr Betroffene und Angehörige zu erreichen und zu versorgen als in der fachlichen und politischen Diskussion häufig angenommen. Häufig findet jedoch keine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung statt und es kommt zu Fehlallokationen.

Daraus leiten sich folgende **Konsequenzen für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung** der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen ab

1. Orientierung an den Prinzipien **einer „Gestuftten Versorgung“ nach Schweregrad der Störung** (Tab.1), bspw.

- a) Ebene A: geringe Ausprägung/Bedarf (z.B. (Hoch)risikoverhalten, keine Krankheit im Sinne der ICD, keine Komorbidität): Awareness, präventive Maßnahmen, Frühintervention, Selbsthilfeförderung, Betriebliche Maßnahmen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Beratung, Konsum-reduktion
- b) Ebene B: mittlere Ausprägung/Bedarf (z.B. Krankheitsmerkmale nach ICD ohne Chronifizierung und ohne Komorbidität): Beratung, Frühinterventionen, Kriseninterventionen, Akutbehandlung, Sucht-Selbsthilfe, ggf. offene Therapieziele, neben Abstinenz insbesondere Konsumpausen und Konsumreduktion
- c) Ebene C: hoher Schweregrad/Bedarf (z.B. mehrfach gescheiterte Behandlungen): Beratung, Akutbehandlung, Rehabilitation, ggf. Maßnahmen der beruflichen und sozialen Teilhabe
- d) Ebene D: hoher komplexer Schweregrad/Bedarf (z.B. chronifizierte Verläufe mit „Therapieresistenz“, hoher Grad an suchtspezifischer Komorbidität, wiederholt gescheiterten Behandlungen): psychiatrische Komplexbehandlung, sozialtherapeutische Maßnahmen, Leistungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe

Tabelle 1: Modell einer gestuften und koordinierten Versorgung für Menschen mit Suchtproblemen

Tabelle 1: Modell einer gestuften und koordinierten Versorgung für Menschen mit Suchtproblemen									
Kontakt-/ Versorgungs-anlässe	Wege ins System (Vermittlung)	Diagnostik/ differenzielle Indikationsstellung	Ebenen der Versorgung	Gliederung nach Störungsgraden, Bedarfen an Versorgung	Versorgungsziele nach Störungsgraden bspw.	Maßnahmen, Prozesse (schwerpunktmäßig)	Institutionen, Strukturen, Angebote bspw.		Vernetzungen Kooperationen Übergänge
							"spezifisch"	"unspezifisch"	
somatische, psychische oder soziale Krisen	Versorgung in Arztpraxen und Beratungsstellen ("gate-keeper"-Funktion), ergänzt durch sonstige Dienste des Gesundheitswesens; jede Stufe kann (ggf. über Beratungsstelle und/oder Hausarzt) angesteuert werden;	Schweregrad, Konsumform/-stil, Risikogruppe, Gender, Alter, Arbeits-/ Erwerbssituation, psychosoziale Belastung, Grad der Chronifizierung etc.	Ebene A:	geringe Ausprägung/Bedarf: z.B. (Hoch)risikoverhalten, keine Krankheit im Sinne der ICD-10, keine Komorbidität	Awareness, Konsumreduktion, Konsumpause, Umstellung (Substitution durch andere Psychopharmaka) 4-k-Regel	präventive Maßnahmen, Selbsthilfeförderung, Betriebliche Maßnahmen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Beratung	Beratungsstellen, Selbsthilfe, Betriebliche Gesundheitsförderung, Arzt-/Psychologenpraxen	Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	Strukturierte und koordinierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer (z.B. bio-psychosoziale Interventionsformen in allen Stufen, gemeinsame IT-Struktur, elektronischer Datenaustausch, Übergabemanagement etc.), Sicherstellung der Betreuungskontinuität (Beziehungskonstanz); barrierefreie Umsteuerung innerhalb der Stufen (STEP up/down) und zwischen spezifischen und unspezifischen Angeboten
			Ebene B:	mittlere Ausprägung/Bedarf: z.B. Krankheitsmerkmale nach ICD-10 ohne Chronifizierung und ohne Komorbidität	individuelle Therapieziele (Abstinenz, "kontrollierte" Konsumformen, (Teil)abstinenz etc.) körperlicher Entzug, Abdosierung	Beratung, Frühinterventionen, Kriseninterventionen, Akutbehandlung, SH,	Beratungsstelle, Psychiater-/Psychologenpraxis, Krankenhäuser, Rehakliniken, psychosomatische Kliniken, Selbsthilfe	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	
			Ebene C:	hoher Schweregrad/Bedarf: z.B. mehrfach gescheiterte ambulante, (teil)stationäre Behandlungen	körperlicher Entzug, Entwöhnung mit Ziel Abstinenz, berufliche Wiedereingliederung	Beratung, Akutbehandlung, Rehabilitation, ggf. Maßnahmen der beruflichen und sozialen Teilhabe	Arzt-/Psychologenpraxis, Beratungsstelle, Krankenhäuser, Rehakliniken, psychosomatische Kliniken, Selbsthilfe	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	
			Ebene D:	hoher komplexer Schweregrad/Bedarf: z.B. chronifizierte Verläufe mit „Therapieresistenz“, hoher Grad an suchtspezifischer Komorbidität, vielfach gescheiterten (Palliativ)Behandlungen	lebenslange Versorgungskontinuität, Begleitung des dysfunktionalen Konsumstils, Kriminalprävention, Harm Reduction	multiprofessionelle psychiatrische Komplexbehandlung, sozialtherapeutische Maßnahmen, Eingliederungshilfen,	Hausarzt-Setting, multiprofessionelle Teams in psych. Kliniken/Abteilungen, somat. Kliniken (Komorbidität), Spezialärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, forensische Kliniken	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	

