

Bestandsaufnahme: «Suchtprobleme bei älteren Personen im Kanton Freiburg»

—

Bericht des Kantonsarztsamts



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

—

Direction de la santé et des affaires sociales **DSAS**
Direktion für Gesundheit und Soziales **GSD**

Inhalt

1	Kontext	4	4.1	Fragebogen und befragte Institutionen	23
1.1	Demografie und Suchtproblematik bei älteren Personen	4	4.1.1	Hinweis zu «schweren» Abhängigkeiten	23
1.2	Eine Gesamtheit komplexer Zusammenhänge	6	4.2	Erwägungen zu den analysierten Daten	23
2	Kenntnisstand	7	4.2.1	Zeitraum	23
2.1	Hauptthemen	7	4.3	Quantitative Ergebnisse	24
2.1.1	Geriatrische Spezifika	7	4.3.1	Charakterisierung der Stichprobe	25
2.1.2	Substanzen, Gesundheit und Wirtschaft	7	4.3.2	«Schwere» Abhängigkeitsfälle und Unterstützung	26
2.1.3	Umfassender Ansatz und ethische Erwägungen	7	4.3.3	Signifikanztest für die Anteile schwerer Abhängigkeitsfälle nach Institutionstyp	26
2.1.4	Erkennung und Intervention	8	4.3.4	Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse	40
2.1.5	Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren	9	5	Qualitative Daten (Expertinnen- und Expertenbefragung)	41
2.1.6	Übergang zum Ruhestand und Altersgruppen	10	5.1.1	Befragungen und Datenproduktion	41
2.1.7	Suchtarten	11	5.1.2	Qualitative Ergebnisse	42
2.1.8	Orientierungshilfen und spezifische Aspekte	12	5.1.3	Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse	60
2.1.9	Datengrundlage für die Schweiz und Freiburg	15	6	Einbindung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse	63
2.1.10	Medikamente	18	7	Allgemeine Zusammenfassung	65
2.1.11	Tabakkonsum	20	8	Rolle von Kanton, Gemeinden und Leistungserbringenden: gesetzliche Grundlagen	67
2.1.12	Exzessives Geldspiel	21	9	Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention	69
2.1.13	Weitere Suchtarten	21	10	Verbesserungsansätze und Empfehlungen	70
3	Vorbereitung einer empirischen Datenerhebung im Kanton	22	11	Aktionsplan	77
3.1	Ziele und Vorgehen	22			
4	Quantitative Daten (Zahlen)	23			

Begleitwort

Chancengleichheit ist ein gesundheitspolitisches Leitziel. Auf Zielebene fordert es, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben. Dennoch wurden Suchterkrankungen bei älteren Personen in den vergangenen Jahrzehnten ausser Acht gelassen, manchmal banalisiert oder tabuisiert. Dies wurde schweizweit erkannt und nun ist die Zeit gekommen, unsere kantonale Politik in diesem Bereich anzupassen.

Die Freiburger Bestandsaufnahme zeigt, dass 11,6 % der Personen über 65 Jahren, die Spitexleistungen in Anspruch nehmen oder in einem Pflegeheim wohnen, an einer schweren Suchterkrankung leiden; am häufigsten Alkohol, jedoch auch Tabak und Medikamente. Gleichermassen werden die Personen, die illegale Drogen konsumieren, zunehmend älter und haben heutzutage ganz eigene Bedürfnisse. Suchterkrankungen können schwerwiegende Auswirkungen auf kognitiver, somatischer und psychischer Ebene sowie auf die Mobilität haben. Im Kanton Freiburg sind aktuell gut 600 suchtkranke ältere Personen ständig auf Betreuung angewiesen.

Suchterkrankungen können jederzeit auftreten. Manche Menschen sind beim Übergang zum Ruhestand suchtgefährdet, andere erst später, nach ihrem Eintritt ins Pflegeheim. Bei den 55- bis 65-Jährigen können die Beendigung der Berufstätigkeit und der Übergang zum Ruhestand wegweisend sein beim Entscheid, risikoreichen Konsum oder Verhaltensweisen mit Suchtfolgen fortzuführen oder aufzunehmen. Das dritte und vierte Lebensalter treten mehr und mehr als besondere Lebensphasen mit neuen Rollen und eigenen Risikofaktoren hervor, die in manchen Fällen zur Sucht führen. Eine grosse Herausforderung für Personal und Pflegeorganisationen, da die Betreuung höchst anspruchsvoll sein kann. In der Tat gibt es nur wenige Erkrankungen, die sich gleich wie die Sucht derart stark auf vielen Ebenen wie Sozialleben, Verhalten und Gesundheit auswirken. Daher ist besonders wichtig, die spezifischen Kompetenzen und die Zusammenarbeit der Fachpersonen zu stärken, die ältere Personen betreuen.

Die Sucht eröffnet komplexe berufsethische Gedankenfelder, denn jeder Mensch hat gleichzeitig das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben und das Recht auf Pflege. Mehrere Studien zeigen, dass sich die Pflegefachpersonen den Folgen von Alkoholmissbrauch bewusst sind; sie wissen, dass ein reduzierter Konsum Schäden vermindern und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern könnte. Trotzdem möchten sie den Älteren nicht vorschreiben, wie sie ihr Leben sollen. Doch Lösungen gibt es und Abstinenz ist nicht der einzig mögliche Weg. Zuerst kann das Selbstmanagement gefördert werden. Wird anschliessend externe Hilfe benötigt, kann diese auf den tatsächlichen Fähigkeiten der betroffenen Person und ihrer Angehörigen aufgebaut werden.

Man ist nie zu alt, um der eigenen Gesundheit Sorge zu tragen – und man ist nie zu alt, um Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dank unseres Massnahmenplans rund um Ausbildung, Coaching, Information und Vernetzung der Pflegeorganisationen werden innovative und effiziente Praktiken im Kanton Einzug halten – davon bin ich überzeugt.

Anne-Claude Demierre

Staatsrätin

Direktorin für Gesundheit und Soziales

1 Kontext

1.1 Demografie und Suchtproblematik bei älteren Personen

Generell geht das höhere Lebensalter mit einer Zunahme bestimmter Risiken in Zusammenhang mit Suchterkrankungen einher. Dies ist sowohl beim Alkohol- als auch beim Medikamentenkonsum (insbesondere Benzodiazepine) zu beobachten.

Die Pensionierung stellt für die meisten älteren Menschen einen Wendepunkt dar, da sie ihre soziale Rolle und Identität, ihren Alltagsrhythmus, die Freizeitgestaltung und den Sinn, den sie ihrem Leben geben, neu definieren müssen. Viele der im Alter beobachteten Suchtprobleme scheinen in Verbindung mit dem Übergang zum Ruhestand zu stehen.

In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen trinkt zwischen einer von vier und einer von drei Personen täglich Alkohol.¹ Mit problematischem Alkoholkonsum können die Seniorinnen und Senioren ihrer Gesundheit schaden. Weiterer Risikofaktor, der bei älteren Personen häufig anzutreffen ist, sind Medikamente, die nicht mit Alkohol kombiniert werden sollten. Bei rund einer Person von zehn in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen und bei gut einer Person von sechs in der Altersgruppe der ab 80-Jährigen besteht ein Risiko für schädigende Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten.²

Ist Alkohol im Alter ein Thema in der Alterspflege? Das Personal von Spitex-Diensten und Pflegeheimen wird nicht systematisch für den Umgang mit Suchtproblemen älterer Menschen geschult,³ zudem sind die Problemstellungen in Verbindung mit dem Alkoholkonsum älterer Menschen weitestgehend unbekannt.⁴

Anhand der gestiegenen Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung und der veränderten Struktur der Alterspyramide zeigen die kantonalen Statistiken, dass die Zahl der über 55-Jährigen in den kommenden Jahren massiv steigen wird. *«In den nächsten 30 Jahren wird die Bevölkerung im Rentenalter in allen Kantonen stark wachsen. Sie dürfte in nahezu allen Kantonen über 50 Prozent zunehmen. In den Kantonen Schwyz, Freiburg, Thurgau, Obwalden und Aargau ist sogar mit einer Verdoppelung der Anzahl Personen ab 65 Jahren zu rechnen.»*⁵

Bezüglich Entwicklung der Lebenserwartung von Suchtkranken ist eine reduzierte Lebenserwartung bei Personen festzustellen, die Tabak rauchen⁶, sowie eine erhöhte Mortalität in verschiedenen Altersgruppen ab 60 Jahren für alle Ursachen⁷. Jedoch zeigen Studien und Monitoring⁸, dass das Alter von Opiatsüchtigen stetig zunimmt und viele von ihnen auch im dritten Lebensalter ihren Konsum weiterführen. Drogenmissbrauch hat körperliche und psychische Gesundheitsprobleme wie chronische Krankheiten (HIV und Hepatitis C), psychische Erkrankungen und kognitive Störungen zur Folge und birgt Risiken im Zusammenhang mit gleichzeitigem Konsum von Alkohol, Tabak und Substanzen. Es ist zu befürchten, dass diese Probleme durch den normalen Alterungsprozess zusätzlich verstärkt werden. Ausserdem ist anzunehmen, dass diese Personen eine frühere und intensivere medizinisch-soziale Betreuung

¹ Notari, L., & Delgrande Jordan, M. (2012). *La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés : Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (Rapport de recherche No 59)*. Lausanne: Sucht Schweiz.

² Ebd.

³ Kessler, D., Salis Gross, C., Koller, S., & Haug, S. (2012). Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz, Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Bericht Nr. 308.

⁴ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). *La consommation d'alcool chez les seniors : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA)*. Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

⁵ Bundesamt für Statistik, Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2015-2045:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.40822.html>.

⁶ Jung, S. Y., Lee, K., & Kim, S. (2014). 2014 Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress - What We Should Know and What We Can Learn. *Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 5(2), 94-107.

⁷ Gellert, C., Schöttker, B., & Brenner, H. (2012). *Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis*. *Archives of internal medicine*, 172(11), 837-844.

⁸ «Ältere Suchtklientinnen und -klienten in Behandlung und Beratung – Chronifizierung oder später Einstieg?», *Im Brennpunkt*, 2/2009, act-info.

benötigen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Suchtkranke, die 65 Jahre oder älter sind, benötigen aufgrund ihrer psychischen und physischen Probleme eine spezielle Betreuung, welche die Pflegeheime nicht immer bieten können.

Gemäss dem Bericht des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF⁹ spielt Sucht bei älteren Menschen aufgrund der Bevölkerungsentwicklung eine immer wichtigere Rolle. Studien ergaben *«eine Problemlast, welche sich beispielsweise in einer, verglichen mit älteren Personen ohne problematischen Alkoholkonsum, schlechteren psychischen und physischen Gesundheit der Gruppe [ältere Personen mit problematischem Alkoholkonsum] äussert»*. Pflegeheime und Spitäler vermelden eine Zunahme der Fälle von Suchtkranken. Die angemessene Betreuung von suchtkranken älteren Personen ist jedoch noch nicht gewährleistet. Bei Ambulanzdiensten und in stationären Einrichtungen für Suchttherapien sind ältere Suchtkranke zwar derzeit die Minderheit, Studien zeigen jedoch, dass Suchttherapien bei älteren Personen in Zukunft zunehmen werden.

Die [«Nationale Strategie Sucht 2017–2024»](#) verfolgt folgende übergeordnete Ziele: Suchterkrankungen werden verhindert, abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung, gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert, negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert. Im Jahr 2019 wurde die Nationale Strategie Sucht¹⁰ mit dem Schwerpunkt «Gesund altern»¹¹ umgesetzt. Sie fokussiert auf Risikoverhalten bei älteren Menschen und weist darauf hin, den problematischen Konsum bei älteren Menschen, insbesondere in Verbindung mit Alkohol, gesundheitspolitisch zu behandeln sowie Massnahmen zur Sensibilisierung und Reduzierung des Suchtmittelkonsums im Alter zu unterstützen.

Die [«Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten \(NCD-Strategie\) 2017–2024»](#) geht von Folgendem aus: «Rund die Hälfte der nichtübertragbaren Krankheiten wird durch den individuellen Lebensstil beeinflusst. Wer sich regelmässig bewegt, ausgewogen ernährt, aufs Rauchen verzichtet und nicht übermässig Alkohol trinkt, hat eine gute Chance, lange gesund zu bleiben. Sie entwickelt die bewährten Ansätze der bisherigen Präventionsprogramme in den Bereichen Alkohol, Tabak sowie Ernährung und Bewegung weiter ...».¹² Die zentralen Ansatzpunkte der Strategie sind allen voran Vorbeugung von Risikofaktoren, Stärkung von Schutzfaktoren, Förderung der «Lebensphasen-» und «Settingansätze», gezielte Stärkung von Menschen in vulnerablen Situationen, Förderung der Prävention in der Gesundheitsversorgung sowie Verbesserung der Schnittstellen zwischen Prävention und Kuration.

Diese beiden Strategien ergänzen sich und erlauben eine gezielte Auswahl dreier Elemente für die Bestandsaufnahme in Verbindung mit Alkohol- und Tabakkonsum: Prävention, Betreuung und Risikominderung.

In Freiburg wurde die Betreuung von suchtkranken älteren Personen im Rahmen des [Kantonalen Alkoholaktionsplans KAAP](#) (Massnahme 16) sowie der Prioritäten der [Koordination der Betreuung von suchtkranken Personen](#) (Bedürfnis 2) untersucht. Der KAAP will den chronischen Alkoholkonsum bei ab 50-Jährigen senken, da er sich negativ auf die Gesundheit und auf die geistige Gesundheit auswirkt und das Auftreten chronischer Erkrankungen begünstigt. Zur Ermittlung der genauen Ausmasse des problematischen Konsums und der Suchtproblematik bei älteren Personen, die im Kanton Freiburg eine staatliche oder halbstaatliche Hilfeleistung beziehen (Pfleghaus, Spitex, Beistandschaft, Sondereinrichtungen, Spital), braucht es in erster Priorität sowohl auf quantitativer wie auch qualitativer Ebene genauere Kenntnisse. Dieser Kenntnisbedarf betrifft auch die Handlungsfähigkeit und die Bedürfnisse der verschiedenen betroffenen Akteurinnen und Akteure.

Diese Bestandsaufnahme soll die suchtbetragene Betreuung quantitativ und qualitativ evaluieren und die Berührungspunkte mit den aktuellen Antworten der Pflegeheime, Spitex-Dienste und Psychogeriatric überprüf.

⁹ Kessler, D., Salis Gross, C., Koller, S., & Haug, S. (2012), Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz, Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Bericht Nr. 308.

¹⁰ Wie die «Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024».

¹¹ Bundesamt für Gesundheit. Gesund altern: Überblick und Perspektiven zur Schweiz. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/gesundheitsfoerderung-praevention-im-alter/gesund-altern.html>.

¹² Seite 3.

Weiter soll der Bericht den Bedarf für die Schaffung einer von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) finanzierten Pflegeheimenheit innerhalb einer NFES-Institution¹³ untersuchen.

Das Projekt *Prévention Intercantonale Alcool (PIA)* fokussiert auf die Herausforderungen von Alkoholkonsum bei Seniorinnen und Senioren in den lateinischen Kantonen und wird vom GREA¹⁴ und der CPPS¹⁵ koordiniert. Bereits im Jahr 2018 wurden bestimmte Bedürfnisse und Verbesserungsansätze für die Prävention von Alkoholproblemen innerhalb der Hilfsdienste für ältere Menschen in einem Bericht zum Projekt *Prévention Intercantonale Alcool (PIA)* formuliert. Der vorliegende Bericht greift allen voran Fragen zur Betreuung auf und liefert Daten nach Suchtart, ermittelten Problemen, ihrer Schwere, zur Anzahl betroffener Personen und zu den Bedürfnissen der betreuenden Fachpersonen, damit diese Bedürfnisse in den kommenden Jahren bestmögliche Berücksichtigung finden.

1.2 Eine Gesamtheit komplexer Zusammenhänge

Es besteht die grosse Herausforderung, dass Suchtverhalten bei älteren Personen scheinbar schwieriger zu erkennen ist als bei jüngeren Menschen. Dies ist insbesondere auf die grössere soziale Isolation oder irreführende Verhaltensäusserungen (Gleichgewichtsverlust und Stürze, Verwirrung u. Ä.) zurückzuführen.

Ältere Menschen scheinen anfälliger für gewisse Suchterkrankungen (allen voran Alkohol und Medikamente), doch müssen die Auswirkungen immer in der biologischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension berücksichtigt werden.¹⁶ Der risikoreiche Alkoholkonsum kann sich bei älteren Personen besonders dramatisch auswirken: Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten (instrumental), Stürze und Brüche, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen, verminderte Lebenserwartung, Gehirnerkrankungen, kognitive Störungen (darunter Verwirrtheit), Demenz, Angst, Depression, Suizid, soziale Isolation und Verlust von Sozialkontakten, verminderte Lebensqualität.¹⁷

Bessere Kenntnisse zu dieser Frage sollen die Betreuung durch die zuständigen Institutionen und die Koordination innerhalb des Freiburger Pflegenetzwerks verbessern. Es stellt sich also eine zweifache Praxisfrage: Wie steht es um die Erkennung (im Idealfall Früherkennung) und die damit einhergehenden Interventionen? Verbesserungen bezüglich dieser Fragestellung sollten idealerweise drei Arten von Akteurinnen und Akteuren berücksichtigen: Fachpersonen, Institutionen sowie Bevölkerung.

¹³ Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke, dazu gehören die Stiftung *Le Tremplin*, der Verein *Le Radeau* sowie die Stiftung *Le Torry*.

¹⁴ Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA).

¹⁵ Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention (CPPS) des *Groupement romand des services de santé publique* (GRSP).

¹⁶ Wenger, J. (2020). Empfehlungen: Umgang mit Suchtmittelkonsum und Abhängigkeiten in der professionellen Pflege älterer Menschen. Fachverband Sucht.

¹⁷ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). *La consommation d'alcool chez les seniors : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonale Alcool (PIA)*. Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

2 Kenntnisstand

2.1 Hauptthemen

2.1.1 Geriatrische Spezifika

Bei der Behandlung der Problemstellung gilt es die geriatrischen Spezifika zu berücksichtigen. Studien zeigen, dass die Betreuung von suchtkranken Seniorinnen und Senioren besser ist, wenn die altersspezifischen Besonderheiten einbezogen werden. Diese Spezifika umfassen insbesondere reduzierte Toleranz, starke Medikation und irreführende Verhaltensäusserungen.

2.1.2 Substanzen, Gesundheit und Wirtschaft

Die Abhängigkeit von Psychopharmaka im Alter wirft systematisch die Frage nach erhöhten Gesundheitsrisiken auf wie Stürze (sowie Brüche und Spitalaufenthalte), Verschlechterung der körperlichen Gesundheit, Unterernährung, Beschleunigung allgemeiner und zerebraler Alterungsprozesse, neuro-psychiatrische Risiken (bspw. Depression, kognitive Beeinträchtigungen, Desorientierung), Verlust von Lebensqualität, Wechselwirkungen Substanzen/Medikamente-Medikamente.^{18,19,20} Darüber hinaus können Alkoholvergiftungen bei älteren Menschen die sozialen Beziehungen schädigen und zu Isolation führen.^{21,22} Auch die sozioökonomischen Aspekten sind ein Thema, mitsamt der sozialen Abschottung und den finanziellen Schwierigkeiten für die Betroffenen – abgesehen von den Kosten für den Konsum haben Personen im Ruhestand 30 % bis 40 % weniger finanzielle Einkünfte.²³ Zudem können sich die wirtschaftlichen Kosten für die öffentliche Gesundheit als hoch erweisen (wiederholte Hospitalisierungen u. Ä.).

2.1.3 Umfassender Ansatz und ethische Erwägungen

Die Multimorbidität von älteren Menschen verlangt einen geriatrischen wie auch umfassenden Ansatz. Dies bedeutet, dass Klientinnen und Klienten als Ganzes und eingebettet in einem Pflegenetzwerk berücksichtigt werden müssen²⁴⁻²⁵, ganz unabhängig vom Grund der Konsultation. Ältere Personen sind ganzheitlich zu betrachten,²⁶ was ihre unterschiedlichen (biologischen, psychischen, sozialen und spirituellen) Dimensionen einschliesst, sowohl bei den physischen Schmerzen²⁷ als auch im Rahmen einer Suchtproblematik²⁸.

Stets im Hinterkopf, dass es die Person in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen gilt, können die Faktoren in den Fokus gerückt werden, die ihre Vulnerabilität ausmachen. Vier Hauptfaktoren bestimmen die Vulnerabilität einer älteren Person: funktionale Abhängigkeit, Autonomieverlust, soziale Benachteiligung und eingeschränkter Zugang zu Pflege.²⁹ Die relevanten Faktoren der Lebensqualität sind Menschenwürde und Akzeptanz (Interaktion, psychisches Erleben, Verhalten), Entwicklung und Dasein (Arbeit und Beschäftigung, soziale Kompetenz, Vorstellungsfähigkeit und Kreativität, Verstandesfähigkeiten, geistige Fähigkeiten, Alltagsbewältigung), Anerkennung und Sicherheit (Schutz, persönliches Eigentum, Unterkunft), Funktionalität und Gesundheit (Mobilität, physische Funktionen und Strukturen, Körperpflege, Ernährung, psychische Funktionen und Strukturen).³⁰

¹⁸ Obsan (2019). Die Gesundheit der Bevölkerung ab 65 Jahren in der lateinischen Schweiz, interkantonale Analysen der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017.

¹⁹ Akzent Prävention und Suchttherapie. Projekt: «Sensor – erkennen und handeln, Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter», Luzern.

²⁰ Wicki, M., & Schneider, E. (2019). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen: Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 2003 bis 2012. Forschungsbericht Nr. 104.

²¹ Gache, S. H. P. (2007). *Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée*. *Revue Médicale Suisse*, 3, 32411.

²² BAG (2019). Gleichzeitiger Konsum von Arzneimitteln und Alkohol bei älteren Personen. Faktenblatt. Wissenschaftliche Grundlagen zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und Sucht.

²³ Reper (2014). *Dossier: Seniors et jeu excessif*.

²⁴ Medikamente beim Älterwerden. Informationen für Personen ab 60 Jahren. (Sucht Schweiz, ZüFAM/ZFPS).

²⁵ Leitfaden und Checklisten: Frühintervention in Altersinstitutionen (Akzent Prävention und Suchttherapie).

²⁶ Monod, S., Sautebin, A. (2019). *Vieillir et devenir vulnérable*. *Revue Médicale Suisse*, 5(226), 2353-7.

²⁷ Registered Nurses' Association of Ontario (2003). *Clinical Best Practice Guidelines: Assessment and Management of Pain (Third Edition)*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB- FINAL_DEC_2.pdf.

²⁸ Wenger, J. (2020). Empfehlungen: Umgang mit Suchtmittelkonsum und Abhängigkeiten in der professionellen Pflege älterer Menschen. Fachverband Sucht.

²⁹ Monod, S., Sautebin, A. (2019). *Vieillir et devenir vulnérable*. *Revue Médicale Suisse*, 5(226), 2353-7.

³⁰ CURAVIVA: https://www.curaviva.ch/files/P9VUIZ0/lebensqualitaetskonzeption_curaviva_schweiz_2017.pdf.

Zudem bestehen ethische Spannungen zwischen Pflege, die hauptsächlich auf die Maximierung der Lebenserwartung abzielt, und Pflege und Begleitung, welche die Lebensqualität sichern oder gar verbessern will.³¹⁻³²

Pflegefachpersonen müssen sich genau und überlegt zwischen ihrer Schutzfunktion und dem Recht auf Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten positionieren.³³ Dies lenkt den Fokus wiederum auf die Wünsche, Bedürfnisse und Lebensziele der zu pflegenden Personen und regt die Pflegefachpersonen dazu an, sich mit einer Perspektive auseinanderzusetzen, die sich nicht systematisch mit dem ausschliesslich physisch-somatischen Ansatz der Gesundheitsförderung vereinbaren lässt. Innerhalb einer Pflegeeinrichtung selbst sind dementsprechend auch die räumlichen Beziehungen zwischen Bewohnenden und Fachpersonen, die sozialen Normen und Gewohnheiten sowie, gegebenenfalls, die Interaktionen mit anderen Bewohnenden zu berücksichtigen.

Im ethischen Spannungsfeld, das Leistungsarten und Behandlungsziele beeinflusst, stellt sich zudem die Frage nach der totalen Abstinenz, die den Zielen des kontrollierten Konsums gegenübersteht. Sie widersprechen sich jedoch nicht zwingend, da sie allen voran von den Betroffenen und ihrer Situation abhängen.³⁴ Bei Alkoholsucht kann die Rückkehr zu kontrolliertem Trinken nur ins Auge gefasst werden, wenn die «Alkoholabhängigkeit» nicht stark ist. Bei starker Abhängigkeit ist vorrangig Abstinenz anzustreben.³⁵ Für die konkrete Umsetzung sind gewisse Elemente sicherzustellen. Beispielsweise muss sich jede Pflegefachperson sicher sein, die betroffene Person und ihre Grenzen gut zu kennen und von ihren Vorgesetzten bei der Programmumsetzung unterstützt zu werden.³⁶ Zudem sind Bewertungsparameter, der Begriff Standardglas, der Behandlungsplan und dessen Erstellung sowie Kontraindikationen klarzustellen (darin eingeschlossen: Weigerung Patient/in, medizinisch/psychisch vulnerable Situation im Zusammenhang mit der Sucht, harte Entzüge in der Vergangenheit, wiederholt erfolgloses kontrolliertes Trinken, medikamentöse Inkompatibilitäten).³⁷

2.1.4 Erkennung und Intervention

Eine grosse Schwierigkeit bei der Erkennung von Suchtproblemen bei älteren Personen ist die Tatsache, dass sie generell weniger sichtbar sind. Dies kann auf die verwirrenden Effekte von geriatrischen Spezifika oder Problemen auf somatischer, emotionaler sowie sozialer Ebene zurückzuführen sein. Zeichen sind beispielsweise Abnahme der körperlichen und mentalen Leistungsfähigkeit, Schwindelanfälle, Stürze, Zittern, anhaltende Müdigkeit, Depression, Vernachlässigung der häuslichen und körperlichen Hygiene, stärkere Abschottung.

Die Früherkennung kann in drei Schlüsselmomenten erfolgen: in der Zeit vor dem Ruhestand, um Suchterkrankungen in Verbindung mit dieser Lebensveränderung zu ermitteln (*late onset*); ab den ersten Abhängigkeitszeichen oder gar etwas früher, gestützt auf die Identifizierung von Risikofaktoren; schliesslich kann eine Erkennung als «früh» gelten für Fachpersonen einer Institution, die keinen Zugang zu Informationen über frühere Abhängigkeiten der Betroffenen haben. Der Begriff der Früherkennung kommt in diesem Fall eher im Zusammenhang mit dem akuten Stadium der Krise, welche eine Person durchlebt, zur Anwendung, insofern als sich ein Suchtproblem über zahlreiche Jahre hinweg angestaut hätte und von den Fachpersonen und ihrem Umfeld unbemerkt geblieben wäre. Die Selbsterkennung einer Abhängigkeit kann bei längerer, falscher und/oder massiver Verschreibung von Arzneimitteln ebenfalls schwieriger sein.

Die Herausforderung besteht insbesondere darin, einerseits den risikoreichen Konsum und Abhängigkeitsrisiken, andererseits die Gefährdung zu ermitteln. Bei der Abhängigkeit sind die Faktoren Konsum, Alterung, Verschreibungen (von Arzneimitteln) zu betrachten; die Gefährdung wird basierend auf dem Konsum selbst und seiner Wechselwirkungen mit Medikamenten sowie nach Situation (z. B. Situationen, in denen Aufmerksamkeit und Gleichgewicht wichtig sind), somatischer und psychischer Gesundheit evaluiert.³⁸

³¹ Stephanian (2019). *Le passage à la retraite, une transition à bien négocier dans une perspective psycho-sociale. Quelles risques et conséquences pour soi et son entourage ?* AvantAge.

³² Wenger, J. (2019). Konzept «Genuss, Suchtmittelkonsum und Abhängigkeiten in Alterszentren». Fachverband Sucht.

³³ Ebd.

³⁴ Groupement Romand d'Etudes des Addictions (9. November 2020). *Consommation contrôlée*.

<https://www.grea.ch/dossiers/consommation-controlee>.

³⁵ Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). *Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate?* Addiction, 90, 1149-1153.

³⁶ Gache, P. (2007). *Evaluation des programmes de consommation contrôlée. Dépendances*, 14-17.

³⁷ Ebd.

³⁸ Medikamente beim Älterwerden: Informationen für Personen ab 60 Jahren (Sucht Schweiz, ZüFAM/ZFPS).

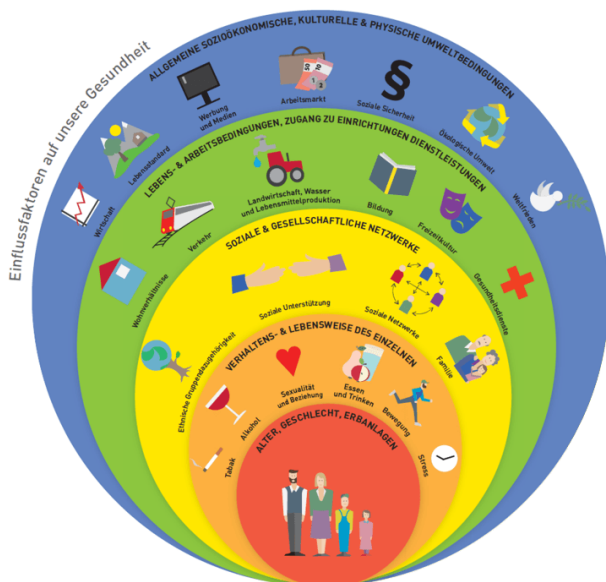
Derartige Einschätzungen hängen stark davon ab, wie einstimmig die Akteurinnen und Akteure der Pflegenetze, die Kontakt zu Seniorinnen und Senioren haben, diese Begriffe verstehen. Dies setzt Kriterien, Normen und Empfehlungen, Risikoanalysen und Umsetzung eines systematischen Vorgehens voraus. Das empfohlene Ziel wären kürzere Behandlungsdauern (die zudem die Pflegefachpersonen entlasten) und eine Form der Prävention (um die Gefährdung oder eine Verschlechterung der Situation von älteren Personen abzuwenden). Zudem stellt sich die Frage nach der Öffnung der Pflege (bspw. Pflegeheime) für unter 65-Jährige, je nach Einzelfall. Folglich spielen die Institutionen und das soziale Umfeld von (potenziell) betroffenen Älteren eine wesentliche Rolle.

Bei den sozialen Vorstellungen ist eine Tendenz zur Banalisierung von Abhängigkeiten bei Seniorinnen und Senioren zu beobachten, darunter der risikoreiche Alkoholkonsum, oft verankert in der Vorstellung, das Ende des Berufslebens bedeute das Ende eines aktiven Lebens. Es scheint grundlegend, das Leben nach der Berufstätigkeit zu valorisieren, mit der psychosozialen Neuausrichtung, die der Ruhestand mit sich bringt, und dem Erhalt der Lebensqualität – was auch die Berücksichtigung der Suchtproblematik einschliesst.

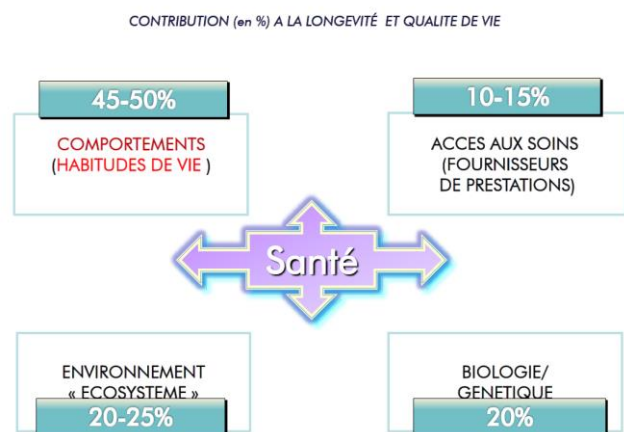
Oft berichten die im Feld tätigen Akteurinnen und Akteure von Spannungen zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung der älteren Personen und der Schutzpflicht des Personals. Die Frage der Betreuungsmodalitäten und der Ziele, die zwischen Abstinenz und Lebensqualität liegen können, ist wichtig, da diese nicht immer einhergehen.³⁹⁻⁴⁰

2.1.5 Gesundheitsdeterminanten und Risikofaktoren

Die Gesundheitsdeterminanten sind ein allgemeiner Begriff, der die grosse Diversität der Faktoren umfasst, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, vom Umfeld, in der sich die Einzelperson entwickelt, bis zu ihrem Verhalten und ihrem Erbgut. Studien zeigen, dass eine kleine Zahl von Risikoverhaltensweisen die Hauptursachen sind: übermässiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Rauchen und Bewegungsmangel. Sie werden Risikofaktoren genannt und in den westlichen Politiken zur Gesundheitsförderung und Prävention prioritär behandelt (s. Schema unten).⁴¹



Quelle: [Kanton Uri](#)



Quelle: Stephanian 2019, AvantAge (Pro Senectute).

³⁹ Wenger, J. (2019). Konzept «Genuss, Suchtmittelkonsum und Abhängigkeiten in Alterszentren». Fachverband Sucht.

⁴⁰ Schaaf, S., Salis Gross, C., Schnoz, D., & Koller, S. (2019). FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum von älteren Menschen. Forschungsbericht aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Bericht Nr. 397.

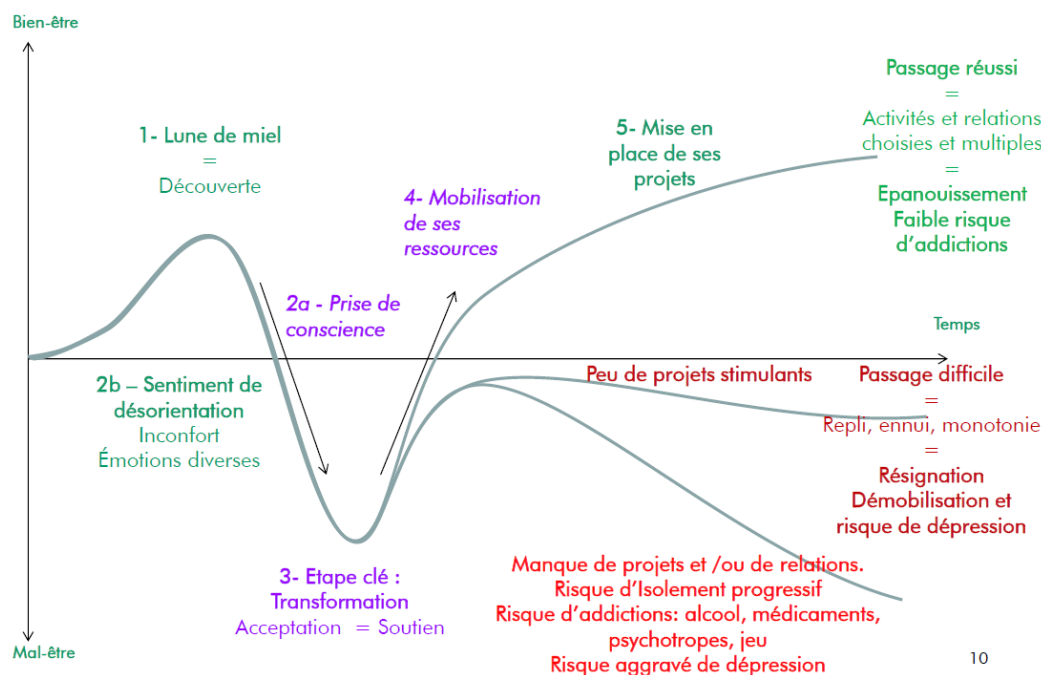
⁴¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2005). *Gesundheit in der Schweiz: Fokus chronische Erkrankungen*, in Nationaler Gesundheitsbericht. Bern.

