



Empfehlungen zum Umgang mit älteren Menschen mit einer Abhängigkeit

Ein berufsethischer Leitfaden
für Heim- und Hausärzt:innen



Zum Leitfaden

Der vorliegende Leitfaden richtet sich an Heim- und Hausärzt:innen und antwortet auf den Bedarf¹ an Orientierung in berufsethischen Fragestellungen im Umgang mit älteren Menschen mit einer Abhängigkeit. Der Leitfaden konzentriert sich auf Handlungsfragen sowie Beispiele aus und Empfehlungen für die Praxis. Kernstück dieses Leitfadens sind die Grundsatzfragen, die nützliche Denkanstöße zur Selbstreflexion geben. Grundlegende Informationen zu Abhängigkeiten und Konsum im Alter finden Sie am Ende dieses Leitfadens.

Situationen aus der Praxis	4
Wo Haltung eine Rolle spielt	5
Empfehlungen für die Praxis Ansatzpunkt 1: Strukturen	8
Empfehlungen für die Praxis Ansatzpunkt 2: Individuum	10
Grundsatzfragen zur Selbstreflexion	12
Hintergrundinformationen	14

¹ Der Fachverband Sucht führte im Herbst 2021 eine Erhebung bei Heim- und Hausärzt:innen durch, um deren Bedürfnis nach einem unterstützenden Instrument im Umgang mit älteren Menschen mit einer Abhängigkeit zu erfassen.

Situationen aus der Praxis

Immer wieder gibt es Situationen, die im Berufsalltag von Heim- und Hausärzt:innen aus ethischer Sicht herausfordernd sein können. Die folgenden Praxisbeispiele veranschaulichen die Breite möglicher anzutreffender berufsethischer Spannungsfelder.

- A)** Eine 70-jährige alkoholisierte Person kommt ins Spital aufgrund eines Sturzes. Während des Spitalaufenthalts wird deutlich, dass womöglich ein problematischer Alkoholkonsum bei der Person vorliegt. Nach einigen Tagen wird die Person nach Hause geschickt – ohne, dass der Konsum angesprochen wird.
- B)** Eine 65-jährige Person möchte sich in der hausärztlichen Praxis Medikamente gegen Schlafstörungen verschreiben lassen. Diverse Schlafmittel oder eine Benzodiazepinbehandlung in Niedrigdosis wären möglicherweise angezeigt. Die Person hat Benzodiazepine in der Vergangenheit jedoch bereits über einen längeren Zeitraum eingenommen.
- C)** Eine 83-jährige Person mit Pneumonie wird in einer Pflegeinstitution betreut. Sie hat keine Angehörigen und ist deshalb auch für Besorgungen auf Ärzt:innen und Pflegefachpersonen angewiesen. Als ihr die Zigaretten ausgehen, bittet sie diese, ihr welche zu besorgen.
- D)** Eine 74-jährige Person mit Leberzirrhose kommt in die hausärztliche Sprechstunde. Als die Person auf ihre Leberwerte und den regelmäßigen Alkoholkonsum angesprochen wird, blockt sie ab.
- E)** Eine 87-jährige Person mit Demenz in einer Pflegeinstitution erhält schon seit längerem Benzodiazepine zum Schlafen und zur Beruhigung – und hat diverse Nebenwirkungen. Die zu behandelnde Person und ihre Angehörigen möchten jedoch keine Änderung der Medikamente.

In solchen Situationen kann es zu Wertekonflikten oder zu Spannungsfeldern zwischen der Wahrung der Selbständigkeit von Patient:innen und dem Grad des Eingreifens von ärztlicher Seite kommen (z.B. Ermöglichen des Konsums vs. Prinzip des Nicht-Schadens). Jeder Einzelfall muss sorgfältig geprüft werden. Das Befassen mit ethischen Grundprinzipien und insbesondere auch mit der eigenen Haltung bildet eine zentrale Grundlage bei der Entscheidungsfindung.

Wo Haltung eine Rolle spielt

Als Heim- oder Hausärzt:in, sei dies in der hausärztlichen Praxis, in einer Altersinstitution oder im Spital, gehört das Agieren in berufsethischen Spannungsfeldern zum Alltag. In moralischen Dilemmasituationen kann es hilfreich sein, auf Prinzipien der Medizinethik zurückzugreifen (siehe hierzu z.B. Beauchamp & Childress² oder CURAVIVA³). In Zusammenhang mit älteren Menschen und Abhängigkeiten gibt es hinsichtlich Berufsethik jedoch bestimmte Aspekte, die zu Herausforderungen führen können und deshalb besonders bedeutsam sind. Auf einige dieser Bereiche wird im Folgenden eingegangen.