weitere Differenzierungsmöglichkeiten:

- nach Professionen/Leistungserbringern (Ärzten, Psychologen, Sozialarbeiter, -pädagogen, Pflegekräfte, Spezialtherapeuten) , allgemeinärztlich)
- nach Interventionen (pharmakologisch, psychotherapeutisch, sozialtherapeutisch)

2. Schaffung barrierefreier Netzwerke zwischen der Versorgung im weiteren Sinne (unspezifische Inanspruchnahmen des Gesundheits- und Sozialwesens) mit suchtspezifischen Versorgungsangeboten

- a) Förderung von Faktoren, die die Inanspruchnahme von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen fördern, und barrierefreier Zugang zu Informationen über spezifische und allgemeine Angebote.
- b) Verbindliche Absprachen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der einzelnen Leistungserbringer („Versorgungspfade“) auf kommunaler Ebene sowie Maßnahmen zur Transparenz der Angebote
- c) Bildung regionaler Verbände und Netzwerke aller Leistungserbringer mit verbindlichen Absprachen zur Kooperation und nahtlosen Überleitung (Steuerungsgremien)
- d) Barrierefreier Zugang zu Informationen über spezifische und allgemeine Angebote, u.a. über digitale Medien und Online-Angebote
- e) Vermittlung von betroffenen Menschen bei Bedarf in suchtspezifische Angebote und möglichst nahtloser Informationsaustausch zwischen den beteiligten Institutionen (Nutzung digitaler Kommunikationsmöglichkeiten unter Berücksichtigung des Datenschutzes)

3. Strukturierte, koordinierte Zusammenarbeit und Steuerung der spezifischen Leistungsanbieter (Institutionen und Professionen) über die Segmente: z.B. gemeinsame Fallbesprechungen, IT-Struktur, koordiniertes Überleitungsverfahren, Nutzung gemeinsamer digitaler Kommunikationsplattformen

- a) **Koordination** auf Fallebene erforderlich = Casemanagement (systematische Einführung von Casemanagement und Klärung der leistungsrechtlichen Grundlagen für Konzepte und Finanzierung, i.d.R. bei den Fachstellen)
- b) **Koordination** auf Einrichtungsebene erforderlich = Abstimmung von sich ergänzenden Behandlungs- und Betreuungskonzepten (bspw. kombinierte Angebote von Sucht- und Jugendhilfe)
- c) **Koordination** auf regionaler Ebene erforderlich = Netzwerke und Verbundsysteme (Koordinationsfunktion Bundesländer, regionale Suchthilfeverbände und -planungsprozesse)
- d) **Koordination** auf Systemebene erforderlich = Weiterentwicklung politischer Institutionen (Bundes-suchtbeauftragte mit Monitoring- und Gesetzesinitiativ-Kompetenz, Bundesarbeitsgemeinschaft Sucht mit Mitwirkungsrechten ähnlich der Deutschen Krankenhausgesellschaft) und Harmonisierung gesundheits- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen im Sinne des SGB IX
- e) Stärkere **Verknüpfung** zwischen Suchtselbsthilfe und „professioneller“ Suchthilfe
- f) Stärkere **Verknüpfung** suchtspezifischer Hilfen mit „benachbarten“ sozialen Leistungsbereichen (Arbeit, Wohnen, Schulden etc.) z.B. durch gemeinsame Fallbesprechungen, gegenseitige Hospitationen und Qualifizierungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter , gemeinsame Fortbildungen
- g) Stärkere **Verknüpfung** allgemeine ambulante und stationäre Behandlung (Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser) mit suchtspezifischen Angeboten