Lebensgewohnheiten und Umfeld von älteren Personen haben eine tragende Rolle, so dass ihnen speziell auf diese Punkte zugeschnittene Interventionen angeboten werden sollten (s. Schema oben, Stephanian 2019)⁴².

2.1.6 Übergang zum Ruhestand und Altersgruppen

Es bestehen Schwierigkeiten auf mehreren Ebenen: Identität (Veränderung des sozialen Status, Ende der beruflichen Identität), Neudefinition der Alltagsaktivitäten, soziale Kontakte (Beziehungen), neuer Sinn/neues Ziel finden.

Etapes du passage à la retraite



10

Quelle: Stephanian 2019, AvantAge (Pro Senectute).

Meist wird zwischen zwei Arten von Suchtproblematiken unterschieden, basierend auf der Lebensphase, in der sie entstehen: **Abhängigkeiten, die sich vor dem Ruhestand manifestieren (early onset), und Abhängigkeiten, die sich erst später, nach dem Ruhestand, manifestieren (late onset)**. Die erste Art betrifft Suchterkrankungen, die sich in einem eher allgemeinen Kontext entwickeln, während die zweite Art sehr bezeichnend für das Älterwerden ist, mit einer Reaktion auf die Veränderungen durch den Ruhestand und nach dem Ruhestand (bspw. Veränderung des sozialen Status, Untätigkeit, Trauer um Angehörige).⁴³⁻⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶

Betrachtet man die beiden Altersgruppen direkt vor und nach der Pensionierung, nämlich die 55- bis 64-Jährigen sowie die 65- bis 74-Jährigen, können Veränderungen zum Zeitpunkt der Pensionierung, ein Wendepunkt im Leben, ermittelt und von Ausprägungen im weiter fortgeschrittenen Alter abgegrenzt werden. Dies ist wichtig, denn in der Schweiz wie auch im Ausland ist die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen für chronisch risikoreichen Alkoholkonsum besonders gefährdet.⁴⁷ Diese Altersgruppe ist direkt nach dem Rentenalter angesiedelt und könnte typischerweise die Schwierigkeiten älterer Personen nach der Pensionierung aufzeigen. Jedoch werden solche Abgrenzungen innerhalb der Altersgruppe der ab 65-Jährigen nicht immer gemacht.

⁴² Stephanian (2019). *Le passage à la retraite, une transition à bien négocier dans une perspective psycho-sociale : Quelles risques et conséquences pour soi et son entourage ?* AvantAge.

⁴³ Staat Freiburg, Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD). Kantonaler Alkoholaktionsplan 2018.

⁴⁴ Vigne C. (2003). *La dépendance alcoolique en gériatrie*. *Gérontologie et Société*, 2003;26 / n° 105(2):101-8

⁴⁵ Onen, S. H. (2008). *Problèmes d'alcool chez les personnes âgées*. *EM Consulte*, 1314(45), 1-55.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.008>.

⁴⁶ Michaud, P., & Lécallier, D. (2009). *Risque alcool chez les plus âgés*. *Gérontologie et Société*, 105(2), 89-99.

⁴⁷ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). *La consommation d'alcool chez les seniors : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA)*. Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

Der Erklärungsgehalt des *early-late-onset*-Konzepts ist zu nuancieren, da andere Elemente einen Einfluss haben könnten. Es ist beispielsweise möglich, dass die Phase nach dem Ruhestand eine bereits vor dem Ruhestand schlummernde Suchtproblematik verschlimmert. Weiter hängt ein Suchtproblem, das in der Altersgruppe der ab 85-Jährigen auftritt, sehr wahrscheinlich mit unterschwelligem Faktoren zusammen, die sich deutlich von denjenigen der 64- bis 75-Jährigen unterscheiden. Dennoch werden beide als *late onset* kategorisiert.

Die Wichtigkeit dieses *early-late-onset*-Konzepts liegt hauptsächlich im Schwerpunkt, den es auf die Früherkennung von Suchterkrankungen im Alter legt.

2.1.7 Suchtarten

Gemäss WHO⁴⁸ sind in Europa zwei der acht Risikofaktoren für vorzeitige Sterblichkeit Tabak- und Alkoholkonsum.⁴⁹ Alkoholkonsum ist für zahlreiche chronische Erkrankungen verantwortlich, laut WHO sind es 25.⁵⁰ Jedoch gilt es weitere Suchterkrankungen zu berücksichtigen: Medikamentenabhängigkeit, exzessives Geldspiel, Mischkonsum (insbesondere für Alkohol und Medikamente).

Es gibt verschiedene Systeme zur Kategorisierung von Sucht und den damit zusammenhängenden Phänomenen. In diesem Bericht stützen wir uns auf die Arbeit von Wenger⁵¹, der diese Frage klar und präzise behandelt und die Kriterien der ICD-10 (WHO), der DSM-5 (APA) und des BAG (Bundesamt für Gesundheit) übernimmt: «Der Konsum psychoaktiver Substanzen unterscheidet sich nach seiner Intensität und den damit verbundenen Risiken für das Individuum und die Gesellschaft. Zwischen den einzelnen Formen sind die Übergänge fließend. Risikoarmer Konsum (Genusskonsum, rekreativer Konsum) psychoaktiver Substanzen geschieht in einem Mass und unter Umständen, die für die betroffene Person und ihr Umfeld risikoarm oder nicht schädlich sind. Risikoreicher Konsum kann zu Schäden bei der einzelnen Person und ihrem Umfeld führen. Es werden drei Konsummuster mit unterschiedlichem Schadenspotenzial unterschieden: (1) exzessiver Konsum, (2) chronischer Konsum und (3) situationsunangepasster Konsum. Sucht (Abhängigkeit) charakterisiert den Konsum, der auch dann weiterbesteht, wenn schwerwiegende gesundheitliche und/oder soziale Folgen für den betroffenen Menschen und sein Umfeld eintreten. Zentrale Kriterien für eine Abhängigkeit sind u. a. zwanghafter Drang zum Konsum (Craving); verminderte Kontrolle über den Konsum; Entzugssymptome bei Beendigung oder Reduktion des Konsums; Toleranzbildung (um die angestrebte Wirkung zu erreichen, braucht es immer mehr einer bestimmten Substanz); Vernachlässigung anderer Interessen und Fortsetzendes Konsums trotz bekannter schädlicher Folgen. Der DSM-5 (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) schliesst zudem Verhaltensabhängigkeiten mit ein; so ist darin beispielsweise Geldspiel als Abhängigkeit klassiert. Sucht ist immer ein komplexes multikausales Phänomen. Zugrunde liegen verschiedene biologische, psychische, physische und soziale Ursachen (biopsychosoziales Ursachenmodell). Suchtverhalten kann auch durch eine andauernde Selbstmedikation entstehen.»

⁴⁸ World Health Organization (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

⁴⁹ Die sechs weiteren Risikofaktoren stehen im Zusammenhang mit Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Betätigung.

⁵⁰ Shield, K. D., Parry, C., & Rehm, J. (2014). *Chronic Diseases and Conditions Related to Alcohol Use*. *Alcohol research: Current reviews*, 35(2), 155-173.

⁵¹ Wenger, J. (2020). Empfehlungen: Umgang mit Suchtmittelkonsum und Abhängigkeiten in der professionellen Pflege älterer Menschen. Fachverband Sucht.

2.1.8 Orientierungshilfen und spezifische Aspekte

Für Alkohol formuliert die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKAL) folgende Orientierungshilfen⁵²:

Orientierungshilfe 1 Gesunde Erwachsene	Gesunde erwachsene Männer sollten nicht mehr als zwei Gläser ² alkoholische Getränke pro Tag zu sich nehmen.	Gesunde erwachsene Frauen sollten nicht mehr als ein Glas ² alkoholisches Getränk pro Tag zu sich nehmen.
	<p>Es empfiehlt sich, alkoholfreie Tage pro Woche einzuhalten.</p> <p>Wenn im Verlauf mehrerer Stunden ausnahmsweise mehr getrunken wird, dann sollten Männer nicht mehr als fünf und Frauen nicht mehr als vier Standard-Gläser² konsumieren. Bei dieser Menge ist die Wirkung von Alkohol auf Reaktionszeit oder Psychomotorik messbar, und die Risiken hinsichtlich Unfällen oder Krankheiten sind deutlich erhöht.</p>	

«Unter einem Standardglas versteht man die normalerweise in einem Restaurant ausgeschenkte Alkoholmenge. Also eine Stange Bier, ein Glas Wein oder ein Gläschen Schnaps. Ein Standardglas Alkohol enthält in der Regel zwischen 10 und 12g reinen Alkohol.»

Orientierungshilfe 4 Ältere Menschen	Es lohnt sich, mit zunehmendem Alter, mit dem Alkoholkonsum vorsichtiger zu sein. Da mit dem Älterwerden der Wasseranteil des Körpers abnimmt, wird der Alkohol in weniger Flüssigkeit verteilt, der Blutalkoholgehalt steigt, weshalb ältere Menschen sensibler auf Alkohol reagieren. Zudem kann Alkohol schneller zu körperlichen Schädigungen oder Unfällen führen, und bestimmte bestehende Erkrankungen können negativ beeinflusst werden. Ältere Menschen brauchen zudem häufiger Medikamente, weshalb zusätzliche Vorsicht geboten ist.
--	---

Die Orientierungshilfe erwähnt ausserdem, Alkohol mit zunehmendem Alter vorsichtiger zu konsumieren, da ältere Menschen sensibler auf Alkohol reagieren. Jedoch ist im Verhalten das Gegenteil festzustellen, denn der Konsum ist bei Seniorinnen und Senioren ausgeprägter. Dieses Spezifikum kann zu einer Unterschätzung der Alkoholproblematik in den älteren Bevölkerungsgruppen führen.

Definition gesundheitsgefährdender Konsum

Quelle: *Vade mecum*, JB Daepfen.

Männer - 65 Jahre	+ 14 Gläser pro Woche (2 pro Tag) oder + 4 Gläser pro Gelegenheit
Männer + 65 Jahre und Frauen	+ 7 Gläser pro Woche (1 pro Tag) oder + 3 Gläser pro Gelegenheit

⁵² «Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum – 2018», Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKAL).

Kasten 1 Orientierungshilfen chronischer Alkoholkonsum⁵³

Männer	Frauen	
Trinkt nie Alkohol, abstinent	Trinkt nie Alkohol, abstinent	➤ Abstinent
0 <= Gramm Alkohol pro Tag <= 20	0 <= Gramm Alkohol pro Tag <= 10	➤ Geringes Risiko
20 < Gramm Alkohol pro Tag <= 40	10 < Gramm Alkohol pro Tag <= 20	➤ Moderates Risiko
40 < Gramm Alkohol pro Tag <= 60	20 < Gramm Alkohol pro Tag <= 40	➤ Mittleres Risiko
60 < Gramm Alkohol pro Tag	40 < Gramm Alkohol pro Tag	➤ Hohes Risiko

Ein Standardglas Alkohol enthält in der Regel zwischen 10 und 12g reinen Alkohol.

Quellen: EKAL (2018), BFS (2019).

Problematischer Konsum und Alkoholabhängigkeit⁵⁴:

Problematischer Konsum	Chronisch risikoreicher Konsum	Betrifft Konsumart in Verbindung zu potenziellen, in Studien aufgezeigten Auswirkungen: <ul style="list-style-type: none"> • Hohes Risiko: > 60 g/Tag bei Männern, > 40 g/Tag bei Frauen • Mittleres Risiko: zwischen 40 bis 60 g/Tag bei Männern und 20 bis 40 g/Tag bei Frauen • Geringes Risiko: < 40 g/Tag bei Männern, < 20 g/Tag bei Frauen
	Rauschtrinken/ Episodischer Konsum	Wenn der Konsum bei einer Gelegenheit bei Männern 50 g oder mehr beträgt, bei Frauen 40 g (19).
	Situationsunangepasster Konsum	Alkoholkonsum in kleinen Mengen in Alltagssituationen; am Steuer, während Schwangerschaft, im Berufsleben, gleichzeitige Einnahme von Alkohol und Medikamenten.
Alkoholabhängigkeit		Definiert durch Kontrollverlust von Alkoholkonsum, welcher verharmlost wird. Charakterisiert durch Störungen der normalen Funktionsweise (sozial, alltäglich, persönlich) des Individuums (2).

Bezüglich Medikamente sind einige Feststellungen zu nennen, insbesondere zum Gebrauch von Benzodiazepinen, auch Schlafmittel oder Beruhigungsmittel genannt, die wegen ihrer angstlösenden und schlaffördernden Wirkung eingenommen werden. Für Menschen ab 65 Jahren bergen Benzodiazepine ein hohes Abhängigkeitsrisiko, da sich die Wirkdauer verlängert, weil der Körper Medikamente langsamer abbaut.⁵⁵ Ausserdem können Nebenwirkungen auftreten (wie Schläfrigkeit, Atemdepression, Enthemmung, depressiver Zustand, paradoxe Wirkungen); daher wird empfohlen, Benzodiazepine möglichst kurz und in möglichst niedriger Dosierung einzunehmen.⁵⁶ Zudem ähneln die Entzugserscheinungen stark den Beschwerden, derentwegen die Medikamente verschrieben wurden (bspw. Schlafstörungen, Angstzustände), es kann zu Rückfällen kommen und ein Teufelskreis entstehen.⁵⁷ Obwohl nur wenige psychiatrische Störungen die Verschreibung von Benzodiazepinen rechtfertigen, werden Psychopharmaka

⁵³ Obsan, 2019 – Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2017.

⁵⁴ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). *La consommation d'alcool chez les seniors : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA)*. Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

⁵⁵ Sucht Schweiz und Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, Lausanne und Zürich 2011.

⁵⁶ Ebd.

⁵⁷ Singh, S., & Sarkar, S. (2016). *Benzodiazepine among the elderly*. Journal of Geriatric Mental Health, 3, 223-230.

älteren Personen am häufigsten verschrieben.⁵⁸ Frauen und ältere Personen sind anfälliger für Benzodiazepin-Missbrauch⁵⁹, im klinischen Umfeld ist lediglich ein Drittel der Benzodiazepin-Verschreibungen angemessen.⁶⁰

Daneben werden bei älteren Personen auch opioidhaltige Schlaf-, Schmerz- und Hustenmittel eingesetzt, was auf eine subjektive Wahrnehmung von Schlafproblemen – mit zunehmendem Alter nimmt die notwendige Schlafdauer ab⁶¹ – und im Alter vermehrt auftretende chronische Schmerzen hindeuten kann. Die Risiken im Zusammenhang mit der Einnahme von Hypno-Sedativa nehmen mit dem Alter auf mehreren Ebenen stark zu: Mobilität (Stürze, Brüche), Wahrnehmung (Informationsverarbeitung, Verwirrheitszustand, Wachsamkeit), Schlaf, Sucht (Abhängigkeit, Toleranz).⁶²

Der Tabakkonsum wird bei Frauen als auch bei Männern mit einer um zehn Jahre verkürzten Lebenserwartung assoziiert.⁶³ Vor dem Hintergrund kardiovaskulärer Probleme und Atemwegserkrankungen ist Tabakkonsum noch problematischer.⁶⁴ Bei einer Metaanalyse zum Tabakkonsum von Personen ab 60 Jahren⁶⁵ war die Gesamt-Mortalität (spezifisch dem Tabak zuschreibbar) bei Rauchenden höher. Sie zeigte zudem eine um 83 % respektive 34 % höhere relative Mortalität für aktuell rauchende Personen respektive in der Vergangenheit rauchende Personen gegenüber Personen, die niemals geraucht haben. Dieselbe Studie weist darauf hin, dass die Mortalität mit der Menge gerauchter Zigaretten sowie mit der seit dem Rauchstopp vergangenen Zeit assoziiert ist. Diese Daten lassen darauf schliessen, dass ein Rauchstopp für sämtliche Altersgruppen ein Vorteil bedeutet, sowohl für die 60- bis 69-Jährigen, die 70- bis 79-Jährigen als auch für die über 80-Jährigen.

Die Problematik des exzessiven Geldspiels wurde bei Seniorinnen und Senioren bisher wenig untersucht. Sie scheinen von dieser Suchtart nicht stärker betroffen als ihre jüngeren Mitmenschen, dennoch weisen sie eine gewisse Anfälligkeit in Verbindung mit dem Ruhestandsalter aus, die beispielsweise mit finanziellen Aspekten sowie suchtgefährdenden und ganz generell psychiatrischen Komorbiditäten verknüpft sind. Eine im Kanton Freiburg durchgeführte Studie⁶⁶ macht folgende Beobachtung auf finanzieller Ebene: Eine intensive Spielpraxis wird eine Person im Ruhestand rasch in finanzielle Schwierigkeiten bringen, da eine Steigerung des Einkommens unmöglich ist und das Generieren neuer Einkünfte kompliziert erscheint. Dieses Missverhältnis führt bei dieser Gruppe häufig zu grossen Problemen (S. 25). Die Autorinnen und Autoren führen eine Reihe von Vulnerabilitätsfaktoren an: unvorbereiteter Ruhestand, plötzlich mehr freie Zeit, veränderte Identität, kleineres soziales Netzwerk, verändertes Einkommen und andere Lebensart, körperlicher Verfall (S. 24). Die Gründe für das übermässige Spielen scheinen für ältere Personen hauptsächlich Entspannung, ungenutzte Zeit und Langeweile zu sein. Die Studie erwähnt eine Beobachtung auf internationaler Ebene, laut welcher die Prävalenz des sogenannt problematischen Geldspiels bei ab 60-Jährigen höher ist (10–18 % gemäss einer amerikanischen Studie) als in der Allgemeinbevölkerung. Beim Geldspiel in Casinos ist bei den Spielenden ein erhöhter Alkohol- und Tabakkonsum feststellbar.⁶⁷ Der Mischkonsum ist durch eine ganze Reihe unterschiedlicher Probleme gekennzeichnet (bspw. finanzieller oder medizinischer Art, gegenseitige Verstärkung suchtartiger Verhaltensweisen oder verringerter Tätigkeitsradius), die rasch zu einer Verschlechterung der allgemeinen Situation von Betroffenen führen können.

Der Mischkonsum von Substanzen im Alter ist nicht hinreichend bekannt, dennoch birgt er hohe Risiken, beispielsweise beim gleichzeitigen Konsum von Alkohol und Medikamenten (Stürze, Hospitalisierungen, Tod u. a.).

⁵⁸ Del Giorno, R., Ceschi, A., & Gabutti, L. (2017). *Benzodiazépines chez les patients âgés : le côté sombre d'une pilule magique*. Revue Médicale Suisse, 13, 282-284.

⁵⁹ Cloos, J.-M., Bocquet, V., Rolland-Portal, I., Koch, P., & Chouinard, G. *Hypnotics and triazolobenzodiazepines - best predictors of high-dose benzodiazepine use: Results from the Luxembourg national health insurance registry*. Psychotherapy and Psychosomatics, 84, 273-83.

⁶⁰ Dell'osso, B., & Lader, M. (2011). *Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal*. European Psychiatry, 28, 7-20.

⁶¹ Sucht Schweiz und Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, Lausanne und Zürich 2011.

⁶² Amateis, C., & Büla, C. (2007). *Insomnies chez les personnes âgées : quelle approche ?* Revue Médicale Suisse, 3, 32656.

⁶³ Jung, S. Y., Lee, K., & Kim, S. (2014). *2014 Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress - What We Should Know and What We Can Learn*. Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco, 5(2), 94-107.

⁶⁴ Dietschi, I. (2018). Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen: Typische Fallbeispiele aus der geriatrischen Praxis. Bundesamt für Gesundheit (BAG).

⁶⁵ Gellert, C., Schöttker, B., & Brenner, H. (2012). *Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis*. Archives of internal medicine, 172(11), 837-844.

⁶⁶ Bach, R., & Morel G. (2017). *Prévention du jeu excessif et de l'hyperconnectivité auprès des publics en situation de vulnérabilité: Une nouvelle approche de la prévention dans le canton de Fribourg*. Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

⁶⁷ Reper (2014). *Dossier: Seniors et jeu excessif*.

Die Wechselwirkungen können komplex und schädigend sein. Alkoholkonsum kann die Hauptwirkung (Effizienz) gewisser Medikamente schmälern, ihre Halbwertszeit beträchtlich vermindern und Nebenwirkungen steigern, was sich wiederum in einer stärkeren Wirkung des Alkohols niederschlägt.⁶⁸

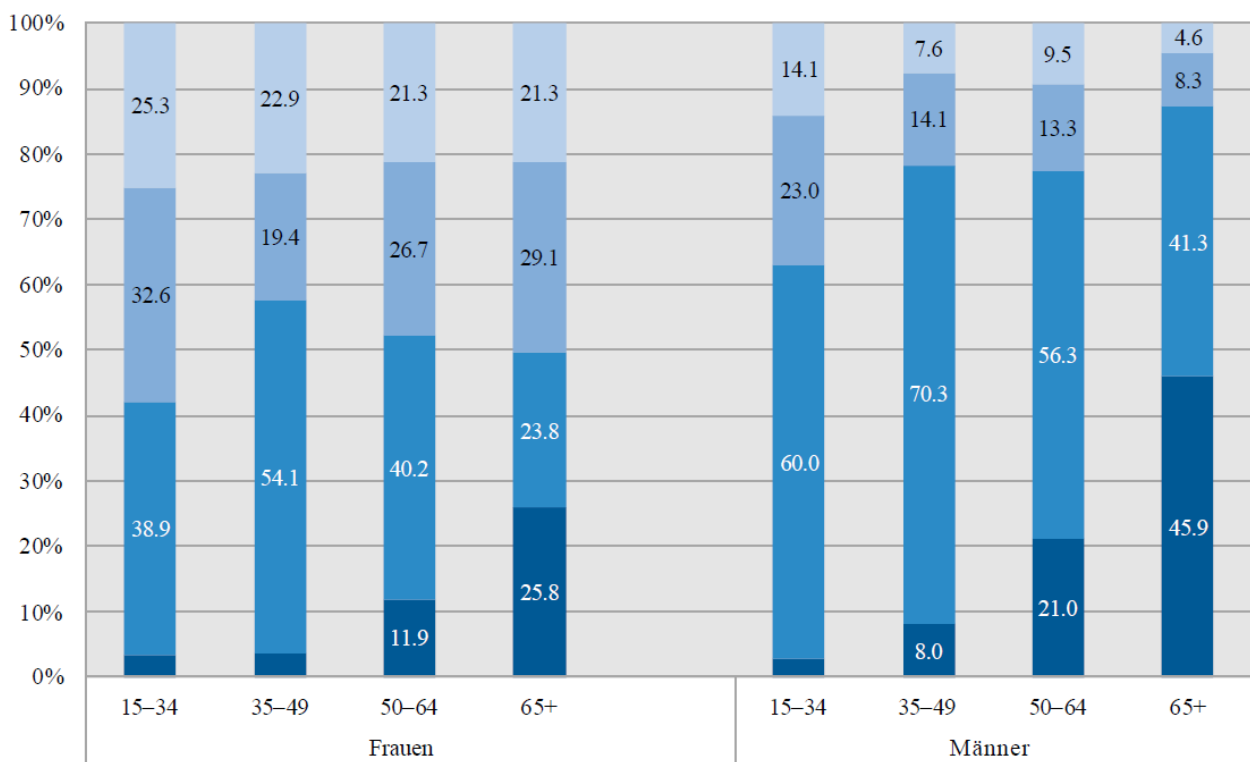
2.1.9 Datengrundlage für die Schweiz und Freiburg

Die Informationen sind nach Suchtart geordnet und zeigen zuerst die Datengrundlage für den Kanton Freiburg, anschliessend die verfügbaren nationalen oder internationalen Daten.

Alkohol

In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen im Kanton Freiburg zeigt mehr als eine von fünf Personen einen Alkoholkonsum mit mässigem bis hohem Risiko. Bei den ab 65-Jährigen ist gut eine von drei Personen von der Problematik betroffen. Mit zunehmenden Alter ist eine progressive Zunahme des Konsums mit mässigem bis hohem Risiko zu beobachten. Es scheint im Rentenalter (65+) keinen sprunghaften Anstieg gegenüber den jüngeren Altersgruppen zu geben (35–49 Jahre und 50–64 Jahre). Der Anstieg ist ausgeprägt von einer Gruppe zur anderen, was auf eine progressive Entwicklung mit zunehmenden Alter schliessen lässt. Es gibt Geschlechterunterschiede: Männer sind stärker von risikoreichem Alkoholkonsum betroffen als Frauen. Diese kantonale Beobachtung widerspiegelt die Feststellung auf nationaler Ebene. Genauer gesagt: Im Kanton Freiburg ist der Anteil Männer, die mindestens einmal am Tag Alkohol konsumieren, fast doppelt so gross wie der Anteil Frauen, dies in allen Altersgruppen ab 35 Jahren (35–49, 50–64, 65+), wie nachfolgende Tabellen zeigen. Die Zahlen entstammen dem Bericht «Gesundheit im Kanton Freiburg. Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017» des Obsan⁶⁹.

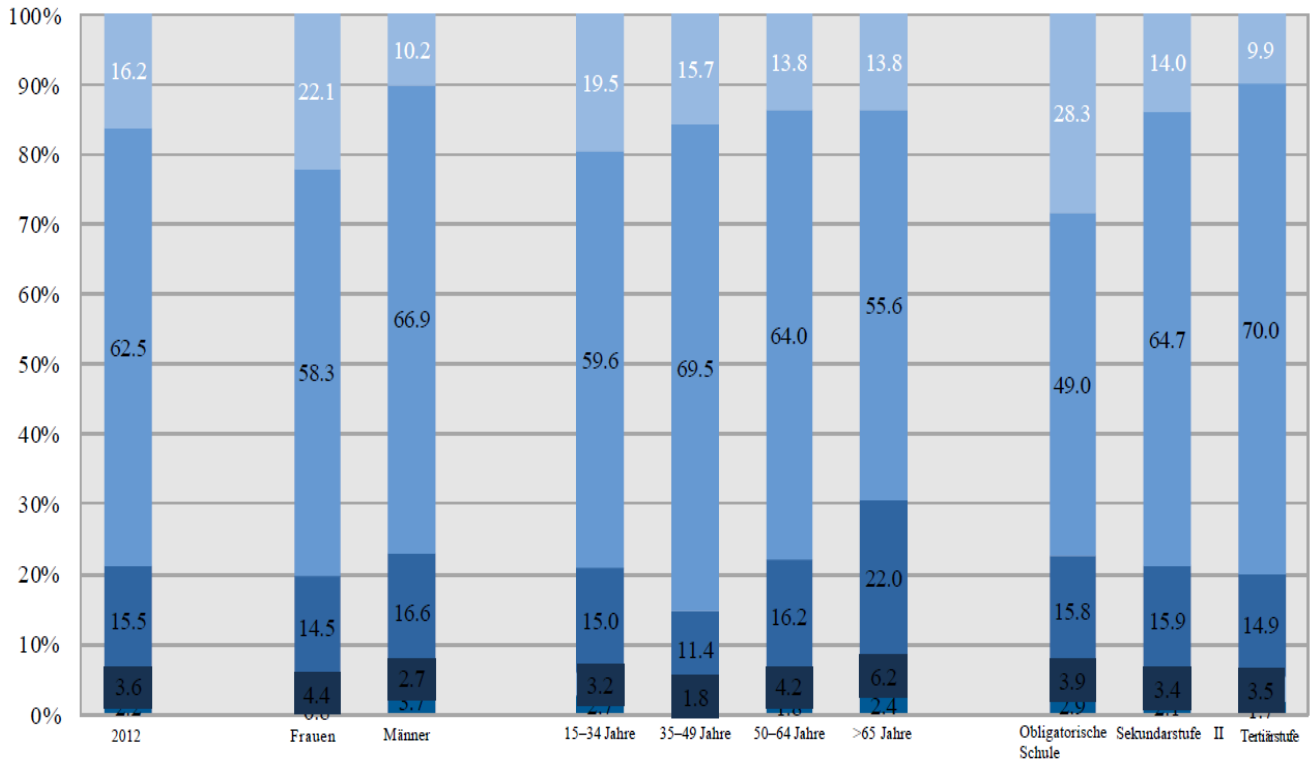
– Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht (Kanton Freiburg):



⁶⁸ Sucht Schweiz und Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, Lausanne und Zürich 2011.

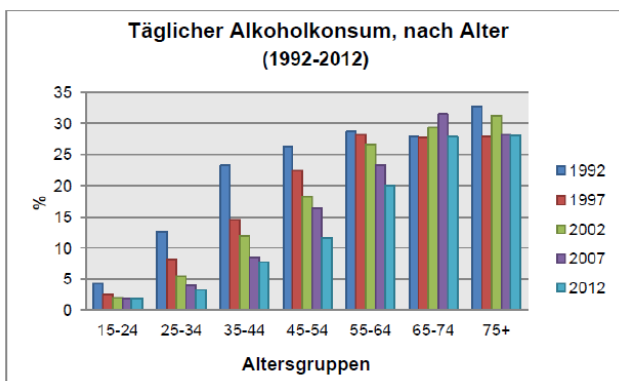
⁶⁹ Roth, S. (2020). Gesundheit im Kanton Freiburg. Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.

– Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Alter, Geschlecht und Bildung (Kanton Freiburg):



Diese Daten erlauben noch keine Unterscheidungen innerhalb der Gruppe der ab 65-Jährigen. Solche wären hilfreich bei der Frage, ob die 65- bis 74-Jährigen im Kanton ein höheres Risiko aufweisen. Die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen scheint laut nationalen und internationalen Daten für Alkoholabhängigkeit besonders gefährdet.⁷⁰

In den letzten 20 Jahren ist der mittlere Alkoholkonsum in der Schweiz in allen Altersgruppen stark zurückgegangen, ausser bei den 65- bis 74-Jährigen.⁷¹ Dies wurde auch beim gleichzeitigen Konsum von Alkohol und Medikamenten festgestellt.⁷² Vergleiche der Altersgruppen zeigen weiter, dass Alkoholvergiftungen und -abhängigkeiten zunehmen und bei 55- bis 74-jährigen Männern und 45- bis 74-jährigen Frauen ihren Höhepunkt erreichen.

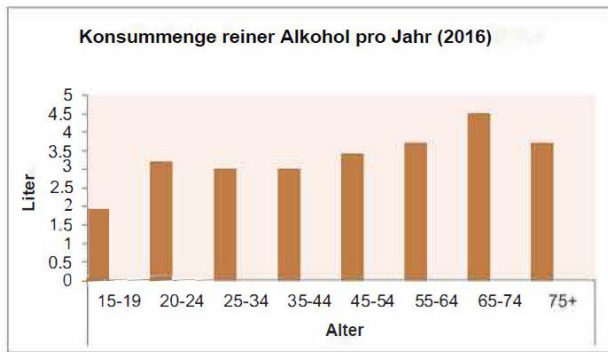


Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS) - Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2014.

⁷⁰ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). *La consommation d'alcool chez les seniors : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA)*. Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

⁷¹ Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017.

⁷² Ebd.

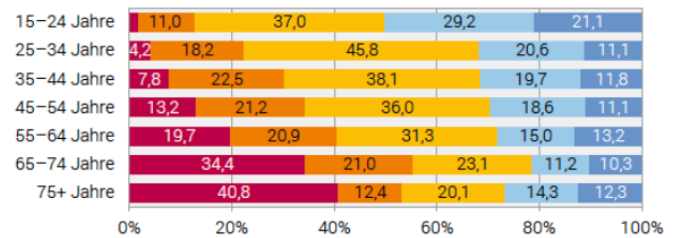


Alkoholkonsum nach Alter, 2017

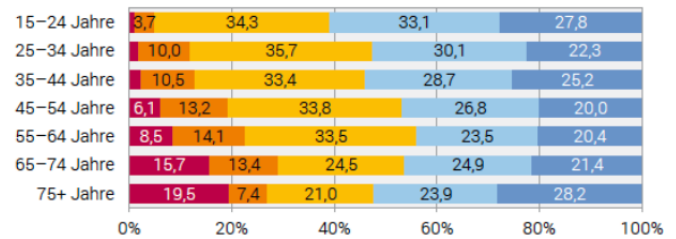
Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G1

Männer



Frauen



■ täglich
■ an 3 bis 6 Tagen pro Woche
■ an 1 bis 2 Tagen pro Woche
■ weniger als an 1 Tag pro Woche
■ abstinent

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Quelle: Suchtmonitoring Schweiz 2016 (gemäss Daten der CoRoIAR-Befragung, 2016).

Bundesamt für Statistik (BFS) – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017.

Schweizweit weisen ältere Personen einen hohen Alkoholkonsum auf:

- Zwischen 1992 und 2002 ist der tägliche Alkoholkonsum in allen Altersgruppen der Schweizer Bevölkerung gesunken, ausser bei den 65- bis 74-Jährigen und den ab 75-Jährigen (s. Grafik SGB oben).
- Bezüglich Konsummenge reinen Alkohols pro Jahr scheint die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen am problematischsten (s. Grafik Suchtmonitoring Schweiz 2016 oben).
- Bei den ab 65-Jährigen trinkt mehr als einer von drei Männern täglich Alkohol, bei den ab 75-Jährigen steigt dieser Anteil gar auf 41 %.⁷³ Die Visualisierung der BFS-Daten 2019 (s. Grafik oben) zeigt beim täglichen Alkoholkonsum eine ziemlich lineare Zunahme von einer Altersgruppe zur nächsten, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.
- Die Anteile nach Altersgruppe für einen Konsum von 1x/täglich bis zu 5–6x/Woche betragen 16,2 % bei den 55- bis 64-Jährigen, 28,2 % bei den 65- bis 74-Jährigen und 29,1 % bei den ab 75-Jährigen.⁷⁴
- 7–7,5 % der Personen ab 65 Jahren weisen einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum auf.⁷⁵ Diese Zahl wird allerdings unterbewertet, da Alkohol bei älteren Personen doppelt so stark wirkt (die Alkoholmenge verteilt sich auf weniger Körperflüssigkeit, da der Wasseranteil im Körper im Alter sinkt). Bei den 55- bis 64-Jährigen zeigen 3,7 % beziehungsweise 1,4 % einen chronischen Alkoholkonsum mit mittlerem beziehungsweise hohem Risiko. Bei den 65- bis 74-Jährigen betragen diese Anteile 6,7 % respektive 0,9 %, bei den ab 75-Jährigen 4,2 % und 1 %.⁷⁶

⁷³ Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Alkoholkonsum.

⁷⁴ Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmeil, C., & Flury, R. (2013). Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2012. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.

⁷⁵ BAG. Alkoholkonsum in der Schweiz im Jahr 2016.

⁷⁶ Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmeil, C., & Flury, R. (2013). Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2012. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.