Haltung

Haltung ist die innere Grundeinstellung, die von der eigenen Biographie und Identität geprägt ist und das eigene Denken und Handeln beeinflusst; so etwa auch eine Abwägung von ethischen Prinzipien (z.B. Autonomie – Fürsorge). Umso wichtiger ist es, die eigene Haltung und deren Ursprünge gut zu reflektieren, um andere, für die Ethik zentrale Bereiche besser zu verstehen. Dies hilft

zusätzlich gegen moralischen Stress, kann Entscheidungen vereinfachen und ist langfristig effizienter. Die Reflexion sollte auch die Werte und Lebenswelten von Patient:innen berücksichtigen, um Paternalismus zu vermeiden und das medizinische Behandlungsverhältnis nachhaltig zu verbessern (siehe hierzu «Grundsatzfragen zur Selbstreflexion»).

² Beauchamp T. und Childress, J. (2019): Principles of Biomedical Ethics. 9. Auflage, New York: Oxford University Press.

³ CURAVIVA > Fachwissen > Ethik (18.07.2022)

Autonomie

Patient:innen können ihre Autonomie nur ausleben, wenn sie ausreichend informiert sind. Ein Dialog auf Augenhöhe zwischen Ärzt:in und Patient:in ist stets angezeigt. Wenn sie z.B. aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ihre Autonomie nicht mehr in vollem Umfang ausüben können, sollten Patient:innen dennoch so weit möglich bei Entscheidungsprozessen partizipieren können.⁴ Bei älteren Menschen mit einer Abhängigkeit zeigt sich ein Dilemma zwischen einer zu hohen und zu tiefen Berücksichtigung von Autonomie (Paternalismus vs. «Laisser-faire»). Jedoch stellt sich gerade bei dieser Gruppe von Menschen die

Frage, wie autonom Personen mit einer körperlichen (und psychischen) Abhängigkeit entscheiden können, da die Abhängigkeit per se autonomes Entscheiden und die Selbstbestimmung beeinträchtigt (siehe hierzu z.B. Care Ethics⁵). Es ist unter anderem eine heim- und hausärztliche Aufgabe, Menschen in derartigen Situationen zu autonomen Entscheidungen zu befähigen. Wenn Autonomie generell oder in Teilgebieten auch mit Unterstützung nicht mehr gelebt werden kann, braucht es die Übernahme von Fürsorge (Autonomie und Fürsorge sind nicht konträr, sondern als Kontinuum zu verstehen).

Urteilsfähigkeit

Im Idealfall ist ein *informed consent* (Englisch für informierte Einwilligung) seitens Patient:in möglich: eine freiwillige Entscheidung über medizinische Massnahmen auf Basis einer verständlichen Aufklärung und auf Grundlage individueller Entscheidungsfähigkeit. Es ist jedoch äusserst herausfordernd, die Urteilsfähigkeit von älteren Menschen mit einer Abhängigkeit abzuschätzen. Denn gerade bei einer Abhängigkeit ist es den Betroffenen erschwert, unterschiedliche Verhaltensmuster zu erkennen, gegeneinander abzu-

wägen und eine unbeeinflusste Wahl zu treffen. Hinzu kommt, dass Abhängigkeit in unserer Gesellschaft, auch wenn das Problem weit verbreitet ist, negativ bewertet wird. Diese gesellschaftlich negative Wertung droht in eine Beurteilung der Urteilsfähigkeit einzufliessen. Zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit bei (älteren und allenfalls auch demenzbetroffenen) Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist es angezeigt, Richtlinien und entsprechende Instrumente beizuziehen (z.B. SAMW⁶).

Beziehung

Jedoch geht es in Zusammenhang mit älteren Menschen mit einer Abhängigkeit nicht nur um Autonomie und Urteilsfähigkeit, sondern auch um Aspekte auf der Beziehungsebene. Die Lebensgeschichte von Patient:innen, die Berücksichtigung von Werten und Lebensweisen, das Vertrauensverhältnis – sie alle beeinflussen die Patient:in-Ärzt:in-Interaktion. Als Heim- oder Hausärzt:in ist bewusstes Wahrnehmen (z.B. Appetit-

losigkeit oder häufiges Vorkommen von Stürzen, die auf einen problematischen Konsum hinweisen könnten) zentral. Die gemeinsame Kommunikation mit den Patient:innen soll ihnen die Sorge um und Sorge für sie sowie einen vertrauensvollen, diskreten und respektvollen Umgang seitens Heim- oder Hausärzt:in verdeutlichen. Zudem ist es entscheidend, als Ärzt:in bereit zu sein, in diesem Prozess Verantwortung zu übernehmen.