4. Verbesserte Verknüpfung innerhalb der Segmente zwischen Fachangeboten untereinander und mit all-gemeinen Angeboten

- a) Umsetzung des bio-psycho-sozialen Modells innerhalb der Segmente
- b) Unterstützungs- und Kooperationsangebote statt Konkurrenzangebote
- c) Dialog, Vereinbarungen und Konzeptabstimmung zwischen Akteuren (Behandler, Berater, Betreuer)

5. Sektor übergreifende Qualitätsentwicklung: Personalausstattung („Zeit am Patienten/Klienten“ als therapeutisch wesentliches Wirkprinzip) und Digitalisierung

- a) Konzertierte Aktion zur Vermittlung der Attraktivität der Arbeit in der Suchthilfe
- b) Erweiterung des Handlungsspielraums der Einrichtungen/Träger durch Flexibilisierung der Leistungs- und Personalanforderungen
- c) Verstärkte Nutzung digitaler und internetgestützter Optionen, z.B. bei der Kontaktaufnahme zu betroffenen Menschen, bei der Leistungserbringung und Dokumentation (digitale Therapieplanung und Patientenakte), bei der Unterstützung der Therapie (E-Mental-Health) oder bei der Nachsorge und Weitervermittlung

6. Analyse von Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit

- a) Breitere Basis für DSHS, Verknüpfung mit anderen Statistiken (GKV, DRV, DESTATIS)
- b) bundesweite und unabhängige Koordination der Suchtforschung, bessere Verknüpfung von medizinischer Forschung, Versorgungsforschung und praxisorientierter Forschung unter Beteiligung der Selbsthilfe
- c) Angemessenheit von QM und QS
- d) Orientierung an der individuellen Zielerreichung und am gesamtgesellschaftlichem Nutzen (Social Return on Investment)

7. Weiterentwicklung unter ökologischen Gesichtspunkten

- a) Vorrang von Resilienzförderung und Prävention (u.a. Verhältnisprävention, Förderung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten, Setting-Ansatz)
- b) Auflösung des Widerspruchs zwischen positiver gesellschaftlicher Bewertung des Suchtmittelkonsum und negativer Bewertung von Suchterkrankungen
- c) Kampagnen zur Förderung eines sachlichen und vorurteilsfreieren Umgangs mit der Erkrankung und Erkrankten („Anti-Stigma-Kampagnen“)
- d) Orientierung von gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen an Public-Health-Zielen
- e) Gesamtstrategie für Suchtprävention (bewährte Konzepte, Evaluation) vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes
- f) Optimierung der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen im Sinne von Bedarfsorientierung (spezifische Zielgruppen) / Personenorientierung (Autonomie der Betroffenen) Teilhabeorientierung und barrierefreiem sozialrechtlichen Zugang zu den Hilfeangeboten erforderlich

8. Herstellung einer Balance zwischen ökonomischen Realitäten der Einrichtungen/Träger einerseits und der erforderlichen Bedarfs- und Personenorientierung andererseits (Bereitstellung ausreichender und angemessener personeller und finanzieller Ressourcen für die fachlich unumstrittene und politisch ge-wollte Personenorientierung und des Bedarfsdeckungsprinzips)