- Auch Rauschtrinken kann bei Personen mit chronisch risikoreichem Konsum beobachtet werden, und zwar bei 4,4 % der 65- bis 74-Jährigen.⁷⁷
- Der risikoreiche Alkoholkonsum hängt vermehrt mit Tabakkonsum zusammen. Bei den ab 65-Jährigen rauchen 18,5 % der Risiko-Konsumierenden, jedoch rauchen nur 8,5 % in dieser Altersgruppe, wenn sie keinen risikoreichen Alkoholkonsum aufweisen.⁷⁸

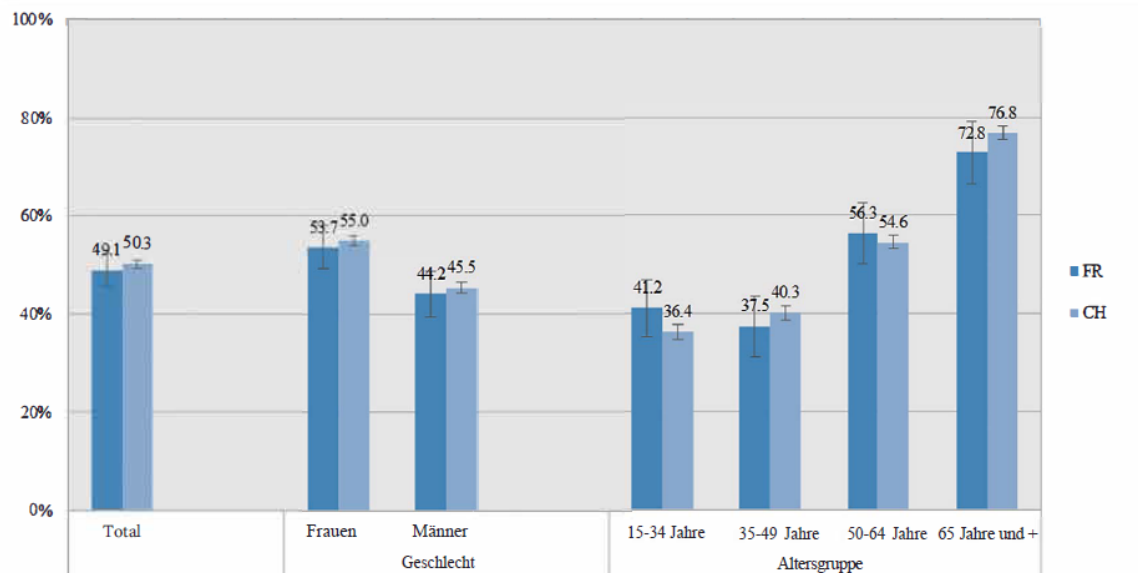
Es gilt zwischen *early onset* und *late onset* zu unterscheiden: Alkoholabhängigkeit, die bereits vor dem Ruhestand besteht, und Alkoholabhängigkeit, die sich erst nach dem Ruhestand entwickelt. In der Schweiz beträgt das Verhältnis zwischen der ersten und der zweiten Gruppe zwei zu eins.^{79,80,81}

2.1.10 Medikamente

Ab einem Alter von 50 Jahren steigt der Medikamentenkonsum sowohl im Kanton wie auch auf nationaler Ebene deutlich an, ein zweiter Anstieg ist nach Erreichen von 65 Jahren zu beobachten. Im Kanton Freiburg konsumieren Frauen häufiger Medikamente als Männer (53,7 % gegenüber 44,2 %⁸², s. Diagramm unten).

- *Medikamentenkonsum (ein Medikament oder mehrere Medikamente⁸³ in der Woche vor der Erhebung):*

G 3.27 Medikamentenkonsum nach Geschlecht und Alter 2017 (7 letzte Tage)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017

© Obsan 2020

Die grosse Mehrheit der Seniorinnen und Senioren in der Schweiz konsumiert mindestens ein Medikament. Die Polymedikation nimmt bei den 65- bis 74-Jährigen, den 75- bis 84-Jährigen und den ab 85-Jährigen mit jeder Altersgruppe stark zu. Diese Entwicklung ist auch bei den Psychopharmaka zu beobachten, allen voran bei Frauen, mit einer starken Zunahme zwischen 65 bis 79 Jahren zu über 80 Jahren.⁸⁴

Für die Einnahme von Psychopharmaka sind einzig nationale Informationen verfügbar, die einen starken Zusammenhang mit psychischen Problemen zeigen. Der Psychopharmaka-Konsum nimmt bei Frauen ab 80 Jahren drastisch zu und steigt von 24 % auf 32 %.

⁷⁷ Ebd.

⁷⁸ Ebd.

⁷⁹ Vigne C. (2003). *La dépendance alcoolique en gériatrie*. Gérontologie Société. 2003;26 / n° 105(2):101-8.

⁸⁰ Onen, S. H. (2008). *Problèmes d'alcool chez les personnes âgées*. EM Consulte, 1314(45), 1-55.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.008>.

⁸¹ Michaud, P., & Lécallier, D. (2009). *Risque alcool chez les plus âgés*. Gérontologie Société, 105(2), 89-99.

⁸² Roth, S. (2020). *Gesundheit im Kanton Freiburg. Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.

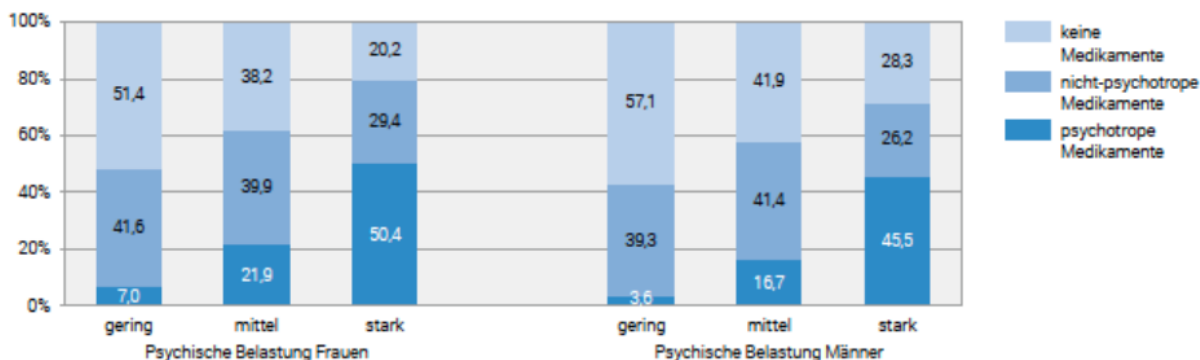
⁸³ Alle Medikamente zusammen betrachtet.

⁸⁴ Merçay, C. (2019). *La santé des 65 ans et plus en Suisse latine : Analyses intercantionales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.

– Konsum Psychopharmaka vs. Nicht-Psychopharmaka und psychische Risiken in der Schweiz:

Medikamentenkonzum, nach Geschlecht und psychischer Belastung, Schweiz, 2017 (letzte 7 Tage)

G 3.29



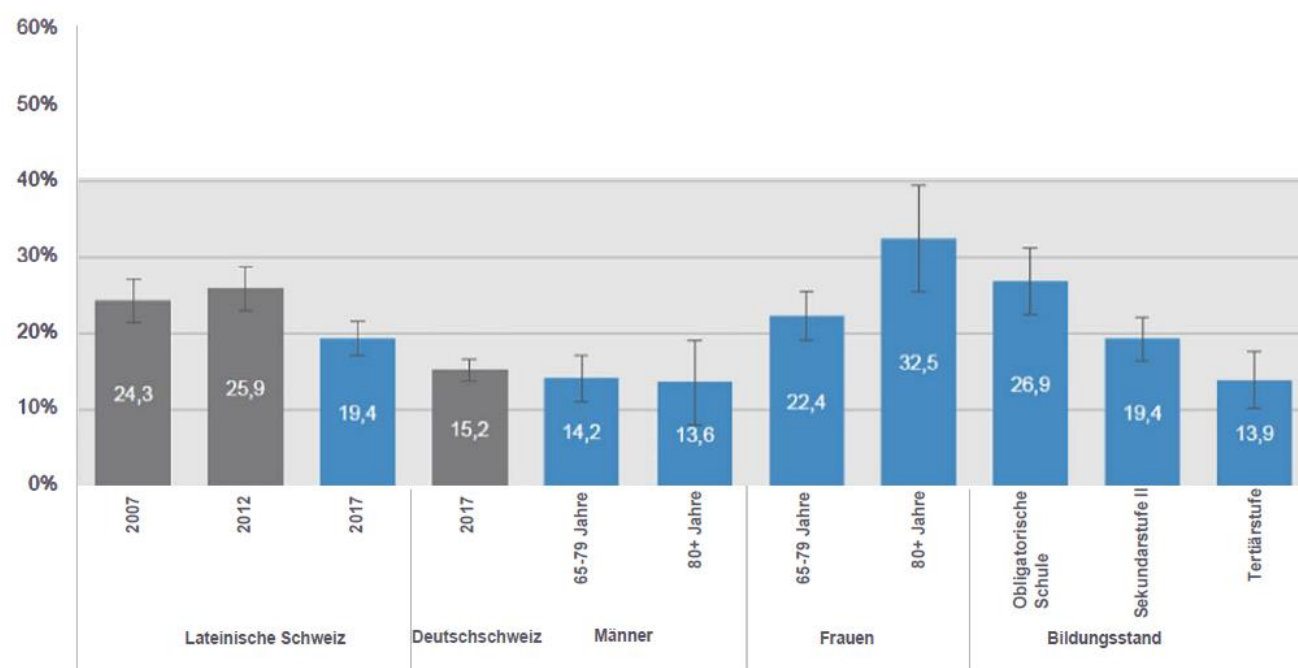
n=20 918

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

– Psychopharmaka-Konsum bei älteren Personen in der Schweiz:

G 15 Psychopharmaka-Konsum (7 letzte Tage), Personen ab 65 Jahren, lateinische Schweiz, 2017



Lateinische Schweiz: n=1683 (2007), 11=1681 (2012), n=1721 (2017); Deutschschweiz: n=2968
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007, 2012 und 2017

© Obsan 2019

Beim problematischen Konsum ist ein Unterschied im Alterseffekt nach Substanzart, ob Alkohol oder Psychopharmaka, festzustellen. Für Alkohol scheint die Risikogruppe zwischen 65 und 74 Jahre alt, für Psychopharmaka (bei Frauen) 80 Jahre und älter. Generell ist festzuhalten, dass mehr als 20 % der über 65-Jährigen, die Medikamente (alle Medikamente zusammen betrachtet) einnehmen, häufig bis immer gleichentags auch Alkohol konsumieren.⁸⁵ Dieser hohe Anteil birgt ein grosses Risiko für Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten.

Auf nationaler Ebene lässt sich Folgendes beobachten:

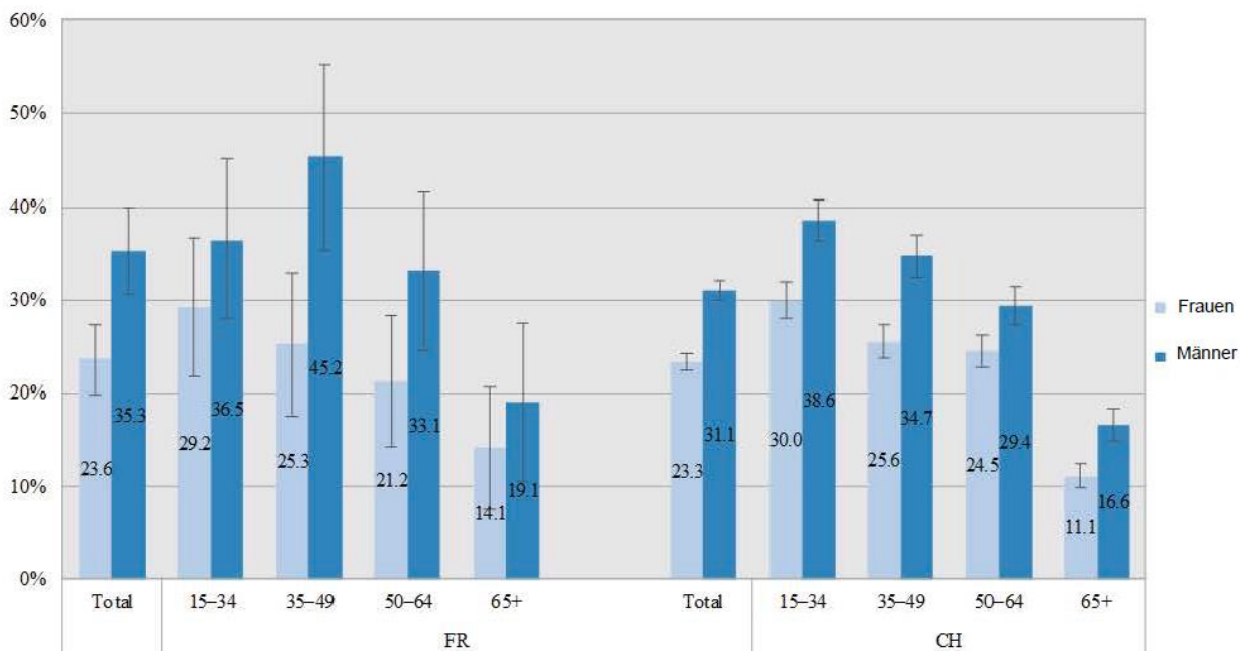
⁸⁵ Wicki, M., & Schneider, E. (2019). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen - Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 2003 bis 2016 (Forschungsbericht Nr. 104). Lausanne: Sucht Schweiz.

- 11,1 % der 65- bis 79-Jährigen und 16,3 % der ab 80-Jährigen haben in den vergangenen sieben Tagen Schlafmittel eingenommen. Für Beruhigungsmittel/Tranquilizer liegen die Werte bei 7,9 % respektive 11,2 %. Bei den Antidepressiva liegen die Anteile bei 6,5 % respektive 6,3 %.⁸⁶
- 13 % der ab 65-Jährigen weisen einen erhöhten Medikamentenkonsum auf (tägliche oder fast tägliche Einnahme zumindest eines starken psychoaktiven Medikamentes: starke Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel oder Psychostimulanzien).⁸⁷
- Bei den ab 65-Jährigen nehmen rund 10 % täglich und verordnet seit mindestens drei Monaten Schlaf- und Beruhigungsmittel ein. Von diesen Medikamenten sind 40 % bis 50 % Benzodiazepine oder den Benzodiazepinen ähnliche Medikamente.⁸⁸
- Benzodiazepin-Verschreibungen sind in der Schweizer Bevölkerung häufig (rund 20 %). Die Anzahl Hospitalisierungen ist höher bei Personen, die Benzodiazepine einnehmen.⁸⁹
- 50 % der Patientinnen und Patienten mit Benzodiazepin-Verschreibungen in den vergangenen sechs Monaten sind über 65 Jahre alt, mit einem höheren Frauenanteil von 67 %.⁹⁰

2.1.11 Tabakkonsum

Die Prävalenz von Tabakkonsum im Kanton ist bei Männern (35,3 %) höher als bei Frauen (23,6 %); sie nimmt von der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen (33,1 % respektive 21,2 %) zu den ab 65-Jährigen (19,1 % respektive 14,1 %) ab, mit indessen ähnlichem Geschlechterunterschied.⁹¹ Dennoch sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen nicht statistisch signifikant. Mehr Details sind dem Diagramm unten zu entnehmen.

Tabakkonsum im Kanton Freiburg (Entwicklung nach Alter im Kanton nicht statistisch signifikant):



⁸⁶ Merçay, C. (2019). *La santé des 65 ans et plus en Suisse latine : Analyses intercantonales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.

⁸⁷ Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C., & Flury, R. (2013). Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2012. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.

⁸⁸ Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2015). Suchtmonitoring Schweiz: Einnahme von psychoaktiven und anderen Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2013. Sucht Schweiz, Lausanne Schweiz.

⁸⁹ Luta, X., Bagnoud, C., Lambiris, M., Decollogny, A., Egli, Y., Le Pogam, M. A., ... & Marti, J. (2002). *Patterns of benzodiazepine prescription among older adults in Switzerland: A cross-sectional analysis of claims data*. BMJ Open, 10(1), 1-10.

⁹⁰ Petitjean, S., Ladewig, D., Meier, C. R., Amrein, R. & Weisbeck, G. A. (2007). *Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: Results from a national survey of community pharmacies*. BMJ Open, 10(1), 292-298.

⁹¹ Roth, S. (2020). Gesundheit im Kanton Freiburg. Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.

2.1.12 Exzessives Geldspiel

Der Verein Reper⁹² liefert wertvolle Informationen zu exzessivem Geldspiel im Alter, mit Fokus auf Geldspiel in Casinos. Von den Personen, die in der Schweiz Casinos besuchen, sind 50 % über 55 Jahre alt. Der Übergang zum Ruhestand sowie der Verlust der Partnerin oder des Partners können die Auslöser sein. Spielsüchtige ältere Personen weisen generell mehrere Risikofaktoren aus, wie Isolation (Übergang zum Ruhestand, Verlust Partner/in, körperlicher Verfall), Abbau kognitiver Fähigkeiten, Zielgruppe von Geldspiel-Werbekampagnen, Medikation (bspw. gegen Parkinson) sowie Impulskontrollstörungen. Wie generell bei exzessivem Geldspiel liegen häufig Komorbiditäten vor, sowohl auf medizinischer und psychologischer Ebene wie auch im Zusammenhang mit anderen Suchterkrankungen (Tabakkonsum, Alkoholabhängigkeit). Frauen scheinen stärker betroffen als Männer.

2.1.13 Weitere Suchtarten

Cannabiskonsum: Im Kanton Freiburg haben 0,7 % der 50- bis 64-Jährigen in den letzten 30 Tagen und 1,8 % in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert.⁹³

Problematische Internetnutzung: Im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen (10,7 % für die 15- bis 34-Jährigen) sind die Altersgruppen der 50- bis 64-Jährigen und der ab 65-Jährigen im Kanton Freiburg mit Anteilen von jeweils 1,1 % wenig von problematischer Internetnutzung betroffen.⁹⁴ Aufgrund dieses geringen Anteils wurde diese Suchtart im Rahmen dieser Erhebung nicht untersucht. Diese Kategorie umfasst auch Online-Spiele, jedoch scheinen ältere Personen Geldspiele nicht vorrangig online zu betreiben.

Opiatabhängigkeit: Eine Vielzahl Konsumentinnen und Konsumenten führen ihren Opiatkonsum im dritten Lebensalter fort. Physische und psychische Gesundheitsprobleme (HIV, Hepatitis, psychische Erkrankungen und kognitive Störungen, psychiatrische Komorbiditäten, Mischkonsum) können sich mit dem normalen Alterungsprozess verschärfen. Es ist anzunehmen, dass Betroffene eine frühere und intensivere medizinisch-soziale Betreuung benötigen als der Durchschnitt der Älteren.

Gestützt auf die Zahlendaten aus nationalen Erhebungen lässt sich die Häufigkeit des risikoreichen Konsums dennoch einschätzen, ohne Angaben zum Einfluss dieses Konsums auf den Betreuungsbedarf oder die Belastung der Pflegeeinrichtungen zu machen.

⁹² Reper (2014). *Dossier: Seniors et jeu excessif*.

⁹³ Roth, S. (2020). *Gesundheit im Kanton Freiburg. Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg.

⁹⁴ Ebd.

3 Vorbereitung einer empirischen Datenerhebung im Kanton

3.1 Ziele und Vorgehen

Die Ziele dieser Bestandsaufnahme waren:

- 1) Die quantitative und qualitative Situation von älteren Personen mit Suchtproblemen im Kanton durch Befragung der betroffenen Fachpersonen erfassen (insbesondere Mehrfachabhängigkeit, Alkohol, Medikamente und exzessives Geldspiel):
 - a. Die verschiedenen, in den vier Altersgruppen beobachteten Problemarten festhalten ([physische und psychische] sowie Probleme im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld auflisten) und ermitteln, wie die Probleme heute berücksichtigt werden.
 - b. Die Schwere der Probleme und Anzahl Betroffene ermitteln.
- 2) Die Bedürfnisse der älteren Personen und der Fachpersonen erfassen.
- 3) Realistische und anwendbare Ansätze zur Verbesserung der Situation erfassen.

Das Vorgehen bestand aus vier Schritten:

- 1) Gesamtüberblick über die Situation durch den Beizug von Expertengruppen schaffen, um:
 - a. einen Fragebogen zu bestimmten quantitativen Elementen für ein Panel von betroffenen Fachpersonen zu erarbeiten und
 - b. ein genaues Verständnis der Probleme im Feld und der Bedürfnisse sowie der Evaluationen und Interventionen zu ermöglichen.
- 2) Quantitative Daten sammeln, um die Häufigkeit der Suchtproblematik bei älteren Menschen im Kanton einzuschätzen.
- 3) Quantitative und qualitative Daten im Hinblick auf die Formulierung konkreter Empfehlungen zur Verbesserung der Situation analysieren.
- 4) Den konsultierten Expertinnen und Experten sowie dem Steuerungsausschuss, bestehend aus den Vorsteherinnen und Vorstehern der Dienststellen der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD), Empfehlungen unterbreiten.

Die Altersgruppen wurden wie folgt definiert: 55–64 Jahre, 65–74 Jahre, 75–84 Jahre, 85+ Jahre.

4 Quantitative Daten (Zahlen)

4.1 Fragebogen und befragte Institutionen

Für die Zahlenschätzung der Suchtproblematik bei älteren Personen erhielten folgende Institutionen im gesamten Kanton Freiburg den gleichen Fragebogen:

- Pflegeheime (öffentlich)
- Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)
- Beistandschaftsamt/Friedensgerichte
- FNPG (Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit) – ambulant: FZA (Freiburger Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen) und Psychogeriatric
- FNPG (Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit) – stationär: Bereich Erwachsene und Bereich ältere Menschen

Ziel war es, die Fälle der Personen ab 55 Jahren zu ermitteln, die von der untersuchten Suchtproblematik betroffen sind und mittlere bis intensive Unterstützung benötigen. Damit soll ein Gesamtüberblick über die Suchtproblematik bei älteren Personen im Kanton Freiburg nach Geschlecht und Altersgruppe erstellt werden.

4.1.1 Hinweis zu «schweren» Abhängigkeiten

Die Expertinnen und Experten des FNPG haben bestimmte gemeinsam auftretende Faktoren definiert, die am meisten über eine Steigerung der Unterstützungsintensität bei den Leistungsbeziehenden entscheiden:

- Kognitive Störungen (beginnend oder fortgeschritten)
- Psychiatrische Komorbidität
- Mehrfache Hospitalisierungen
- Schwerwiegende somatische Probleme
- Berufliche Probleme, Arbeitsplatzverlust, laufende IV-Verfahren
- Probleme mit sozialen Bindungen (Familie, Paar, Einsamkeit)

4.2 Erwägungen zu den analysierten Daten

4.2.1 Zeitraum

Die Datenerhebung fokussiert auf den Zeitraum Juni 2020, mit Ausnahme des FNPG mit Zeitraum Juni 2019.

4.2.1.1 Kohorte

Es ist eine **Überlappung** der Fälle zwischen den Institutionen zu erwarten, insbesondere für das Beistandschaftsamt, daher wird dieses in verschiedenen statistischen Analysen gesondert betrachtet. Für die anderen Institutionen kann diese Überlappung aufgrund des kurzen Erhebungszeitraums von einem Monat (Juni 2020) als minimal betrachtet werden. Der mögliche Überschätzungseffekt der Fallzahlen sollte geringfügig sein.

In den stationären Behandlungszentren des FNPG besteht der Vorteil, dass Zahlen von Erwachsenen vorliegen, die nicht nur mit einer primär sucht begründeten Behandlung zusammenhängen. Dies erlaubt eine **breitere** Sichtweise auf die Belastung, welche diese psychiatrische Behandlungseinrichtung bei älteren Suchtfällen (in diesem Fall 55- bis 64-Jährige) empfindet.

In den Ambulatorien des FNPG ist nicht die gesamte Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen von Suchtproblematiken betroffen. Dies ist auf zwei Aspekte zurückzuführen: Ein Teil entstammt der Psychogeriatric (die nicht systematisch von dieser Problematik betroffen ist), ein anderer, kleinerer Teil, der Konsultationen im Bereich Abhängigkeitserkrankungen (Erwachsene) in Anspruch nimmt, hat nicht zwingend ein Suchtproblem, wird jedoch von den Fachpersonen dieser Institution psychiatrisch behandelt.

4.2.1.2 Unterstützungsbedarf (mittel bis intensiv)

Die verzeichneten «Abhängigkeitsfälle» betreffen einzig Fälle, die ausgehend von den folgenden vier Bereichen mittlerer bis intensiver Unterstützung bedürfen: 1) Autonomie/Abhängigkeit, 2) Gesundheitsmanagement, 3) Wohnungsmanagement, 4) Häufung Betreuungspersonen/Häufigkeit. Der Unterstützungsbegriff ist nicht suchtspezifisch, sondern kann von mehreren Dimensionen abhängen.

>Mittlere Unterstützung: beispielsweise Personen mit wenig funktionaler Unabhängigkeit, mit mässig hohem Betreuungsrhythmus durch mehrere Betreuungspersonen in fast allen vier Bereichen.

>Intensive Unterstützung: beispielsweise Personen mit sehr wenig funktionaler Unabhängigkeit, mit sehr hohem Betreuungsrhythmus durch verschiedene Betreuungspersonen mit unterschiedlichen Fachkenntnissen, sowohl für somatische als auch psychologische Aspekte sowie für das Wohnungsmanagement. Im Rahmen des Austausches mit den FNPG-Fachpersonen wurde ein klärender Aspekt hinzugefügt, um einen Deckeneffekt zu verhindern und die jeweilige Gewichtung der Fälle seitens Institution zu berücksichtigen. Für die FNPG-Fachpersonen galt es folglich, folgende Fälle zu erfassen: Fälle, denen die Betreuungspersonen machtlos gegenüberstehen, da es derzeit im Kanton an einer angemessenen Struktur fehlt; Fälle, für die das Pflegeangebot systematisch scheitert und es eine Vielzahl an Betreuungspersonen gibt; Fälle, für welche die verfügbaren Leistungen erschöpft sind; Fälle mit starker Chronifizierung.

4.2.1.2.1 Suchtarten

Die Zahlen zur Verbreitung einer Suchtart gelten einzig für diese eine Suchtart, sprich sie berücksichtigen nicht den Mischkonsum. Die Suchtarten sind also gesondert zu betrachten.

Eine Unterschätzung der Abhängigkeitsfälle war möglich und einer nicht-systematischen Erfassung der Abhängigkeiten geschuldet. Je nach Institutionstyp gibt es zweifellos bei gewissen Suchtarten einen Unterschätzungseffekt. Beispielsweise bleiben gewisse Abhängigkeiten womöglich unerkannt, wenn die Betroffenen zu Hause behandelt werden. Im Rahmen des FNPG ist insbesondere eine Unterschätzung des Tabakkonsums festzustellen, da diese Information im Vergleich zu den prioritär betreuten Suchtarten (z. B. Alkohol, Medikamente) nur gering erfasst wurde.

4.2.1.2.1.1 *Early onset vs. late onset*

Im Rahmen dieser quantitativen Datenerhebung war es nie das Ziel, *early-onset*-Fälle und *late-onset*-Fälle spezifisch zu erfassen. Es handelt sich dabei um eine präzise Information, deren Erfassung zu aufwändig und zu unsicher wäre, wenn man alle befragten Institutionen betrachtet. Überdies lag bei der Alkoholabhängigkeit ein besonderer Fokus auf den Altersgruppen der 55- bis 64-Jährigen sowie der 65- bis 74-Jährigen, die allenfalls proportional mehr Abhängigkeitsfälle ausweisen als die anderen Altersgruppen. Allerdings würde es nicht genügen, an dieser Unterscheidung nach Altersgruppen festzuhalten, denn Suchtprobleme können chronisch werden und sich den Fachpersonen erst in höherem Alter manifestieren, sprich mit einer gewissen Verzögerung. Überdies können Suchtprobleme befristet sein und sich in einem klar abgegrenzten Zeitrahmen äussern, und damit möglicherweise ausserhalb der von dieser Datenerhebung angestrebten Bestandsaufnahme.

4.3 Quantitative Ergebnisse

Allgemeiner Hinweis: Die «schweren Abhängigkeitsfälle» sind Fälle, die gemäss den im Feld tätigen Fachpersonen mittlere bis intensive Unterstützung benötigen.

4.3.1 Charakterisierung der Stichprobe

Tabelle 1. Alle Leistungsbeziehenden ab 55 Jahren (nicht nur Abhängigkeitsfälle)

	<i>N Institutionen</i>	<i>N Leistungsbeziehende</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %⁹⁵</i>	<i>s %⁹⁶</i>
Spitex	7	2743	59.18	94.85	81.51	13.90
Beistandschaftsämter	8	548	28.40	88.89	50.93	21.63
Pflegeheime	39	2372	90.00	100.00	99.54	1.66
		197⁹⁷				
FNPG ambulant	1	(43.11%)				
		83				
FNPG stationär	1	(33.33%)				
<i>Total</i>	<i>56</i>	<i>5943</i>	<i>28.40</i>	<i>100.00</i>	<i>88.15</i>	<i>21.75</i>

Die Prozentangaben stehen für die Leistungsbeziehenden ab 55 Jahren innerhalb der Stichprobe nach Institutionstyp.

Tabelle 2. Alle Leistungsbeziehenden sämtlicher Altersgruppen – nicht nur Abhängigkeitsfälle

	<i>NI</i>	<i>Absolute Fälle</i>
<i>Nach Altersgruppe</i>		
Allgemein alle <55 Jahre	56	1531
Allgemein 55-64	56	668
Allgemein 65-74	56	1042
Allgemein 75-84	56	1812
Allgemein 85+	56	2421
<i>Total</i>	<i>56</i>	<i>7474</i>
<i>Nach Geschlecht</i>		
Allgemein alle Frauen (inkl. <55)	56	4350
Allgemein alle Männer (inkl. <55)	56	3124
<i>Total</i>	<i>56</i>	<i>7474</i>

Die gesamte Stichprobe der berücksichtigten Leistungsbeziehenden betrug N=7474. Frauen waren um gut einen Viertel stärker vertreten als Männer. Die am stärksten vertretene Altersgruppe war diejenige der ab 85-Jährigen. Die

⁹⁵ Mittelwert.

⁹⁶ Standardabweichung.

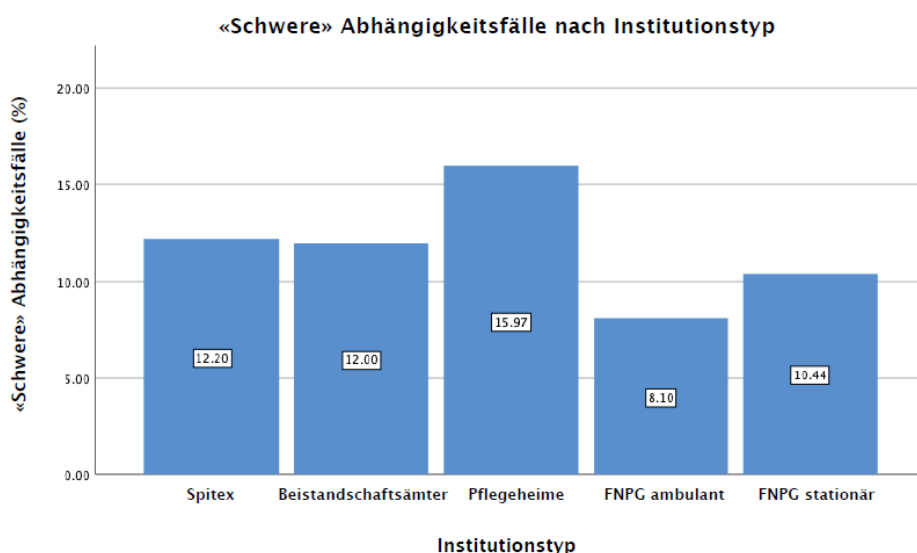
⁹⁷ Mittelwert und Streuungsmasse (Min.-Max. und Standardabweichung) nicht angegeben für FNPG ambulant und FNPG stationär, da eine einzige Institution für den gesamten Kanton.

Leistungsbeziehenden waren mehrheitlich «alt» (55+ Jahre) und machten rund 80 % der gesamten untersuchten Stichprobe aus.

4.3.2 «Schwere» Abhängigkeitsfälle und Unterstützung

Die Prozentangaben weiter unten stehen für die Pflegeleistungsbeziehenden ab 55 Jahren im Verhältnis zu allen Leistungsbeziehenden sämtlicher Altersgruppen.⁹⁸

Abbildung 1.



Die Prozentangaben (Abbildung 1) zeigen die Anzahl der sogenannten «schweren» Abhängigkeitsfälle (mit Unterstützungsbedarf mittel bis intensiv) bei Personen ab 55 Jahren nach Institution, im Vergleich zu allen Leistungsbeziehenden (alle Altersgruppen). Diese Prozentangabe, welche die schweren Fälle 55+ mit allen Leistungsbeziehenden (unter sowie über 55 Jahre) vergleicht, zeigt die Belastung durch die «alten» Suchtfälle für alle befragten Institutionen. Hier wurden **gesamthaft 53 Institutionen (N=53)** von 56 berücksichtigt.⁹⁹

Für ein klares Situationsabbild sind in erster Linie die Institutionen zu betrachten, die am meisten ab 55-Jährige betreuen. Mit durchschnittlich 81,51 % und 99,54 % all ihrer Leistungsbeziehenden sind dies die Spitex und die Pflegeheime (siehe Tabelle 1). In diesem Kontext weist eine Person von acht respektive eine Person von sechs eine schwere Abhängigkeit auf.

In zweiter Linie betrachten wir das FNPG ambulant und das FNPG stationär mit 43,11 % respektive 33,33 % Personen ab 55 Jahren. Obwohl demografisch schwach vertreten, stellt eine Person von zwölf respektive eine Person von zehn einen schweren Abhängigkeitsfall dar.

4.3.3 Signifikanztest für die Anteile schwerer Abhängigkeitsfälle nach Institutionstyp¹⁰⁰

Bei den Prozentangaben für die Abhängigkeitsfälle sind die zwischen den Gruppen beobachteten Unterschiede nicht statistisch signifikant, wie ein Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben zeigt: $H(3) = .209$, $p = 0.976$.¹⁰¹⁻¹⁰²

⁹⁸ Bei den Pflegeheimen wurden drei Einrichtungen aufgrund von Unangemessenheit der erfassten Daten für diese Analyse nicht berücksichtigt.

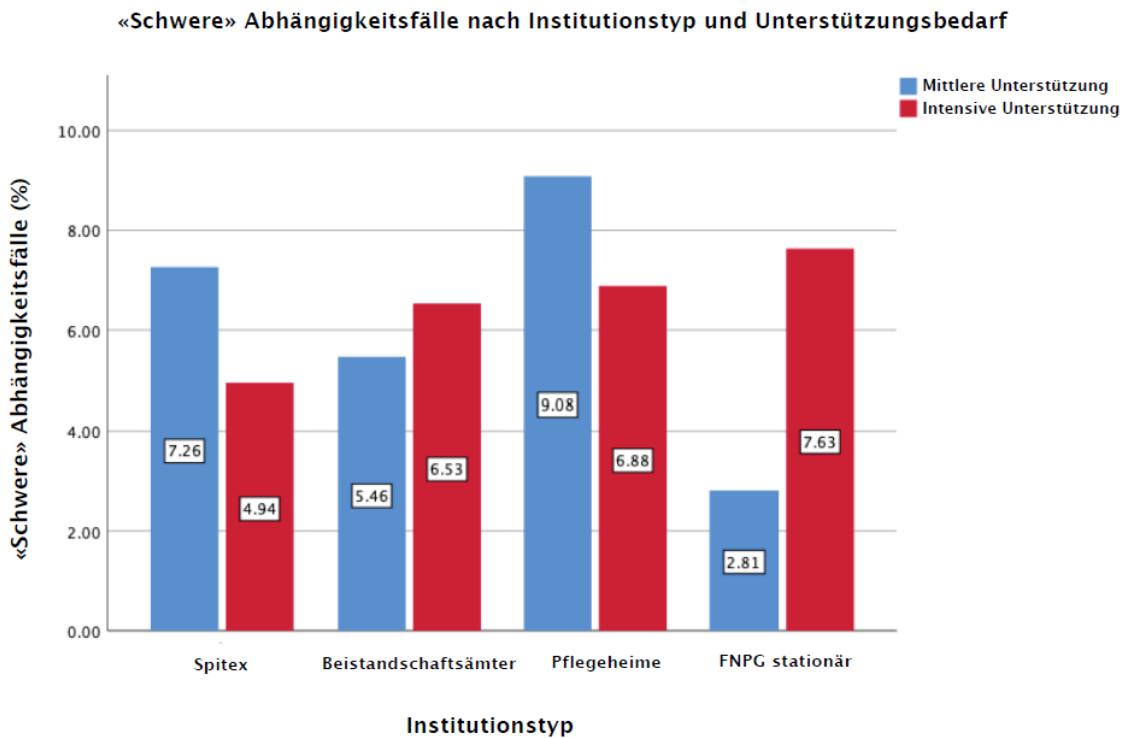
⁹⁹ Drei Pflegeheime wurden für diese Darstellung aufgrund von Fehlern bei der Datenerhebung durch die Fachpersonen als ungültig eingestuft. Für andere Analysen sind diese Einrichtungen nicht zwingend ungültig; unser Ansatz war konservativ, um so viele erfasste Daten wie möglich zu berücksichtigen, sofern angemessen.

