

# Altersalkoholismus

## *Eine Bestandesaufnahme*

*Thomas Meyer<sup>1</sup> und Barbara Willimann<sup>2</sup>*

*Expertenpanel Altersalkoholismus*

---

<sup>1</sup> Forel Klinik, CH-8548 Ellikon, [thomas.meyer@forel-klinik.ch](mailto:thomas.meyer@forel-klinik.ch), [www.forel-klinik.ch](http://www.forel-klinik.ch), [www.atf-schweiz.ch](http://www.atf-schweiz.ch)

<sup>2</sup> Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme, CH-8005 Zürich, [barbara.willimann@zfa.ch](mailto:barbara.willimann@zfa.ch), [www.zfa.ch](http://www.zfa.ch)

# Inhaltsverzeichnis

## Einleitung

<b>1</b>	<b>Quellen.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen.....</b>	<b>5</b>
2.1	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel (2007) .....	5
2.1.1	Häufigkeit des Alkoholkonsums .....	5
2.1.2	Befunde aus der SGB .....	5
2.2	Gesundheit im Kanton Zürich 2000 - 2006, ISPM Zürich (2007) .....	5
2.2.1	Trend .....	5
2.3	Nationales Programm Alkohol 2008 - 2012 (2007).....	5
2.3.1	Chronischer Konsum im Alter.....	5
2.3.2	Alkoholkonsum im Alter, Altersalkoholismus .....	5
<b>3</b>	<b>Konzeptionelle Aussagen .....</b>	<b>6</b>
3.1	Psychiatriekonzept des Kantons Zürich (1997) .....	6
3.1.1.	Spezielle Erwachsenenpsychiatrie .....	6
3.1.2.	Subsidiaritätsprinzip .....	6
3.1.3.	Teilstationäre Angebote, Wohnortsnähe .....	6
3.1.4.	Primat von Kranken- und Pflegeheimen gegenüber institutioneller Psychiatrie; Gerontopsychiatrische Konsiliardienste.....	6
3.1.5.	Stationäre gerontopsychiatrische Behandlung .....	6
3.1.6.	Mängel bei den gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen .....	6
3.1.7.	Bedeutung von gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.....	7
3.1.8.	Gerontopsychiatrische Tageskliniken .....	7
3.1.9.	Weiter- und Fortbildung, Supervision für Pflegefachleute und Spitex .....	7
3.1.10.	Weiter- und Fortbildung für Hausärzte .....	7
3.2	Bericht Bolleter: Versorgungsstrukturen im Alkoholbereich im Kanton Zürich (2001) .	7
3.2.1.	Altersalkoholismus .....	7
3.3	Alterskonzept der Stadt Zürich (2002).....	8
3.3.1.	Bedeutung der Prävention im Alter.....	8
3.3.2.	Bedeutung der zielgruppenspezifischen Prävention .....	8
3.3.3.	Suchtprävention im Alter .....	8
3.4	Lagebericht 2002 über den Suchtmittelbereich (2003) .....	8
3.4.1.	Zunahme des Altersalkoholismus auf Grund der demografischen Entwicklung .....	8
3.4.2.	Versorgungsbedarf .....	8
3.4.3.	Lücke spezialisierter Angebote für ältere alkoholabhängige Menschen.....	9
3.5	Bericht der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich (2006).....	9
3.5.1.	Regionalisierung vor Subspezialisierung.....	9
3.5.2.	Prävalenz von Suchterkrankungen im Alter.....	9
3.6	Evaluation des Psychiatriekonzepts des Kantons Zürich (2005) .....	9
3.6.1.	Betreuungskontinuität als wesentliches Qualitätsmerkmal .....	9
3.6.2.	Versorgungsstrukturen und Organisation .....	9
3.6.3.	Neugeschaffene Strukturen im Gerontopsychiatrischen Bereich zwischen 1997 und 2004.....	10
3.6.4.	Fehlen von teilstationären Angeboten für Alkohol- und andere SuchtpatientInnen ..	10
3.6.5.	Aufsuchende Psychiatrie.....	10
3.6.6.	Überregionale spezialisierte Angebote .....	10