⁴ Gerhard, C. (2015): *Praxiswissen Palliativmedizin. Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen*. 1. Auflage, New York: Thieme Verlagsgruppe.

⁵ Porz, R. (2016). *Ethische Theorien als gedankliche Tools – die Care Ethics*, Schweizerische Ärztezeitung, 97(7): 262-265.

⁶ SAMW > Ethik > Themen A-Z > [Beurteilung der Urteilsfähigkeit](#) (26.07.2022)

Gerechtigkeit

Gerechtigkeit bei medizinischen Entscheidungen orientiert sich am Gleichheitsprinzip (z.B. beim Zugang zum Gesundheitswesen) und folgt der Annahme, dass gleiche Fälle gleichbehandelt werden müssen. Dazu gehört auch, dass älteren Menschen (mit einer Abhängigkeit) der Zugang zu Therapie oder Behandlung und somit die Chance auf Heilung gewährleistet wird. Gerade

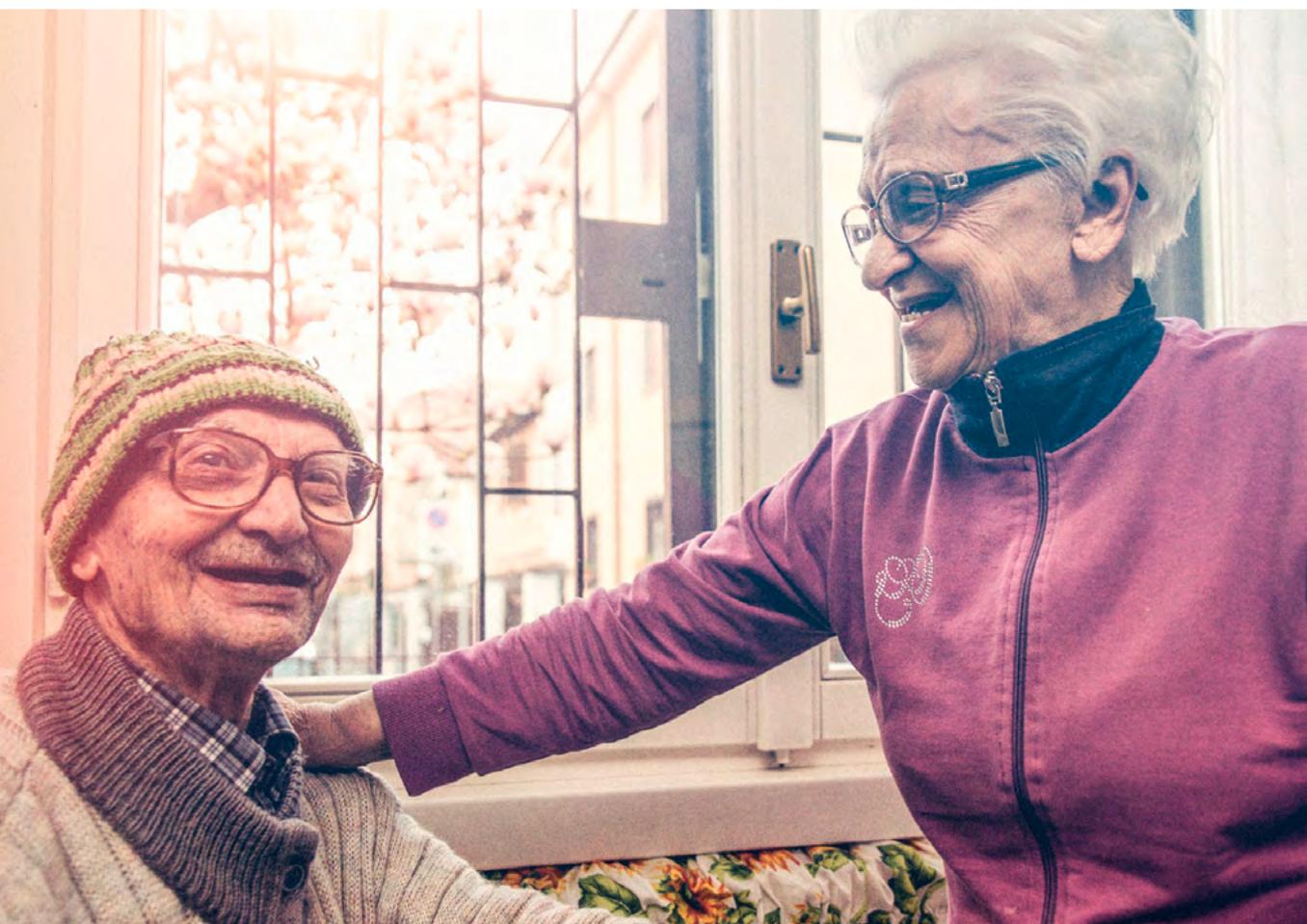
ältere Menschen sprechen auf viele Interventionen gut an.⁷ Trotzdem werden älteren Menschen aus verschiedenen Gründen oft keine Beratungs- und Therapieprogramme mehr angeboten. Eine Unterversorgung (z.B. durch mangelnde Angebote) von älteren Menschen mit einer Abhängigkeit widerspricht folglich einer Gleichbehandlung.