¹⁰⁰ N=45 Institutionen (ohne: Beistandschaftsämter und ungültige Fälle).

¹⁰¹ Dieser parameterfreie Test wurde gewählt, weil die Daten für die Variable «Abhängigkeitsfälle (%)» nicht normalverteilt waren.

¹⁰² Die Beistandschaftsämter wurden aufgrund der erwarteten grossen Überlappung mit anderen Institutionstypen nicht berücksichtigt. Dies hätte die statistische Unabhängigkeit der Vergleichsgruppen verunmöglicht.

Abbildung 2.



Die Daten für das FNPG ambulant sind hier nicht angegeben, da die Erhebung keine Unterscheidung zwischen dem Unterstützungsbedarf erlaubte (mittel oder intensiv).¹⁰³

Die Prozentangaben (Abbildung 2) zeigen die Häufigkeit der Abhängigkeitsfälle mit Unterstützungsbedarf mittel und intensiv nach Institutionstyp (alle Altersgruppen).

Abhängigkeitsfälle mit mittlerem Unterstützungsbedarf sind bei Spitex-Diensten und Pflegeheimen stärker vertreten als Abhängigkeitsfälle mit intensivem Unterstützungsbedarf. Abhängigkeitsfälle mit intensivem Unterstützungsbedarf sind im FNPG stationär klar sehr viel stärker vertreten als Abhängigkeitsfälle mit mittlerem Unterstützungsbedarf, nämlich mehr als doppelt so häufig.

Die statistische Inferenzanalyse dieser Unterschiede wurde aus mehreren Gründen nicht durchgeführt. Allen voran waren die Unterschiede zwischen den Institutionen für die schweren Abhängigkeitsfälle (mittlere und intensive Unterstützung zusammen) nicht signifikant, weiter fehlten Daten für das FNPG ambulant.

¹⁰³ N=52 Institutionen.

Tabelle 3. Schwere Abhängigkeitsfälle und Unterstützungsbedarf nach Institutionstyp (absolute Fälle und % nach Institutionstyp)

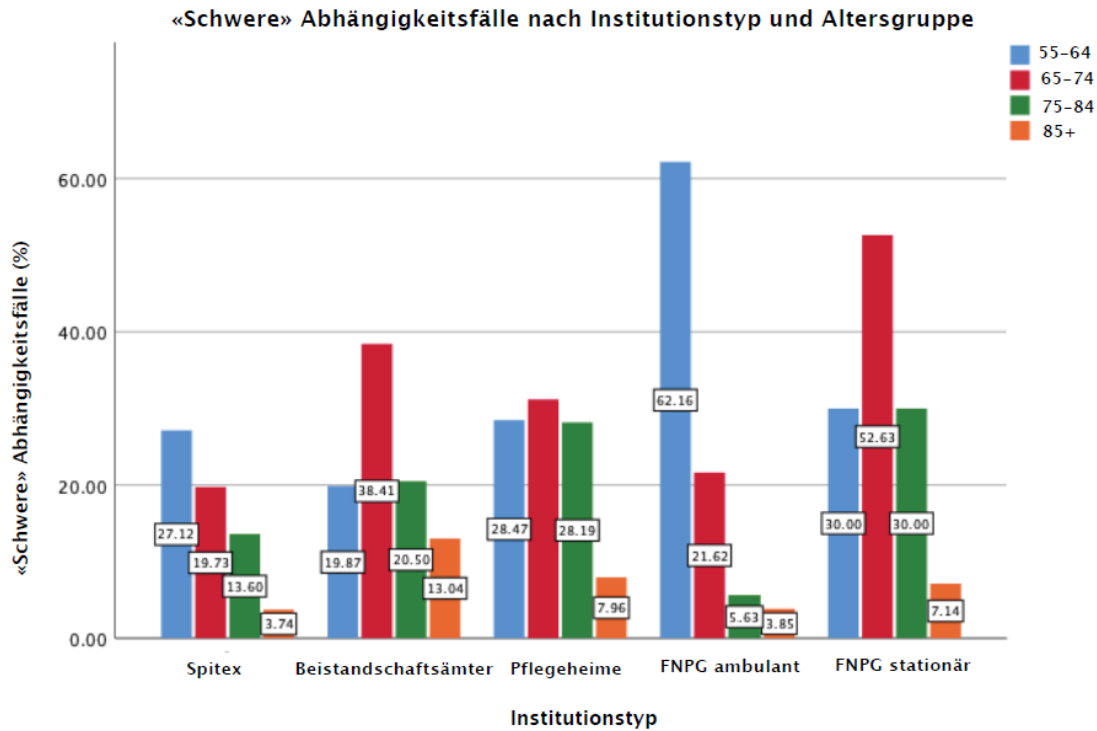
	<i>N</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>s %</i>
	<i>N Institutionen</i>	<i>Leistungsbeziehende</i>			
Spitex 7					
Mittlere Unterstützung		132	2.02	21.43	7.26 6.68
Intensive Unterstützung		83	0.00	12.24	4.94 4.86
Mittlere-intensive Unterstützung		215	3.09	32.14	12.20 10.79
Beistandschaftsämter 8					
Mittlere Unterstützung		92	0.00	16.67	5.46 6.08
Intensive Unterstützung		55	0.00	16.67	6.53 6.75
Mittlere-intensive Unterstützung		147	0.00	33.33	12.00 11.27
Pflegeheime 36					
Mittlere Unterstützung		176	0.00	63.83	9.08 12.07
Intensive Unterstützung		154	0.00	44.44	6.88 10.41
Mittlere-intensive Unterstützung		330	0.00	74.47	15.97 16.29
FNPG ambulant 1					
Mittlere-intensive Unterstützung		37			
Unterstützung		(8.10%)			
FNPG stationär 1					
Mittlere Unterstützung		7			
		(2.81%)			
Intensive Unterstützung		19			
		(7.63%)			
Mittlere-intensive Unterstützung		26			
Unterstützung		(10.44%)			

Für ein Abbild der schwereren im Kanton betreuten Fälle sind die Zahlen für Spitex, Pflegeheime und FNPG zu kumulieren. Dies ergibt **608 «schwere» Abhängigkeitsfälle** mit mittlerem bis intensivem Betreuungsbedarf, oder spezifischer: **315 Fälle mit mittlerem** und **256 Fälle mit intensivem Unterstützungsbedarf** (wichtiger Hinweis: Das FNPG ambulant wurde für diese Nuance zwischen mittlerer und intensiver Unterstützung nicht berücksichtigt).¹⁰⁴ Diese Zahlen wurden in Tabelle 3 übertragen.

¹⁰⁴ N=53 Institutionen.

Es gilt zu präzisieren, dass die Fälle mit mittlerem oder intensivem Unterstützungsbedarf je nach berücksichtigter Institution zweifellos nicht denselben Status haben, jedoch die Realität der Institution in Bezug auf diese Fälle wiedergibt. Beispielsweise hat das FNPG sicherlich eine höhere Schwelle gegenüber Suchtproblemen, und die Zahlen sind im Vergleich zu anderen Institutionstypen gewiss unterschätzt. Es handelt sich hier also um eine Einschätzung der Belastung dieser Fälle für einen bestimmten Institutionstypen.

Abbildung 3.



Die Visualisierung der Daten (Abbildung 3) liefert den durchschnittlichen Anteil «schwerer Abhängigkeitsfälle» (mit mittlerem bis intensivem Unterstützungsbedarf) nach Altersgruppe und Institutionstyp¹⁰⁵. Jede Prozentangabe zeigt folglich den durchschnittlichen Anteil der Leistungsbeziehenden mit einem Suchtproblem, das einer mittleren bis intensiven Unterstützung bedarf, nach Altersgruppe und Institutionstyp.

Es ist festzustellen, dass die Abhängigkeitsfälle in der Altersgruppe der **55- bis 64-Jährigen**, vor der Pensionierung, innerhalb des FNPG ambulant mit über 60 % besonders ausgeprägt sind. Die anderen Institutionstypen (Spitex, Pflegeheime, FNPG stationär) weisen durchschnittlich rund 30 % aus.

In der Altersgruppe der **65- bis 74-Jährigen**, gleich nach der Pensionierung, sind Abhängigkeitsfälle vor allem im FNPG stationär und in den Beistandschaftsämtern stark vertreten, sowie in geringerem Mass in den Pflegeheimen¹⁰⁶; sie liegen jeweils über 30 %. Im FNPG stationär weisen die 65- bis 74-Jährigen über die Hälfte der schweren Abhängigkeitsfälle auf.

Bei den **75- bis 84-Jährigen** stechen die Abhängigkeitsfälle mit durchschnittlich 30 % der Fälle insbesondere im FNPG stationär und den Pflegeheimen hervor.

Die **ab 85-Jährigen** sind bei den schweren Abhängigkeitsfällen vergleichsweise weniger stark vertreten. Dennoch ist zu beobachten, dass die Beistandschaftsämter die meisten Fälle aufweisen, mit durchschnittlich einer Person von zehn, sowie die Pflegeheime und das FNPG stationär mit einem ähnlichen Mittelwert. Diese Ungleichheit zwischen den Institutionstypen war zu erwarten, da schwere Abhängigkeitsfälle in einem solch fortgeschrittenen Alter meist nicht mehr ambulant behandelt werden können.

¹⁰⁵ N=53 Institutionen.

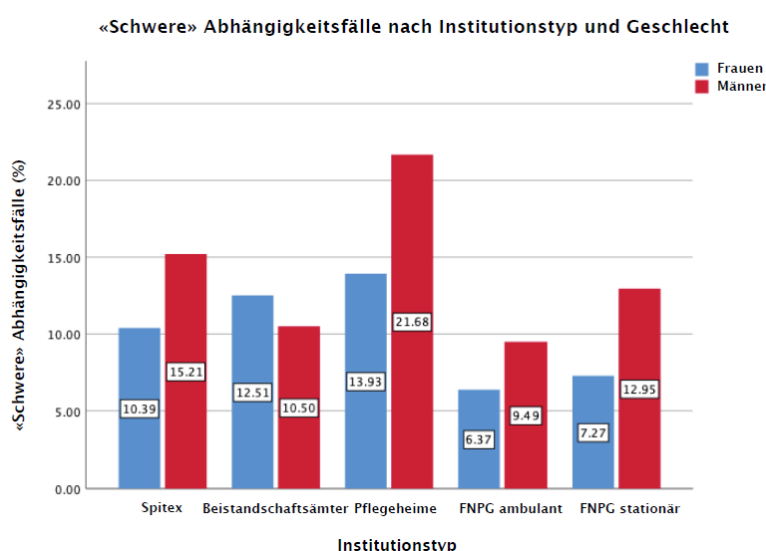
¹⁰⁶ 31,17%.

Signifikanztest für die Anteile schwerer Abhängigkeitsfälle nach Altersgruppe (4 Gruppen) für Spitex, Pflegeheime und FNPG zusammen¹⁰⁷:

Bei den Prozentangaben der Abhängigkeitsfälle sind die zwischen den Altersgruppen beobachteten Unterschiede statistisch signifikant, wie ein Kruskal-Wallis-Test¹⁰⁸ für unabhängige Stichproben zeigt: $H(3) = 13.868$, $p = 0.003$, mit mittlerem Rang 86.64 für die Gruppe 55 bis 64 Jahre, 100.31 für die Gruppe 65 bis 74 Jahre, 105.67 für die Gruppe 75 bis 84 Jahre und 69.38 für die Gruppe ab 85 Jahren.

Es wurden Post-hoc-Analysen durchgeführt um zu bestimmen, zwischen welchen Paaren von Altersgruppen die Unterschiede statistisch signifikant sind. Für folgende Gruppenpaare wurden statistisch signifikante Unterschiede ermittelt: 65- bis 74-Jährige – ab 85-Jährige sowie 75- bis 84-Jährige – ab 85-Jährige. Ein Mann-Whitney-U-Test zeigte einen signifikant höheren Anteil Abhängigkeitsfälle bei den 65- bis 74-Jährigen (mittlerer Rang=53.37) als bei den ab 85-Jährigen (mittlerer Rang=37.63), $U=658.5$, $p=0.003$. Ein weiterer Mann-Whitney-U-Test ergab einen signifikant höheren Anteil Abhängigkeitsfälle bei den 75- bis 84-Jährigen (mittlerer Rang = 56.41) als bei den ab 85-Jährigen (mittlerer Rang=34.59), $U=521.5$, $p<.0001$.

Abbildung 4.



Die Prozentangaben (Abbildung 4) zeigen die Verbreitung von schweren Abhängigkeitsfällen bei Personen ab 55 Jahren nach Geschlecht und Institutionstyp im Vergleich zu allen Leistungsbeziehenden (alle Altersgruppen)¹⁰⁹.

Bei sämtlichen Institutionstypen sind Geschlechterunterschiede feststellbar, mit Ausnahme der Beistandschaftsbehörden. Generell ist zu beobachten, dass schwere Abhängigkeitsfälle bei ab 55-Jährigen in den Männergruppen durchschnittlich einen Drittel mehr ausmachen als in den vergleichbaren Frauengruppen.

Signifikanztests für die Anteile «schwerer Abhängigkeitsfälle» nach Geschlecht (2) für Spitex, Pflegeheime und FNPG¹¹⁰:

Ein Mann-Whitney-U-Test zeigte einen signifikant höheren Anteil Abhängigkeitsfälle bei Männern (mittlerer Rang=50.34) als bei Frauen (mittlerer Rang=40.66), $U=794.5$, $p=.077$.

Dennoch ist ein geschlechtsspezifischer Trend zu beobachten: Bei Männern scheinen Abhängigkeitsfälle (mit mittlerem oder intensivem Unterstützungsbedarf) stärker vertreten zu sein. Dieser Trend ist jedoch nicht statistisch signifikant und lässt nicht auf einen realen Unterschied schliessen.

¹⁰⁷ N=45 Institutionen. Die Beistandschaftsämter wurden aufgrund der erwarteten grossen Überlappung mit anderen Institutionstypen nicht berücksichtigt.

¹⁰⁸ Es konnte kein Jonckheere-Terpstra-Test durchgeführt werden, da die Mediane der Grundgesamtheit keine reine Ordnung nach Alter aufweisen, sondern auf Trends zwischen den Altersgruppen basieren, die nicht sequentiell sind.

¹⁰⁹ N=53 Institutionen.

¹¹⁰ N=45 Institutionen. Die Beistandschaftsämter wurden aufgrund der erwarteten grossen Überlappung mit anderen Institutionstypen nicht berücksichtigt.

Zusammenfassung «schwere» Abhängigkeitsfälle und Unterstützungsbedarf:

«Schwere» Abhängigkeitsfälle wurden bei den ab 55-Jährigen im Verhältnis zu allen Leistungsbeziehenden (mehr als 7000, alle Altersgruppen) eines bestimmten Institutionstypen dargestellt, um die Betreuungslast der Institution aufzuzeigen. In absoluten Zahlen wurden in gesamthaft 45 Institutionen (Pflegerheime, Spitex und FNPG) 608 schwere Fälle ermittelt. Von diesem Total (ohne FNPG ambulant für Abhängigkeiten) benötigten 315 Leistungsbeziehende mittlere und 256 intensive Unterstützung.

Von mehreren untersuchten Institutionstypen (Pflegerheime, Spitex, Beistandschaftsämter, FNPG stationär und FNPG ambulant) waren die schweren Fälle (mittlerer und intensiver Unterstützungsbedarf) in den Pflegerheimen proportional am stärksten vertreten. Jedoch waren die beobachteten Unterschiede statistisch nicht signifikant. Im FNPG stationär (Erwachsenen- und Alterspsychiatrie) gab es mehr als doppelt so viele Fälle mit «intensiver Unterstützung» als mit «mittlerer Unterstützung».

Es wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen ermittelt (Pflegerheime, Spitex und FNPG zusammen betrachtet): zwischen den 65- bis 74-Jährigen und den ab 85-Jährigen sowie zwischen den 75- bis 84-Jährigen und den ab 85-Jährigen. Die Altersgruppen der 65- bis 74-Jährigen und der 75- bis 84-Jährigen weisen am meisten schwere Abhängigkeitsfälle auf. Gestützt auf die gleichen Institutionen konnten keine statistischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern nachgewiesen werden, sondern lediglich ein Trend zu proportional mehr schweren Fällen bei Männern als bei Frauen.

4.3.3.1 Sucharten

Die in diesem Analyseteil berücksichtigten Daten stammen von den ab 55-jährigen Leistungsbeziehenden. Die ermittelten Prozentangaben entsprechen folglich der Verbreitung nach Altersgruppe. Die Prozentangaben sind nach Suchart zu betrachten, da keine Erhebungen der Suchart nach Leistungsbeziehenden durchgeführt wurden. Wie bereits im vorhergehenden Absatz zu den Analysen wurden die Beistandschaftsbehörden auch hier nicht berücksichtigt, weil die Analysen hinsichtlich Einschätzung der Lage im Kanton umfassend sein sollten. Grund ist die zu grosse Überlappung mit anderen Institutionstypen.

4.3.3.2 Allgemeine Angaben zur Stichprobe der Leistungsbeziehenden 55+ (nicht nur Abhängigkeitsfälle)

Tabelle 4. Gesamt-Stichprobe der Leistungsbeziehenden ab 55 Jahren (Spitex, Pflegerheime und FNPG gesamt) – nicht nur Suchtbetroffene

	<i>N Institutionen</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>N Leistungsbeziehende</i>	<i>M Leistungsbeziehende/Institution</i>	<i>s</i>
<i>Nach Altersgruppe</i>						
Allgemein 55-64	43	.00	119.00	434	10.09	25.59
Allgemein 65-74	43	1.00	174.00	830	19.30	36.21
Allgemein 75-84	43	2.00	324.00	1635	38.02	63.86
Allgemein 85+	43	1.00	335.00	2255	52.44	66.01
<i>Total</i>	<i>43</i>			5154		
<i>Nach Geschlecht</i>						
Allgemein Frauen 55+	43	7.00	591.00	3289	76.49	115.03
Allgemein Männer 55+	43	.00	361.00	1865	43.37	76.28

Total

43

5154

N=43 (Tabelle 4) zeigt alle für diese Analysen hinzugezogenen Institutionen (6 Spitex, 35 Pflegeheime, 2 FNPG), mit gesamthaft **5154** Beziehenden von Pflegeleistungen. Die gemeldeten Fälle stehen für alle Leistungsbeziehenden ab 55 Jahren, nicht nur für Suchtbetroffene.

4.3.3.3 Suchtarten und Alter

Tabelle 5. Suchtarten nach Altersgruppe (Spitex, Pflegeheime und FNPG gesamt)

<i>Alter</i>	<i>N Institutionen</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>s %</i>
<i>Alkohol</i>					
55-64 Jahre	43	.00	100.00	15.17	31.10
65-74 Jahre	43	.00	100.00	15.02	21.52
75-84 Jahre	43	.00	42.86	9.37	10.61
85+ Jahre	43	.00	23.33	3.28	5.46
<i>Medikamente</i>					
55-64 Jahre	43	.00	100.00	10.91	27.23
65-74 Jahre	43	.00	100.00	11.31	24.03
75-84 Jahre	43	.00	71.43	7.67	14.11
85+ Jahre	43	.00	60.00	4.92	10.77
<i>Tabak</i>					
55-64 Jahre	43	.00	100.00	24.58	37.46
65-74 Jahre	43	.00	66.67	12.98	16.04
75-84 Jahre	43	.00	100.00	9.30	16.71
85+ Jahre	43	.00	16.28	2.15	3.61
<i>Drogen</i>					
55-64 Jahre	43	.00	100.00	2.44	15.24
65-74 Jahre	43	.00	50.00	1.24	7.62
75-84 Jahre	43	.00	.00	.00	.00
85+ Jahre	43	.00	.00	.00	.00
<i>Exzessives Geldspiel</i>					
55-64 Jahre	43	.00	50.00	1.81	8.44
65-74 Jahre	43	.00	16.67	.720	3.31
75-84 Jahre	43	.00	.00	.00	.00
85+ Jahre	43	.00	.00	.00	.00

Die Prozentangaben (Tabelle 5) zeigen die Verbreitung einer Suchtart innerhalb der gleichen Altersgruppe (Männer und Frauen gemischt) für Spitex, Pflegeheime, FNPG ambulant und FNPG stationär. Ein Individuum kann mehrere

Sucharten aufweisen (Mehrfachabhängigkeit; ein Leistungsbeziehender konsumiert beispielsweise Tabak, Alkohol sowie Medikamente). Folglich ist jede Suchtart unabhängig von allen anderen zu betrachten. Es handelt sich um Abhängigkeitsfälle nach Suchtart und Altersgruppe.

Generell weisen die Altersgruppen der 55- bis 64-Jährigen und der 65- bis 74-Jährigen relativ ähnliche Anteile nach Suchtarten aus, ausser beim Tabak. Es ist jedoch möglich, dass insbesondere Tabakkonsum von den Institutionen, die zur Datenerhebung beitrugen, nicht systematisch gemeldet wurde. Grund dafür könnte sein, dass Tabakkonsum durch eine Minimierung der problematischen Eigenschaften oder eine sekundäre Priorisierung gegenüber anderen Suchtarten im Verborgenen blieb (diese Hypothese wird durch die qualitativen Daten gestützt, wie im weiteren Bericht festgehalten).

Suchtproblematiken in Verbindung mit dem Gebrauch illegaler Drogen (z. B. Heroin, Cannabis) oder exzessivem Geldspiel sind mit Anteilen von jeweils unter 2 % für alle Altersgruppen im Vergleich zu den anderen Suchtarten wenig relevant. Diese Anteile scheinen jedoch nicht geringer als in der Gesamtbevölkerung¹¹¹ (trotz schwieriger Einschätzung für illegale Drogen, aufgrund der Heterogenität dieser Kategorie, mit mehreren Substanzen).

Bei den 55- bis 64-Jährigen und den 65- bis 74-Jährigen ist der Alkoholkonsum für gut eine Person von sechs problematisch. Der Anteil sinkt auf etwas über 9 % bei den 75- bis 84-Jährigen und auf etwas über 3 % bei den ab 85-Jährigen.

Der problematische Gebrauch von Medikamenten (wie Beruhigungsmittel/Benzodiazepine, Schlafmittel/Hypnotika, Schmerzmittel/Opiate) liegt bei rund 11 % für die 55- bis 64-Jährigen und die 65- bis 74-Jährigen. Dieser Anteil steigt auf etwas über 7 % bei den 75- bis 84-Jährigen und auf gut 5 % bei den ab 85-Jährigen.

Signifikanztest für die Anteile der Abhängigkeitsfälle nach Suchtart und Altersgruppe (4) für Spitex, Pflegeheime und FNPG¹¹².

Da die Daten nicht normalverteilt waren, wurden nichtparametrische statistische Tests durchgeführt.

Alkohol

Die zwischen den Altersgruppen beobachteten Unterschiede sind statistisch signifikant, wie ein Kruskal-Wallis-Test¹¹³ für unabhängige Stichproben zeigt: $H(3) = 9.253$, $p = 0.026$, mit mittlerem Rang 75.92 für die Gruppe 55 bis 64 Jahre, 93.92 für die Gruppe 65 bis 74 Jahre, 100.17 für die Gruppe 75 bis 84 Jahre und 75.99 für die Gruppe ab 85 Jahren.

Es wurden Post-hoc-Analysen durchgeführt um zu bestimmen, zwischen welchen Paaren von Altersgruppen die Unterschiede statistisch signifikant sind. Für folgende Gruppenpaare wurden statistisch signifikante Unterschiede ermittelt: 55- bis 64-Jährige – 75- bis 84 -Jährige sowie 75- bis 84-Jährige – ab 85-Jährige. Ein Mann-Whitney-U-Test zeigte einen signifikant höheren Anteil Abhängigkeitsfälle bei den 75- bis 84-Jährigen (mittlerer Rang=49.28) als bei den 55- bis 64-Jährigen (mittlerer Rang=37.72), $U=676$, $p=.022$. Ein weiterer Mann-Whitney-U-Test ergab einen signifikant höheren Anteil Abhängigkeitsfälle bei den 75- bis 84-Jährigen (mittlerer Rang=51.47) als bei den ab 85-Jährigen (mittlerer Rang=35.53), $U=582$, $p=0.02$.

Medikamente

Die zwischen den Altersgruppen beobachteten Unterschiede sind nicht statistisch signifikant, wie ein Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben zeigt: $H(3) = 4.038$, $p = 0.257$.

Tabak

¹¹¹ Locicero, S., Notari, L., Gmel, G., & Pin, S. (2019). *Consommations de substances en Suisse : analyse des tendances à partir des enquêtes HBSC, ESS et CoRolAR. Partie 1 : les substances illégales*. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique. <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/300>.

¹¹² N=43 Institutionen.

¹¹³ Es konnte kein Jonckheere-Terpstra-Test durchgeführt werden, da die Mediane der Grundgesamtheit keine reine Ordnung nach Alter aufweisen, sondern auf Trends zwischen den Altersgruppen basieren, die nicht sequentiell sind.

Die zwischen den Altersgruppen beobachteten Unterschiede sind statistisch signifikant, wie ein Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben zeigt: $H(3) = 11.138$, $p = 0.011$, mit mittlerem Rang 87.07 für die Gruppe 55 bis 64 Jahre, 96.57 für die Gruppe 65 bis 74 Jahre, 95.62 für die Gruppe 75 bis 84 Jahre und 66.74 für die Gruppe ab 85 Jahren.

Es wurden Post-hoc-Analysen durchgeführt um zu bestimmen, zwischen welchen Paaren von Altersgruppen die Unterschiede statistisch signifikant sind. Für folgende Gruppenpaare wurden statistisch signifikante Unterschiede ermittelt: 65- bis 74-Jährige – ab 85-Jährige sowie 75- bis 84-Jährige – ab 85-Jährige. Ein Mann-Whitney-U-Test ergab einen signifikant höheren Anteil Abhängigkeitsfälle bei den 65- bis 74-Jährigen (mittlerer Rang=51.08) als bei den ab 85-Jährigen (mittlerer Rang=35.92), $U=598.5$, $p= .003$. Ein weiterer Mann-Whitney-U-Test zeigte einen signifikant höheren Anteil Abhängigkeitsfälle bei den 75- bis 84-Jährigen (mittlerer Rang=52.59) als bei den ab 85-Jährigen (mittlerer Rang=34.41), $U=533.5$, $p=<.0005$.

Drogen

Die zwischen den Altersgruppen beobachteten Unterschiede sind nicht statistisch signifikant, wie ein Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben zeigt: $H(3) = 7.560$, $p = 0.056$. Die Signifikanzschwelle wurde jedoch fast erreicht, mit den Altersgruppen der 55- bis 64-Jährigen und den 65- bis 74-Jährigen, die einen Trend zu höheren mittleren Rängen als die anderen Altersgruppen zeigten.

Exzessives Geldspiel

Die zwischen den Altersgruppen beobachteten Unterschiede sind nicht statistisch signifikant, wie ein Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben zeigt: $H(3) = 5.547$, $p = 0.136$.

4.3.3.4 Suchtarten: nach Altersgruppe und Institutionstyp

Tabelle 6. Suchtarten: % nach Altersgruppe (Spitex)

<i>Alter</i>	<i>N Institutionen</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>s%</i>
<i>Alkohol</i>					
55-64 Jahre	6	.00	17.46	5.95	7.30
65-74 Jahre	6	.00	33.33	11.39	12.34
75-84 Jahre	6	.00	16.67	6.01	7.31
85+ Jahre	6	.00	2.87	.58	1.15
<i>Medikamente</i>					
55-64 Jahre	6	.00	28.57	9.19	11.25
65-74 Jahre	6	.00	16.04	5.85	5.70
75-84 Jahre	6	.00	16.67	6.47	7.70
85+ Jahre	6	.00	17.22	3.84	6.67
<i>Tabak</i>					
55-64 Jahre	6	.00	50.00	19.69	22.06
65-74 Jahre	6	.57	25.00	12.51	8.89
75-84 Jahre	6	.40	8.33	4.01	3.17
85+ Jahre	6	.00	3.75	1.60	1.69
<i>Drogen</i>					
55-64 Jahre	6	.00	3.17	.84	1.23
65-74 Jahre	6	.00	.57	.10	.23
75-84 Jahre	6	.00	.00	.00	.00
85+ Jahre	6	.00	.00	.00	.00
<i>Exzessives Geldspiel</i>					
55-64 Jahre	6	.00	.00	.00	.00
65-74 Jahre	6	.00	.00	.00	.00
75-84 Jahre	6	.00	.00	.00	.00
85+ Jahre	6	.00	.00	.00	.00

Tabelle 7. Suchtarten: % nach Altersgruppe (Pflegeheime)

<i>Alter</i>	<i>N Institutionen</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>s %</i>
<i>Alkohol</i>					
55-64 Jahre	35	.00	100.00	15.24	33.42
65-74 Jahre	35	.00	100.00	14.98	23.09
75-84 Jahre	35	.00	42.86	9.93	11.27
85+ Jahre	35	.00	23.33	3.67	5.89
<i>Medikamente</i>					
55-64 Jahre	35	.00	100.00	11.43	29.92
65-74 Jahre	35	.00	100.00	12.28	26.50
75-84 Jahre	35	.00	71.43	7.99	15.35
85+ Jahre	35	.00	60.00	5.33	11.64
<i>Tabak</i>					
55-64 Jahre	35	.00	100.00	26.67	40.31
65-74 Jahre	35	.00	66.67	13.50	17.34
75-84 Jahre	35	.00	100.00	10.46	18.29
85+ Jahre	35	.00	16.28	2.36	3.91
<i>Drogen</i>					
55-64 Jahre	35	.00	100.00	2.86	16.90
65-74 Jahre	35	.00	50.00	1.43	8.45
75-84 Jahre	35	.00	.00	.00	.00
85+ Jahre	35	.00	.00	.00	.00
<i>Exzessives Geldspiel</i>					
55-64 Jahre	35	.00	50.00	2.14	9.34
65-74 Jahre	35	.00	16.67	.88	3.66
75-84 Jahre	35	.00	.00	.00	.00
85+ Jahre	35	.00	.00	.00	.00

Tabelle 8. Suchtarten: % nach Altersgruppe (FNPG ambulant und FNPG stationär)

<i>FNPG ambulant</i>			<i>FNPG stationär</i>	
<i>Alter</i>	<i>N Institutionen</i>	<i>Summe %</i>	<i>N Institutionen</i>	<i>Summe %</i>
<i>Alkohol</i>				
55-64 Jahre	1	56.76	1	26.67
65-74 Jahre	1	16.22	1	36.84
75-84 Jahre	1	4.23	1	15.00
85+ Jahre	1	1.92	1	7.14
<i>Medikamente</i>				
55-64 Jahre	1	10.81	1	3.33
65-74 Jahre	1	10.81	1	10.53
75-84 Jahre	1	1.41	1	10.00
85+ Jahre	1	1.92	1	.00
<i>Tabak</i>				
55-64 Jahre	1	5.41	1	.00
65-74 Jahre	1	.00	1	10.53
75-84 Jahre	1	.00	1	10.00
85+ Jahre	1	.00	1	.00
<i>Drogen</i>				
55-64 Jahre	1	.00	1	.00
65-74 Jahre	1	2.70	1	.00
75-84 Jahre	1	.00	1	.00
85+ Jahre	1	.00	1	.00
<i>Exzessives Geldspiel</i>				
55-64 Jahre	1	2.70	1	.00
65-74 Jahre	1	.00	1	.00
75-84 Jahre	1	.00	1	.00
85+ Jahre	1	.00	1	.00

Die Suchtarten sind sehr ungleich zwischen den Institutionen verteilt. Dies ist bei den prozentualen Mindest- und Höchstanteilen festzustellen, die regelmässig von 0 % bis 100 % reichen. Die Standardabweichung (s) ist ein weiterer Indikator.

Generell ist in den Altersgruppen ab 75 Jahren eine Abnahme der Suchtproblematik zu beobachten.

4.3.3.5

Table 9. Suchtarten nach Geschlecht bei den ab 55-Jährigen

<i>Sucht</i>	<i>N Institutionen</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max.%</i>	<i>M %</i>	<i>s %</i>
<i>Frauen</i>					
Alkohol	43	.00	25.00	4.13	5.54
Medikamente	43	.00	71.05	7.60	12.65
Tabak	43	.00	19.51	5.41	5.54
Drogen	43	.00	3.13	.10	.48
Exzessives Geldspiel	43	.00	4.76	.19	.79
<i>Männer</i>					
Alkohol	43	.00	50.00	16.39	14.68
Medikamente	43	.00	50.00	5.96	10.39
Tabak	43	.00	40.00	8.28	8.52
Drogen	43	.00	3.03	.12	.517
Exzessives Geldspiel	43	.00	3.23	.07	.492

Signifikanztest für die Anteile der Abhängigkeitsfälle nach Suchtart und Geschlecht (2) für Spitex, Pflegeheime und FNPG¹¹⁴:

Ein Mann-Whitney-U-Test ergab einzig für Alkohol signifikant höhere Anteile der Abhängigkeitsfälle bei Männern (mittlerer Rang=54.41) als bei Frauen (mittlerer Rang=32.59), $U=455.5$, $p<.00005$.

Zusammenfassung für die Suchtarten

Insgesamt wurde in 43 Institutionen (des Typs Spitex, Pflegeheime, FNPG) mit 5154 Leistungsbeziehenden ab 55 Jahren die Verbreitung der unterschiedlichen Suchtarten analysiert: Alkohol, Medikamente, Tabak, illegale Drogen, exzessives Geldspiel. Die am häufigsten vertretenen Problematiken betrafen Alkohol, Medikamente und Drogen.

Es wurden Unterschiede zwischen den Altersgruppen festgestellt. In den Altersgruppen der 55- bis 64-Jährigen sowie der 65- bis 74-Jährigen waren die verschiedenen Suchtarten ähnlich stark vertreten. Die durchschnittlichen Anteile weisen darauf hin, dass diese beiden Altersgruppen am stärksten von problematischem Alkoholkonsum betroffen sind (um die 15 %). Nach Berücksichtigung der grossen Ungleichheiten zwischen den Institutionen manifestiert sich jedoch die Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen als von Alkoholproblemen am stärksten betroffen, mit statistisch signifikanten Unterschieden.