<b>4</b>	<b>Interpretatorische Zusammenfassung obiger Konzeptaussagen in Bezug auf den Altersalkoholismus .....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Hauptzielgruppen konzeptioneller Überlegungen .....</b>	<b>12</b>
5.1	Alt gewordene, chronische Alkoholiker (early onset drinkers).....	12
5.2	Alkoholabusus im Alter als Symptom von Alterskrankheit, insbesondere Depression und Demenz .....	12
5.3	Altersalkoholismus, der sich erst im Alter durch Umstellung der Lebensumstände, insbesondere Pensionierung ergibt (late onset drinkers).....	12
5.4	Altersalkoholismus nach einschneidenden, negativen Lebensereignissen (z. B. Partnerverlust) .....	12
<b>6</b>	<b>Ideen zum Procedere innerhalb des „ExpertInnenmeetings“ .....</b>	<b>13</b>
6.1	Halbjährliche Treffen .....	13
6.2	Regelmässige Fachtagungen.....	13
6.3	Identifikation von Handlungsfeldern .....	13
<b>7</b>	<b>Quellennachweis .....</b>	<b>14</b>

## Einleitung

Anlässlich des ExpertInnenmeetings Altersalkoholismus vom 2.7.2007 wurde u.a. beschlossen, diverse Konzeptpapiere zum Thema Alkoholismus mit dem Fokus Altersalkoholismus zu sichten und einen Ist-Soll-Vergleich z.H. des ExpertInnengremiums vorzunehmen.

### 1 Quellen

Die Arbeit stützt sich auf folgende Quellen:

1. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz<sup>i</sup>
2. Gesundheit im Kanton Zürich 2000 - 2006<sup>ii</sup>
3. Nationales Programm Alkohol 2008 - 2012<sup>iii</sup>
4. Psychiatriekonzept des Kantons Zürich<sup>iv</sup>
5. Bericht Bolleter<sup>v</sup>
6. Alt sein in Zürich: Alterskonzept<sup>vi</sup>
7. Lagebericht 2002 über den Suchtmittelbereich<sup>vii</sup>
8. Bericht der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich<sup>viii</sup>
9. Evaluation des Psychiatriekonzepts des Kantons Zürich<sup>ix</sup>

## **2 Grundlagen**

Der Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol im Alter gewinnt zunehmend an Bedeutung, wie dies verschiedene Untersuchungen bestätigen. Dieses bis vor kurzem tabuisierte Thema bedeutet für die gesamte Altenbetreuung eine zusätzliche Herausforderung.

### **2.1 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel (2007)**

#### **2.1.1 Häufigkeit des Alkoholkonsums (S. 57)**

Selbstauskünfte zu Hause lebender Personen über 65 Jahre: 12% der Frauen, aber 42% der Männer konsumierten täglich zwei oder mehr alkoholische Getränke.

Mit zunehmendem Alter nahm der Anteil Personen, die zwei oder mehr alkoholische Getränke pro Tag konsumierten von 27% bei den 65- bis 74-Jährigen auf 19% bei den über 85-Jährigen ab.

#### **2.1.2 Befunde aus der SGB (S. 59)**

Die Daten der SGB zeigen, dass (...) bei etwa 8% der über 65-Jährigen ein mittleres oder hohes Gesundheitsrisiko besteht. Die Häufigkeit von Alkoholismus lag bei knapp 8% der über 65-jährigen Männer und bei 3% der über 65-jährigen Frauen. Rund 60% der alkoholkranken älteren Menschen begannen bereits in der Jugend mit Alkoholmissbrauch, 30% fingen missbräuchliches Trinken im Alter an.

### **2.2 Gesundheit im Kanton Zürich 2000 - 2006, ISPM Zürich (2007)**

#### **2.2.1 Trend (S. 77)**

Der tägliche Alkoholkonsum hat bei den über 65-jährigen Männern von 36% (1992) auf 41% (2002) zugenommen, bei den über 65-jährigen Frauen von 8% auf 18%.

### **2.3 Nationales Programm Alkohol 2008 - 2012 (2007)**

#### **2.3.1 Chronischer Konsum im Alter (S. 16)**

Im Ruhestand erhöht chronischer Alkoholkonsum nachweislich die Sturz- und Unfallgefahr. Zuweilen hat er fatale Auswirkungen auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand der älteren Menschen und insbesondere auf die Dauer ihrer Selbstständigkeit. Zudem geht im Alter chronischer Alkoholkonsum nicht selten mit situationsunangepasstem Trinken einher, da die altersbedingten Umstände Alkohol nur noch höchst zurückhaltend oder gar nicht mehr zulassen.

#### **2.3.2 Alkoholkonsum im Alter, Altersalkoholismus (S. 26)**

Mit der Alterung der Gesellschaft erlangt das Trinkverhalten der Menschen im Ruhestand grössere Bedeutung. Genaues Beobachten und gezieltes Handeln zur Eindämmung von gesundheitlich schädlichem Trinkverhalten im Alter werden vermehrt nötig.