- a) Auskömmliche Finanzierung der Angebote in den unterschiedlichen Segmenten (Reha, EGH, Akut, Beratung etc.)
- b) Konzeptionelle Weiterentwicklung der Einrichtungen auf wissenschaftlicher Basis – Indikation vs. Integration (d.h. Orientierung am Teilhabepotentialen statt an Substanzen)
- c) Bereitstellung von Ressourcen für die Vernetzung innerhalb der Kommunen und Sicherstellung der erforderlichen Infrastruktur (IT/Digitalisierung, Räumlichkeiten u. a.)
- d) Anerkennung eines Finanzierungsbedarfs für die Schnittstellenkommunikation und Schaffung einer angemessenen Vergütung für den zusätzlichen Zeitbedarf der Leistungserbringer

9. Die Verhinderung und Reduzierung von Schäden durch Suchtmittelkonsum sowie Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe sind erklärte Grundprinzipien der Suchtpolitik. Daraus ergeben sich diese Ziele, die sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene erreicht werden sollen:

- a) Weniger Menschen konsumieren Suchtmittel. Alle Menschen, die nicht konsumieren, werden in ihrer Entscheidung bestärkt, keine Suchtmittel zu sich zu nehmen.
- b) Menschen, die Suchtmittel konsumieren, beginnen den Konsum möglichst spät, weisen möglichst risikoarme Konsummuster auf und konsumieren nur in Situationen und unter Bedingungen, in denen Risiken nicht zusätzlich erhöht werden.
- c) Konsumierende, deren Suchtmittelkonsum zu Problemen führt, erhalten möglichst früh effektive Hilfen zur Reduzierung der mit dem Konsum verbundenen Risiken und Schäden.
- d) Konsumierende, die ihren Konsum beenden möchten, erhalten uneingeschränkten Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation nach den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standards.

Auftrag: „Kritische Betrachtung ...“

- Impliziert in der Regel „Unterversorgung“ (zu wenig, nicht ausreichend, da bspw. unterfinanziert, zu wenig qualifiziertes Personal)
- Blendet in der Regel „Übersorgung“ aus (zu viel des Guten) (Problem von Fehlanreizen, zu hohe Komplexität mit der Entstehung von unnötigen Schnittstellenprozessen)
- Und es gibt auch den Aspekt „Fehlversorgung“ (Qualitätsaspekt): nicht alles was getan wird oder getan werden könnte, ist gut

Was sind Kriterien der Versorgung?

- Bedarfsgerecht/adäquat
 - (Alternativen: am Bedarf vorbei, unpassend ...)
- Spezifisch bzgl. Zielgruppen, Substanzen, Morbidität
 - (Alternative: unspezifisch allgemein, „Schrotschuss-Methode“, „Gießkannenprinzip“)
- Wirtschaftlichkeit
 - (Alternative: alles was möglich ist, muss gemacht werden)
- Qualifiziert, leitliniengerecht, evidenzbasiert
 - (Alternativen: laienmäßig, subjektiv „meinungsbasiert“, Zeitgeist gemäß etc.)