Auch beim Tabakkonsum gibt es signifikante Unterschiede: Die Altersgruppen der 65- bis 74-Jährigen sowie der 75- bis 84-Jährigen sind stärker betroffen als die Altersgruppe der ab 85-Jährigen. In der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen wurde ein Trend zu stärkerem Tabakkonsum beobachtet.

Der problematische Medikamentenkonsum scheint hauptsächlich die Altersgruppen der 55- bis 64-Jährigen und der 65- bis 74-Jährigen zu betreffen, obwohl die Unterschiede zu den anderen Gruppen nicht signifikant waren. Von der ersten zur zweiten Gruppe war keine klare Zunahme feststellbar, entgegen den Beobachtungen von Roth (2020). Dieser Unterschied kann in den berücksichtigten Medikamententypen begründet sein oder in der Tatsache, dass diese Bestandsaufnahme lediglich problematische Fälle des Medikamentenkonsums berücksichtigt hat.

Generell ist Suchtverhalten in der Altersgruppe der ab 85-Jährigen am weitaus wenigsten verbreitet, zumindest nicht für die in dieser Bestandsaufnahme untersuchten Suchtarten. Zudem scheint Suchtverhalten ab 75 Jahren selten zu sein.

Bei gleichzeitiger Betrachtung der Altersgruppen und Institutionstypen ist festzustellen, dass der problematische Alkoholkonsum für die Spitex-Dienste bei den 65- bis 74-Jährigen verstärkt vertreten ist. Dies gilt gleichermassen für die 55- bis 64-Jährigen sowie die 65- bis 74-Jährigen in den Pflegeheimen. Innerhalb des FNPG weisen die 55- bis 64-Jährigen ambulant deutlich mehr problematischen Alkoholkonsum aus; stationär sind eher die 65- bis 74-Jährigen als auch die 55- bis 64-Jährigen betroffen bzw. sehr betroffen. Bei Medikamenten scheinen die 55- bis 64-Jährigen wie auch die 65- bis 74-Jährigen im ambulanten Bereich betroffen, im stationären Bereich eher die 65- bis 74-Jährigen.

Bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede waren die Ergebnisse für alle Personen ab 55 Jahren kohärent zu anderen Studien. Suchtprobleme im Zusammenhang mit Alkohol waren bei Männern deutlich stärker vertreten als bei Frauen (viermal mehr), was auf eine statistische Signifikanz schliessen lässt. Beim Medikamentenkonsum liess sich ein Trend zu einer stärkeren Betroffenheit der Frauen beobachten.

¹¹⁴ Die Beistandschaftsämter wurden aufgrund der erwarteten grossen Überlappung mit anderen Institutionstypen nicht berücksichtigt.

4.3.4 Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse

Die Erhebung wurde bei rund 6000 Leistungsbeziehenden ab 55 Jahren durchgeführt. Generell zeigten die quantitativen Analysen die Bedeutung der Suchtproblematik von älteren Personen im Kanton, mit über 600 schweren Fällen, darunter 256 mit intensivem Unterstützungsbedarf. Die grossen Ungleichheiten zwischen den Institutionen scheinen anzuzeigen, dass durch eine ausgeglichene Verteilung der schweren Abhängigkeitsfälle eine Verbesserung möglich wäre, so dass ihre Betreuung durch die Fachpersonen zu bewältigen wäre. Diese Entscheidung liegt bei den Pflegenetzwerken, unter Berücksichtigung der Situation im jeweiligen Bezirk, genauso wie der damit verbundene Austausch zwischen den Bezirken..

Die am häufigsten vertretenen Suchtarten standen im Zusammenhang mit Alkohol, Medikamenten und Tabak. Die am stärksten betroffenen Altersgruppen, insbesondere von Alkohol und Medikamenten, sind die 55- bis 64-Jährigen und die 65- bis 74-Jährigen, also die Altersgruppen vor und nach der Pensionierung. Es wurden einige institutionelle Spezifika erfasst. Zudem wurden geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt, die darauf schliessen lassen, dass die Alkoholproblematik bei Männern und die Medikamentenproblematik bei Frauen ausgeprägter ist.

5 Qualitative Daten (Expertinnen- und Expertenbefragung)

5.1.1 Befragungen und Datenproduktion

Mehrere Gruppen von Expertinnen und Experten im Kanton Freiburg wurden separat befragt. Zunächst beantworteten sie einen detaillierten Fragebogen zu einer Vielzahl von Themen im Zusammenhang mit Sucht bei älteren Personen. Anschliessend wurde jede Gruppe in Form von Fokusgruppen einzeln befragt. Diesen wurden allgemeine Fragen zum Thema gestellt, jedoch auch gruppenspezifische Fragen gestützt auf einer vorgängigen Zusammenfassung ihrer Antworten auf die Fragebögen. Diese Gruppen waren:

Pflegeheime;

Spitex und Beistandschaftsamt;

Dachverbände und Verwaltung;

Fachärztinnen und Fachärzte (Geriatric, Sucht) und spezialisierte Institutionen, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner;

Zusätzliche Expertinnen und Experten: Kantonsapothekerin, Senior+, Sozialvorsorgeamt (SVA).

Abgesehen von einigen spezifischen Fragen waren die Fragebögen für alle Gruppen mehr oder weniger gleich, ausser für die zusätzlichen Expertinnen und Experten, die auf ganz bestimmte Punkte angesprochen wurden.

Die folgenden Aspekte wurden behandelt:

Altersgruppen der Leistungsbeziehenden

Wie bei den quantitativen Analysen in diesem Bericht wurden vier Altersgruppen berücksichtigt: 55–64 Jahre, 65–74 Jahre, 75–84 Jahre, 85+ Jahre.

Suchtproblematik: Arten, Prävalenz, Intensität

Problemarten

Der Schwerpunkt galt folgenden Suchtarten: Alkohol, Psychopharmaka (Benzodiazepine, Schlafmittel, opioidhaltige Schmerz- und Hustenmittel), Tabakkonsum, exzessives Geldspiel, Mehrfachkonsum. Weiter lag der Fokus auf den Dimensionen der Person, die im Zusammenhang mit Suchterkrankungen generell betroffen sein können: körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Umfeld der Person. Daneben wurden die Probleme der Institutionen und Fachpersonen untersucht, die mit diesen interagieren.

Auf die von den Institutionen üblicherweise verwendeten Kategorien – wie Abhängigkeit oder chronisch risikoreicher Konsum – wurde ebenfalls eingegangen.

Gemeinsam mit den Expertinnen und Experten wurde versucht, in Bezug auf den Umgang mit Suchterkrankungen und deren Folgen (allen voran im gesundheitlichen und sozialen Bereich) für jeden Institutionstypen die problematischsten Altersgruppen zu bestimmen.

Schliesslich wurde versucht, zwischen Suchtfällen zu unterscheiden, die vor dem Ruhestand (*early*) und nach dem Ruhestand eintreten (*late*).

Prävalenz

Die Frage der Prävalenz untersucht das Vorkommen älterer Personen mit einer Suchtproblematik im Verhältnis zu allen Leistungsbeziehenden, die in den Institutionen der befragten Expertinnen und Experten betreut werden.

Wie später in diesem Bericht erwähnt wird, lagen den befragten Expertinnen und Experten keine umfassenden Zahlen vor. Deshalb wurde ein quantitativer Fragebogen an die für das Thema relevanten Institutionen verschickt. Die Daten aus den Expertinnen- und Expertengruppen erlauben subjektivere Darstellungen, die für die Berücksichtigung der Erfahrungen von involvierten Fachpersonen hilfreich sind.

Zudem ging es um die Frage, welche typischen Leistungen und Behandlungswege von älteren Personen in welchem Umfang genutzt werden.

Intensität

Die Intensität beschreibt den Schweregrad und die negativen Folgen für die Institutionen, einschliesslich der entsprechenden Belastung für die Fachpersonen. Dabei wurde versucht, die problematischsten Situationen zu ermitteln.

Interventionen: aktuell umgesetzt, geplant

Aktuell umgesetzt

Die aktuell umgesetzten Interventionen beschreiben die Art und Weise, wie ältere Personen mit einer Suchterkrankung aktuell erfasst und betreut werden (z. B. Früherkennung, Betreuung, Nachsorge, Prävention, Analyse von Risikosituationen). Schwerpunkt lag auf Information, Beurteilung und Betreuung. Auch die wichtigsten wahrgenommenen Hindernisse werden diskutiert.

Es wurde untersucht, welche der zur Verfügung stehenden Instrumente (z. B. für Beurteilung, Erfassung und Informationsaustausch) genutzt werden.

Die Frage des Informationsaustauschs und der interinstitutionellen Interaktionen innerhalb des Netzwerkes wurde ebenfalls aufgegriffen.

Geplant

Dieser Punkt betrifft die Interventionen, die in naher Zukunft (innerhalb oder zwischen den einzelnen Institutionen) umgesetzt werden oder werden sollten, allfällige Hindernisse dieser Massnahmen sowie Verbesserungen, die sich daraus ergeben könnten.

Bedürfnisse: Leistungsbeziehende, Institutionen

Bei den Bedürfnissen sollen Lücken geschlossen werden, sowohl bei den Fachpersonen und Institutionen als auch bei den Leistungsbeziehenden, insbesondere in Hinblick auf Instrumente oder Vernetzung mit spezifischen Fachpersonen.

5.1.2 Qualitative Ergebnisse

Pflegeheime	
Altersgruppen	Die Altersgruppen, die von den Expertinnen und Experten dieser Gruppe hauptsächlich angetroffen werden, sind die ab 65-Jährigen und insbesondere die 65- bis 74-Jährigen . Auch die 55- bis 64-Jährigen sind teilweise betroffen.
Probleme: Arten, Prävalenz, Intensität	Arten <ul style="list-style-type: none">– Suchtarten: Es werden drei Arten von Suchtproblemen festgestellt, in abnehmender Reihenfolge: Alkohol, Tabak, Medikamente. Es handelt sich um Probleme im Zusammenhang mit chronischem Konsum. <p>Betroffene Medikamente: Benzodiazepine oder verwandte Moleküle (z. B. Zolpidem) und opioidhaltige Schmerzmittel (z. B. Oxycodon). Die Expertinnen und Experten berichten u. a. von abweichenden Anwendungen, wie bspw. die intranasale Einnahme von Stilnox (Zolpidem).</p> <p>In Bezug auf den Mehrfachkonsum werden zwei Profile von Gebrauchenden beobachtet: gleichzeitiger Alkohol- und Medikamentenkonsum sowie Konsum von harten Drogen mit langjähriger vorangehender Mehrfachabhängigkeit. In der</p>

	<p>Stadt ist die Prävalenz von Bewohnenden, die dem zweiten Profil entsprechen, grösser als auf dem Land.</p> <p>Der Zugang zu Substanzen (insbesondere Alkohol) ist leichter für Bewohnende, die ein recht gutes Mass an funktionaler Selbstständigkeit aufweisen und die Einrichtung selbstständig verlassen können. Ein immer wieder beobachtetes Problem sind jedoch Alkoholvergiftungen, die nach Verlassen der Einrichtung mit Angehörigen auftreten. Was den Alkoholkonsum betrifft, so verstecken die Bewohnenden manchmal Flaschen in den Zimmern oder draussen.</p> <p>Exzessives Geldspiel wird bei den derzeitigen Bewohnenden nicht als problematisch identifiziert.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Folgeprobleme von Suchtverhalten: Die wichtigsten Verhaltensprobleme, die von den Expertinnen und Experten identifiziert wurden, lassen sich in zwei Arten unterteilen: Selbstgefährdung (z. B. Wechselwirkungen von Medikamenten bzw. von Medikamenten und Alkohol, Gefährdung und Verschlechterung des Gesundheitszustands, Suizidversuche) und Gefährdung anderer (z. B. körperliche oder verbale Gewalt, Drohungen). <ul style="list-style-type: none"> > Die abweichende Einnahme von Medikamenten (z. B. Vortäuschen der Einnahme und anschliessende Inhalation) wird ebenfalls als Problem genannt, wenn auch nicht sehr häufig. – Beginn der Suchtverhalten: Die überwiegende Mehrheit hatte bereits vor Erreichen des Rentenalters Suchtprobleme (<i>early onset</i>). – Krankheitsbilder: Bei den meisten Suchtfällen handelt es sich um sehr komplexe Krankheitsbilder, bei denen psychiatrische (z. B. Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Störungen) oder neurologische Störungen (z. B. Demenz und damit verbundene Verwirrtheit, Korsakow-Syndrom) vorliegen. <p>Prävalenz</p> <p>Die Expertinnen und Experten identifizieren die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen als diejenige, in der Suchterkrankungen am häufigsten vorkommen. Siehe quantitative Ergebnisse für einen umfassenden und repräsentativen Blick auf den Kanton.</p> <p>Intensität</p> <p>Suchtprobleme, insbesondere Alkoholabhängigkeit, machen die Betreuung sehr schwierig. Erstens verlangen die Betroffenen mehr Aufmerksamkeit von den Mitarbeitenden, was diese schnell überfordern kann. Zudem sind die Mitarbeitenden, die solche Fälle betreuen können, in der Minderheit. Zweitens geht die Suchtproblematik regelmässig mit anderen psychiatrischen und neurologischen Problemen einher (z. B. Korsakow-Syndrom).</p>
<p>Beurteilungen</p>	<p>Instrumente und Akteurinnen/Akteure</p> <p>Das <i>Resident Assessment Instrument</i> (RAI) in der Version <i>RAI-Nursing Home</i> (RAI-NH), das von einer einrichtungsexternen Pflegekraft angewandt wird, bewertet die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen und schlägt einen geeigneten Betreuungsplan vor. Es ist weder spezifisch für die Beurteilung von Suchtproblemen gedacht, noch darauf zugeschnitten. Die Folgen solcher Probleme können damit bis zu einem gewissen Grad berücksichtigt werden, jedoch wird der Umgang mit diesen dadurch nicht direkt verbessert.</p>

	<p>Die Liaison-Psychiatrie, die dem FNPG angegliedert ist, ermöglicht Supervisionen für das Personal und eine Betreuung problematischer Fälle unter dem Aspekt der Suchterkrankung.</p>
<p>Interventionen: umgesetzt, Hindernisse, geplant</p>	<p>Umgesetzt</p> <p>Die vorherrschende Art der Betreuung ist derzeit das Case Management. Manche Fälle werden von der Liaison-Psychiatrie unterstützt, und für alle Bewohnenden werden <i>Ad-hoc</i>-Therapierahmen formuliert.</p> <p>Die Therapieziele sind entweder Abstinenz oder kontrollierter Konsum. In der Regel ist Abstinenz das Ziel, wobei diese – ethisch gesehen – auf einer verschärften Schutzpflicht des Pflegepersonals basiert. Tatsächlich ist beim Pflegepersonal ein Gefühl der Hilflosigkeit zu beobachten; es berichtet von einem Ohnmachtsgefühl, ist es mit Bewohnenden konfrontiert, die ein chronisch risikoreiches Konsumverhalten fortführen, dieses jedoch leugnen.</p> <p>Hindernisse</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Expertinnen und Experten berichten von der Schwierigkeit, die therapeutische Arbeit rund um ein Suchtproblem aufzulegen, das von den Betroffenen nicht unbedingt als solches erkannt wird («Verleugnung»). Dies macht jeden Versuch des Entzugs oder des kontrollierten Konsums (bei Alkohol) oder des Deprescribings (bei Medikamenten) relativ kompliziert. – Die konkrete Umsetzung von Massnahmen, die ein Kollektiv mit Suchtproblemen betreffen (z. B. kein Alkohol bei den Mahlzeiten), ist besonders komplex. – Es scheint eine psychiatrische Stigmatisierung von Institutionen und eine mögliche Normalisierung von Suchtproblemen zu geben. <p>Geplant</p> <p>Diese Gruppe von Expertinnen und Experten schlug vor, bei jeder Aufnahme von Bewohnenden mit bereits bekanntem Suchtproblem (insbesondere Alkohol) Netzwerkgespräche durchzuführen. Die Grenzen bei Zeitaufwand und Koordination wurden jedoch rasch deutlich.</p>
<p>Bedürfnisse: Leistungsbeziehende, Institutionen</p>	<p>Leistungsbeziehende</p> <p>Die Bedürfnisse älterer Suchtkranker, wie sie von dieser Expertinnen- und Expertengruppe beschrieben werden, bestehen in einer intensiven und nachhaltigen Begleitung sowie in einer spezialisierten suchtmmedizinischen/psychiatrischen Versorgung, die das Personal nicht immer gewährleisten kann.</p> <p>Institutionen</p> <p>Auf institutioneller Ebene gibt es vier zentrale Bedürfnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kompetenzen und Schulung: Es besteht ein grosser Bedarf für Personalschulungen zur Beurteilung von und den Umgang mit Suchtproblemen bei älteren Personen. Dazu gehören sowohl grundlegende Fähigkeiten als auch das damit verbundene Emotions- und Beziehungsmanagement. Intern sind die erforderlichen Kompetenzen nicht systematisch vorhanden und hängen vom persönlichen Hintergrund ab. In der Regel sind 30 bis 40 % des gesamten Personals Pflegefachpersonen, die besser mit such- oder psychiatrispezifischen Problemsituationen umgehen können. Dies entspricht im Durchschnitt einer Pflegefachperson pro Tag.

	<ul style="list-style-type: none"> – Instrumente und Vorgehen: Es besteht ein Bedarf für Instrumente zur Erkennung und Beurteilung von Risikofällen sowie Vorgehen für ein systematisches und standardisiertes Eingreifen. – Aufnahmen: Es besteht die Notwendigkeit, Suchtfälle vermehrt auf verschiedene Pflegeheime im Kanton zu verteilen, um bestimmte Institutionen, in denen viele Betroffene untergebracht sind, zu entlasten. – Zusammenarbeit und Austausch von Netzwerkinformationen: Ein fließender Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Institutionstypen ist unerlässlich, hängt aber stark von den bereits bestehenden Kooperationen ab; auch ist dieser Austausch nicht so systematisch, wie er sein könnte. Interinstitutionelle Verträge, die manchmal abgeschlossen werden, könnten eine kohärentere Versorgung ermöglichen (z. B. zwischen dem stationären Behandlungszentrum Marsens und dem Pflegeheim zum Zeitpunkt des Spitalaustritts). Eine Zentralisierung der Patienteninformationen würde sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Nachsorge als vorteilhaft empfunden werden. Folgende Institutionen werden von diesen Expertinnen und Experten als zentral wahrgenommen: die auf Psychiatrie und Sucht spezialisierten Institutionen (in diesem Fall das FNPG, <i>Le Tremplin</i>), die Spitex-Dienste, das Beistandschaftsamt und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Genaue Angaben zu den tatsächlichen Interaktionen zwischen den befragten Institutionen und diesen Akteurinnen und Akteuren sind jedoch nicht verfügbar, abgesehen von der Beziehung zu den psychiatrischen Einrichtungen (für den Spital- und den Liaison-Bereich). Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte scheinen eine zentrale Rolle innezuhaben und als Bindeglied zwischen den Institutionen zu fungieren.
Allgemeine Beobachtungen	<p>Im Vergleich zu den meisten Pflegeheimbewohnenden im Kanton Freiburg ist die bei Suchterkrankungen am stärksten vertretene Altersgruppe besonders jung (65–74 Jahre). Dies spiegelt die Besonderheit der Institutionen der befragten Expertinnen und Experten wider, soll heissen: Sie betreuen schwerere Fälle.</p>

Spitex und Beistandschaftsamt

Altersgruppen	<p>Die Altersgruppe, die von dieser Expertinnen- und Expertengruppe hauptsächlich angetroffen wird, ist die der ab 65-Jährigen. Nach Aussage der befragten Expertinnen und Experten gibt es innerhalb der betroffenen Altersgruppen beträchtliche Unterschiede. In den Spitex-Diensten können hinsichtlich Suchtproblematik je nach Bezirk folgende Altersgruppen überwiegen: 55–64 Jahre, 65+ Jahre, 75–84 Jahre. Das Beistandschaftsamt trifft am häufigsten die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen an.</p>
Probleme: Arten, Prävalenz, Intensität	<p>Arten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Suchtarten: Es werden drei Arten von Suchtproblemen festgestellt, in abnehmender Reihenfolge: Alkohol, Medikamente, Tabak. Gemäss den Spitex-Diensten ist ein grosses Problem beim Alkohol die Schwierigkeit der Pflegefachpersonen, den Konsum zu kontrollieren. Es werden Verhaltensprobleme (z. B. Enthemmung, Aggressivität), kognitive Probleme (z. B. Gedächtnisverlust) und schlechte Hygiene beobachtet. <p>Medikamente scheinen weniger ein Problem zu sein: weniger Verhaltensschwierigkeiten gegenüber dem Pflegepersonal und bessere Kontrolle des</p>

Konsums (da Notwendigkeit einer ärztlichen Verschreibung). In der Vergangenheit war es jedoch erforderlich, Wochentherapiesysteme komplett zu überarbeiten. Die problematischsten Medikamente sind: Anxiolytika, Hypnotika und Analgetika. Eine Besonderheit im Zusammenhang mit der Einnahme dieser Medikamente ist, dass sie meist eingenommen werden, wenn ein Mitglied des Pflegepersonals vorbeikommt. Das Beistandschaftsamt hat bestimmte abweichende Anwendungen festgestellt, wie z. B. die intranasale Einnahme von Ritalin, aber solche Fälle scheinen die Ausnahme zu sein.

Tabakkonsum ist für seine negativen Auswirkungen auf die somatische Gesundheit bekannt. Darüber hinaus kann er indirekt zu Feuer- oder Brandgefahr führen, wenn er mit starkem Medikamentenkonsum einhergeht (z. B. leistungsbeziehende Person, deren Sofa gebrannt hatte). Der Tabakkonsum wird von diesen Expertinnen und Experten im Allgemeinen nicht als Priorität eingestuft. Auch stellen die Expertinnen und Experten auf dieser Ebene eine gewisse «Permissivität» als Art von Gegengewicht zu den Forderungen nach Veränderung dar, die in Bezug auf andere Abhängigkeiten – z. B. Alkohol oder Medikamente – geäußert werden.

Abgesehen von den Fällen, in denen es um Gefährdung durch Rauchen unter Medikamenteneinfluss geht, scheint die Frage des Mehrfachkonsums hier nicht zentral zu sein. Es gibt nur sehr wenige Fälle, in denen Personen von Drogen wie Heroin oder Cannabis abhängig sind, und exzessives Geldspiel wird von keiner bzw. keinem der befragten Sachverständigen erwähnt.

- Folgeprobleme von Suchtverhalten: Die beschriebenen Probleme stehen hauptsächlich im Zusammenhang mit Selbstgefährdung (z. B. Stürze, Isolation, somatische Komplikationen) sowie mit einer verminderten Selbstständigkeit und allgemeinen Funktionsfähigkeit.
- Beginn von Suchtverhalten: Die überwiegende Mehrheit hatte bereits vor Erreichen des Rentenalters Suchtprobleme (*early onset*), ausser bei einem Spitex-Dienst.
- Krankheitsbilder: Es existieren zahlreiche Komorbiditäten (somatisch, psychiatrisch, Demenz und kognitive Störungen). Es wird betont, dass jeder Fall mehr oder weniger einzigartig und komplex ist und inmitten einer grossen Vielfalt liegt. Die Schwierigkeit, einen Therapierahmen festzulegen und aufrechtzuerhalten, scheint mit kognitiven und das Urteilsvermögen betreffenden Einschränkungen der betroffenen älteren Personen zusammenzuhängen.
- Lebensphasen: Es wird betont, dass der Übergang von der Spitex zur stationären Pflege ein grosses Problem darstellt. Nach Meinung der Expertinnen und Experten gibt es in den stationären Einrichtungen zu wenig Plätze, und es kommt vor, dass Pflegebedürftige zu Hause behalten werden, obwohl die Unterbringung in einem Pflegeheim nötig wäre. Es wird darauf hingewiesen, dass es – wenn eine Überleitung möglich ist – Probleme bei der Einhaltung der Institutionsregelungen geben könnte, da diese die Abstinenz erzwingen und keinen kontrollierten Konsum zulassen, die Leistungsbeziehenden jedoch nicht auf eine derartige Anpassung ihres Konsumstils vorbereitet wurden (insbesondere bei Alkohol).

Prävalenz

Obwohl alle Altersgruppen vertreten sind (mit Ausnahme der über 85-Jährigen), scheinen spezifische Suchtprobleme für bestimmte Gruppen charakteristisch zu sein. Bei einem

	<p>Spitex-Dienst betrifft Alkoholabhängigkeit bereits die Altersgruppe 65+, während Medikamentenabhängigkeit eher die Altersgruppe der ab 70-Jährigen betrifft.</p> <p>Intensität</p> <p>Suchtprobleme, insbesondere Alkoholabhängigkeit, stellen das Gesundheitspersonal aufgrund des erhöhten Betreuungsbedarfs vor Schwierigkeiten und können zu einer Überlastung des Personals führen.</p>
<p>Beurteilungen</p>	<p>Instrumente und Akteurinnen/Akteure</p> <p>Die Spitex setzt das RAI in der Version <i>RAI-Home Care</i> (RAI-HC) ein. Es bewertet die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen und schlägt einen geeigneten Betreuungsplan vor. Es ist weder spezifisch für die Beurteilung von Suchtproblemen gedacht noch darauf zugeschnitten. Zwar können einige gesundheitliche Folgen abgeschätzt werden, doch wird die Suchtproblematik darin nicht eindeutig berücksichtigt. In seiner Version <i>RAI-Mental Health</i> (RAI-MH) für die psychische Gesundheit ist das Instrument besser für die Berücksichtigung von Suchtproblemen geeignet, erfordert aber eine längere Befragungsdauer und sollte in diesem Zusammenhang durch das <i>interRAI Addictions Supplement</i> (AS) ergänzt werden, was jedoch nicht systematisch der Fall ist.</p>
<p>Interventionen: umgesetzt, Hindernisse, geplant</p>	<p>Umgesetzt</p> <p>Bei der Spitex sensibilisieren die Pflegefachpersonen die Leistungsbeziehenden – soweit möglich – für Risiken, die mit Suchtverhalten einhergehen können, insbesondere bei chronisch risikoreichem Alkoholkonsum. Bei den derart sensibilisierten Leistungsbeziehenden handelt es sich in der Regel um Personen mit einer gewissen psychologischen Vulnerabilität (z. B. Depression).</p> <p>Folgende Mitarbeitende werden insgesamt als bevorzugt angegeben: Stiftung <i>Le Torry</i>, FNPG, Stiftung <i>Le Tremplin</i>, Verein <i>La Traversée</i>, Tageszentrum <i>Banc Public</i>, Stiftung <i>HorizonSud</i>, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Beistandschaftsamt, Friedensgericht. Es ist zu beachten, dass für den Sensebezirk keine spezifische Zusammenarbeit erwähnt wird.</p> <p>Die Therapieziele sind entweder Abstinenz oder kontrollierter Konsum. In der Regel ist Abstinenz das Ziel.</p> <p>Hindernisse</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Expertinnen und Experten berichten, dass die therapeutische Arbeit aufgrund von Non-Compliance bei der Behandlung, mangelnder Kooperation und Verleugnung oder Anosognosie oft sehr schwierig ist. Ein mangelndes Verständnis für die Suchtproblematik bei älteren Personen auf Seiten der Leistungsbeziehenden erschwert es, sie zu Veränderungen zu motivieren und Risiken zu vermeiden. Für das Beistandschaftsamt wird betont, dass es gewisse Probleme feststellen kann, nicht aber die Kompetenzen hat, um direkt eingzugreifen. – Die Somatik hat Priorität. Sehr oft sind die Gründe für einen Pflegeantrag somatischer Natur (insbesondere für die Körperpflege oder die Einnahme von Medikamenten), und die Suchterkrankungen werden erst nach Pflegebeginn entdeckt und stellen kein Versorgungsbedürfnis seitens der Leistungsbeziehenden dar. – Gefährdungen führen mitunter zu fürsorglichen Unterbringungen, welche die Risiken zwar begrenzen, aber keine langfristige Lösung darstellen und den

Betroffenen nicht unbedingt dabei helfen, sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen.

- In den meisten Fällen sind im **sozialen Umfeld** der zu pflegenden Person wenig Ressourcen vorhanden (erschöpft, mittellos, resigniert).
- In manchen Fällen haben die Betroffenen keinen Zugang zur Pflege, weil sie die Tür nicht öffnen, wenn die Spitex kommt.
- Die Spitex-Mitarbeitenden fühlen sich angesichts des in Wirklichkeit recht begrenzten Zusammenarbeitsnetzwerks oft allein und machtlos.
- Bei der Spitex gibt es einen **Verwaltungs- und Zeitaufwand für die Pflegeleistungen, der nicht mittels RAI berechnet werden kann** (erfordert die Bestimmung genauer Leistungen) und daher nicht vergütet wird. Somit muss dieser, obwohl für die Klientinnen und Klienten von Vorteil, auf ein Minimum beschränkt werden. Die Aspekte im Zusammenhang mit Suchterkrankungen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen werden daher teilweise ausgeklammert. Es wird weiter darauf hingewiesen, dass suchtbezogene Leistungen nicht unbedingt von den Krankenversicherern übernommen werden, was weniger wohlhabende Personen in eine prekäre Lage bringt. Ausserdem wird die Früherkennung, vor der Entstehung eines chronischen Suchtproblems, von den Krankenversicherern nicht gefördert.
- Mangelnde **Zusammenarbeit im Netzwerk**: manchmal unangemessener Verbleib zu Hause; oder umgekehrt, Tendenz zu vorzeitigem Pflegeheimeintritt.
- Wenig Kontakte mit Spitälern und Koordinationsschwierigkeiten. Insbesondere informiert das freiburger spital (HFR) die Spitex-Verantwortlichen am Ende eines Spitalaufenthalts nicht oder zu spät, obwohl nach der Aufenthaltshälfte eine interinstitutionelle Sitzung sowie am Aufenthaltsende eine Informationssitzung über die Situation ihrer Klientinnen und Klienten vorgesehen wäre. Hierfür wird eine doppelte Hypothese formuliert: Zeitdruck des Spitalpersonals und Austrittsdruck seitens Klientinnen und Klienten (frühzeitige Entlassung).
- **Geografische Einschränkungen**: Die Entfernung zu einer Struktur wie dem FZA in der Stadt Freiburg kann für einige Bezirke ein Hindernis darstellen. Sie könnte zu einer stärkeren Mobilisierung des psychiatrischen Spitex-Pflegepersonals führen und für betroffene Person eine Art Abhängigkeitsverhältnis schaffen.
- Fehlende Überweisungen seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und **Verschlechterung der Situation**, bevor der Kontakt zwischen den Betroffenen und den spezialisierten Institutionen (z. B. Suchtmedizin oder Psychogeriatric) hergestellt wird. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden als die Akteurinnen und Akteure identifiziert, die den meisten Kontakt mit der Spitex-Klientel haben. Eine gute Zusammenarbeit auf dieser Ebene ermöglicht eine umfassendere Versorgung und verstärkt die breitere Kommunikation innerhalb des Pflegenetzes.
- Unklarheit hinsichtlich **Zentralisierung der Informationen** über die Klientinnen und Klienten und darüber, wer die zuständigen Akteurinnen und Akteure sind (Verantwortung, Koordination). Es scheint, dass das Pflegenetz vom Spitex-Pflegepersonal implizit eine Zentralisierung erwartet.

Geplant

(betrifft nur die Spitex)

- Intensivere Zusammenarbeit mit Psychogeriatricerinnen und Psychogeriatricern, die als Schlüsselakteurinnen und -akteure identifiziert werden.

	<ul style="list-style-type: none"> – Besserer Einbezug der Angehörigen von Klientinnen und Klienten in den Pflegeprozess.
<p>Bedürfnisse: Leistungsbeziehende, Institutionen</p>	<p>Leistungsbeziehende</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisierung für die Besonderheiten der Suchtproblematik bei älteren Personen. – Strukturell gesehen würde eine ambulante Einrichtung wie das FZA Klientinnen und Klienten zugutekommen, die in abgelegeneren Bezirken wohnen, wie dem südlichen Kantonsteil. – Eine Ansprechperson als Bindeglied zwischen allen Akteurinnen und Akteuren der Pflege. <p>Institutionen</p> <p>(betrifft nur die Spitex)</p> <p>Auf institutioneller Ebene sind folgende Bedürfnisse anzutreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bessere Zusammenarbeit im Pflegenetz innerhalb des Kantons: <ul style="list-style-type: none"> ○ Synergie mit den Spitälern und der behandelnden Ärzteschaft, insbesondere im Hinblick auf die Angemessenheit eines Verbleibs zu Hause oder nicht, und besserer Einbezug der Angehörigen von Klientinnen und Klienten. ○ Teilnahme an Netzwerkgesprächen (insbesondere bei Aufenthalten in spezialisierten Institutionen, Teilnahme an den Sitzungen nach der Hälfte des Aufenthalts im HFR, Zugriff auf die Austrittsberichte) und Teilnahme an regelmässigen Situationsbeurteilungen, um möglichen Verschlechterungen vorzugreifen. ○ Zugang zu Informationen, die Klientinnen und Klienten betreffen (insbesondere bei Spitalaufenthalten und -austritten), Einladung zu den Sitzungen nach der Hälfte des Aufenthalts und Klärung der Methoden zur Zentralisierung der Informationen über die Klientinnen und Klienten und darüber, wer die zuständigen Akteurinnen und Akteure sind. ○ Abschluss von Verträgen zwischen den Institutionen, die eine bessere Synergie in Bezug auf die Therapieziele anstreben, mit einer klaren Priorisierung der behandelten Ebenen und Probleme (z. B. somatisch, psychologisch usw.). In diesem Rahmen sollte eine Ansprechperson ernannt werden, welche die Verbindung zwischen den Akteurinnen und Akteuren herstellt und bei der Entscheidungsfindung hilft. – Mehr Zeit, um auf die komplexen Situationen von Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen einzugehen und Motivationsarbeit zur Veränderung zu leisten. Diese Zeit kann momentan nicht in den Leistungen abgerechnet werden und muss daher entweder auf ein Minimum reduziert oder anerkannt werden. – Spezifische Instrumente zur Hand haben: Instrumente zur Suchterkennung, Prioritätenliste für die Zusammenarbeit zwischen Expertinnen und Experten und gemeinsame Ziele, Auflistung mit Adressen von Ansprechpersonen unter den Akteurinnen und Akteuren (z. B. Gruppen, Fachpersonen, allgemeine Ressourcen). Es wird davon ausgegangen, dass solche Instrumente sowie spezifische Schulungen zu diesem sehr präzisen Thema den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und – durch eine vorgelagerte Wirkung – dem gesamten Netzwerk zugutekommen könnten.
<p>Allgemeine Beobachtungen</p>	<p>Diese Expertinnen- und Expertengruppe fühlen sich kompetent und in der Lage, mit den Leistungsbeziehenden über Suchtfragen zu sprechen.</p>

Ein Widerspruch ist zu beobachten: Einerseits verschlimmern sich manche Fälle aufgrund von Platzmangel in stationären Einrichtungen (Pflegeheime), wodurch die Betroffenen zum Verbleib zu Hause gezwungen sind, was ihren Bedürfnissen nicht gerecht wird; andererseits scheint es, als ob manche spezialisierte Institutionen/Dienste in Fällen, in denen ein Verbleib zu Hause in angemessener Weise hätte umgesetzt werden können, eine Einweisung in eine stationäre Einrichtung (Pflegeheim) verlangen.