Wahrnehmung von älteren Menschen

Gerade in Zusammenhang mit Gerechtigkeit stellen sich oftmals auch Fragen bezüglich Sicht auf das Alter. Welche Aufgabe, welchen Wert, welchen Stand haben ältere Menschen in unserer Gesellschaft? Werden sie als Teil der Gemeinschaft wahrgenommen? Gerade bei älteren Menschen werden problematische Konsumverhalten und Abhängigkeiten gerne tabuisiert und bagatellisiert («das lohnt sich doch in diesem Alter nicht

mehr» oder «lassen wir der Person doch dieses kleine Vergnügen»). Haben nicht alle Menschen, auch ältere und/oder polymorbide, das Recht auf die Erkennung und Thematisierung von gesundheitsschädigendem Verhalten sowie auf eine Behandlung? Auch ihnen sollen regelmässig Angebote zum Umgang mit ihrem Konsum oder ihrem Verhalten gemacht werden.

⁷ Schnoz, D. et al. (2006): [Alter und Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen](#). Universität Zürich: ZORA.



Empfehlungen für die Praxis

Ansatzpunkt 1: Strukturen

Wie die Situationen aus der Praxis sowie die berufsethischen Aspekte zeigen, kommt man um Wertekonflikte oder Spannungsfelder im Bereich «ältere Menschen mit einer Abhängigkeit» nicht herum. Die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen und Strukturen hilft, Herausforderungen in der Praxis besser zu bewältigen.

Externer Austausch: Interinstitutionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit und Austausch sind zentral. Ein entsprechendes Netzwerk wirkt bei schwierigen Entscheidungen entlastend (z.B. runder Tisch).

Interner Austausch: Auch innerhalb einer Institution oder einer ärztlichen Praxis sollte Raum für Austausch geschaffen werden, der das Besprechen von komplexen Fällen, Wertekonflikten oder individuellen Handlungsfragen zulässt (z.B. durch regelmässige Zeitfenster zur Besprechung herausfordernder Fälle).

Fachpersonen: Bei komplexen Fällen können Expert:innen beigezogen werden – z.B. aus der Suchthilfe.

Konzept: Ein Konzept (eher üblich in Institutionen) zum Umgang mit älteren Menschen mit einer Abhängigkeit schützt Patient:innen vor Willkür sowie Ärzt:innen und Pflegefachpersonen vor moralischem Stress oder Repression und führt zur Entlastung bei Entscheidungen. Das Konzept sollte auf einer partizipativ erarbeiteten berufsethischen Grundhaltung beruhen und die Autonomie der betroffenen Person und ihre Biographie respektieren. Zudem sollte ein solches Konzept wichtige Fragen beantworten (z.B. «Was wird unternommen, um mögliche Abhängigkeiten früh zu erkennen?»⁸, «Wer spricht Bewohnende auf eine mögliche Abhängigkeit an?», «Welche Regeln existieren innerhalb einer Institution (Pflege-/Alterszentrum) – auch für externe Hausärzt:innen? Wo sind Ausnahmen möglich?»).