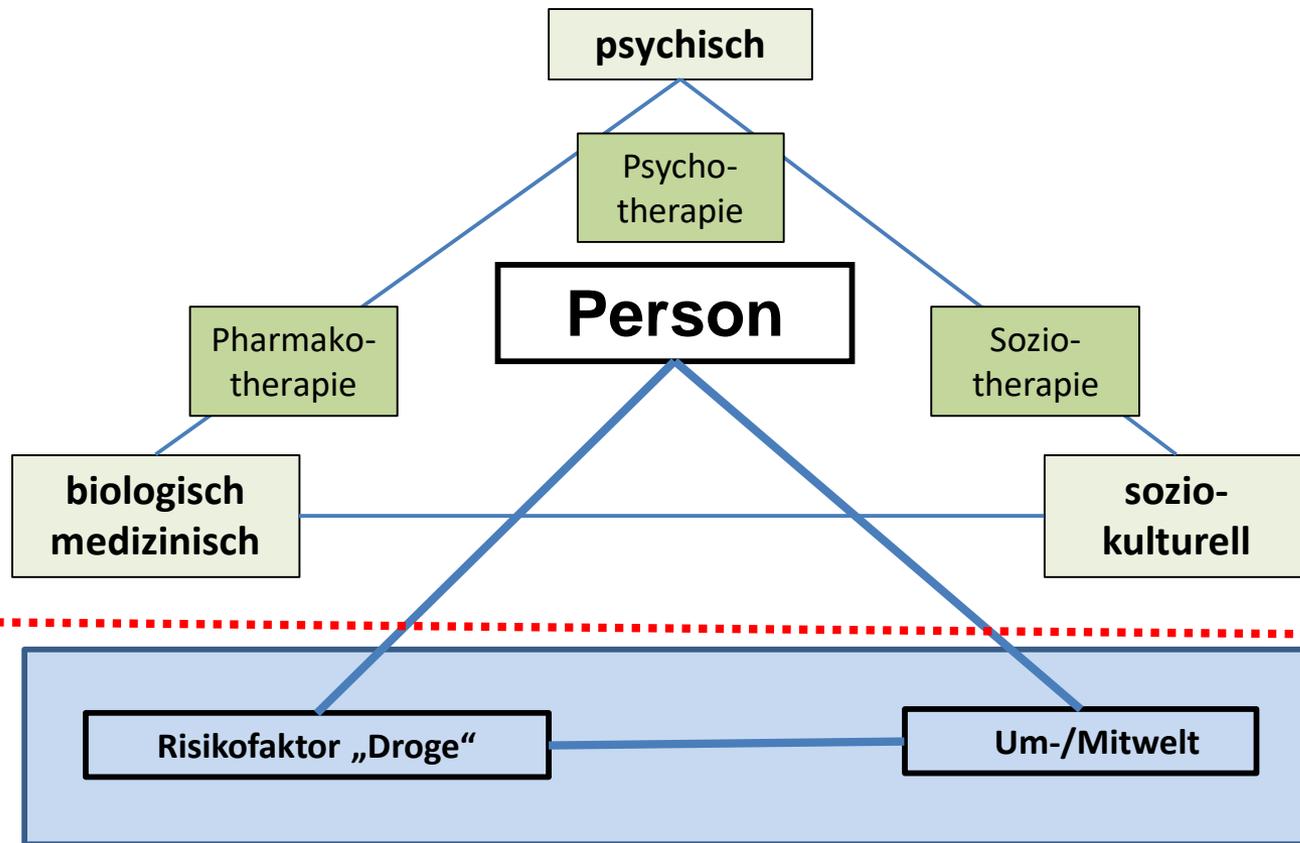
„Bedarfsgerecht“ definiert in den SGBs

- GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Die wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems.
- D.h. : setzt ausreichend Strukturen und qualifiziertes Personal voraus
- Medizinethisch: Ressourcengerechtigkeit
- „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“: Gutachten des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Juli 2018.

Primärärztliche Behandlung

- Die in der Leitlinie der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (2006) erwähnte US-amerikanische Multicenter-Studie PRISM-E, (Bartels et al., 2004), mit insgesamt hoher Fallzahl untersuchte die Inanspruchnahme und die Behandlungsergebnisse von über 65-Jährigen mit psychischen Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen) und riskantem Trinkverhalten („at-risk drinking“) bei Integration der Interventionen in die primärmedizinische Versorgung im Vergleich zur Vermittlung in spezialisierte Einrichtungen. Sechs der sieben in der eigenen Literaturrecherche gefundenen Arbeiten entstammen ebenfalls diesem Projekt (Areàn et al., 2008; Chen et al., 2006; Lee et al., 2009; Oslin et al., 2006; Zanjani et al., 2006 und 2008). Die umfangreichen Daten wurden nach verschiedenen Gesichtspunkten analysiert.
- Generell konnte gezeigt werden, dass die älteren „at-risk“ Trinker in die Primärversorgung integrierte Behandlungsangebote (Kurzinterventionen) in höherem Maße in Anspruch nahmen als solche in spezialisierten Einrichtungen (Areàn et al., 2008; Lieb et al., 2008; Oslin et al., 2006). Sie waren mit diesen Angeboten in fünf von sieben Items signifikant zufriedener (Chen et al., 2006). Die höhere Nutzung von in die Primärversorgung integrierten Angeboten gegenüber solchen spezialisierter Einrichtungen ist zurückhaltend zu interpretieren, da in den spezialisierten Einrichtungen zumeist ein auf Abstinenz zielendes 12-Schritte Programm durchgeführt wurde. Bei der untersuchten Population S3 LL Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen handelte es sich aber um „at-risk“ Trinker, die mehrheitlich nicht abhängig waren (Oslin et al., 2006), sodass zur geringeren Wahrnehmung der spezialisierten Angebote beigetragen haben kann, dass die PatientInnen sich weniger gut mit den Behandlungszielen identifizieren konnten. Hierfür spricht auch, dass PatientInnen, die in der Vorgeschichte bereits versucht hatten, ihr Trinkverhalten zu ändern und PatientInnen, die sich aktuell in einem entsprechenden Motivationsstadium befanden, in einem höheren Maße Angebote der spezialisierten Einrichtungen wahrnahmen, als dies PatientInnen taten, die bislang noch keine Änderungsabsichten hatten und die in früheren Motivationsstadien waren (Zanjani et al., 2006). Hingegen nahm die letzte Gruppe Behandlungsangebote in der Primärversorgung in höherem Umfang wahr (Zanjani et al., 2006). Zu bedenken ist auch die Möglichkeit einer geringeren Inanspruchnahme spezialisierter Einrichtungen, da diese in höherem Ausmaß mit Stigmata belegt sein könnten. Die höhere Inanspruchnahme der integrierten Behandlungsangebote führte jedoch nicht zu einer höheren Trinkmengenreduktion als die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen (Oslin et al., 2006). Die Effektstärken waren bei einer geringen Behandlungsintensität von zumeist weniger als drei Interventionen gering (Oslin et al., 2006; Zanjani et al., 2008).
- Eine Studie konnte zeigen, dass PatientInnen, die standardisierte Rückmeldungen über das mit ihrem Trinkverhalten verbundene Risiko und Empfehlungen für einen gesünderen Umgang erhielten, ihre Trinkmengen reduzierten (Fink et al., 2005). Stellte man die individualisierten, patientInnenbezogenen Rückmeldungen auch dem behandelnden Arzt/ Ärztin zur Verfügung, war die Trinkmengenreduktion effektiver. Eine Verringerung des an der Klassifizierung des Trinkverhaltens gemessenen Risikos gelang allerdings dadurch nicht.