Dachverbände und Verwaltung

Altersgruppen

Nach Ansicht der Expertinnen und Experten ist das **Alter als solches kein verlässlicher Indikator** für die Notwendigkeit einer Intervention. Im gleichen Alter können sich die Schwierigkeiten je nach (physischem oder psychischem) Gesundheitszustand, sozialem oder physischem Umfeld (z. B. Wohnung) radikal unterscheiden. Das Alter wird vor allem in Bezug auf Lebensveränderungen als relevant angesehen, z. B. beim Übergang zum Ruhestand.

Probleme: Arten, Prävalenz, Intensität

Arten

- Sucht: Als häufigste Suchterkrankungen wurden **Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit** (hauptsächlich Schlaf- und Beruhigungsmittel) genannt.
- Unterschiede zwischen Abhängigkeiten: Es wird vermutet, dass Medikamentenabhängigkeit aus folgenden Gründen eher unbemerkt bleibt als Alkoholabhängigkeit: Bei chronisch risikoreichem Alkoholkonsum ist die Sichtbarkeit in Bezug auf **Verhaltensmanifestationen** offensichtlicher (z. B. Impulsivität, Ungeduld, Aggressivität, Gewalt) als bei Beruhigungsmitteln (z. B. Schläfrigkeit, Desorientierung, Verwirrung). Ausserdem scheinen Verhaltensmanifestationen, die mit Medikamenten in Verbindung stehen, öfter mit geriatrischen Symptomen verwechselt zu werden (*Confounder*).
- Terminologie: Die Expertinnen und Experten schlagen vor, den Begriff des chronisch risikoreichen Konsums zu verwenden, wie es Schweizer Organisationen tun, die Monitorings durchführen, und den Begriff Abhängigkeit zu vermeiden, der zwar eine klinische Realität widerspiegelt, aber eine grosse Unklarheit in den Dialog zwischen den Fachpersonen bringt.
- **Lebensphasen:** Die 55- bis 64-Jährigen scheinen stärker vom Alkoholkonsum betroffen, die älteren Altersgruppen stärker vom Medikamentenkonsum.
- Das **early-late-onset-Konzept** wird für die klinische Praxis zwar als relevant erachtet, stellt jedoch auf Makroebene keine solide Realität dar. So ist beispielsweise bei älteren Pflegeheimbewohnenden (75–84 Jahre und älter) eine Abhängigkeit bereits fest etabliert (und damit in gewisser Weise *early*), selbst wenn sie sich um die Pensionierung entwickelt hat. Der Begriff *early* ist nützlich, um über die Zunahme von Suchterkrankungen im Zusammenhang mit dem Übergang zum Ruhestand zu berichten. Dieser Effekt unterscheidet sich allerdings deutlich bei Personen, die in Armut leben und z. B. den «normalen Kreislauf» schon längst verlassen hatten.

Prävalenz und Intensität

Dieser Punkt war für diese Gruppe von Expertinnen und Experten aufgrund ihrer grösseren Distanz zum Feld nicht relevant.

<p>Beurteilungen</p>	<p>Instrumente und Akteurinnen/Akteure</p> <ul style="list-style-type: none"> – Setting: Auch eine differentielle Wirkung des Pflegekontexts auf den Erkennungsgrad von Suchtverhalten wäre möglich. So ist z. B. ein Medikamentenmissbrauch im Rahmen der Spitex zweifellos schwieriger zu erkennen als im Pflegeheim. Daher ist es wichtig, das Setting zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die Altersgruppen, die unterschiedliche Toleranzen gegenüber den Substanzen und unterschiedliche Fähigkeiten im Umgang mit ihren Auswirkungen auf das Verhalten aufweisen. – Relevanz der sogenannten Früherkennung: Es geht darum, so weit wie möglich zu präzisieren, was mit einer «frühen» Erkennung gemeint ist, und das Zielpublikum, die Settings und die genauen Problemstellungen zu konkretisieren. So kann es z. B. vorkommen, dass ein Suchtproblem schon lange besteht (chronisch), jedoch erst ab einem bestimmten Grad und wenn es offensichtlicher ist (in einer akuterer Phase) erkannt wird/erkennbar ist. <ul style="list-style-type: none"> ○ Folglich kann eine Früherkennung – angesichts einer möglichen diskreten Chronizität – nicht betagtenpezifisch sein, sondern betrifft alle Altersgruppen. ○ Geht man vom Alter aus (und nicht von der Sucht selbst), dann kann «früh» bedeuten, dass in der Vorruhestandsphase eine systematische Erfassung stattfindet. ○ Um als «früh» zu gelten, muss diese Beurteilung regelmässig und systematisch erfolgen. <p>Je nach Auftrag der betroffenen Stellen erscheint es wenig angemessen, Informationen zu diesem Thema zu übermitteln, so z. B. bei einer spezifisch sozialen Ausrichtung, zumal keine systematische oder offizielle Erhebung zu Suchterkrankungen stattfindet. Die Beobachtung von Suchtproblemen ist daher manchmal zufällig.</p>
<p>Interventionen: umgesetzt, Hindernisse, empfohlen</p>	<p>Umgesetzt</p> <ul style="list-style-type: none"> – Das Projekt PIA wurde von den lateinischen Kantonen unter der Koordination des GREA und der CPPS des GRSP ins Leben gerufen. Speziell für den Kanton Freiburg wurden eine Fokusgruppe und eine Arbeitsgruppe eingerichtet, um Handlungsfelder zu bestimmen. Von insgesamt drei erkannten Handlungsfeldern wurde der Schwerpunkt bislang auf Präventionsarbeit sowie auf ein Schulungsangebot gelegt. – Instrument für die Abklärung des Bedarfs und die Orientierung Senior+. Dieses Instrument wird später in diesem Absatz ausführlicher beschrieben. <p>Hindernisse</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eine grosse Schwierigkeit besteht darin, Empfehlungen zu formulieren, die hinreichend präzise sind, um der Realität im Feld gerecht zu werden, aber auch hinreichend allgemein, um nicht nur auf Einzelfallbetrachtungen zu beruhen. – Die Möglichkeit, Hilfe und Pflege zu leisten, hängt direkt von mehreren Aspekten ab (Multidimensionalität): psychologischer Zustand der Person (Fähigkeit, sich an die Terminplanung zu halten, praktische Kenntnisse usw.), finanzielle Ressourcen (Zugang zu einer mehr oder weniger begrenzten Anzahl von Leistungen), Leistungsbereiche der betreffenden Organisation (sozial, medizinisch/gesundheitlich usw.). – Es ist schwierig, eine unmittelbare strukturelle Verbesserung ins Auge zu fassen, ohne klares Verständnis der Situation vor Ort, der Bedürfnisse und der Suchtproblematik innerhalb der älteren Bevölkerung des Kantons. Dies könnte

	<p>letztlich zur Schaffung einer auf die Suchtproblematik im Alter spezialisierten Struktur innerhalb einer NFES-Institution führen. Mit nur einem Partner würde sich jedoch die Frage der Sprachbarriere stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Frage der gemeinsamen Datennutzung bleibt angesichts der Vorgaben des Bundesgesetzes ein heikles Thema, obwohl definitiv Potenzial zur Verbesserung der Pflege und der Netzwerkkoordination besteht. <p>Empfohlen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Verwendung einer gemeinsamen Terminologie unter Fachpersonen fördern. – Die biopsychosoziale und physische Realität der betroffenen Person sowie den Kontext der Hilfe (z. B. Spitex, Sozialberatung usw.) und das eigentliche Anliegen (z. B. Haushaltshilfe, Hilfe bei der Steuererklärung usw.) berücksichtigen. – Die Bedürfnisse und den Interventionsbedarf auf Grundlage mehrerer Schlüsselaspekte analysieren, die einen relativen Einfluss auf die funktionale Abhängigkeit und die Verletzlichkeit der älteren Person haben werden: Autonomie, Urteilsvermögen (kognitive Aspekte, Demenz usw.), Selbstbestimmung (ist die Person in der Lage, Entscheidungen für sich selbst zu treffen, oder Abhängigkeit von einer Beistandschaft?), sozioökonomische Vulnerabilität (Prekarität wird relativ sein, ebenso der Zugang zu bestimmten Pflegeleistungen, was den Beobachtungen des Beistandschaftsamts in Gruppe 2 entspricht), medizinische Betreuung (werden die Risiken der Polymedikation im konkreten Fall im Auge behalten oder nicht?), Polymedikation–Polytoxikomanie.
<p>Bedürfnisse: Leistungsbeziehende, Institutionen</p>	<p>Leistungsbeziehende</p> <p>Die komplexe (biopsychosoziale und physische) Realität der Betroffenen sollen berücksichtigt werden, um ihren Bedürfnisse so gut wie möglich Rechnung zu tragen.</p> <p>Institutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rückmeldungen vonseiten der Pflegeeinrichtungen (z. B. Pflegeheime) zu den Schwierigkeiten, die in der Praxis bezüglich Personen mit Suchtproblemen auftreten. – Partner, mit denen man in Kontakt sein sollte (je nach involvierten Expertinnen und Experten sehr unterschiedlich): FNP, Stiftung <i>Le Torry</i>, HFR-Patientenberatung, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Kantonsapothekerin, PIA-Projektpartner, Steuerungsausschuss des KAAP (das SVA war früher Teil davon und konnte den Bereich «Seniorinnen und Senioren» vertreten, und es wäre von Vorteil, das SVA erneut einzubeziehen, so der Vorschlag), Vereinigung Freiburgischer Alterseinrichtungen (VFA), Spitex Verband Freiburg (SVF), NFES, SVA, Kantonsarztamt (KAA).
<p>Allgemeine Beobachtungen</p>	<p>Generell wünschen sich die Expertinnen und Experten dieser Gruppe einen häufigen und regelmässigen Austausch innerhalb des Netzwerks und strukturelle Verbesserungen. Sie schlagen zudem die Entwicklung und Bereitstellung von Instrumenten zur Abklärung und Orientierung vor. Die wahrgenommenen Hindernisse sind politischer und ökonomischer sowie bei den Betroffenen pragmatischer Natur.</p> <p>Bei der Erkennung wird ausserdem besonderer Wert auf die konsequente Berücksichtigung der Pflegesettings und der betroffenen Altersgruppen gelegt.</p>

Altersgruppen

Die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen ist in den suchtspezialisierten Einrichtungen am stärksten vertreten. Dies ist eine direkte Folge ihrer Definition der Pflegeleistungsbeziehenden, nämlich Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren, obwohl es auch Ausnahmen gibt. In der Psychogeriatric sind die Altersgruppen der 65- bis 74-Jährigen und der 75- bis 84-Jährigen am stärksten vertreten.

**Probleme:
Arten,
Prävalenz,
Intensität**

Arten

- Sucharten: Bei allen befragten Expertinnen und Experten kommen Alkohol- und Tabakabhängigkeit zur Sprache. Angesichts der Schwere der komplexen betreuten Situationen und der Auswirkungen anderer Konsumarten wird Tabak nur selten als Hauptproblem angegeben. In der Psychogeriatric kommen Benzodiazepinabhängigkeit und Polymedikationsprobleme vor. In den auf Suchterkrankungen spezialisierten Einrichtungen wird exzessives Geldspiel beobachtet, wenn auch selten, ebenso die Abhängigkeit von anderen Substanzen. Exzessives Geldspiel wird in der Regel zufällig festgestellt, wenn die Pflegeleistungsbeziehenden aufgrund von anderen Problemen (z. B. Depressionen, Alkoholabhängigkeit) in eine spezialisierte Institution eingewiesen werden, oder durch das Umfeld.
- Im Zusammenhang mit Suchtverhalten (und nicht nur als Folge davon) werden verschiedene Arten von Problemen erkannt, darunter Polymorbidität: somatisch, kognitiv (Demenz und andere zerebrale Beeinträchtigungen), psychiatrisch (Angst, Depression, bipolare Störung usw.). Es werden zahlreiche sozioökonomische Schwierigkeiten beobachtet (z. B. soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Suche nach Finanzierungsquellen, IV, sozialberufliche Wiedereingliederung, Wohnungssuche).
- In einigen Fällen wird eine Verschlimmerung eines anfänglich kognitiven Problems (Demenz o. a.) beobachtet: Gefahr einer unangemessenen Medikation (z. B. Benzodiazepine), Gefahr der Selbstmedikation (einschliesslich Alkoholkonsum) zur Bewältigung kognitiver Verluste und ihrer emotionalen Auswirkungen (z. B. Angst, Kummer) und daraus resultierende Gefahr einer verlangsamten Informationsverarbeitung und Aufmerksamkeitsfähigkeit. Es handelt sich also um Szenarien einer unangemessenen Medikation bei unzureichend erkannten klinischen Anzeichen, einschliesslich: depressive Zustände, Angstzustände, Schlaflosigkeit, Desorientierung. Solche Anzeichen können zu Beginn einer Demenz auftreten und das Signal sein, das es für die Verschreibung geeigneter Medikamente, die einer eindeutigen Diagnose entsprechen, zu erkennen gilt.
- Zwei aussagekräftige Beispiele:
 - Das erste Beispiel verdeutlicht die immense Komplexität der behandelten Fälle. Ein Mann in den Fünfzigern mit einem Alkoholproblem und zahlreichen Rückfällen, bei dem eine bipolare Störung diagnostiziert wurde; er befindet sich in der Phase der Krankheitsakzeptanz und hat weist zahlreiche somatische Komplikationen auf. Jedes Mal, wenn er nach Hause zurückkam, trank er systematisch massiv. Er hat die Abteilungen zahlreicher spezialisierter Institutionen «strapaziert», ist vorbestraft und befand sich zum Zeitpunkt seiner letzten Betreuung auf Bewährung. Er hat den Kanton gewechselt und ist derzeit erneut in einer Suchtabteilung hospitalisiert. Die Fachpersonen fragen sich nach den aktuellen Pflege- und Entwicklungsmöglichkeiten.

- Ein anderes Beispiel ist ein Patient, der sein Alkoholproblem vollumfänglich verleugnet, sich häufig selbst gefährdet und keine Veränderung will. Ein Dutzend Fachpersonen trafen sich, um Bilanz zu ziehen. Es war das x-te Mal, dass er in einer spezialisierten Einrichtung war, mit dem Ziel, danach in eine Einrichtung für Allgemeine Psychiatrie zu gehen. In diesem Fall fehlte es nach Aussage der beteiligten Fachpersonen eindeutig an einer auf Psychogeriatric und Sucht spezialisierten Wohnstätte, die einen schützenden Rahmen bietet. Die Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass die schützende Umgebung einer solchen Wohnstätte die Risiken und den Konsum reduzieren würde (wobei sie eine Parallele zu Aufenthalten in Spitälern ziehen, bei denen dies beobachtet werden kann, auch wenn sie keine Wohnstätten und daher keine langfristige Lösung sind). Der Fall war so komplex, dass der Prozess im Rahmen eines Gutachtens wegen einer Beschwerde des Patienten gegen eine Akteurin bzw. einen Akteur aus dem Pflegenetz gestoppt wurde.
- Beginn der Suchtverhalten: Die überwiegende Mehrheit hatte bereits vor Erreichen des Rentenalters Suchtprobleme (*early onset*). Die Expertinnen und Experten weisen jedoch darauf hin, dass *Late-Onset*-Fälle zweifelsohne nicht ausreichend erkannt werden.
- Vier grosse Gruppen zeichnen sich ab:
 - sehr schwere und komplexe Fälle:
 - «mittlere» Gruppe mit moderatem Anstieg des Alkoholkonsums – Suche nach unterschwelligem Ursachen: Depression, kognitive Beeinträchtigung, andere Probleme;
 - Personen, die in den Ruhestand geschickt werden: Zusammenbruch und anschliessender Konsum;
 - Rückkehr nach Hause nach einem Spitalaufenthalt – wie können Rückfälle und Verschlechterungen der Lebensumstände vermieden werden?
- Krankheitsbilder: Bei den meisten Suchtfällen handelt es sich um sehr komplexe Krankheitsbilder, bei denen psychiatrische (z. B. Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Störungen) oder neurologische Störungen (z. B. Demenz und damit verbundene Verwirrtheit, Korsakow-Syndrom) vorliegen. Diese Krankheitsbilder werden meist von sozioökonomischen Schwierigkeiten begleitet.
- Polymedikation: Es wird festgestellt, dass die Pflegeleistungsbeziehenden in vielen Fällen ein bestimmtes Medikament oder eine Reihe von Medikamenten mehr als einmal in einer ungeeigneten Kombination erhalten. Dieses Problem nimmt durch die Kontrolle der Kantonsapothekerin bzw. des Kantonsapothekers tendenziell ab.

Prävalenz

Für die Expertinnen und Experten in dieser Gruppe ist es schwierig, Ergebnisse in Zahlen zu liefern. Sie werden im quantitativen Teil dieser Bestandsaufnahme vorgestellt.

Intensität

Es gibt mehrere Szenarien, in denen das Pflegefachpersonal vor Herausforderungen gestellt wird. Erstens handelt es sich um sehr komplexe Fälle, bei denen mehrere Dimensionen der Person (biopsychosozial und ökonomisch) chronisch betroffen sind und das Betreuungsnetzwerk «verschlissen» ist. Zweitens handelt es sich um Fälle, in denen das biologische Alter deutlich höher ist als das tatsächliche Alter, mit potenziell schwerwiegenden somatischen Komplikationen, und in denen die Betroffenen möglicherweise keinen Zugang zu den geeigneten psychogeriatrischen Diensten haben. Drittens ist eine Einrichtung für

	<p>Erwachsene möglicherweise nicht in der Lage, mit der psychogeriatrischen Komplexität mancher Betroffener umzugehen (insbesondere bei Demenz). Viertens sind in der Psychogeriatric nicht unbedingt alle Fachpersonen versiert im Umgang mit Suchtproblematiken. Die Gruppe, die in der Psychogeriatric als die problematischste identifiziert wurde, ist die der 65- bis 74-Jährigen.</p> <p>Es wird deutlich, dass die spezialisierten Institutionen vor allem mit sehr schweren Fällen konfrontiert sind, während die Erfahrung der behandelnden Ärzteschaft den Umgang mit leichten bis mittelschweren Fällen widerspiegelt, bei denen die Lebensqualität (zumindest dem Anschein nach) durch die Suchtproblematik nicht eindeutig beeinträchtigt ist.</p>
<p>Beurteilungen</p>	<p>Instrumente und Akteurinnen/Akteure</p> <p>Es wird klar zwischen den institutionalisierten und den gemeindenahen Patientinnen und Patienten unterschieden. Für die institutionalisierten Patientinnen und Patienten machen sich die Expertinnen und Experten angesichts des guten professionellen Umfelds wenig Sorgen, sei es in einer spezialisierten Spitalabteilung oder in einem Pflegeheim, wo die Liaison-Psychiatrie eingreifen und überwachen kann. Darüber hinaus schützt die vorhandene Medikamentenkontrolle die älteren Personen vor den Risiken einer Mehrfachmedikation. Bei den sogenannten gemeindenahen Patientinnen und Patienten scheint dies eher ein Problem zu sein, da es nicht immer ein unterstützendes und informiertes (professionelles oder familiäres) Umfeld für die komplexe Problematik der Sucht im Alter gibt. Das Problem ist das fehlende «Eingangstor» für Personen im dritten und vierten Lebensalter.</p> <p>Ein besonders gefährdetes Personenprofil scheint das der Vorruehändlerinnen und Vorruehändler zu sein, da sie mit besonderen sozioökonomischen Hindernissen konfrontiert sind.</p>
<p>Interventionen: umgesetzt, Hindernisse, geplant</p>	<p>Umgesetzt</p> <p>Die Expertinnen und Experten der spezialisierten Institutionen betrachten den Menschen ganzheitlich, wobei die Suchtproblematik im Vergleich zu anderen biopsychosozialen und ökonomischen Schwierigkeiten stark gewichtet wird. Eine ethische Haltung zeichnet sich ab: Es geht darum, das Urteilsvermögen der Pflegeleistungsbeziehenden in Bezug auf ein bestimmtes Problem zu berücksichtigen – in diesem Fall das Suchtproblem – und bei nachgewiesenem Urteilsvermögen den Entscheid für oder gegen eine bestimmte Betreuung zu respektieren. Die Haltung der Expertinnen und Experten in diesen Institutionen liegt also zwischen dem Respektieren der Selbstbestimmung und der Schutzpflicht.</p> <p>Bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten scheint es, als versuchten sie, die Problematik «intern» zu managen und die Betroffenen fallweise und unsystematisch für Suchtprobleme (insbesondere Alkohol) zu sensibilisieren. Überweisungen an die spezialisierten Institutionen haben keine Priorität.</p> <p>Hindernisse</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die sehr komplexen und polymorbiden Fälle gestalten die Koordination zwischen den verschiedenen Spezialistinnen und Spezialisten und das Formulieren von strukturierten Lösungen manchmal schwierig, insbesondere für die Vorruehstandsphase; denn es besteht der Wille – gleichzeitig aber auch die Schwierigkeit – für eine umfassende, vollständige Betreuung mit wenig Garantie einer Rückkehr nach Hause ohne Selbstgefährdung. – Der Zugang zu spezialisierter Pflege für Suchtkranke ist für ab 65-Jährige limitiert, da es keine auf Sucht und Geriatric spezialisierte Struktur gibt. Auf dieser Ebene ist es kompliziert, hinsichtlich Pflege eine geeignete Wohnstätte zu finden.

- **Pflegeüberleitung** in der Phase im Anschluss an einen Spitalaufenthalt: durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte (aber: nicht immer gewährleistet) oder durch ein Pflegeheim (aber: Zugang wegen der verursachten Überlastung oft verweigert – insbesondere durch die geringe Personaldotation – und wegen des erkannten Kompetenzmangels des Personal im Umgang mit Suchtfällen).
- Im Kontext der gemeindenahen Pflege gibt es kein «Eingangstor» wie im Spital; daher sollte die **Erkennung** hauptsächlich durch die behandelnde Ärzteschaft und das Umfeld erfolgen. Diese sind jedoch für die vorliegende Problematik nicht ausreichend sensibilisiert.
- Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte scheint es schwierig zu sein, Patientinnen und Patienten an spezialisierte Institutionen zu überweisen, allen voran aufgrund der **sozialen Stigmatisierung** von psychischen Erkrankungen und der Verleugnung von Suchtproblemen durch die Betroffenen, was dazu führt, dass sie nicht wegen ihrer Suchtprobleme behandelt werden wollen. Suchtproblematiken werden bei älteren Personen derzeit sehr tabuisiert, was die Chancen auf Erkennung und Inanspruchnahme von Hilfe verringert.
- In der stationären Abteilung des FNPG sank die Aufenthaltsdauer durch die Einführung von TARPSY von 60 auf 30 Tage, wodurch während des stationären Aufenthalts **weniger Zeit für die Behandlung** von Problemen im Zusammenhang mit der Medikation bleibt.
- Die suchtpsychologische Arbeit erfährt nur geringe **finanzielle Anerkennung**.

Geplant

Die Expertinnen- und Expertengruppe schlug vor, die **Synergien** der Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks zu stärken und die Mittel zur Erkennung dieser Problematik bei der behandelnden Ärzteschaft zu verstärken. Es wäre überdies notwendig, **den Eintritt ins Pflegeheim zu klären** und die Mittel für die Betreuung älterer Personen mit Suchtproblemen (in der Regel mit einem komplexen psychiatrischen und organischen Krankheitsbild) bereitzustellen. Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wäre es ausserdem sinnvoll, das zuständige **Pflegenetz** im Kanton und die Vertrautheit mit der vorliegenden Problematik **zu klären**. Es wird beobachtet, dass ein grosser Teil der von diesem Problem betroffenen Bevölkerung wahrscheinlich unbemerkt bleibt und sowohl von einer **besseren Erkennung** als auch von einer engeren Netzwerkzusammenarbeit profitieren würde.

Bedürfnisse: Nutzerinnen und Nutzer, Institutionen

Nutzerinnen und Nutzer

Die Expertinnen und Experten in dieser Gruppe betonten die enorme Wichtigkeit, die Pflegeleistungsbeziehenden und ihre Familien über die spezifische Problematik Sucht im Alter, wie man sie erkennt und damit umgeht, zu **informieren**. Es wäre hilfreich, Familien und betreuende Angehörige in den Pflegeprozess einzubeziehen.

Institutionen

Folgende Bedürfnisse sind auf institutioneller Ebene anzutreffen:

- Die spezialisierten Institutionen betonen die Notwendigkeit einer hohen Reaktionsfähigkeit seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte durch eine effiziente Erkennung von Suchtproblemen und die Abgrenzung psychiatrischer Probleme von Demenz/zerebralen Beeinträchtigungen (**Differenzialdiagnose**), um eine unangemessene (Über-)Medikation zu vermeiden (z. B. Benzodiazepine bei starker Angst im Rahmen einer Demenz), sowie eine betreute Nachsorge in der Phase im Anschluss an einen Spitalaufenthalt. Eine engere Zusammenarbeit ist erwünscht. Diese scheint einfacher, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einerseits neu

	<p>niedergelassen und mit der interdisziplinären Arbeit vertraut sind und andererseits eine Spezialisierung in Suchtmedizin haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eintritt in ein Pflegeheim nach einem stationären Aufenthalt in einer spezialisierten Institution, wenn diese den Eintritt als notwendig erachtet. – Schaffung einer auf Sucht und Geriatrie spezialisierten Struktur innerhalb einer NFES-Institution (laut Bericht über die Planung der stationären und teilstationären Leistungen und Werkstätten 2016–2020, S. 15, wird eine solche Möglichkeit geprüft), die als Wohnstätte fungieren würde. – Schaffung von Zwischenstrukturen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Als Erstes wird die Schaffung von mobilen psychiatrischen Teams innerhalb des FNPG als Garantie für die Risikominderung und die Aufrechterhaltung einer angepassten Versorgung nach einer psychiatrischen Hospitalisierung vorgeschlagen. Es wird empfohlen, im Rahmen einer Pilotphase medizinisch-pflegerische Teams zu bilden, die dann mit anderen Fachpersonen wie Psychologen, Pädagoginnen oder Sozialarbeitenden erweitert werden könnten. ○ Aufbau einer Tagesklinik für ältere Personen, welche die Behandlung von suchtspezifischen und psychogeriatrischen Problemen ermöglichen würde. – Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte scheinen klare und schnelle Instrumente zur Erkennung von Suchtproblemen zu benötigen, ihre Klärung angesichts anderer Altersprobleme (z. B. Demenz) und eine explizite Bezeichnung der Schlüsselakteurinnen und -akteure im Netzwerk, die je nach Fallart kontaktiert werden sollten. Kurze Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen würden ebenfalls als sinnvoll angesehen.
<p>Allgemeine Beobachtungen</p>	<p>Insgesamt betonen die Expertinnen und Experten in dieser Gruppe das relativ konsequente Auftreten von psychiatrischen Komorbiditäten bei den von ihnen behandelten Suchtkranken sowie die grosse Komplexität der verschiedenen Fälle, sowohl auf psychologischer, sozialer und familiärer, ökonomischer (insbesondere Versicherungen) und beruflicher (z. B. Wiedereingliederung) als auch auf somatischer Ebene. Im Zusammenhang mit der Geriatrie (insbesondere Demenz) erschweren irreführende Symptome eine angemessene Versorgung merklich. Ausserhalb der spezialisierten Institutionen liegt der Fokus auf den somatischen Aspekten (vonseiten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte), wobei die Suchtproblematik als überwiegend körperliches Gesundheitsproblem wahrgenommen wird.</p> <p>Im Gegensatz zu den spezialisierten Institutionen, die von einem Behandlungsbedarf für Fälle berichten, die das Pflegepersonal mitunter überfordern, besteht aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte eher ein Bedarf an Vernetzung und richtigem und rechtzeitigem Handeln (vor allem in Bezug auf Sensibilisierung und Bezugspersonen innerhalb des Netzwerks), ohne dass zwangsläufig von einer Überlastung die Rede ist.</p> <p>Es wurde weiter festgestellt, dass die Spitex-Pflegefachpersonen zu den wichtigen gemeinsamen Partnern gehören.</p>

Befragung zusätzlicher Expertinnen und Experten I: Kantonsapothekerin

<p>Probleme: Arten, Prävalenz, Intensität</p>	<p>Es gibt Probleme im Zusammenhang mit unangemessenen Verschreibungen (einschliesslich Mehrfachverschreibungen) von Medikamenten (insbesondere Psychopharmaka), für welche die Apotheken unter der Aufsicht der Kantonsapothekerin eine Erkennen-Rolle innehaben, die darauf abzielt, den Medikamentenmissbrauch einzuschränken.</p>
--	---

	<p>Die Ursachen sind auf mehreren Ebenen zu finden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Handhabung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die entweder die unangemessene Medikamentenkumulation ignorieren (Form der Mehrfachverschreibung), oder auf «sanfte» Art und Weise mit Hypnotika/Sedativa (z. B. Zopiclon, Zolpidem) medizieren, ohne die unterschwellig Probleme (z. B. Demenz) weiter zu untersuchen, oder aber infolge einer Gewöhnung die Dosis erhöhen (z. B. Morphin). – Willentlicher Missbrauch durch die betroffenen Personen (Einholen von Mehrfachrezepten für die gleiche Art von Medikamenten, Kopieren von Rezepten und «Medikamenten-Tourismus» in verschiedenen Apotheken, insbesondere ausserhalb des Kantons). – Instrumentalisierung der betroffenen Person durch ihr Umfeld (indirekte Beziehende) usw. <p>Die Medikamente, die am problematischsten zu sein scheinen, sind Hypnotika, und zwar in höherer Masse als Benzodiazepine.</p> <p>In der Altersgruppe der ab 65-Jährigen gibt es nicht mehr als 10 bis 15 Fälle pro Jahr. Es ist schwierig, ein nuanciertes Bild der erhobenen Fälle aufzuzeigen, da dies eine separate Analyse jeder einzelnen Akte erfordern würde.</p>
<p>Interventionen: umgesetzt, Hindernisse, empfohlen</p>	<p>Umgesetzt</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kantonsapothekerin <ul style="list-style-type: none"> ○ Überwachungs- und Kontrollfunktion in den Apotheken des Kantons. Es gibt keine Strafanzeige, aber es kann eine «Sperrung» für die aufgesuchten Apotheken oder Arztpraxen verhängt werden, z. B. nur diese Apotheke und nur jener Arzt. Die Information kann innerhalb des Kantons, aber auch in den Nachbarkantonen verbreitet werden. ○ Personen, die als bewusst missbräuchlich Konsumierende identifiziert werden, können den Nachbarkantonen gemeldet werden, um den Missbrauch einzuschränken. – Austausch Ärzteschaft–Apotheken <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Apothekerinnen und Apotheker haben eine Aufsichtsfunktion. ○ Jede Apotheke führt Patientenakten zu problematischen Medikamentenverschreibungen. Diese werden in jeder Apotheke intern und vertraulich behandelt. Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass es auf kantonaler Ebene aus Gründen der Vertraulichkeit keine umfassende Zentralisierung der Patientendaten gibt. ○ Auf Psychogeriatric spezialisierte Ärztinnen und Ärzte betreiben Liaison-Arbeit mit den Pflegeheimen des Kantons. ○ Die Qualitätszirkel (Ärztinnen/Ärzte) rund um ein Pflegeheim umfassen ein breites Versorgungsspektrum, einschliesslich Suchterkrankungen und vieler anderer (hauptsächlich somatische) Aspekte. <p>Hindernisse</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erkennung <ul style="list-style-type: none"> ○ «Leichte» Chronizität ist nicht gut sichtbar und schwer zu priorisieren. ○ Es ist schwierig, sich realistisch auf Informationen über die Medikamentendosis allein zu verlassen, ohne zusätzliche, umfassendere Informationen einzubeziehen, wie z. B. Informationen über das Verhalten oder die Umgebung. Spitaleinweisungen aufgrund von Stürzen (ein möglicher

	<p>Indikator für Medikamentenmissbrauch bei älteren Personen) werden jedoch nicht der Kantonsapothekerin gemeldet, sondern in der Regel zwischen den Spitaleinrichtungen und dem Spitex-Personal besprochen.</p> <p>Empfohlen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erkennung <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Apothekerinnen und Apotheker darüber aufklären, dass nicht nur die Menge der konsumierten Medikamente als Warnsignal erkannt werden sollte, sondern auch die Dauer/Chronizität. ○ Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die schwerwiegenden Folgen aufklären, wenn sie Probleme (z. B. Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen) ihrer Patientinnen und Patienten ausschliesslich mit Medikamenten behandeln. ○ Kriterien: Es ist wichtig, Verhaltens- (Schläfrigkeit, Stürze usw.) und Umgebungsaspekte (Reaktionen des Umfelds oder von Apothekerinnen/Apothekern, häufige Spitalaufenthalte wegen Stürzen und Brüchen usw.) ebenfalls zu berücksichtigen. – Rezeptverwaltung <ul style="list-style-type: none"> ○ Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte dazu bringen, «milde» Rezepte zu reduzieren, um die Entwicklung einer Chronifizierung zu vermeiden. Es scheint jedoch, dass die verfügbaren Ressourcen automatisch den «schweren» Fällen oder solchen, die eindeutig ein Eingreifen erfordern, zugeteilt werden. ○ Sensibilisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte für das Problem der Mehrfachverschreibung, z. B. sich auf die Besonderheit von Anfragen neuer Patientinnen und Patienten nach Medikamenten wie Hypnotika oder Benzodiazepinen achten.
Allgemeine Beobachtung	Im Kanton gibt es Qualitätszirkel für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, die jeweils von einer Apothekerin oder einem Apotheker geleitet werden. Es wird vorgeschlagen, dort einen Austausch zur Sensibilisierung (siehe vorangehend) zu lancieren.

Befragung zusätzlicher Expertinnen und Experten II: Instrument für die Abklärung des Bedarfs und die Orientierung Senior+

Status	Projekt in der Testphase.
Zweck	<ul style="list-style-type: none"> – Die Übereinstimmung zwischen den Bedürfnissen und dem Leistungsangebot für ältere Personen verbessern (insbesondere proaktiv und präventiv). – Verhindern, dass sich Situationen verschlimmern. – Die Koordination des Pflegenetzes steigern und die Pflege langfristig planen.
Inhalt	<p>Beurteilung</p> <p>Multidimensionale Beurteilung der Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Es werden insgesamt 28 Dimensionen beurteilt, darunter eine «Suchtdimension». Diese Beurteilung kann, muss aber nicht in Anwesenheit der Betroffenen erfolgen.</p> <p>Orientierung</p> <p>Innerhalb des Kantons, an die entsprechenden Fachpersonen und Strukturen. Zwei Hauptwege: Spitex und Pflegeheim (siehe dazu Absatz 8).</p>

Funktionsweise	<p>Zentralisierung und Koordination</p> <p>Die Gesundheitsnetze der Bezirke tauschen sich mit den Gemeinden aus und sorgen für die Verwaltung dieses Instruments und die Nachsorge mit den Pflegefachpersonen und -einrichtungen. In der Regel ist eine Pflegefachperson vorgesehen, die den gesamten Prozess koordiniert.</p> <p>Information</p> <p>Für jede Patientin und jeden Patienten werden die Informationen auf Bezirksebene zentralisiert, was eine effiziente Überwachung des Fallverlaufs ermöglicht.</p>
Mögliche Verbesserungen für «hybride» Fälle (in diesem Fall Psychogeriatric und Sucht)	<ul style="list-style-type: none"> – Dieses Instrument führt nicht unbedingt direkt zu einem Angebotsvorschlag, ermöglicht aber Reflexionen. – Es verdeutlicht die Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen einerseits und den derzeit in Anspruch genommenen Pflege- und Dienstleistungen andererseits. – Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, welche Angebote mobilisiert werden sollen. – Wenn sich zum Beispiel die Situation einer Person drastisch ändert, können mit diesem Instrument die Situation eingeschätzt und verschiedene potenziell brauchbare Szenarien in Betracht gezogen werden, wie z. B. Aufstockung der Spitex-Leistungen, Unterstützung einer/eines pflegenden Angehörigen . Die Situation kann sich aber auch verbessern: In manchen Fällen folgt auf den Pflegeheimaufenthalt die Rückkehr nach Hause.
Hindernisse	<p>Suchterkrankungen sind noch immer ein grosses Tabuthema, sowohl für Fachpersonen als auch für Betroffene.</p> <p>Ein weiteres Hindernis bei der Verknüpfung dieses Instruments mit der Suchtproblematik im Alter ist die Tatsache, dass es zwar Diskrepanzen zwischen den Bedürfnissen und dem Leistungsangebot aufzeigt, aber nicht ermöglicht, eine Person aufgrund ihres Suchtproblems an dieses oder jenes Pflegeheim zu verweisen.</p>

5.1.3 Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse

In Bezug auf die Suchtarten wird klar, dass die problematischen Fälle hauptsächlich mit dem Konsum von Alkohol und Medikamenten zusammenhängen und es zwischen den verschiedenen Altersgruppen Unterschiede hinsichtlich Vulnerabilität gibt. Auch der Tabakkonsum ist stark vertreten, wird aber angesichts der komplexen Gesamtheit der Schwierigkeiten, mit denen die Leistungsbeziehenden konfrontiert sind, im Allgemeinen nicht als Priorität erkannt. In den meisten Fällen und in den verschiedenen Gruppen einschlägiger Expertinnen und Experten waren die Suchtfälle auf eine vor dem Ruhestand bestehende Suchtproblematik zurückzuführen (*early onset*).