### 3 Konzeptionelle Aussagen

Die beiden Verfasser haben obige Konzeptunterlagen des Kantons Zürich auf Hinweise zum Problem des Altersalkoholismus im Speziellen, aber auch zum Thema Prinzipien alterspsychiatrischer Versorgung im Allgemeinen gesichtet. Im Folgenden finden sich, weitgehend unkommentiert, die entsprechenden Quellenangaben. Es sei bereits an dieser Stelle vermerkt, dass spezifische Angaben zum Thema Altersalkoholismus weitgehend fehlen und somit das Problem von politischer und fachlicher Seite noch weitgehend unterschätzt wird.

#### 3.1 Psychatriekonzept des Kantons Zürich (1997)

Im Psychatriekonzept des Kantons Zürich finden sich wenige Hinweise, die sich unmittelbar auf das Problem des Altersalkoholismus beziehen. Dagegen werden einige grundsätzliche Überlegungen ausgeführt, die auch für dieses Thema von Bedeutung sind:

##### 3.1.1. Spezielle Erwachsenenpsychiatrie (S. 31)

Es wird festgehalten, dass sich sowohl die Gerontopsychiatrie als auch der Suchtbereich zu eigenständigen Fachbereichen mit spezifischen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten entwickelt haben.

##### 3.1.2. Subsidiaritätsprinzip (S. 32)

Alterskranke Menschen sind so lange als möglich zuhause zu betreuen. Eine Schlüsselrolle nimmt dabei der Hausarzt bzw. die Hausärztin ein. Subsidiär werden gerontopsychiatrische, geriatrische und andere Spezialisten zugezogen.

##### 3.1.3. Teilstationäre Angebote, Wohnortsnähe (S.32)

Wenn ambulante Hilfestellungen nicht ausreichen, sind zuerst teilstationäre Angebote zu prüfen (zur Abklärung, Krisenintervention, Rehabilitation und Entlastung der Angehörigen). Damit die Tagesheime und die speziellen gerontopsychiatrischen Tageskliniken Krankenhausaufenthalte und Heimeinweisungen soweit wie möglich vermieden werden können, sind sie möglichst wohnortnah und dezentral einzurichten.

##### 3.1.4. Primat von Kranken- und Pflegeheimen gegenüber institutioneller Psychiatrie (S. 33); Gerontopsychiatrische Konsiliardienste

Langfristig pflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die an einer körperlich begründbaren Demenz leiden und auch bei Entlastung durch Tagesstätten nicht mehr zuhause betreut werden können, sind in erster Linie in Kranken- bzw. Altersheimen unterzubringen. Entsprechend ist eine gerontopsychiatrisch konsiliarische Betreuung für diese Einrichtungen eine wichtige Aufgabe, um die Betreuungsqualität der entsprechenden betagten Psychischkranken zu gewährleisten.

##### 3.1.5. Stationäre gerontopsychiatrische Behandlung (S.33)

Nur ambulant nicht behandelbare psychiatrisch Erkrankte sind längerfristig in speziellen gerontopsychiatrischen Stationen zu betreuen, nämlich v.a. Patientinnen und Patienten mit (...), mit *dekompensierten Suchtproblemen* sowie (...).

##### 3.1.6. Mängel bei den gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen (S.50)

Das insgesamt noch allzu spärliche Angebot gerontopsychiatrischer Einrichtungen *insbesondere im ambulanten und teilstationären Bereich*, die noch *nicht durchgehende Trennung psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten in Aufnahmestationen* sowie die mangelhafte Sektorsierung und Integration der Gerontopsychiatrie in die medizinischen und sozialen Versorgungsstrukturen.

### **3.1.7. Bedeutung von gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie (S. 83)**

Die für alte Menschen besonders wichtige Integration der psychiatrischen Versorgung in die bestehenden sozialen und medizinischen Strukturen macht die Entwicklung einer subspezialisierten Konsiliar- und Liaisongerontopsychiatrie besonders nötig. Die Konsiliar- und Liaisongerontopsychiatrie ist nicht nur für die somatischen Spitäler bedeutungsvoll, sondern dient ebenso der grossen Anzahl von Alters-, Pflege- und Krankenheimen sowie den ambulant tätigen Betreuungsorganisationen wie der Spitex.

An dieser Stelle sei nochmals hervorgehoben, dass besondere alterspsychiatrische Angebote innerhalb der gesamtmedizinischen Versorgung nur soweit einzurichten sind, wie die Befriedigung spezieller Bedürfnisse durch andere Träger nicht genügen. Für viele Problemstellungen in der Hausarztmedizin, im Spitexbereich sowie in Alters- und Pflegeheimen reicht aber eine gute konsiliarische Beratung und eine adäquate liaisonpsychiatrische Unterstützung der Betreuungsteams aus, insbesondere wenn gleichzeitig auch Standards für eine adäquate psychiatrische Betreuung in Heimen und im Spitexbereich festgelegt werden.