Behandlung auch im höheren Alter?



Quelle: modifiziert nach Fleischmann PSYCH up2date 9 2015

**SUCHT: bio-psycho-
SOZIAL:**

**Faktoren/“Ursachen“
Symptome/Störungen
Funktionalität
Interventionen
Ergebnisse**

Was heißt „alter Mensch“? – ist anders zu sehen als vor 50 Jahren! Nicht das kalendarische Alter entscheidet sondern die Funktionalität

Ältere haben andere medizinische Bedürfnisse als jüngere Menschen, da oft

- viele Erkrankungen (Multimorbidität statt einzelne Erkrankungen)
- chronisch verlaufende Erkrankungen (statt akut)
- Polypharmazie (da jede Erkrankung einzeln behandelt wird, was ein eigenständiges Gesundheitsrisiko darstellt; bei einer Neuverordnung das Absetzen nicht vergessen!)
- geringere geistige und körperliche Fitness
- andere Behandlungsziele und andere Indikationskriterien für eine Intervention (Symptomlinderung statt Heilung, kurz- statt langfristige Prognose, LQ trotz Beschwerden, Erhalt der Selbständigkeit, Partizipation, Erhalt der Aktivitäten des tgl. Lebens (ADL) statt Arbeitsfähigkeit)
- erhebliche interindividuelle Unterschiede (sozioökonomisch, ethisch-kulturell, lebensbiographische Hintergründe mit life events und den dazugehörigen epigenetischen Programmierungen)

Auch Psychotherapie ist möglich, allerdings mit anderen Schwerpunkten

Folgende Komponenten sind für eine erfolgreiche Anpassung an Lebensveränderungen, Belastungen und Älterwerden zu beachten:

- **Selektion** bezieht sich auf die Auswahl bzw. Veränderung von Zielen und Verhaltensbereichen;
- **Optimierung** bezieht sich auf Stärkung und Nutzung vorhandener, zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen;
- **Kompensation** zielt auf die Schaffung, das Training und die Nutzung vorhandener bzw. neuer Handlungsmittel.

Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung im höheren Lebensalter

- Erwartungen, Ansprüche, Wünsche den Lebensbedingungen (körperlicher Verfassung, Behinderung) anpassen und realistisch gestalten;
- Bearbeiten und Aufgeben alter Enttäuschungen, Hoffnungen, Verletzungen;
- negative, behindernde Bedingungen in der Lebens- und Alltagswelt der älteren Menschen (wie z. B. Isolation, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen) beseitigen;
- Sozialpartner, die Familie mit in die Behandlung einbeziehen;
- Patienten kontingent auf aktives, funktionales, problemlösendes Verhalten verstärken, um so Verhaltensweisen der Patienten im Sinne von Verhaltens- und Ressourcendefiziten zu korrigieren und durch situationsangemesseneres Verhalten zu ersetzen;
- Verhaltensübungen, Realitätstesten durchführen; aktives, die Umwelt (wieder) kontrollierendes Verhalten aufbauen bzw. wieder freilegen;
- dysfunktionale, wenig hilfreiche, resignative Kognitionen (Einstellungen, Annahmen, Haltungen) abbauen und durch konstruktivere, selbstwertdienlichere ersetzen;
- Verstärkung von passivem, vermeidendem Verhalten abbauen.

Therapieentscheidung ist nicht eine Entscheidung des Alters sondern der Lebenssituation und des sozialen Kontextes

- **Setting**
 - Alten-/Pflegeheim, häusliche Pflege (Pflegefähigkeit)
 - Palliativstation, begrenzte/absehbare Lebenserwartung
 - Intensivmedizin (Behandlung der lebensgefährdenden Erkrankung hat Vorrang)
- **Konsumbezogene Faktoren**
 - Konsumanamnese: Langzeitgebrauch, chronisch, akut
 - Hoch-/Niedrigdosiskonsum (stabiler low dose Konsum)
 - Abhängigkeitszeichen, (akute, rezidivierend auftretende) Entzugssymptomatik
- **Gesundheitliche Verfassung**
 - Allgemeinzustand, Körperliche Verfassung
 - Ko- /Multimorbidität: z.B. Chronische Schmerzproblematik, psychische Erkrankung, Tumorerkrankung, chron. Abhängigkeitsanamnese (Polypharmazie)
 - Geistige Verfassung (Kognitive Einschränkungen, Demenz)
- **Soziale Integration**
 - Freizeitverhalten (Sport, Kultur, Hobby)
 - Bekanntenkreis (Inklusion, Alleinsein)
 - Teilhabeaktivitäten
- **Subjektive Überzeugungen (partizipative Entscheidungsfindung)**
 - Angehörigenmeinung/Betreuer
 - Patienteneinstellung

Welche Versorgungsstrukturen brauchen wir?