Pflegeheime:

Die Altersgruppe mit Suchtproblem, die diese Expertinnen und Experten gewöhnlich antreffen, ist die der 65- bis 74-Jährigen. Es wurde von drei Punkten berichtet, die einer Lösung bedürften: Erstens sind die meisten Fachpersonen in den Pflegeheimen machtlos gegenüber Suchtproblemen bei älteren Personen. Sie möchten Beurteilungsinstrumente und spezifische Versorgungsangebote zur Hand haben, gekoppelt an eine Klärung des weiteren Vorgehens. Obwohl das FNPG durch die Liaison-Psychiatrie Unterstützung leistet, kristallisierte sich ein Bedarf heraus an *Ad-hoc*-Schulungen für das Personal sowie an speziell für dieses Problem ausgebildeten Fachpersonen. Zweitens ist der Umgang mit diesen Suchtfällen für das Personal schwierig, insbesondere wegen der Verhaltensfolgen des Substanzkonsums (hauptsächlich Alkohol) und der psychiatrischen Komorbiditäten. Es gibt eine Überlastung bezogen auf die Zeit, die das Personal für eine bestimmte Person mit einem Suchtproblem

aufwendet. Auf dieser Ebene waren Substanzzugang und -exposition direkt miteinander verbunden (Rückkehr von Ausflügen unter Alkoholeinfluss, nahegelegene Geschäfte und Lokale, Mahlzeiten mit Alkohol für andere Bewohnende). Drittens sollte das Aufnahmeverfahren für Bewohnerinnen und Bewohner stärker standardisiert werden (derzeit Ablehnung bei Vorliegen einer Suchtproblematik) und eine bessere Verteilung der Suchtfälle auf die verschiedenen Pflegeheime des Kantons gefördert werden.

Spitex und Beistandschaftsamt:

Die Altersgruppen, die als besonders betroffen identifiziert wurden, waren in den für die Spitex untersuchten Bezirken sehr uneinheitlich. Bei den Beistandschaften sind bei den älteren Personen mit Suchtproblemen die 65- bis 74-Jährigen am häufigsten anzutreffen. Ein erkannter Trend war, dass der problematische Alkoholkonsum bei der Spitex-Klientel bereits mit 65 Jahren auftrat, während dies bei Medikamenten im Allgemeinen etwas später der Fall war, nämlich ab 70 Jahren. Dies könnte von zwei Faktoren abhängen: Unterschied *early onset/late onset* zwischen Alkohol und Medikamenten; ein Verhältnis zur Überverschreibung von Medikamenten, das mit zunehmendem Alter stärker ausgeprägt ist, insbesondere in der Phase nach der Pensionierung. Das Beistandschaftsamt betonte, dass das Netzwerk gut funktioniere. Die grössten Hindernisse, auf welche die Spitex-Dienste stiessen, bezogen sich auf vier Hauptpunkte. Erstens: Obwohl die Arbeit mit dem Netzwerk funktioniert, kommt es häufig zum «Scheitern» von Pflegeprojekten aufgrund der Leistungsbeziehenden (Verweigerung der Pflege, Verleugnung, Noncompliance). Es wurde erwähnt, dass generell die Abstinenz das Hauptziel der Pflegefachpersonen war. Zweitens wurde deutlich, dass die gesamte Bandbreite der Leistungen rund um die Behandlung von Suchtproblemen, die derzeit nicht alle berechnet werden können, von den Kostenträgern stärker anerkannt werden müsste. Drittens ist die Beurteilung von Suchtfällen zu Beginn ihrer Entwicklung nicht immer einfach, und die Befragung mit den geeigneten Instrumenten zeitaufwändig. Viertens gab es in einigen Fällen Hinweise auf unangemessene Verbleibe zu Hause und in anderen Fällen auf unnötige Pflegeheimweisungen. Dies spiegelt die Beobachtungen der Gruppe der Expertinnen und Experten der Pflegeheime wider und unterstreicht die Notwendigkeit, Situationen besser einzuschätzen und die Fälle nach Institutionstyp (Verbleib zu Hause mit Spitex oder Pflegeheimunterbringung) zu unterteilen, um unangemessener Pflege oder potenzieller Überlastung des Pflegenetzes an bestimmten Orten vorzugreifen. Auf dieser Ebene sollte das Instrument für die Abklärung des Bedarfs und die Orientierung Senior+ helfen, solche Diskrepanzen zu erkennen.

Dachverbände und Verwaltung:

Gemäss den Expertinnen und Experten waren je nach Suchtart folgende Unterschiede nach Altersgruppe zu beobachten: Die 55- bis 64-Jährigen sind eher von Alkohol betroffen, während Medikamente eher in den älteren Altersgruppen zu finden sind. Dies steht in direktem Einklang mit dem, was von den Expertinnen und Experten der Spitex hervorgehoben wurde. Die Expertinnen und Experten dieser Gruppe betonten jedoch, dass nicht das Alter als solches entscheidend ist, sondern vielmehr die Wendepunkte im Leben, insbesondere in Bezug auf den Ruhestand (je nach Laufbahn früher oder später). Diese Gruppe hat mehrere andere Nuancen eingebracht. Der Begriff der Sucht vor dem Ruhestand (*early onset*) oder der späten Sucht (*late onset*) macht nur um den Zeitpunkt der Pensionierung Sinn, da es in den vielen Lebensjahren nach der Pensionierung zu einer Chronifizierung kommen kann. Zweitens kommt der Begriff der Früherkennung in diesem Fall eher im Zusammenhang mit dem akuten Stadium der Krise zur Anwendung, welche eine Person durchlebt, insofern als sich ein Suchtproblem über zahlreiche Jahre hinweg angestaut hätte und von den Fachpersonen und ihrem Umfeld unbemerkt geblieben wäre. Was die konkreten im Kanton laufenden Projekte betrifft, wurde als Erstes die Präventionsarbeit im Rahmen des Projektes PIA durchgeführt. Alsdann wäre das Instrument für die Abklärung des Bedarfs und die Orientierung Senior+ ein echter Fortschritt in Bezug auf die Vernetzung und auf die Erkennung von Situationen, in denen keine adäquate Pflege erfolgt. Bei den Hindernissen wurden genannt: die Schwierigkeit, der Realität des Feldes zu begegnen, ohne einzeln auf die Fälle einzugehen; die Komplexität der verschiedenen Arten der Pflege rund um das Thema Sucht im Alter; die Schwierigkeit, eine spezialisierte Struktur zu schaffen, ohne klare Kenntnisse über das Ausmass des Phänomens im Kanton (was diese Bestandsaufnahme ebenfalls klären möchte); die gesetzlichen Einschränkungen, denen der Austausch von Daten über die Leistungsbeziehenden auf kantonaler Ebene unterliegt. Vorschläge zur Verbesserung der Situation: Entwicklung einer gemeinsamen Terminologie für die Fachpersonen des Netzwerks; Berücksichtigung

der Dimensionen, die sich bei der Beurteilung der Notwendigkeit (und der Formen) einer Intervention auf den Grad der funktionalen Abhängigkeit und Vulnerabilität der Pflegeleistungsbeziehenden auswirken, d. h. Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung, individuelle sozioökonomische Situation und bereits vorhandene Betreuung im Gesundheitsbereich. Generell forderte diese Expertinnen- und Expertengruppe – unter Berücksichtigung der Situation und der aktuellen Kenntnisse über den Kanton – einen regelmässigen Austausch innerhalb des Netzwerks und eine Betrachtung der Suchtfälle hinsichtlich der bereits bestehenden Unterstützung (insbesondere im Bereich Pflege).

Fachärztinnen und Fachärzte (Geriatric, Sucht) und spezialisierte Institutionen, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner:

Zwei Altersgruppen wurden als besonders gefährdet identifiziert: die 55- bis 64-Jährigen, wegen der Schwierigkeiten bei der sozialberuflichen Wiedereingliederung und der Gewährung von Finanzhilfen; die 65- bis 74-Jährigen, wegen der Komplexität der Krankheitsbilder und der Hürden hinsichtlich Unterbringung in einem Pflegeheim (Annahme beim Eintritt). Es wurden vier grosse Hindernisse für eine angemessene Versorgung identifiziert: Erstens gibt es nur wenig finanzielle Anerkennung für die vermehrt psychologische Arbeit mit älteren Suchtkranken (Erwähnung der Senkung von 60 auf 30 Tage für psychiatrische Hospitalisierungen). Dies spiegelt direkt ein von der Spitex angesprochenes Problem wider, nämlich die geringe Anerkennung einer umfassenden Pflegearbeit, die auf die Suchtproblematik zurückzuführen ist und über die somatische Versorgung hinausgeht. Zweitens ist es kompliziert, die Kompetenzen, die für den Umgang mit Suchtproblematiken und mit rein psychogeriatrischen Problemen erforderlich sind, an einem Ort zusammenzuführen. In diesem Zusammenhang wurde vorgeschlagen, spezifische Schulungen anzubieten und an der Schaffung einer spezialisierten stationären Struktur (Psychogeriatric und Sucht) innerhalb einer NFES-Einrichtung zu arbeiten. Drittens wurde für die Netzwerkarbeit die wesentliche Rolle der Spitex-Pflegefachpersonen hervorgehoben. Es wäre sinnvoll, diese Funktionsweise zu festigen und durch die Abfassung von Richtlinien für das gesamte Netzwerk zu klären. Schliesslich ist nachvollziehbar, dass viele Fälle von älteren Personen mit Suchterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung unbemerkt bleiben (wenig Kenntnisse, psychogeriatric Komplexität, soziale Stigmatisierung). Ziel wäre es, die Angehörigen von älteren Personen sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu sensibilisieren. Es wurde vorgeschlagen, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten klare Instrumente für die Erkennung von Suchtproblemen bei älteren Personen zur Verfügung zu stellen. Dies hätte zweifelsohne seinen Platz im Projekt «Prävention mit Evidenz in der Praxis» (PEPra).

6 Einbindung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse

In den Altersgruppen der 55- bis 64-Jährigen sowie der 65- bis 74-Jährigen waren die verschiedenen Suchtarten ähnlich stark vertreten. Diese Gruppen waren auch generell stärker von Suchtproblemen betroffen als andere Altersgruppen.¹¹⁵ Dies könnte, in Übereinstimmung mit der einschlägigen Literatur, die Besonderheiten hervorheben, die mit der Zeit rund um den Ruhestand (vor oder nach dem Ruhestand) verbunden sind. In dieser Phase entstehen gemäss Literatur etwa ein Drittel der neuen, sogenannt späten Suchterkrankungen – zumindest betreffend Alkohol.

Die quantitativen Daten zeigten, dass der Anteil der Suchtkranken zwischen 55 und 74 Jahren am höchsten war. Die qualitativen Daten der Expertinnen und Experten deuteten darauf hin, dass es sich bei den meisten Fällen um lang bestehende Suchterkrankungen handelte (early onset). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass der Zugang zu den Produkten im Alter eingeschränkt wird (weniger Unabhängigkeit), was zu weniger Suchtfällen bei den Ältesten führt. Eine zweite Erklärung: Auch wenn die meisten der beobachteten Fälle früh und mit einem hohen Chronizitätsgrad auftreten schliesst dies Suchtfälle, die rund um die Ruhestandsphase auftreten, nicht aus, auch wenn diese wahrscheinlich in der Minderheit sind.

Darüber hinaus – und wie in den qualitativen Daten angedeutet – muss der Begriff der vorbestehenden vs. spät auftretenden Suchterkrankungen relativiert werden hinsichtlich Chronizität, die ältere, weiter von der Ruhestandsphase entfernte Gruppen charakterisieren kann. Gleiches gilt für den Begriff der Früherkennung, da ein Suchtproblem durchaus über einen mehr oder weniger langen Zeitraum latent bestehen sein kann. Dies führt in Bezug auf die vorliegenden Daten dazu, für den Übergang zum Ruhestand von den folgenden Auswirkungen auszugehen: Verschlimmerung von latenten Suchtproblemen; Anstieg der Anzahl offensichtlicher Abhängigkeitsfälle; Übereinstimmung zwischen den Beweggründen für den Konsum einerseits und den Verhaltensfähigkeiten (Unabhängigkeit) und der Zugänglichkeit (Zuhause) andererseits.

Bei der Spitex scheint die Alkoholproblematik mehr jüngere Personen (65+ Jahre) zu betreffen als die Medikamentenproblematik (70+ Jahre). Die quantitativen Daten bestätigen diese Beobachtung für Alkohol. Bei den Medikamenten ist das Bild jedoch nicht derart eindeutig: In der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen ist der durchschnittliche Anteil fast doppelt so hoch wie in den Altersgruppen der 65- bis 74-Jährigen und der 75- bis 84-Jährigen. Diese offensichtliche Diskrepanz hängt höchstwahrscheinlich mit der Einteilung in unterschiedliche Altersgruppen zusammen (65+ Jahre, 70+ Jahre, 55–65 Jahre usw.). Die Beobachtungen sind also nicht unbedingt widersprüchlich.

Generell zeigte sich auf quantitativer Ebene, dass die Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen am «stabilsten» von Alkoholproblemen betroffen war, berücksichtigt man die extremen Fälle, die in bestimmten Einrichtungen auftreten. Dieser Punkt ist wesentlich: Das stabile Überwiegen bei den Institutionstypen weist darauf hin, dass diese Gruppe insgesamt am stärksten von der Alkoholproblematik betroffen ist und der Fokus auch bei älteren, weiter von der Ruhestandsphase entfernten Personen auf der Bewältigung der Alkoholproblematik liegen sollte.

Ein hohes Vorkommen von «schweren Abhängigkeitsfällen» in dieser Altersgruppe wurde nur in den Pflegeheimen und im stationären Behandlungszentrum des FNPG beobachtet, während bei der Alkoholproblematik generell die unmittelbarsten Schwierigkeiten in Bezug auf die Betreuung festgestellt wurden (offene und störende Verhaltensmanifestationen, weniger Kontrolle durch die Fachpersonen im Vergleich zur Medikation). Es ist denkbar, dass Suchtverhalten in den Pflegeheimen und im Spitalbereich am stärksten kontrolliert werden kann. In diesen Institutionen sind auch die Auswirkungen dieser Probleme besonders spürbar (erhöhte funktionale Abhängigkeit, Krisenzustand, regelmässige und tägliche Interaktion mit Fachpersonen).

Die Problematik der Medikamentenabhängigkeit war häufiger bei Leistungsbeziehenden anzutreffen, die im Pflegeheim wohnten oder stationär im FNPG betreut wurden. Diese Beobachtung hängt wahrscheinlich nicht nur mit dem unterschiedlichen Schweregrad der Fälle in den verschiedenen Pflegesituationen zusammen. Abgestützt auf die

¹¹⁵ In diesem Bericht gilt der Schwerpunkt dem Vorkommen der einzelnen Suchtarten und nicht der wahrgenommenen Schwere der Suchtfälle.

qualitativen Daten kann zudem die Hypothese formuliert werden, dass dieser Unterschied auf die geringere Kontrolle und die seltenere Betrachtung dieser Suchtart zurückzuführen ist, wenn Menschen zu Hause leben.

Die Altersgruppe der ab 85-Jährigen war am wenigsten von Suchtproblemen betroffen. Betrachtet man den gesamten Kanton, kamen diese Problematiken bereits ab dem Alter von 75 Jahren weniger vor.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind zu berücksichtigen, wobei bei Männern der Trend zu Alkohol und bei Frauen der Trend zu Medikamenten stärker ausgeprägt ist.

Betreffend Schweregrad der Fälle nach Altersgruppe schienen die 65- bis 74-Jährigen und die 75- bis 84-Jährigen quantitativ am stärksten betroffen zu sein. Die qualitativen Daten veranlassen jedoch dazu, diese Beobachtung dadurch zu relativieren, dass dies stark davon abhängt, welche Dimensionen bei der Person berücksichtigt werden. Berücksichtigt man die sozioökonomische Prekarität, kann die Betreuung der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen besonders schwierig sein (Hindernisse bei der sozialberuflichen Wiedereingliederung, noch nicht im Ruhestand). Dies verweist auf die mehrdimensionale Komplexität der zu betreuenden Fälle.

Sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Daten zeigten zwischen den Institutionen grosse Unterschiede in den Anteilen der Suchtfälle. Die qualitativen Daten machten deutlich, dass die Art der Pflege nicht immer angemessen ist, z. B. zwischen unangemessenem oder sogar «gefährlichem» Verbleib zu Hause und dem Druck, in eine stationäre Einrichtung umzuziehen.

Bei der Betrachtung nach Institutionstyp gaben die Pflegeheime an, dieser komplexen Problematik der Suchterkrankungen bei älteren Personen am hilflosesten gegenüberzustehen. Folgendes wäre notwendig: Verwendung von Beurteilungs- und Interventionsinstrumenten, Anwesenheit von speziell geschulten Personen und Klärung von Richtlinien in Bezug auf das kantonale Pflegenetz. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass eine auf die Betreuung von älteren Personen mit Suchtproblemen spezialisierten, stationären Struktur hilfreich wäre.

Das rund um die identifizierten Leistungsbeziehenden bestehende Netzwerk kann sich grundsätzlich selbst organisieren. Es scheint jedoch entscheidend, so viele Fälle wie möglich in der Gesamtbevölkerung des Kantons zu ermitteln. Dies verlangt wiederum, dass auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte spezifische Beurteilungen vornehmen für Personen, die keinen Kontakt zu Gesundheitseinrichtungen haben und unbemerkt bleiben könnten. Generell ist eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit für dieses Thema notwendig.

7 Allgemeine Zusammenfassung

Mit zunehmendem Alter besteht eine erhöhte Vulnerabilität im Zusammenhang mit Suchtverhalten, insbesondere für Alkohol und Medikamente. Der Übergang zum Ruhestand ist ein wichtiger Wendepunkt im Leben, bei dem viele Veränderungen zu beobachten sind, die sich in der Entstehung oder Verschlimmerung von Suchtverhalten äussern können. Die physiologischen Veränderungen (Toleranz) und die vielfältigen Auswirkungen eines derartigen (biopsychosozialen und ökonomischen) Problems können die (physische und psychische) Gesundheit der betroffenen Personen rasch gefährden und ihre Lebensqualität beeinträchtigen. Die Behandlung von Suchterkrankungen im Alter ist aufgrund der verschiedenen Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt (u. a. somatischer Gesundheitszustand, Verhaltensmanifestationen, neurologische Aspekte, pflegerisches und familiäres Umfeld) besonders komplex und kann für das Pflegepersonal mit Schwierigkeiten verbunden sein.

Die demografische Entwicklung in der Schweiz mit einer alternden Bevölkerung führt unweigerlich zur Frage, wie mit solchen Situationen umgegangen und eine angemessene Pflege gewährleistet werden kann.

Die «Nationale Strategie Sucht 2017–2024» legt den Schwerpunkt auf Risikoverhalten bei älteren Personen. Die NCD-Strategie 2017–2024 ist in den Bereichen Alkohol und Tabak auf die Prävention ausgerichtet. In Freiburg wurde die Betreuung von suchtkranken älteren Personen im Rahmen des KAAP (Massnahme 16) sowie der Prioritäten der Koordination der Betreuung von suchtkranken Personen (Bedürfnis 2) untersucht. Um die genauen Ausmasse des Suchtproblems bei älteren Personen zu ermitteln, die im Kanton Freiburg eine staatliche oder halbstaatliche Hilfeleistung beziehen (Pflegeheim, Spitex, Beistandschaftsamt, spezialisierte Institution, Spital), sind als erste Priorität sowohl auf quantitativer wie auch auf qualitativer Ebene genauere Kenntnisse notwendig. Dieser Kenntnisbedarf betrifft auch die Handlungsfähigkeit und die Bedürfnisse der verschiedenen betroffenen Akteurinnen und Akteure.

Diese Bestandsaufnahme will die suchtbezogene Betreuung quantitativ und qualitativ evaluieren und die Abstimmung mit den aktuellen Antworten in den Pflegeheimen, in der Spitex und in der Psychogeriatric überprüfen. Weiter sollte der Bericht den Bedarf für die Schaffung einer von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) finanzierten Pflegeheimenheit innerhalb einer NFES-Institution untersuchen. Im Jahr 2018 hatte das Westschweizer Projekt PIA bereits bestimmte Bedürfnisse und Verbesserungsansätze für die Alkoholprävention bei diesen Stellen aufgezeigt.

Bis vor Kurzem lagen nur wenige empirische Daten vor, um das Ausmass des Phänomens im Kanton Freiburg abzuschätzen.

Diese Bestandsaufnahme im Kanton Freiburg basiert sowohl auf Daten, die (hauptsächlich) aus der SGB 2017 stammen und vom Obsan analysiert wurden (Roth, 2020), als auch – und vor allem – auf detaillierten empirischen Daten nach Alters- und Geschlechtsgruppen sowie nach Institutionstypen, die für diesen Bericht gebildet wurden.

Die Daten, die das Obsan speziell für den Kanton Freiburg analysiert hat (Roth, 2020), zeigten, dass sowohl Frauen als auch Männer im Alter von 50 bis 64 Jahren und ab 65 Jahren besonders von regelmässigem (einmal oder mehrmals pro Tag) und chronisch risikoreichem Alkoholkonsum betroffen sind. Männer sind im Allgemeinen, aber auch innerhalb dieser beiden Altersgruppen, eher von problematischem Alkoholkonsum betroffen als Frauen. Bei Medikamenten schienen Frauen anfälliger zu sein als Männer, und Personen über 65 Jahre waren stärker von problematischem Medikamentenkonsum betroffen als jüngere Altersgruppen. In Bezug auf die Einnahme von Psychopharmaka wiesen Frauen häufiger erhebliche psychische Probleme auf als Männer.

Die empirischen Daten, die speziell für diesen Bericht generiert wurden, umfassen zwei Arten von Daten: Zunächst wurden quantitative Daten basierend auf einem Fragebogen erstellt, der an alle (öffentlichen) Pflegeheime und Spitex-Dienste des Kantons, an die stationären Behandlungszentren des FNPG (Bereich Erwachsenen- und Alterspsychiatrie und -psychotherapie), an die Ambulatorien des FNPG (Psychogeriatric und Suchtmedizin) sowie an die verschiedenen Friedensgerichte verschickt wurde. Die Erhebung wurde bei etwas mehr als 6000 Leistungsbeziehenden ab 55 Jahren durchgeführt. Danach wurden durch die Befragung verschiedener Expertinnen- und Expertengruppen qualitative Daten generiert. Diese Gruppen bestanden aus: Pflegeheimen; Spitex

und Beistandschaftsamt; Dachverbänden und Verwaltung; Fachärztinnen und Fachärzten (Geriatric, Sucht) und spezialisierten Institutionen, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern. In Ergänzung dazu wurden einige Expertinnen und Experten zu ganz bestimmten Punkten befragt. Für beide Datenarten wurden die betagten Leistungsbeziehenden in vier Altersgruppen unterteilt:
55–64 Jahre, 65–74 Jahre, 75–84 Jahre, 85+ Jahre.

Das Ausmass der Suchtproblematik bei älteren Personen im Kanton Freiburg wird auf mehr als 600 schwere Fälle (mit mittlerem bis intensivem Betreuungsbedarf) geschätzt. Es wurden deutliche Unterschiede zwischen den Institutionstypen, aber auch zwischen den Altersgruppen sichtbar.

Alkohol-, Medikamenten- und Tabakabhängigkeit stehen im Vordergrund, wobei vor allem die beiden erstgenannten als vorrangig interventionsbedürftig gelten. Am stärksten betroffen sind die Altersgruppen im Übergang zum Ruhestand, d. h. 55–64 und 65–74 Jahre; sie weisen ähnliche Trends auf. Geschlechtsspezifische Unterschiede unter den Leistungsbeziehenden deuten darauf hin, dass Männer eher Alkoholprobleme haben als Medikamentenprobleme, während es bei den Frauen umgekehrt ist. Transversal betrachtet ist die Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen am stärksten von Alkoholproblematiken betroffen, wenn man Extremfälle ausklammert («überlastete» Einrichtungen).

Bei den konkreten Pflegeinterventionen wurde der Bedarf an Beurteilungs- und Interventionsinstrumenten sowie an Klärung von Richtlinien in Bezug auf das kantonale Pflegenetz ermittelt. In diesem Zusammenhang könnten Schulungen zur Problematik zielführend sein. Die Schaffung einer auf die Betreuung von älteren Personen mit Suchtproblemen spezialisierten, stationären Struktur würde Vorteile bringen.

Die Zielsetzung, nämlich die Ermittlung möglichst vieler Fälle, sollte durch eine Sensibilisierung der behandelnden Ärzteschaft, aber auch der Angehörigen von älteren Personen erreicht werden. Somit kann verhindert werden, dass Betroffene, die ausserhalb einer Pflegeeinrichtung betreut werden, unbemerkt bleiben.

8 Rolle von Kanton, Gemeinden und Leistungserbringenden: gesetzliche Grundlagen

Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) weist in Artikel 3d die Kantone an, die Betreuungsangebote für Suchtkranke zu schaffen:

¹ Die Kantone sorgen für die Betreuung von Personen mit suchtbedingten Störungen, die ärztliche oder psychosoziale Behandlung oder fürsorgliche Massnahmen benötigen.

² Diese Behandlungen erfolgen mit dem Ziel, die therapeutische und soziale Integration von Personen mit suchtbedingten Störungen zu gewährleisten, deren körperliche und psychische Gesundheit zu verbessern sowie Bedingungen zu schaffen, die ein drogenfreies Leben ermöglichen.

³ Die Kantone fördern zudem die berufliche und soziale Wiedereingliederung solcher Personen.

⁴ Sie schaffen die für die Behandlung und die Wiedereingliederung notwendigen Einrichtungen oder unterstützen private Institutionen, die den Qualitätsanforderungen entsprechen.

Die Planung der Hilfsangebote für ältere Personen, die Beurteilung des Bedarfs an sozialmedizinischen Leistungen und die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP sind Zuständigkeiten, die in verschiedenen gesetzlichen Grundlagen geregelt sind. Bei der Anwendung einiger der in diesem Bericht ausgesprochenen Empfehlungen (siehe 7. Empfehlung) und der Einbezug von Partnern in die Umsetzung muss die Verteilung dieser gesetzlichen Zuständigkeiten berücksichtigt werden:

>Gesetz über die Seniorinnen und Senioren (SenG)

>Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLG)

>Gesundheitsgesetz (GesG)

>Gesetz über die sonder- und sozialpädagogischen Institutionen und die professionellen Pflegefamilien (SIPG)

Zusammenfassend sorgt **der Staat** dafür, dass die für die Gemeinschaft allgemein erlassenen Bestimmungen den Seniorinnen und Senioren gerecht werden und er präzisiert die Bereiche der staatlichen Förderung in einem Gesamtkonzept in einem mehrjährigen Massnahmenplan (SenG). Der Staat unterstützt die Gemeinden und die Bezirke in der Umsetzung der Gesetzgebung über die Seniorinnen und Senioren. Der Staatsrat erstellt in regelmässigen Zeitabständen nach Anhörung der interessierten Kreise eine Planung des Angebots sozialmedizinischer Leistungen für den ganzen Kanton.

Die **Gemeinden bzw. Gemeindeverbände (z. B. Gesundheitsnetze)** achten darauf, die sozialmedizinischen Leistungen innerhalb ihrer Bezirke zu organisieren. Sie koordinieren den Zugang zu den sozialmedizinischen Leistungen des Bezirks und organisieren die Leistungen, die gestützt auf Bedarfsabklärungen angezeigt sind.

Im erläuternden Bericht zum Ausführungsreglement über die sozialmedizinischen Leistungen (SMLR) vom 29. September 2017 (S. 8) steht: «Der **Verband** stellt das nötige Personal und die Organisation zur Verfügung, um den Zugang zu den sozialmedizinischen Leistungen zu koordinieren. Diese **Koordination** ist bei der Zusammenarbeit mit den **Spitalnetzen** besonders wichtig und bedingt eine Zusammenarbeit mit den Koordinationsstrukturen des Bezirks und der **Patientenberatung** der Spitäler. Der Verband kann verlangen, dass alle Leistungsanfragen der vorgängigen Zustimmung einer Instanz bedürfen, die er selbst bestimmt, oder dass die individuelle Bedarfsermittlung der im Bezirk wohnhaften Bevölkerung ganz oder teilweise durch diese Instanz erfolgt. Der Verband wählt, ob diese Instanz die definierte Leistung innerhalb oder ausserhalb des Bezirks entweder systematisch oder nur auf Anfrage organisiert.»

Alle sozialmedizinischen Leistungserbringenden, die von einem Gemeindeverband im Sinne des SmLG beauftragt oder betrieben werden, müssen den **Bedarf** der über (in Ausnahmefällen auch unter) 65-jährigen Person mit Hilfe des vom Staatsrat bestimmten Beurteilungsinstruments ermitteln und sie über die ihrem Bedarf entsprechenden Leistungen informieren. In einigen Bezirken sind bereits Koordinationsorgane eingerichtet worden, die eine wesentliche Rolle innehaben.

In Bezug auf die **Suchterkrankungen** hat das KAA im 2014 eine kantonale Indikationsstelle «Sucht» für Erwachsene unter (in Ausnahmefällen über) 65 Jahren eingerichtet.

Jede Woche findet eine Indikationssitzung statt. Die Indikation selbst wird innerhalb von drei Wochen nach der Vorabklärung organisiert. Geleitet wird die Sitzung jeweils von einer Person aus dem medizinischen (FNPG) und einer Person aus dem sozialen Bereich (*Le Tremplin*). Die Indikationsstelle führt eine interdisziplinäre Beurteilung der Schwere der Sucht und der Situation durch, unter Berücksichtigung aller Ebenen (Justiz, Psyche, Wohnsituation, Familie, Finanzen, Beschäftigung usw.). Diese Indikation ist obligatorisch für jeden Eintritt in eine stationäre Einrichtung und für die Finanzierung des Aufenthalts durch das SVA. Die Zuständigkeiten der Leistungsanbietenden für ältere Personen bzw. der Koordinationsorgane müssen klar mit der Indikationsstelle «Sucht» definiert und/oder **koordiniert werden**, damit Unklarheiten und mögliche Doppelspurigkeiten vermieden werden.

Besonderes

Für die Zulassung zur **Tätigkeit zulasten der OKP** ist der Staatsrat zuständig: Er kann Pflegeheime in die Liste der zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Heime aufnehmen, die den Anforderungen der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung entsprechen. Diese Voraussetzungen sind wichtig für den Fall, dass eine spezifische Pflegeheim-Struktur für ältere Personen mit Suchtproblemen geschaffen oder eine Pflegeheim-Abteilung in einer bestehenden, auf Sucht spezialisierten und als solche vom Staatsrat anerkannten Einrichtung eingerichtet wird:

- a) in die kantonale Planung eingeschlossen sein;
- b) die Pflegestufe der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler mit dem vom Staatsrat bestimmten Instrument ermitteln;
- c) über den verlangten, vom Staatsrat für jede Pflegestufe festgesetzten Pflegepersonalbestand verfügen;
- d) die Anwesenheit qualifizierten Pflegepersonals rund um die Uhr gewährleisten.

9 Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention

Der Kanton Freiburg hat mehrere Pläne und Programme erstellt, von denen einige Massnahmen die über 55-Jährigen und ältere Personen betreffen.

Dazu gehören:

>Der [KAAP](#), der mehrere Massnahmen zugunsten der über 55-Jährigen umfasst, z. B.:

Unterstützung des kontrollierten Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen und Personen ab 50 Jahren verstärken.

Zielgruppenübergreifende Angebote der biopsychosozialen Unterstützung für verschiedene Zielgruppen, darunter Personen ab 50 Jahren: Förderung des Verbleibs zu Hause, der Betreuung und der sozialen Interventionen in den unterschiedlichen Settings der Betroffenen.

Bereichsübergreifende Massnahmen wie die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und gesetzliche Einschränkungen betreffen auch die Altersgruppe der ab 50-Jährigen.

>Das [kantonale Tabakpräventionsprogramm](#), das Massnahmen beinhaltet, die sich an Personen über 55 Jahre richten, wie z. B. Rauchstopp-Hilfe. Strukturelle Massnahmen, wie der Schutz vor Passivrauchen, betreffen die Gesamtbevölkerung.

>Das [kantonale Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit](#), das darauf abzielt, Bestandteile der psychischen Gesundheit wie Wohlbefinden, Kompetenzen und Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren zu stärken, um ihre Gesundheit zu erhalten.

>Der Kanton Freiburg beteiligt sich am Projekt [PIA](#), das sich mit dem Alkoholkonsum von Seniorinnen und Senioren beschäftigt. Dieses Projekt wird im Auftrag des BAG von den lateinischen Kantonen durchgeführt und vom GREA und der CPPS des GRSP koordiniert. Hauptachsen dieses Projekts sind:

1. Information/Schulung der Fachpersonen,
2. Teilnahme an der Verbesserung der institutionellen Bezugsrahmen,
3. Information der Bevölkerung (Betroffene und deren Angehörige).

In der aktuellen Phase geht es darum, Fachpersonen, die mit älteren Personen in Kontakt sind, zu schulen und damit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Hand zu haben, die ältere Personen und ihre jeweiligen Institutionen für das Thema Alkohol sensibilisieren können. Eine erste Pilot-Schulung wurde 2020 im Kanton Jura durchgeführt und kann künftig von sämtlichen Kantonen genutzt werden.

>Der Kanton Freiburg beteiligt sich als Pilotkanton am nationalen [PEPra-Projekt](#). Ziel dieses Projektes ist es, basierend auf den bereits bestehenden, von der Ärzteschaft mitentwickelten Programmen und Ansätzen, ein koordiniertes Gesamtpaket für evidenz- und *Good-Practice*-basierte Prävention in der Arztpraxis zu schaffen. Schwerpunkt liegt dabei auf der Prävention und Früherkennung im Bereich NCD sowie psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen. Dank diesem Projekt kann die Zielgruppe der älteren Personen über die behandelnde Ärzteschaft sowohl im Rahmen der Primär- als auch der Sekundärprävention erreicht werden.