### **3.1.8. Gerontopsychiatrische Tageskliniken (S.83)**

Die gerontopsychiatrische Spezialisierung hat im Kanton Zürich im Vergleich zu den westschweizer Kantonen, aber auch zu andern europäischen Ländern einen Rückstand wettzumachen. Entsprechend ist schon in der Zürcher Krankenhausplanung im Jahre 1991 festgehalten worden, dass noch *7 weitere dezentral gelegene psychiatrische Tageskliniken mit insgesamt 90 Behandlungsplätzen* fehlen.

### **3.1.9. Weiter- und Fortbildung, Supervision (S. 99) für Pflegefachleute und Spitex**

(...). Zusätzlich sind in der Weiter- und Fortbildung des Pflegepersonals, aber auch interdisziplinär, im ambulanten und im stationären Bereich, genügend Angebote zur Vertiefung des Psychiatriefachwissens zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sollten Supervisionen und «Balintgruppen» die Fachkompetenz auch ausserhalb des eigentlichen psychiatrischen Fachgebietes sichern (z.B. Spitex, Altersheime, u.a.).

### **3.1.10. Weiter- und Fortbildung für Hausärzte (S. 99)**

(...). Im Rahmen der Fortbildung sollte die psychiatrische und psychosoziale Kompetenz vertieft werden. Sie umfasst nicht nur das Wissen um und die Wahrnehmung von Beziehungsproblemen zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient, sondern auch praktische Fertigkeiten beim Lösen solcher Probleme. Neben bereits bestehenden Fortbildungsangeboten kann die Fortbildung mit (video)-band-dokumentierten Fallbesprechungen und/oder Balintgruppen sowie gemeinsamen Besprechungen mit Pflegenden und Sozialengagierten ergänzt werden.

## **3.2 Bericht Bolleter: Versorgungsstrukturen im Alkoholbereich im Kanton Zürich (2001)**

Der „Bericht Bolleter“ wurde 2001 durch eine ad hoc ins Leben gerufene Arbeitsgruppe unter der Verantwortung der Gesundheitsdirektion zur Beantwortung eines kantonsrätlichen Postulats durch die Kantonsräte Bolleter, Fierz und Schürch erstellt. In diesem Bericht wurden die im Kanton Zürich bestehenden Versorgungsangebote im Alkoholbereich katalogisiert, qualitativ und quantitativ bewertet, eine Lückenanalyse vorgenommen und Empfehlungen abgegeben.

### **3.2.1. Altersalkoholismus**

Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung kann das Problem des Altersalkoholismus an Bedeutung gewinnen. Gemäss SFA trinken 41% der über 65-jährigen Männer und 16% der über 65-jährigen Frauen in der Schweiz täglich Alkohol<sup>x</sup>. In der Umfrage (*der Arbeitsgruppe*) bei den gerontopsychiatrischen Einrichtungen im Kanton wurde der Behandlungsbedarf als gegeben beurteilt, da die Alkoholabhängigkeit oft zu früherer Pflegebedürftigkeit und Unselbständigkeit führe. Schätzungen zur Zahl der Betroffenen konn-

te die Arbeitsgruppe aber nicht erheben, auch bei der Spitex oder der Pro Senectute nicht. Ob sich eine Verbesserung durch das Schaffen von altersspezifischen Behandlungseinrichtungen mit einer gewissen Ghetto-Wirkung oder nicht doch effizienter durch gezieltere Behandlungsangebote in den bestehenden Strukturen erreichen lässt, ist eine offene Frage. In Basel wird eine Gerontostation mit zusätzlichem Spitexdienst für ältere Alkoholabhängige geplant; möglicherweise können die Erfahrungen aus diesem Projekt hier weiteren Aufschluss bringen.

### **3.3 Alterskonzept der Stadt Zürich (2002)**

#### **3.3.1. Bedeutung der Prävention im Alter (S. 29)**

Viele ältere Menschen sind heute besser über altersbedingte Krankheiten informiert und nehmen gezielt Hilfe in Anspruch. Diese Entwicklung ist zu begrüßen und zu fördern. Andere SeniorInnen medikamentieren sich selbst ohne Kenntnis der möglicherweise veränderten Wirkung von Medikamenten auf den alternden Organismus. Der verbesserte Umgang mit Krankheiten und Behinderungen im Alter verführt z.T. zu Sorglosigkeit, so dass die frühzeitige Prävention vernachlässigt wird. Es ist deshalb wichtig, dass die Bevölkerung gezielt über das Thema Gesundheit im Alter, präventive Massnahmen, den eigenen Handlungsspielraum und die positiven Auswirkungen der Prävention informiert wird.