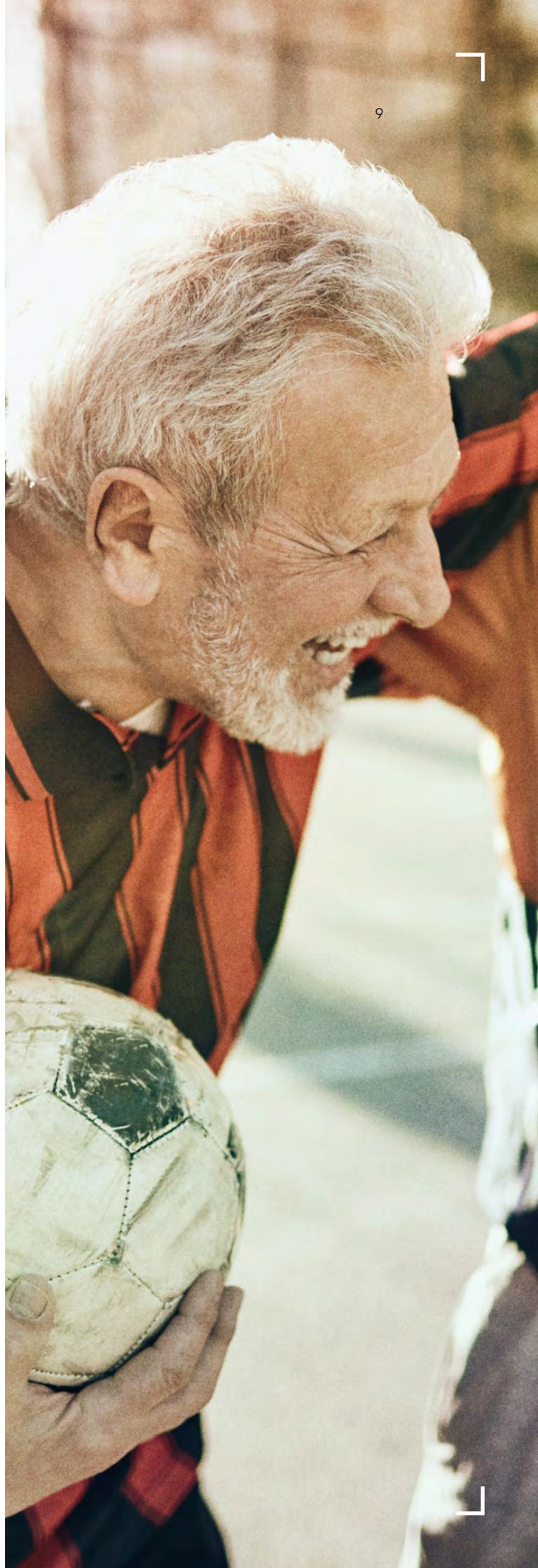
⁸ Siehe hierzu: Fachverband Sucht > Fachwissen > Themen > [Früherkennung und Frühintervention](#) (13.07.2022)

Transparenz: Institutionen und Praxen sollten ihre Grundhaltung zu Konsum und Abhängigkeit und den Umgang damit transparent machen (z.B. Konzept oder Leitbild) und somit zu einem Diskurs einladen.

Solidaritätsprinzip: Der Schutz der Gemeinschaft ist in Institutionen mit Mitpatient:innen zu berücksichtigen. Mitpatient:innen dürfen durch eine Stärkung der Autonomie Einzelner nicht geschädigt werden.

Flexibilität: Die Definition des Auftrags einer Institution muss immer wieder erneuert und auf institutioneller Ebene reflektiert werden. Dabei sollten auch gesellschaftliche Veränderungen berücksichtigt werden.

Sensibilisierung für Medikamente: Das Bewusstsein bei Ärzt:innen oder in einer Institution für die Verschreibung und Abgabe von Medikamenten sollte gestärkt werden. Die Medikamentenverschreibung, die Rezeptierung (hausärztliche Praxis), Abgabe (Apotheke) und Anpassung (z.B. Spitex, Spital) haben sowohl ein grosses Fehler- als auch Missbrauchspotenzial.



Empfehlungen für die Praxis

Ansatzpunkt 2: Individuum

Auf der individuellen Ebene gibt es ebenfalls Ansätze zur Auseinandersetzung mit der Berufsethik und der eigenen Haltung, um Wertekonflikte oder Spannungsfelder im Bereich «ältere Menschen mit einer Abhängigkeit» besser anzugehen.

Autonomie: Die Selbstbestimmung und die Integrität sollten stets respektiert werden, um die Würde einer Person zu wahren. Der Respekt vor der Autonomie und dem Willen verleiht den Patient:innen Lebensqualität und ermöglicht letztlich, ein würdevolles Leben zu führen.

Selbstreflexion: Eine ständige Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung ist zentral. Dies ist insbesondere wichtig, um Paternalismus oder Moralisierungen zu vermeiden und um Entscheidungen besser zu fällen und einzuordnen (siehe hierzu «Grundsatzfragen zur Selbstreflexion»).

Konsumakzeptanz: Eine akzeptierende Haltung unterstützt betroffene ältere Menschen aktiv in ihrer Selbstbestimmung.

Klare, verständliche Kommunikation: Die Selbstbestimmung und das Mitgestalten seitens Patient:in ist zentral, kann aber zu Überforderung führen. Ein gemeinsamer Prozess, in welchem mögliche Optionen geboten und niederschwellig und verständlich kommuniziert wird, ermöglicht es Patient:innen, eigene Entscheidungen zu treffen.