10 Verbesserungsansätze und Empfehlungen

Im Folgenden wird eine Reihe von Verbesserungsansätzen und Empfehlungen vorgeschlagen. Diese beruhen auf den für diese Bestandsaufnahme (auf quantitativer und qualitativer Ebene) erhobenen Daten, auf drei Prioritäten der [Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 und des Massnahmenplans Sucht 2021–2024](#)¹¹⁶, auf den drei Achsen, die sich aus dem Projekt [PIA](#)¹¹⁷ ergeben haben, sowie auf Studien und Pilotprojekten in der Schweiz.

Verbesserungsansätze und Empfehlungen

1. Früherkennung und Frühintervention

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Anerkennung bereits geleisteter Früherkennungsarbeit. – Behandlung eines Suchtproblems zu Beginn seiner Entwicklung und/oder bevor psychogeriatrische (somatische, psychologische, sozioökonomische) Komplikationen auftreten.
Zielpublikum	<ul style="list-style-type: none"> – 55–64 Jahre und 65–74 Jahre.
Mittel	<p>Die Früherkennung zielt auf die frühzeitige Wahrnehmung und erste Interpretation problematischer Anzeichen und Verhaltensmuster ab. Um die Früherkennung umzusetzen, brauchen Pflege- und Betreuungsfachpersonen sowohl Sensibilität als auch Fachwissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ärztenschaft: Von der behandelnden Ärzteschaft umgesetzte Erkennungsstrategien, insbesondere über das PEPra-Projekt. Dieses würde speziell auf die Probleme von Alkohol-, Tabak- und Psychopharmakaabhängigkeit abzielen. – Spitex-Pflegefachpersonen: <ul style="list-style-type: none"> > 1) Anerkennung der Früherkennung von Suchtproblemen durch das Spitex-Personal (z. B. mittels <i>interRAI CMH Mental Health</i>) und der Zeit, die dafür aufgewendet wird. Die Aufgabe der Erkennung von Suchtproblemen in das Pflichtenheft aufnehmen. Bereitstellung von Instrumenten zur Erkennung von Suchtverhalten bei älteren Personen durch das KAA. > 2) Aufnahme in die jeweiligen Pflichtenhefte der Überleitung von den somatischen an die psychiatrischen Pflegefachpersonen bei Verdacht auf eine schwere Suchtproblematik. > 3) Einbindung des Senior+-Instruments als Standard-Praxis-Instrument bei der Einleitung einer Nachuntersuchung. > 4) Ausdehnung der Konsultation-Liaison des FNPG, insbesondere auf alle Spitex-Dienste, um diese in komplexen Situationen von Suchterkrankungen und Komorbidität in Anspruch nehmen zu können.
Partner	KAA, Amt für Gesundheit (GesA), FMH, Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg (MFÄF), behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Spitex-Verbände (auf Bezirksebene), SVF.

2. Informationen für die Bevölkerung und Angehörige von älteren Personen

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisierung und Information der Bevölkerung (insbesondere der älteren Personen und ihrer Angehörigen) hinsichtlich Vorkommen von Suchtproblemen bei älteren Personen, um dieses Problem zu enttabuisieren. Ziel wäre es, die Bevölkerung zu
-------	--

¹¹⁶ Die «Nationale Strategie Sucht» und der «Massnahmenplan Sucht 2017–2024» sehen drei Prioritäten vor: «Früherkennung», «bedarfsorientierte Therapie, Beratung und Schadensminderung», «Koordination der Leistungserbringer».

¹¹⁷ Im Rahmen des PIA wurden hinsichtlich Verbesserungen drei Bereiche ermittelt: «Information/Schulung der Fachpersonen», «Bezugsrahmen (institutionelle Regeln)», «Information der Bevölkerung».

	<p>sensibilisieren für: Auswirkungen von chronisch risikoreichem Alkoholkonsum und geringere Toleranz im Alter; die Abhängigkeit von Psychopharmaka; die Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten; negative gesundheitliche Auswirkungen des Tabakkonsums, die im fortgeschrittenen Alter besonders ausgeprägt sind; Verhalten im Zusammenhang mit exzessivem Spielen (insbesondere Online-Spiele); vorzeitiges Altern bei Personen, die chronisch harte Drogen konsumieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung der betroffenen Personen an die entsprechenden Hilfen und Fachpersonen. – Fähigkeit, die eigene Situation oder die einer nahestehenden Person in Bezug auf Suchtverhalten einschätzen zu können, unter Berücksichtigung der Besonderheiten älterer Personen.
Mittel	<ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung und Verbreitung von Informationsmaterial (Broschüren, Flyer usw.) über Dachverbände, die sich um ältere Personen kümmern. – Die Gruppe «Freiburg spricht über Alkohol» könnte sich ab 2021 im Rahmen ihrer jährlichen Aktion mit diesem Thema beschäftigen. Diese Gruppe, bestehend aus mehreren in der Alkoholprävention und -betreuung tätigen Einrichtungen Freiburgs, koordiniert seit mehreren Jahren Kommunikationsaktionen, welche die Debatte rund um das Thema Alkoholkonsum lancieren sollen. – Ambulante und stationäre Einrichtungen der Bereiche Behinderung oder Psychiatrie könnten ebenfalls Informationsmaterial verteilen. – Förderung der Plattform https://www.alterundsucht.ch/ mit spezifischen Rubriken für die Angehörigen. Diese Informationen werden vom Verein Pflegende Angehörige Freiburg (PA-F) weitergegeben: https://www.pa-f.ch/de. – Über generationenübergreifende Projekte Jung und Alt rund um dieses Thema zusammenbringen.
Partner	<p>VFA, SVF, Freiburgische Vereinigung der spezialisierten Institutionen (INFRI), Pro Senectute, Programm <i>AvantAge</i> für Unternehmen, Curaviva, Gruppe «Freiburg spricht über Alkohol», MFÄF, SSP, PA-F, CIPRET, SVA, Jugendamt.</p>

3. Stärkung der Synergie innerhalb des Pflegenetzes, Priorisierung der Hauptakteurinnen und Hauptakteure und gewährleistete Vernetzung in der Pflege

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Gewährleistung einer kohärenten Pflegebehandlung, unter Berücksichtigung von suchtbezogenen und psychogeriatrischen Problemen. – Koordination des Pflegenetzes rund um gemeinsame Ziele für die Patientin oder den Patienten. – Bestimmung der Hauptakteurinnen und Hauptakteure für einen jeweiligen Zeitraum und entsprechende Pflegeüberleitung der Patientin oder des Patienten. – Sicherstellen einer langfristigen Nachbetreuung.
Mittel	<ul style="list-style-type: none"> – In Bezug auf die Fachkenntnisse des Pflegenetzes: <ul style="list-style-type: none"> -Den Pflegefachpersonen einen Überblick über das relevante Pflegenetz geben, einschliesslich Kontaktliste. -Richtlinien für die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks festlegen, mit einer begrenzten Fallzahl je Fachperson. – In Bezug auf die Mobilisierung des Pflegenetzes: <ul style="list-style-type: none"> -Ermittlung, wenn es die Komplexität rechtfertigt, einer bzw. eines oder mehrerer Hauptakteurinnen bzw. -akteure, welche die Verantwortung für die Zentralisierung der Gesundheitsinformationen der Patientin oder des Patienten und die Gewährleistung einer kohärenten und langfristigen Nachverfolgung übernehmen, insbesondere mit dem Pflegenetz, das mit der Patientin oder dem

	<p>Patienten in Kontakt steht. Ein Beistand kann diese Rolle übernehmen, um das Netzwerk zu mobilisieren, es zu koordinieren und die Kontinuität der Kommunikation zwischen den Fachpersonen zu organisieren. Gibt es jedoch keinen Beistand, muss für jeden Fall eine Person bestimmt werden, die diese Rolle erfüllt.</p> <p>-Abschluss von interinstitutionellen Verträgen (z. B. zwischen einer spezialisierten Institution und der Spitex), sowohl bilateral als auch multilateral.</p> <p>-Koordination der Dispositive für die Indikation der älteren Personen hin zu spezialisierten Institutionen, sowohl derjenigen für ältere Personen (>65 Jahre) als auch desjenigen für Suchterkrankungen (<65 Jahre), denn alle können Wissen liefern, um über die Pflege zu entscheiden und Übergänge zu gewährleisten: https://www.fr.ch/de/gesundheit/sucht-und-abhaengigkeiten/sucht-fuer-betroffene-und-deren-umfeld.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In Bezug auf die Ausrichtung des Pflegenetzes im Kanton: <ul style="list-style-type: none"> - Überlegungen hinsichtlich der Möglichkeit, auf kantonaler Ebene ein Modell der integrierten Versorgung für ältere Personen zu schaffen, mit einer Plattform zur Zentralisierung bestimmter Informationen, um die Arbeit der Fachpersonen wirksam zu koordinieren. - In Bezug auf die Stärkung des Vorhandenen: <ul style="list-style-type: none"> - Stärkere Einbindung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in das Pflegenetz und Förderung einer dynamischen Zusammenarbeit mit den verschiedenen Intervenierenden (z. B. Somatik, Psychiatrie, Spitex). - Stärkung der Arbeit bei den Übergängen und der Liaison (insbesondere zwischen den Spitälern, FNPG und HFR, und den ambulanten Pflegepartnern). In diesem Zusammenhang insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> - Gewährleistung der Kommunikation zwischen dem HFR und der Spitex zu Beginn und am Ende des Spitalaufenthalts. Dies ist in zwei Verfahrensdokumenten (1 für den Aufenthaltsbeginn und 1 für das -ende im HFR) für Leistungsbeziehende, die von der Spitex betreut werden, vorgesehen, die einvernehmlich zwischen der HFR-Patientenberatung, der HFR-Pflegedirektion und dem SVF erstellt werden. Darüber hinaus sieht ein kantonales Überweisungsdokument des SVF vor, dass: für alle Spitex-Klientinnen und -Klienten, die im HFR hospitalisiert sind, die Notwendigkeit einer Netzwerksitzung am Ende des Spitalaufenthalts als unabdingbare Voraussetzung für eine Rückkehr nach Hause angegeben werden kann. Die für jeden Fall einzurichtende Versorgung muss erläutert, diskutiert und an jede an der Umsetzung beteiligte Fachperson weitergegeben und anschliessend überwacht werden. - Bei einer Behandlung in einer spezialisierten Institution (FNPG), Durchführung von Netzwerkgesprächen mit der Spitex und dem Beistandschaftsamt (wenn die Patientin/der Patient solche Leistungen erhält) und Festlegung der verantwortlichen Person für die Nachsorge.
Partner	KAA, SVA, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, FNPG, NFES, VFA, SVF, MFÄF, Pflegeheime, Spitex, HFR (Patientenberatung und Geriatrie), Beistandschaftsamt,

Hausarztbereitschaftsdienst *MedHome*, mobiler psychiatrischer Pflegedienst *PSYDOM*, Freiburger Gemeindeverband.

4. Schulung und Sensibilisierung von Fachpersonen

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisierung der Pflegefachpersonen für die Bedeutung der Berücksichtigung von Suchtproblematiken im Alter. – Verbesserung der Kenntnisse über das Pflegenetz unter den Fachpersonen (z. B. Schlüsselakteurinnen/-akteure, spezialisierte Institutionen, Schnittstellen, Überleitung zwischen Behandlungsschritten, Nachsorge, Informationsaustausch usw.).
Mittel	<ul style="list-style-type: none"> – Erhebung der bestehenden Schulungsangebote zum Thema «Sucht im Alter» (Hochschule für Gesundheit oder Hochschule für Soziale Arbeit, PIA, GREA, CAS–FORDD usw.) und Aufforderung zur Organisation einer Schulung des einen oder anderen dieser Partner. – Teilnahme der Pflegefachpersonen an Schulungs- und Informationsveranstaltungen, insbesondere in Bezug auf den Alkohol- und Medikamentenkonsum (Psychopharmaka) bei älteren Personen, irreführende neuropsychiatrische Manifestationen, sowie Beratung zur Tabakentwöhnung. – Bereitstellung von Instrumenten zur Erkennung von Suchtverhalten bei älteren Personen durch das KAA. – Spitaleinrichtungen, ambulante Pflegedienste und Einrichtungen für ältere Personen sensibilisieren ihre Mitarbeitenden für den Umgang mit Suchtproblematik und geschlechtsspezifischen Unterschiede. – Die auf Sucht spezialisierten Einrichtungen bieten Spitälern, ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen für ältere Personen Schulungen und/oder Coachings zu suchtbezogenen Themen und zu spezifischen Situationen älterer Personen mit Suchtproblematik an. Ein Beispiel wäre die von der Stiftung <i>Le Torry</i> (NFES) angebotene Schulung zum kontrollierten Konsum, die vor Ort in den Einrichtungen, die dies wünschen, durchgeführt werden könnte. – Organisation von Treffen zum Thema «Sucht im Alter», die Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeitende von Pflegeheimen und Spitem sowie von auf Sucht spezialisierten Einrichtungen zusammenbringen. Dies mit dem Ziel, die verschiedenen Hilfsangebote, die Arbeitsmethoden und die Instrumente der jeweils anderen kennenzulernen und in konkreten Situationen besser zusammenarbeiten zu können. – Behandlung dieser Problematik im Rahmen des «Forum Sucht Freiburg». – Förderung der Plattform https://www.alterundsucht.ch/ mit spezifischen Rubriken für die Fachpersonen und die Ärzteschaft. – Jährliche VFA-Tagungen zum Thema Suchterkrankungen bei älteren Personen.
Partner	KAA, SVA, GesA, Hochschule für Gesundheit und/oder Hochschule für Sozialarbeit, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, FNPG, NFES, VFA, SVF, MFÄF, Pflegeheime, Spitem, HFR (Patientenberatung und Geriatrie), CIPRET.

5. Einbindung der Suchtproblematik in die Gesundheitspolitik des Kantons

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Bei sozialmedizinischen Entscheidungen in den Pflegenetzen wird der Problematik der Sucht im Alter Rechnung getragen. – «Hybride» Fälle (Psychogeriatric und Sucht), die ins Pflegeheim eintreten, werden an Einrichtungen mit Kompetenzen verwiesen, die der Schwere und Komplexität der Fälle am besten entsprechen.
-------	--

Mittel	<ul style="list-style-type: none"> – Über die kantonale Politik Senior+ und die Pflegenetze die Suchtproblematik in die Konzepte aufnehmen, welche von den Gemeinden und Gemeindeverbänden zu erstellen sind (Art. 4 SmLG und Art. 4 SenG), welche jede Situation älterer Personen (ab 55 Jahren) beurteilen, und zwar unter Berücksichtigung möglicher suchtbezogener und psychogeriatrischer Probleme, aber auch derer möglicher Wechselwirkungen. Für die Beurteilung der Suchtprobleme bei Personen unter 65 Jahren gilt es die Indikationsstelle «Sucht» und bei Personen über 65 Jahren das Instrument für die Abklärung des Bedarfs und die Orientierung Senior+ zu nutzen. – Präventiver Ansatz durch die Bereitstellung eines Leistungsangebots zur Integration von Seniorinnen und Senioren in das Gemeinschaftsleben (z. B. Treffpunkte, ehrenamtliche Tätigkeiten, Gemeinschaftsprojekte usw.). Die Gemeinden sind aufgerufen, im Rahmen des SenG auf lokaler Ebene Massnahmen zu ergreifen, die diese Integration fördern.
Partner	SVA, GesA, Gesundheitsnetze, Koordinationsorgane (in Bezug auf die Personenbeurteilungen).

6. Bedarfsorientierte Schadensminderung

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Unterstützung der Person bei ihren Entscheidungen in Bezug auf das Suchtverhalten. – Als Fachperson: Finden der Balance zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung der Patientin/des Patienten und der beruflichen Schutzpflicht sowie zwischen Lebensqualität und Langlebigkeit. Dies erfordert auch, die Therapieziele nach klaren und eindeutigen Kriterien auf Abstinenz oder kontrollierten Konsum ausrichten zu können. – Als angehörige Person: Sensibilisierung für diese ethischen Fragen, um die Logik der erbrachten Pflege und deren Notwendigkeit zu verstehen.
Zielpublikum	– 55–64 Jahre, 65–74 Jahre, 75–84 Jahre.
Mittel	<ul style="list-style-type: none"> – Auf institutioneller und interinstitutioneller Ebene: Klärung der Aspekte Ethik und Positionierung in der eigenen Berufspraxis und deren Umsetzung in Bezug auf die Gesundheit. Einbindung dieser Aspekte in die Fortbildung des Personals von Einrichtungen, die mit älteren Personen arbeiten, auch durch (inter)institutionelle Tagungen. Jeder Dienst bzw. jede Einrichtung sollte die Herangehensweise an die Suchtproblematik festlegen. Wird z. B. ein gewisser Alkoholkonsum zugunsten eines kontrollierten Umgangs akzeptiert oder soll in allen Situationen Abstinenz angestrebt werden? Soll die Lebensqualität der betreuten Personen verbessert oder sollen Teilziele auf der Grundlage einer individuellen Lebensbilanz festgelegt werden? – Als fachliche Bezugsperson: Informieren der Angehörigen über die ethischen Grundsätze der Suchtbetreuung. – Inanspruchnahme der Beratung durch NFES-Einrichtungen in Bezug auf den Umgang mit dem Konsum (z. B. kontrollierter Konsum).
Partner	KAA, GesA, Pflegeheime, Spitex, VFA (z. B. über deren Gruppe « Ethik im Heim »), SVF, INFRI, Curaviva, NFES.

7. Auf Sucht spezialisiertes Wohnstättenangebot mit einem Pflegedispositiv und/oder Schaffung von spezialisierten Suchtabteilungen in bestehenden Pflegeheimen

Ziel	– Schaffung einer auf Sucht und Psychogeriatric <u>spezialisierten Wohnstätte</u> für diejenigen der 256 Fälle im Kanton, die potenziell intensive Unterstützung benötigen und/oder die aufgrund ihrer Suchtproblematik (einschliesslich Abhängigkeit von illegalen Drogen) derzeit Schwierigkeiten beim Eintritt in die bestehenden Pflegeheime haben. Diese Fälle
------	---

	<p>würden durch eine Triage ermittelt werden, namentlich anhand der fettgedruckten Kriterien in der nachfolgenden Liste.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Situationen, bei denen eine stationäre Unterbringung nicht gerechtfertigt ist, die aber dennoch komplex sind und eine intensive Betreuung erfordern: Angebot einer koordinierten ambulanten Hilfe > siehe 3. Empfehlung. – Art der Versorgung: Entwicklung einer Betreuungsform, die nicht nur auf Abstinenz, sondern auch auf kontrolliertem Konsum oder Risikominderung beruht. Diese Struktur muss in der Lage sein, die verschiedenen Aspekte (somatisch, psychiatrisch, beziehungsorientiert usw.) zu behandeln, um eine positive Entwicklung der Sucht und der Lebensqualität zu ermöglichen. Dieser Ansatz berücksichtigt Ressourcen, Ziele und Fähigkeiten der suchtkranken Person. – Den Zugang den Personen ermöglichen, die als «alt» eingestuft werden, ab 55 Jahren.
Zielpublikum	<ul style="list-style-type: none"> – Ab 55 Jahren.
Mittel	<p>Ziel wäre es, eine geeignete Struktur für ältere suchtkranke Personen zu schaffen, welche die Komplexitätsanforderungen erfüllen; diese Anforderungen zeigen an, dass diese Personen nicht in einer regulären Struktur für ältere Personen betreut werden können.</p> <p>Teil der Aufnahmekriterien wäre eine schwere und/oder chronische Abhängigkeit, einhergehend mit Faktoren (auch kombiniert auftretend) wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kognitive Störungen – psychiatrische Komorbidität – wiederholte psychiatrische Hospitalisationen – schwerwiegende somatische Probleme – berufliche Probleme oder Verlust des Arbeitsplatzes, laufende IV-Anmeldung (für Personen unter 65 Jahren) – Probleme mit sozialen Bindungen (Familie, Paar, Einsamkeit) – Unfähigkeit, selbstständig zu leben und/oder den Alltag zu bewältigen und mit den Finanzen umzugehen – Anhäufung von Problemen, die verschiedene Fachgebiete erfordern – Anhäufung und/oder Häufigkeit der Intervenierenden und Interventionen <p>> siehe Koordination der Betreuung von suchtkranken Personen (Bedürfnis 2).</p> <p>Auf dieser Grundlage werden zwei Betreuungsszenarien vorgeschlagen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Schaffung einer Pflegeheimabteilung in einer NFES-Einrichtung mit Leistungen zulasten der OKP. Die Leistungsbeziehenden weisen einen (fast) ständigen Bedarf an fachlicher Betreuung auf, im Hinblick auf folgende Punkte: geringe Selbstständigkeit, Überwachung, Verfügbarkeit, Reaktionsfähigkeit in der spezialisierten Versorgung, hohe Chronizität und Erschöpfung der im Netzwerk formulierten Lösungen (z. B. sehr häufige Spitalaufenthalte, Zeit in der psychiatrischen Klinik, welche die Zeit ausserhalb [fast] übersteigt). 2) Schaffung einer auf Sucht spezialisierten Abteilung (oder – im weiteren Sinne – einer psychiatrischen Abteilung) in einem bestehenden Pflegeheim. Es gibt zwei Abteilungen für Alterspsychiatrie (25 Betten), eine im Pflegeheim <i>Les Camélias</i> in Marsens und eine im Pflegeheim <i>Les Grèves du Lac</i> in Gletterens. Zusätzlich gibt es 142 Demenzbetten (Demenzabteilung) in 8 Pflegeheimen (<i>Les Grèves du Lac</i> in Gletterens, <i>Home du Gibloux</i> in Farvagny, <i>Les Martinets</i> in Villars-sur-Glâne, <i>Résidence des Chênes</i> in Freiburg, <i>Foyer de Bouleyres</i> in Bulle, Gesundheitsnetz Sense – Pflegeheim Maggenberg, Pflegeheim <i>Le Châtelet</i> in Attalens und <i>Foyer Ste-Marguerite</i> in Vuisternens- devant-Romont).

	Die Frage der OKP-Betten kann im Jahr 2022 in die Senior+ Planung aufgenommen werden.
Partner	KAA, SVA, NFES, Pflegeheime.

11 Aktionsplan

1. Früherkennung und Frühintervention durch die Pflegefachpersonen: Instrumente und praktische Umsetzung	
Aktion	<p><u>Instrumente zur Erkennung</u>: systematische Einbindung des im Rahmen von Senior+ entwickelten Instruments für die Abklärung des Bedarfs und die Orientierung des Kantons Freiburg (im Anschluss an die laufende Testphase).</p> <p>Das Instrument <i>interRAI CMH Mental Health</i> muss ebenfalls überall eingebunden werden, wo dies Sinn macht, da es eine Rubrik zum Thema Sucht enthält.</p> <p>Falls notwendig entwickelt das KAA ein geeignetes Instrument zur besseren Erkennung von Suchtproblemen.</p>
Zielpublikum	Personen ab 55 Jahren, die von der Spitex unterstützt werden.
Partner	SVA, Spitex-Verbände, SVF und KAA, je nach Bedarf.
Mittel/Finanzierung	Mit bestehenden Ressourcen.

Hinweis: Früherkennung und Frühintervention durch Ärztinnen und Ärzte und medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten sind bereits durch das [PEPra-Projekt](#) abgedeckt, eine Massnahme, die im KAAP enthalten ist. Aus diesem Grund sind sie nicht in diesem Aktionsplan enthalten.

2. Informationen für die Bevölkerung, ältere Personen und Angehörige von älteren Personen und Selbstmanagement	
Aktion	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ausarbeitung von Informationsmaterialien, um die betroffene Bevölkerung für die Suchtproblematik zu sensibilisieren und 2) Entwicklung eines digitalen Tools zur Unterstützung des Selbstmanagements und Bereitstellung von Ressourcen im Bereich der Sucht für ältere Personen und deren Angehörige.
Zielpublikum	Personen ab 55 Jahren und ihre Angehörigen.
Partner	KAA, SVA, GesA, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, MFÄF, FNPG, VFA, SVF, INFRI, Pro Senectute, Programm <i>AvantAge</i> für Unternehmen, Curaviva, Gruppe «Freiburg spricht über Alkohol», Freiburg für alle, PA-F, <i>CIPRET</i> , <i>Infodrog</i> , Sucht Schweiz.
Mittel/Finanzierung	Es kann ein Gesuch um finanzielle Unterstützung beim Fonds für die Bekämpfung der Drogenabhängigkeit eingereicht werden und/oder es wird ein Finanzierungsantrag an Gesundheitsförderung Schweiz «Prävention in der Gesundheitsversorgung» gerichtet.

3. Synergie des Freiburger Netzwerks und Schnittstellen: Kohärenz und Kontinuität der Versorgung (siehe integriertes Versorgungssystem, gemeinsame Plattform usw.)	
Aktion	<p>-Arbeit an den Schnittstellen zur Stärkung der Versorgungskontinuität (z. B. bei Spitalentlassungen).</p> <p>-Gemeinsame Ausarbeitung von Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen den Diensten, wenn dadurch die Versorgungskontinuität und die Überwachung ihrer Anwendung verbessert werden kann.</p>
Zielpublikum	Behandelnde Ärztinnen und Ärzte, FNPG, NFES, Pflegeheime, Spitex, HFR (Patientenberatung und Geriatrie), MFÄF, Beistandschaftsamt, <i>MedHome</i> , mobiler psychiatrischer Pflegedienst <i>PSYDOM</i> , Freiburger Gemeindeverband.

Partner	KAA, SVA, GesA, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, MFÄF, FNPG, FVA, SVF, INFRI, Pflegeheime, Spitex, HFR (Patientenberatung und Geriatrie), Beistandschaftsamt, <i>MedHome</i> , <i>PSYDOM</i> .
Mittel/Finanzierung	Es wird ein Finanzierungsantrag an Gesundheitsförderung Schweiz «Prävention in der Gesundheitsversorgung» gerichtet.

4. Schulung des Pflegeheim- und Spitex-Personals und Coaching der Fachpersonen in konkreten Situationen durch Liaison-Konsultationen	
Aktion	<p>Schulung der Fachpersonen von Pflegeheimen und Spitex:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensibilisierung der Pflegefachpersonen für die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Suchtproblematik im Alter. -Schulung der Fachpersonen zu den verschiedenen Dimensionen von Sucht bei älteren Personen. -Verbesserung der Kenntnisse der Fachpersonen über die im Kanton verfügbaren Ressourcen und das Pflegenetz (z. B. Schlüsselakteurinnen/-akteure, spezialisierte Institutionen, Schnittstellen, Überleitung zwischen den Pflegeschritten, Nachsorge, Informationsaustausch usw.). -Ausdehnung der Konsultation-Liaison des FNPG, insbesondere auf alle Spitex-Dienste, um diese in komplexen Situationen von Suchterkrankungen und Komorbidität in Anspruch nehmen zu können. <p>Coaching am Arbeitsplatz des Pflegeheim- und des Spitex-Personals, das mit älteren Personen arbeitet.</p>
Zielpublikum	Pflegeheim- und Spitex-Personal.
Partner	KAA, SVA, GesA, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, MFÄF, FNPG, NFES, VFA, SVF, INFRI, Pflegeheime, Spitex, HFR (Patientenberatung und Geriatrie), GREA (PIA).
Mittel/Finanzierung	<p>1) Bestehende Ressourcen:</p> <p>Schulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Die jährliche VFA-Tagung (im Oktober) kann einen Beitrag zur Schulung von nicht auf das Thema Sucht spezialisiertem Personal leisten. -Durch das SVA und das GesA: Es werden bereits Fortbildungen für das Pflegeheimpersonal aus den Beträgen des SVA finanziert. Das Thema Sucht könnte im Rahmen dieser Fortbildungen verstärkt werden, z. B. durch die PIA-Schulung oder durch Module, die in Zusammenarbeit mit einer Hochschule entwickelt werden. <p>Coaching:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Die Konsultation-Liaison des FNPG wird nach einem GSD-Leistungsauftrag finanziert. Solche Leistungsaufträge gibt es bereits heute und es könnten zusätzliche Mandate entwickelt werden. <p>2) Neue Ressourcen:</p> <p>Einrichtung von Fortbildungsmodulen zu Suchtthemen mit den Partnern. Ein Antrag für zusätzliche Mittel wird an Gesundheitsförderung Schweiz «Prävention in der Gesundheitsversorgung» gerichtet.</p>

5. Einbindung der Suchtproblematik in die Politik zugunsten der Seniorinnen und Senioren des Kantons	
Aktion	Über die sechs anderen Massnahmen dieses Plans und über die Einbindung dieses Themas in Senior+, insbesondere in die Senior+-Kampagne.
Zielpublikum	Die politischen Organe, insbesondere die Gemeinden.
Partner	SVA, Freiburger Gemeindeverband, Pflegenetze.
Mittel/Finanzierung	Massnahmenplan Senior+ (über das SVA). Bestehende Ressourcen.

6. Bedürfnisorientierte Risikominderung in Bezug auf den Alkoholkonsum in den Institutionen und mit den Angehörigen: Ethik und Haltung des Pflegeheimpersonals	
Aktion	Coaching der Pflegeheim-Leitungen und -Mitarbeitenden, um eine professionelle Haltung und ein institutionelles Konzept zu entwickeln, das die Problematik der Sucht im Alter in den Pflegeheimen integriert.
Zielpublikum	Pflegeheim-Leitungen und -Personal.
Partner	NFES, Pflegeheime, VFA, mögliche Zusammenarbeit mit Curaviva.
Mittel/Finanzierung	15 000 Franken aus dem Sozialfonds und/oder ein Finanzierungsantrag wird an Gesundheitsförderung Schweiz «Prävention in der Gesundheitsversorgung» gerichtet.

7. Wohnstättenangebot mit umfassendem Pflegedispositiv	
Aktion	Schaffung einer Abteilung (12–15 Personen). Im Rahmen der Bedarfsplanung Sucht 2022–2026 nimmt das KAA die Unterstützung des NFES in Anspruch, um den Leistungsanbieter bestimmen zu können.
Zielpublikum	Leistungsbeziehende über 55 Jahre mit Suchterkrankungen und komplexe Fälle, die nicht ambulant behandelt werden können.
Partner	SVA, KAA, NFES oder Pflegeheime.
Mittel/Finanzierung	Erfassung zusätzlicher <i>Sucht</i> -Plätze in der Bedarfsplanung des SVA für den Zeitraum 2022–2026. Der Versicherer ist für die Übernahme der Krankheitskosten zuständig (OKP-Beurteilungsinstrument). Der Rest erfolgt über die Kostenübernahme der Institutionen durch das SVA.

Abkürzungsverzeichnis

AS *Addictions Supplement*

BAG Bundesamt für Gesundheit

BetmG Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz)

CPPS *Commission de prévention et de promotion de la santé du GRSP*

FNPG Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit

FZA Freiburger Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

GesA Amt für Gesundheit

GesG Gesundheitsgesetz

GRSP *Groupement romand des services de santé publique*

GREA *Groupement romand pour l'étude des addictions*

GSD Direktion für Gesundheit und Soziales

HFR freiburger spital

INFRI Freiburgische Vereinigung der spezialisierten Institutionen

interRAI CMH *interResident Assessment Instrument Community Mental Health*

KAA Kantonsarztamt

KAAP Kantonaler Alkoholaktionsplan

MFÄF Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg

NCD-Strategie Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten

NFES Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke

OKP Obligatorische Krankenpflegeversicherung

PA-F Pflegende Angehörige Freiburg

PIA *Prévention Intercantonale Alcool*

RAI *Resident Assessment Instrument*

RAI-HC *Resident Assessment Instrument-Home Care*

RAI-MH *Resident Assessment Instrument-Mental Health*

RAI-NH *Resident Assessment Instrument-Nursing Home*

SGB Schweizerische Gesundheitsbefragung

SIPG Gesetz über die sonder- und sozialpädagogischen Institutionen und die professionellen Pflegefamilien

SenG Gesetz über die Seniorinnen und Senioren

SmLG Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen

SmLR Reglement über die sozialmedizinischen Leistungen

SVA Sozialvorsorgeamt

SVF Spitex Verband Freiburg

VFA Vereinigung Freiburgerischer Alterseinrichtungen

Danksagung

SVA, für die Unterstützung und die fachliche Überprüfung.

Mitglieder des Steuerungsausschusses «Koordination der Betreuung Suchtkranker»

Thomas Plattner	Kantonsarzt, Präsident
Aebischer Maryse	Vorsteherin SVA (bis 31. Mai 2021)
Kolly Christine	Vorsteherin SVA (seit 1. Juni 2021)
Mathieu Thiébaud Claudine	Vorsteherin GesA (seit 1. April 2021)
Quéru Stéphane	Vorsteher Jugendamt
Simonet Jean-Claude	Vorsteher Kantonales Sozialamt
Zurich Patrice	Vorsteher GesA (bis 31. März 2021)

Expertinnen und Experten, die diese Bestandsaufnahme ermöglicht haben (in alphabetischer Reihenfolge)

Archimi, Aurélie	Wissenschaftliche Mitarbeiterin HS, GesA
Beyeler Zahno, Doris	Pflegefachperson, Spitex Sense, Tafers
Blum, Michel	Wissenschaftlicher Berater, Projektleiter, SVA
Boscacci, Rémy	Facharzt für Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin
Jörger Anna	Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Stv. Leiterin Fachbereich «Menschen im Alter», Curaviva
Camenzind, Judith	Wissenschaftliche Beraterin, Beauftragte für Altersfragen, SVA
Gendre, Christophe	Pflegeleitung, <i>Villa Beausite</i> , Freiburg
Grosso, Jean-Marc	Direktor, Pro Senectute Freiburg
Kaeslin, Nicole	Pflegefachperson mit Schwerpunkt Psychiatrie, Leiterin Psychiatrie-Team Greyerzbezirk
Kuntz, André	Chefarzt und Verantwortlicher FZA, FNPG
Laszlo André	Klinikchefarzt Geriatrie, HFR
Maillard, Sophie	Kantonsapothekerin, Freiburg
Mourguine, Cyril	Direktor, Pflegeheim <i>Les Grèves du Lac</i> , Gletterens
Plancherel, Fabienne	Beauftragte für Gesundheitsförderung und Prävention, GesA
Pirson, Adeline	Pflegefachperson mit Schwerpunkt Psychiatrie, Spitex Saane
Radermecker, Thierry	Direktor, Stiftung <i>Le Torry</i> , NFES
Renz, Christian	Beistand, Beistandschaftsamt Freiburg
Thiémond, David	Vorsteher, Beistandschaftsamt Freiburg
Vieitez, Begogna	Pflegeleitung, <i>Home de la Gruyère</i>
Zumbach, Serge	Ärztlicher Direktor, Bereich Alterspsychiatrie und -psychotherapie, FNPG

Impressum

Autoren

PhD Grégory Dessart, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, KAA

Nicolas Dietrich, Beauftragter für Suchtfragen, KAA

Internet:

<https://www.fr.ch/de/gesundheit/sucht-und-abhaengigkeiten/sucht-im-kanton-freiburg>

Zitervorschlag:

Dessart G., Dietrich N., *Bestandsaufnahme: «Suchtprobleme bei älteren Personen im Kanton Freiburg»*, Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg, Freiburg, 2021.



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et les affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

—
Direction de la santé et des affaires sociales **DSAS**
Direktion für Gesundheit und Soziales **GSD**