#### **3.3.2. Bedeutung der zielgruppenspezifischen Prävention (S. 29)**

Besondere Aufmerksamkeit ist dabei der zielgruppenspezifischen Prävention zu schenken, um Personen zu erreichen, die aufgrund sozialer oder kultureller Hintergründe nur erschwert Zugang zu Gesundheitseinrichtungen haben und in Berufen tätig sind oder waren, die ein erhöhtes Gesundheitsrisiko beinhalten.

#### **3.3.3. Suchtprävention im Alter (S. 29)**

Gesundheitsprävention muss auch Suchtproblematiken umfassen. Erst in den letzten Jahren setzte sich die Erkenntnis durch, dass insbesondere im Zusammenhang mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch Sucht auch bei älteren Menschen ein Problem darstellt. Vor allem im Hinblick auf die mit der Sucht einhergehenden sozialen Erscheinungsbilder (Verwahrlosung, Desorientierung etc.) werden heute vermehrte Anstrengungen in diesem Bereich unternommen. Die üblichen Sucht-Präventionsstellen sind jedoch noch wenig auf die spezielle Problematik älterer Menschen eingestimmt, und angepasste Präventionsmassnahmen und Behandlungsmethoden sind noch wenig bekannt.

### **3.4 Lagebericht 2002 über den Suchtmittelbereich (2003)**

#### **3.4.1. Zunahme des Altersalkoholismus auf Grund der demografischen Entwicklung (S. 37)**

Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung kann der Altersalkoholismus an Bedeutung gewinnen; was in dieser Situation das beste Angebot zur Behandlung darstellt, ist eine offene Frage.

#### **3.4.2. Versorgungsbedarf (S. 44)**

Der Altersalkoholismus tritt zunehmend in das Blickfeld der Fachleute und wird als wachsendes Problem wahrgenommen. Gemäss Angaben der SFA trinken 41% der über 65-jährigen Männer und 16% der über 65-jährigen Frauen in der Schweiz täglich Alkohol (SFA 1997). Die stärkere Wahrnehmung des Problems mag auch mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zusammenhängen. Da Alkoholismus öfters zu früherer Pflegebedürftigkeit und Unselbständigkeit führt, scheint ein Handlungsbedarf gegeben. Schätzungen zur Zahl der effektiv betroffenen Personen sind jedoch nicht erhältlich. Spezielle Behandlungsangebote fehlen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich,

doch ist es eine offene Frage, ob sich Verbesserungen durch altersspezifische Angebote mit einer gewissen «Ghetto»-Wirkung oder durch gezieltere Behandlungsangebote in den bestehenden Strukturen erreichen lässt.

### **3.4.3. Lücke spezialisierter Angebote für ältere alkoholabhängige Menschen (S. 50)**

Spezialisierte Behandlungsangebote für ältere Menschen mit Suchtproblemen existieren weder in den psychiatrischen noch in den Fachkliniken. Der diesbezügliche Bedarf scheint vorhanden, müsste aber noch genauer evaluiert werden. Jedenfalls soll bei spezialisierten Einrichtungen ein sog. «Ghetto»-Effekt vermieden werden.

## **3.5 Bericht der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich (2006)**

### **3.5.1. Regionalisierung vor Subspezialisierung (S. 5)**

Auch die Regionalisierung erachten die Mitglieder der Arbeitsgruppe für sinnvoll und sprechen sich mehrheitlich eindeutig gegen überregional offene Subspezialisierungen (z.B. für *Suchterkrankungen*, Psychotherapie, psychosomatische Störungen) aus. Durch die zunehmende Spezialisierung der alterspsychiatrischen Therapieangebote in den Kliniken, wird eine lokale Subspezialisierung mit überregionaler Öffnung nicht als bedarfsorientiert gesehen. Die Forderung ist klar: Die Regionen sollen den Grundbedarf abdecken. (...) Die Arbeitsgruppe hält ferner den Ausbau von ambulanten und teilstationären Angeboten im alterspsychiatrischen Bereich weiterhin als dringend erforderlich.