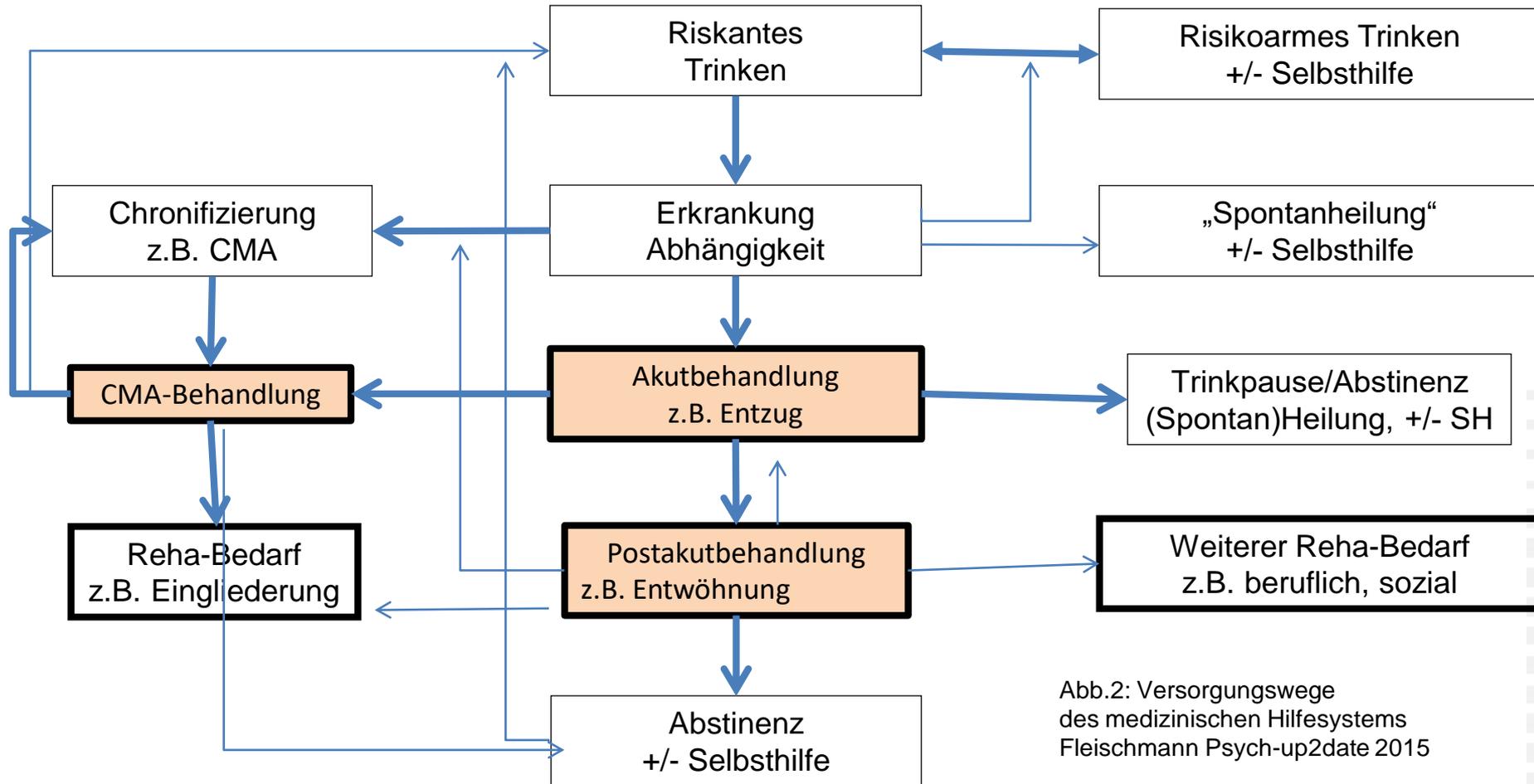


Abb.2: Versorgungswege des medizinischen Hilfesystems
Fleischmann Psych-up2date 2015

Suchtpsychiatrische Behandlungsziele – auch für Ältere

In Abhängigkeit vom Behandlungsstadium und Umweltfaktoren

- Befähigung zum Umgang mit dem Abhängigkeitssyndrom
 - Abstinenzbefähigung, (ggf. über Management von Konsumpausen, Trinkmengenreduktion)
 - Rückfall-/Trinkbeginn-Management
- Inklusion/Teilhabefähigkeit: weniger Arbeitsfähigkeit
- Fähigkeit zur Inanspruchnahme weiterer Behandlung (Prognose!)
 - Ambulante Behandlung
 - Anbindung an das Suchthilfesystem
 - Befähigung zur Selbsthilfe
- Ggf. Reha-Fähigkeit – hier ggf. Pflegefähigkeit ? - herstellen (= Systemübergang!)
 - Teilhabefähigkeit (setzt nachhaltige Einstellungs- und Haltungsänderung dem Suchtmittel gegenüber voraus)

Arztpraxis wird unterschätzt

- Vertrauen zum Hausarzt (persönlich ohne Dritte, geschützt durch Schweigepflicht)
 - Cave: „Kumpanei“
 - Stigmatisierung durch Nicht-Diagnose
 - Cave „Moralapostel“
 - Cave „Drohungen durch negative Prognosen/Prophezeihungen“
- Langzeitbegleitung (finanziell gesichert, unabhängig von Anbieterstrukturen)
- Schwerpunktsetzung der Behandlung (Individualisierung)
- Möglichkeiten zum Einsatz sektorübergreifender Maßnahmen (integrative Behandlung)

Inanspruchnahme von Behandlung/“Therapiebereitschaft“

Abhängig von

- individuellen und gesellschaftlichen Überzeugungen und Konstruktionen
- Subjektiven Krankheitsgefühl
- Aktuelle Lebenssituation
- Kenntnissen über die Störung und Behandlungsmöglichkeiten (Aufklärung)
- Vertrauen zum Behandlungssystem
- Vertrauen zur Person, die Behandlung anbietet
- Individuellen Behandlungszielen
- Schwere der Erkrankung
- ...

Fallvignetten

Vielen Dank fürs Zuhören



Inscription auf einem Haus in Chioggia bei Venedig