Expert:innen hinzuziehen: Man muss nicht alles alleine schaffen: Das Beiziehen von Fachpersonen und das Verweisen an Expert:innen oder Institutionen mit entsprechenden Angeboten ist manchmal nötig.

Angehörige: Angehörige sollen – wenn möglich und sinnvoll – involviert werden. Die Betrachtung der verschiedenen Blickwinkel aller Beteiligten dient auch dem Perspektivenwechsel. Dies kann z.B. in Angehörigengesprächen in einem offenen, vorurteilsfreien Raum geschehen.

Konzepte: Das Konsultieren von passenden Konzepten kann hilfreich sein. Nebst einem Konzept für Abhängigkeiten z.B. Shared Decision Making⁹, Motivational Interviewing¹⁰.

Problematischer Konsum – wie ansprechen? Teilweise kann ein Zugang via Somatik oder via die Beziehung zu den Patient:innen sinnvoll sein. Auch ein biografischer Zugang ist teilweise möglich, benötigt jedoch viel Zeit.

Longitudinale Patient:innenbetreuung: Ein langjähriges ärztliches Vertrauensverhältnis ermöglicht nicht nur eine Vertrauensbasis, sondern auch eine Einschätzung von Konsum- und Krankheitsgeschichte über einen längeren Zeitraum.

Begrenzte Einflussnahme/Respekt vor Entscheidungen: Oftmals ist ein Aushalten nötig, ohne dabei eine Gleichgültigkeit zu entwickeln. Die Entscheidung, eine Suchtproblematik anzugehen, liegt schliesslich immer bei der betroffenen Person. Diese legt auch fest, was «Fortschritt» bedeutet (das ist z.B. nicht immer die Reduktion des Konsums).

Räume einfordern: Räume für Auseinandersetzung mit ethischen Fragen oder Dilemmata sowie moralischem Stress sollen gefordert und geschaffen werden.

Schadensminderung: Mögliche Schäden sollen so gut wie möglich reduziert werden – in Absprache mit der zu behandelnden Person (z.B. Verschreibungen überprüfen, Einbezug von Angehörigen, Information an Spitex).

⁹ z.B. Gerber, M., Kraft, E. & Bosshard, C. (2014): [Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam](#). Schweizerische Ärztezeitung, 95(50): 1883-1889.

¹⁰ z.B. Praxis Suchtmedizin > [Motivierende Gesprächsführung](#) (18.07.2022)



Grundsatzfragen zur Selbstreflexion

Selbstkritische Fragen regen einerseits dazu an, die eigene Haltung zu reflektieren, und ermöglichen die Auseinandersetzung mit der Würde von Patient:innen. Andererseits verhindern sie, dass die Achtung der Würde zu einer reinen Floskel wird.¹¹ Im Folgenden finden Sie einige Grundsatzfragen, die eine solche Diskussion lancieren können und helfen, sich mit der eigenen Haltung zu befassen. Das Bewusstsein für die eigene Haltung hilft hinzuschauen und zu intervenieren.

1 Welche Haltung habe ich gegenüber Abhängigkeitserkrankungen, seien es Substanzen oder Verhaltenssüchte? Welche Beziehung habe ich persönlich zu Abhängigkeiten (z.B. eigener Konsum oder im Umfeld)?

2 Was verstehe ich unter dem Krankheitsbild Abhängigkeit und den sozialen Aspekten davon?¹²

3 Wie spreche ich das Thema Abhängigkeit und Substanzen an? Wie schaffe ich es, abhängiges Verhalten wahrzunehmen und respektvoll anzusprechen?

4 Wie stelle ich sicher, dass ich meine eigene Meinung nicht zu stark auf meine Patient:innen übertrage, stärker gewichte oder darüber stelle? Wie stelle ich sicher, dass ich nicht bevormundend, paternalistisch, moralisierend bin?

5 Wie wirke ich einer Stigmatisierung meiner Patient:innen (in Zusammenhang mit Abhängigkeiten) entgegen? Was tut die hausärztliche Praxis und/oder die Institution, in der ich tätig bin, gegen Stigmatisierungen resp. inwiefern wird Stigmatisierung mittels Strukturen sogar gefördert?

6 Wie gehe ich mit moralischem Stress um?

7 Hole ich – wenn nötig – Hilfe von Expert:innen und wenn ja, wo?

8 Inwiefern beziehe ich mich bei berufsethischen Fragen auf grundlegende Prinzipien oder Konzepte der Medizinethik?

9 Inwiefern wahre ich den Respekt vor und die Autonomie von Patient:innen?

10 Versuche ich stets, alle Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation der Patient:innen auszuschöpfen?

11 Stelle ich sicher, dass auch ältere Menschen mit einem problematischen Konsum oder einem problematischen Verhalten Zugang zu Therapie oder Behandlung erhalten?