### **3.5.2. Prävalenz von Suchterkrankungen im Alter (S. 10)**

Die Mehrzahl der älteren Menschen konsumiert alkoholische Getränke, doch geht mit dem Alter - bei abnehmender Alkoholtoleranz - die Trinkmenge zurück und der Anteil der Abstinenzanten steigt. Der Anteil starker Trinker (Alkoholmissbrauch) in der Altersbevölkerung beläuft sich auf Werte zwischen 5 und 10%. Von einem regelmässigen Alkoholkonsum muss bei mindestens 50% der über 60-Jährigen ausgegangen werden. Die Prävalenzraten von Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen bewegen sich zwischen 0.5 und 2%, die Ergebnisse der ECA Epidemiologic Catchment Area Study zeigten bei über 65-jährigen Männern eine Einjahresprävalenz für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit von 3.1%, bei über 65-jährigen Frauen von 0.5%. Die Werte liegen aber in Alters- und Pflegeheimen oft deutlich höher, es werden Prävalenzraten von bis zu 32% genannt. Die Zahlen liegen im Vergleich zur unter 60-jährigen Bevölkerung etwas niedriger, widerlegen aber die früher postulierte Annahme, dass die Alkoholabhängigkeit im Alter verschwinde. Insgesamt hat in den letzten Jahren die Alkoholabhängigkeit im Alter sogar leicht zugenommen.

Studien zu Prävalenzraten für Medikamentenabhängigkeit im Alter liegen kaum vor, in der Berliner Altersstudie (BASE) erfüllten 0.5% der über 69-Jährigen die Kriterien einer Medikamentenabhängigkeit.

## **3.6 Evaluation des Psychiatriekonzepts des Kantons Zürich (2005)**

### **3.6.1. Betreuungskontinuität als wesentliches Qualitätsmerkmal (S. 12)**

### **3.6.2. Versorgungsstrukturen und Organisation (S. 13)**

Es wird an dieser Stelle explizit darauf verwiesen, dass sowohl für den Alterspsychiatrischen als auch für den Suchtpsychiatrischen Bereich Versorgungsstrukturen auf den Ebenen ambulante Behandlung, intensive Akutbehandlung, intensive Intermediärbehandlung und Langzeitbetreuung und -behandlung zu schaffen seien.

### **3.6.3. Neugeschaffene Strukturen im Gerontopsychiatrischen Bereich zwischen 1997 und 2004 (S. 22-27)**

Explizit erwähnt werden das gerontopsychiatrische Ambulatorium des Psychiatricentrum Männedorf und der Aufbau der Gerontopsychiatrie innerhalb der ipw unter gleichzeitigem Abbau der Langzeitpflege im früheren Krankenhaus Wülflingen.

### **3.6.4. Fehlen von teilstationären Angeboten für Alkohol- und andere SuchtpatientInnen (S. 28/29, 36 und 52)**

Zur teilstationären Versorgung kann aufgrund der schriftlichen Antworten grundsätzlich festgehalten werden, dass störungsspezifisch differenzierte Settings weitgehend fehlen und so insbesondere Alkohol- und andere SuchtpatientInnen nicht teilstationär betreut werden können.

In den teilstationären Einrichtungen fehlt es laut den Ergebnissen der schriftlichen Befragung in den Regionen Zürich, Horgen und Winterthur an störungsspezifischen Settings, so dass SuchtpatientInnen (...) und gerontopsychiatrische PatientInnen (...) nicht adäquat behandelt werden könnten.

Seitens der spezialisierten Einrichtungen des Suchtbereichs und der Gerontopsychiatrie wird eingebracht, dass auf regionaler Ebene Tageskliniken für Alkoholabhängige (Forel Klinik) und für besonders schwere Fälle der Gerontopsychiatrie spezialisierte Institutionen (Sonnhalde) unterhalten werden sollten.

### **3.6.5. Aufsuchende Psychiatrie (S. 29)**

Etwas konkreter kann die Versorgungssituation anhand der Frage nach nicht erreichten Patientengruppen erörtert werden. Diesbezüglich ist zunächst darauf zu verweisen, dass aufgrund der unbekanntem Dunkelziffer psychisch kranker Menschen keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden können. Von den bestehenden Versorgungsstrukturen nicht erfasst werden vor allem PatientInnen, die nicht von sich aus psychiatrische Behandlung suchen, weil ihnen dies aufgrund ihrer Krankheit nicht möglich ist (soziale Isolation, Verwahrlosung) und/oder sie keine Krankheitseinsicht zeigen. Dies betrifft insbesondere Personen mit Psychosen, Schizophrenie und Depression sowie SuchtpatientInnen. Diesem Umstand könne mit der Schaffung oder dem Ausbau von Angeboten der aufsuchenden Psychiatrie begegnet werden.

### **3.6.6. Überregionale spezialisierte Angebote (S. 53, 55)**

Laut vier Antworten sind auch bestimmte Angebote im Suchtbereich geeignete Dienstleistungen, die auf überregionaler Ebene erbracht werden können. Allerdings werden verschiedene Angebote erwähnt (Kompetenzzentrum für Alkoholprobleme zur besseren Koordination der Angebote und zur fachlichen Unterstützung der ärztlichen Grundversorgung, stationärer Drogenentzug, sowie betreute Wohnformen für PatientInnen mit einer Dualdiagnose).

Die Aussagen sind dahingehend zu deuten, dass zwar einerseits sehr unterschiedliche Meinungen darüber bestehen, was die überregionale Spezialisierung umfassen soll, aber andererseits das Wissen über das aktuelle überregionale Spezialangebot bei der Mehrheit der befragten Personen eher bescheiden ist. (!)

#### **4 Interpretatorische Zusammenfassung obiger Konzeptaussagen in Bezug auf den Altersalkoholismus**

1. In allen Konzeptunterlagen ausgesprochen knappe Thematisierung des Altersalkoholismus
2. Akzentuierung des Problems Altersalkoholismus auf Grund demografischer, aber auch gesellschaftlicher Entwicklungen (z.B. Zunahme von Einpersonen-Haushalten)
3. Hohe Bedeutung der lebensfeld- und gemeindenahen Behandlung, hohe Bedeutung des Subsidiaritätsprinzips (Hausärzte, Spitex, Pflegefachleute in Kranken- und Pflegeheimen vor Spezialisten)
4. Mangel an ausserstationären Versorgungsstrukturen
5. Bedeutung aufsuchender psychiatrischer Unterstützung
6. Hoher Bedarf an konsiliarärztlichen Angeboten (Geriatric, Gerontopsychiatrie, Suchtmmedizin)
7. Primat von Kranken- und Pflegeheimen vor psychiatrischen Subspezialeinrichtungen (Ghettoisierung)
8. Bedeutung von Gesundheitsförderung und zielgruppenspezifischer Prävention bei älteren Menschen (mit Alkoholproblemen)
9. Bedeutung von Fort- und Weiterbildung, Supervision und Balintgruppen für Hausärzte und Spitex- und Pflegeheim-MitarbeiterInnen.

## **5 Hauptzielgruppen konzeptioneller Überlegungen**

Anlässlich des ersten Meetings der ExpertInnengruppe am 2.7.2007 wurde auf die Heterogenität der Gruppe alkoholabhängiger älterer Menschen hingewiesen und es wurde folgende Clusterbildung vorgenommen:

### **5.1 Alt gewordene, chronische Alkoholiker (early onset drinkers)**

Meist polymorbide Patientengruppe, oft mit lang dauernder sozialer Desintegration, oft mit langer psychiatrischer und suchtttherapeutischer Anamnese, gewissermassen therapierefraktäre Alkoholabhängige.

Therapeutische Massnahmen stehen unter dem Leitgedanken von Schadensbegrenzung, Erhaltung von Würde und (eingeschränkter) Autonomie.

### **5.2 Alkoholabusus im Alter als Symptom von Alterskrankheit, insbesondere Depression und Demenz**

Bei dieser Gruppe handelt es sich um einen sekundären oder symptomatischen Alkoholismus bei einer zu Grunde liegenden somatischen oder psychiatrischen Erkrankung.

Therapeutisch: Die integrale Behandlung unter Berücksichtigung des Grundleidens hat hier Vorrang und ist i.d.R. eine ärztliche (somatisch-psychiatrische) Aufgabe.

### **5.3 Altersalkoholismus, der sich erst im Alter durch Umstellung der Lebensumstände, insbesondere Pensionierung ergibt (late onset drinkers)**

Später Beginn der Problematik, gewissermassen im Sinne einer untauglichen Selbstmedikation.

Therapeutisch stehen bei dieser Gruppe Frühinterventionen beraterischer oder therapeutischer Art im Vordergrund (Einzel- und/oder Gruppe), weil auf Patientenseite oft eine hohe Behandlungscompliance besteht. Die Behandlungsergebnisse sind teilweise besser als bei Erwachsenen im jüngeren und mittleren Lebensalter<sup>xi</sup>. Auf psychiatrische Aspekte (u.a. Notwendigkeit einer Pharmakotherapie, psychiatrische Folgeprobleme wie Affektlabilität, Enthemmung, Depression, Suizidalität, Phobien, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, paranoide Tendenzen, Rückzugsverhalten, Verwahrlosung, gestörte Fahrtüchtigkeit) ist zu achten<sup>xii</sup>.