12 Inwiefern beziehe ich das professionelle Netzwerk in die Entscheidungsfindung mit ein (Interprofessionalität)?

13 Inwiefern beziehe ich Patient:innen und ihr persönliches Umfeld in die Entscheidungsfindung mit ein?

14 Stelle ich sicher, dass meine Patient:innen ausreichend informiert sind, um Entscheidungen treffen zu können?

15 Ermutige ich meine Patient:innen, ihren Willen kundzutun?

16 Nehme ich Patient:innen und ihre Meinung ernst?

17 Akzeptiere ich es, wenn Patient:innen eine andere Entscheidung treffen, als ich es tun würde?

18 Akzeptiere ich es, wenn Patient:innen eine andere Vorstellung von Besserung oder Fortschritt haben?

19 Wie gehe ich persönlich mit Rückfällen von Patient:innen um?

20 Gebe ich mir selber Raum und Zeit für obige oder ähnliche Fragestellungen und Verbesserungsmöglichkeiten?

¹¹ siehe auch CURAVIVA Schweiz (2021). *Themenheft: Würde und Autonomie im Alter*. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter.

¹² siehe ICD-11 für die Klassifikation von Krankheiten und ICF für bio-psycho-soziale Folgen von Krankheiten

Definitionen

Viele Menschen konsumieren psychoaktive Substanzen oder Medikamente, nutzen das Internet, Videospiele oder spielen um Geld. Einige jedoch verlieren die Kontrolle über ihren Konsum oder ihr Verhalten und verursachen damit potenziellen Schaden. Die Konsumformen und Verhaltensweisen werden nach den damit verbundenen Risiken für das Individuum selbst, dessen Umfeld und für die Gesellschaft unterschieden. Dabei sind die Übergänge fließend:

Risikoarmes Verhalten: Verhaltensweisen und ein Umgang mit Substanzen, die weder für die betroffene Person, noch für ihr Umfeld schädlich sind.

Risikoverhalten: Verhaltensweisen oder ein Umgang mit Substanzen, die zu körperlichen, psychischen oder sozialen Problemen und Schäden bei der betroffenen Person und ihrem Umfeld führen können. Dabei werden drei potenziell schädliche Verhaltensmuster unterschieden: exzessives, chronisches und situationsunangepasstes Verhalten.

Sucht (Abhängigkeit): ist eine Krankheit. Es ist ein bio-psycho-soziales Phänomen, das auch dann weiterbesteht, wenn es schwerwiegende negative gesundheitliche und soziale Folgen für den betroffenen Menschen und sein Umfeld mit sich bringt. Gemäss ICD-11¹⁴ treten folgende typische Symptome auf: 1) *verminderte Kontrollfähigkeit* über den Konsum resp. das Verhalten; 2) *zunehmende Priorität* des Verhaltens beziehungsweise des Konsums gegenüber anderen Aspekten des Lebens und Fortsetzung dessen trotz Schäden oder negativer Folgen; 3) *physiologische Merkmale* wie Entzugssymptome, Toleranzbildung, wiederholter Konsum zur Verhinderung von Entzugserscheinungen. Das Muster des sich wiederholenden Verhaltens kann kontinuierlich oder episodisch und wiederkehrend sein.

¹³ Bundesamt für Gesundheit BAG (2015): [Nationale Strategie Sucht](#).

¹⁴ ICD-11 > [Disorders due to addictive behaviours](#) (13.07.2022)

Konsum im Alter

Die Menschen in der Schweiz werden zunehmend älter. Bevölkerungsszenarien gehen davon aus, dass der Anteil der Personen über 65 Jahren im Jahr 2050 mehr als einen Viertel der Gesamtbevölkerung ausmachen wird. Ausserdem wird sich der Anteil an Personen über 80 Jahren bis ins Jahr 2050 voraussichtlich verdoppeln (von 5,3 auf 10,6 Prozent)¹⁵. Gleichzeitig ist der Anteil bei älteren Personen, die einen chronisch-risikoreichen Alkoholkonsum aufweisen oder die täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen höher als in anderen Altersgruppen¹⁶. Hinzu kommt das steigende Durchschnittsalter

von Personen in einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)¹⁷. Ältere Menschen mit einer Abhängigkeit leiden früher an altersbedingten körperlichen Krankheiten und Beschwerden, oftmals auch an psychiatrischen Erkrankungen, und sie sind auf Medikamente angewiesen. Es kommt somit häufiger zu Ko- oder Multimorbiditäten¹⁸ und damit auch zu Polypharmazie¹⁹. Dies erschwert das Erkennen einer Abhängigkeitserkrankung zusätzlich²⁰. So gewinnt die Versorgung alternder Menschen mit Abhängigkeit eine immer grössere Bedeutung.

¹⁵ Bundesamt für Statistik > [Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020-2050](#) (23.06.2022)

¹⁶ Suchtmonitoring Schweiz > [Alkohol > Prävalenz](#) (14.06.2022)

¹⁷ Alter und Sucht > Ärzteschaft > [OAT bei älteren Menschen](#) (26.07.2022)

¹⁸ Infodrog > Wissen > Präventionslexikon > [Komorbidität](#) (16.06.2022)

¹⁹ mediX > Wissen > Guidelines > [Polypharmazie](#) (18.07.2022)

²⁰ Satre, D. (2015): Alcohol and drug use problems among older adults. *Clinical Psychology Science and Practice*, 22(3): 238–54.

Weitere Informationen

Im Folgenden sind einige Webseiten aufgeführt, auf denen Sie weitere Informationen, Konzepte und Hilfestellungen in Zusammenhang mit Abhängigkeiten im Alter und/oder ethischen Fragen finden.

Fachverband Sucht: Verband der Deutschschweizer Fachorganisationen der Suchtprävention und Suchthilfe

Alterundsucht.ch: Wissensplattform für ältere Menschen, für Angehörige und für Fachleute, die ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten.

Praxis Suchtmedizin: Suchtmedizinische Informationsplattform für Fachpersonen aus der Grundversorgung, insbesondere Hausärzt:innen

SAMW: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

PEPra: Die Informationsplattform für Prävention im Praxisalltag

SBK/ASI: Schweizer Berufsverband der diplomierten Pflegefachpersonen

CURAVIVA: Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter

Mitarbeit

Dieser Leitfaden wurde vom Fachverband Sucht im Rahmen des Projekts «Ältere Menschen mit Abhängigkeit – Fachgerechte Betreuung und Behandlung» im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit erarbeitet. Die Inhalte resultieren aus einer Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus der Suchtmedizin, der Hausarztmedizin, der Alterspsychiatrie und Pflegefachpersonen.

Arbeitsgruppe:

Sohaila S. Bastami, Dr. med. Dr. sc. med., Oberärztin (Ambulatorium und Tagesklinik für ältere Menschen Glattbrugg, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland)

Yves Brandenberger, dipl. Pflegefachperson HF (GFA Entlisberg, Zürich)

Rolf Goldbach, Dr. med., Facharzt Neurologie und Psychiatrie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, Leitender Arzt beim Geriatrischen Dienst der Stadt Zürich

Roger Mäder, Sozialarbeiter FH (FOSUMOS & Praxis Suchtmedizin Schweiz)

Henny Messerli, Pflegeexpertin MScN (Pflegeheim Seegarten Hünibach)

Christian Studer, KD Dr. med., Co-Leiter des Zentrums für Hausarztmedizin und Community Care (Universität Luzern)

Julia Wolf, Dr. rer. nat., Lehrbeauftragte für Biomedizinische Ethik an verschiedenen Bildungseinrichtungen, EKS-N-Mitglied sowie Durchführung von ethischen Fort- und Weiterbildungen (Ethik_Mensch_Gesundheit)

Projektleitung & Redaktion:

Olayemi Omodunbi, Projektleiterin, Fachverband Sucht

Weitere Unterstützung:

Klaus Bally, PD Dr. med., Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel; Mitglied der Zentralen Ethikkommission der SAMW

Gabriela Bieri-Brüning, Dr. med., Chefärztin des Geriatrischen Dienstes der Stadt Zürich und ärztliche Direktorin (Gesundheitszentren für das Alter)

Eve Hassemer, Dr. med., Fachärztin für Allgemeinmedizin (D) und ehemalige Heimärztin & ACP-Ärztin (Emeda)

Bianca Schaffert-Witvliet, APN, Pflegeexpertin Medizin und Notfall, Spital Limmattal Schlieren, Präsidentin Ethikkommission SBK, Vizepräsidentin Zentrale Ethikkommission SAMW



Fachverband Sucht

Weberstrasse 10

8004 Zürich

info@fachverbandsucht.ch

www.fachverbandsucht.ch

Haben Sie Feedback zu diesem Leitfaden?

Welche Elemente helfen Ihnen bei Ihrer Arbeit?

Welche wichtigen Aspekte fehlen?

Schreiben Sie uns unter info@fachverbandsucht.ch.