### **5.4 Altersalkoholismus nach einschneidenden, negativen Lebensereignissen (z. B. Partnerverlust)**

Ähnliche Patientenmerkmale wie in Gruppe 5.3., eher akute Problematik als bei 5.3. (subakut).

Für die Gruppen 5.3. und 5.4. sind u.a. ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote, u.U. auch halbstationäre oder stationäre fachklinische Angebote geeignet.

## 6 Ideen zum Procedere innerhalb des „ExpertInnenmeetings“

### 6.1 Halbjährliche Treffen

Die ExpertInnen sollen sich weiterhin halbjährlich treffen mit dem Ziel, Handlungsfelder und möglichst konkrete Ziele festzulegen. Im Weiteren dienen die Meetings dem Informationsaustausch und der Netzerkennung.

### 6.2 Regelmässige Fachtagungen

Veranstaltung regelmässiger Fachtagungen mit dem Ziel der Wissensvermittlung, aber insbesondere auch der Vernetzung der beteiligten unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachdienste.

### 6.3 Identifikation von Handlungsfeldern

Durch die Kombination von grundlegenden Konzeptaufgaben mit den identifizierten Hauptzielgruppen von Personen mit Altersalkoholismus lassen sich relevante Handlungsfelder festlegen:

Zielgruppen \ Ausgangslage	Alt gewordene, chronische Alkoholiker (early onset drinkers)	Alkoholabusus im Alter als Symptom von Alterskrankheit (Depression, Demenz)	Altersalkoholismus nach Umstellung der Lebensumstände wie Pensionierung (late onset drinkers)	Altersalkoholismus nach einschneidenden negativen Lebensereignissen (z. B. Partnerverlust)
Akzentuierung des Problems Altersalkoholismus wg. demografischer und gesellschaftlicher Entwicklungen				
Bedeutung der lebensfeld- und gemeindenahen Behandlung (Hausärzte, Spitex, Pflegefachleute in Kranken- und Pflegeheimen vor Spezialisten)				
Mangel an ausserstationären Versorgungsstrukturen				
Bedeutung aufsuchender psychiatrischer Unterstützung				
Hoher Bedarf an konsiliar-ärztlichen Angeboten (Geriatric, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin)				
Primat von Kranken- und Pflegeheimen vor psychiatrischen Subspezialeinrichtungen (Ghettoisierung)				
Bedeutung von Gesundheitsförderung und zielgruppenspezifischer (Sekundär-) Prävention bei älteren Menschen (mit Alkoholproblemen)				
Bedeutung von Fort-/Weiterbildung, Supervision und Balintgruppen für Hausärzte, Spitex- und Pflegeheimmitarbeitende				

## 7 Quellennachweis

- 
- i Blozik, E. et al., Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz, Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel, Februar 2007
  - ii Ajdacic-Gross, V. et al., Gesundheit im Kanton Zürich 2000 - 2006 Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13 Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Februar 2007
  - iii Nationales Programm Alkohol 2008 – 2012, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2007  
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
  - iv Psychiatriekonzept des Kantons Zürich. Beilagen zum Bericht und Antrag des Regierungsrates an den Kantonsrat zum Postulat KR-Nr. 163/1992 betreffend die Erarbeitung eines Psychiatriekonzepts vom 2. Juli 1997
  - v Überprüfung der Versorgungsstrukturen zur Bekämpfung und Behandlung des Alkoholismus im Kanton Zürich, Bericht der Arbeitsgruppe zum Postulat der Kantonsrätinnen N. Bolleter-Malcom und D. Fierz sowie des Kantonsrats Ch. Schürch, 23. Oktober 2001
  - vi Alt sein in Zürich: Alterskonzept<sup>vi</sup>, Gesundheits- und Umweltsdepartement der Stadt Zürich, 2002
  - vii Lagebericht 2002 über den Suchtmittelbereich, Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, 2003
  - viii Bericht der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich im Auftrag des Vorstandes des Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC), August 2006
  - ix Evaluation des Psychiatriekonzepts des Kantons Zürich, Büro Vatter, Politikforschung und –beratung, Bern, März 2005
  - x Schweiz. Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994 - 1996. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 1997
  - xi Schnoz, D. et al. (2006), Alter und Sucht, Forschungsbericht aus dem ISGF Nr. 0221/2006
  - xii Harald Klingemann & Richard Müller (2007), Alkoholprobleme im Alter - biographische Übergänge und Suchtverläufe, Referat an der SAG Tagung „Suchtmittelmissbrauch im Alter“ Olten, 9. März 2007