



Lausanne, 27. Januar 2022

Substanzgebrauchsstörungen – in den Settings Demenz, psychiatrische Störungen und Palliative Care

Christophe Al Kurdi, Fabrice Rosselet

Abstract

Dieses Projekt wurde vom GREA im Auftrag der Abteilung Gesundheitsstrategien des BAG zwischen Oktober 2020 und November 2021 realisiert. Es soll Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der «Versorgung» von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung (SGS) in den Settings Demenz (1), psychiatrische Krankheiten (2) und Palliative Care (3) aufzeigen. In diesen drei Settings identifiziert das Projekt insbesondere: a) die Schwierigkeiten in Bezug auf die Diagnose; b) die Schwierigkeiten in Bezug auf die Versorgung von Betroffenen und ihren Angehörigen; c) die Orte der Versorgung und die daran beteiligten Akteure.

Schlüsselwörter: Schweiz, Substanzgebrauchsstörungen, SGS, Neurokognitive Störungen, NKS, Demenz, Psychiatrische Störungen, Komorbide Störungen, CODs, Palliative Care, Schmerzen, Sucht, Erkennung, Diagnose, Behandlung.

Citation suggérée :

Al Kurdi, Christophe, et Fabrice Rosselet. « Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs ». Lausanne : Groupement Romand d'Étude des Addictions (GRE), janvier 2022. www.grea.ch.

Zusammenfassung

Hintergrund des Auftrags

Dieses Projekt wurde vom GREAA im Auftrag der Abteilung Gesundheitsstrategien des BAG zwischen Oktober 2020 und November 2021 realisiert.

Es soll Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der «Versorgung» von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung (SGS) in den Settings Demenz (1), psychiatrische Krankheiten (2) und Palliative Care (3) aufzeigen.

In diesen drei Settings identifiziert das Projekt insbesondere: a) die Schwierigkeiten in Bezug auf die Diagnose; b) die Schwierigkeiten in Bezug auf die Versorgung von Betroffenen und ihren Angehörigen; c) die Orte der Versorgung und die daran beteiligten Akteure.

Es wurden folgende qualitative Methoden verwendet: Literaturreview, Fragebogen, halbstrukturiertes Interview, Workshop, Konsultation.

Hauptergebnisse

Vorbemerkung:

Substanzgebrauchsstörungen (SGS)

- Statt von Sucht zu sprechen ist in der medizinischen Fachwelt meist die Rede von Substanzgebrauchsstörungen, kurz SGS, (DSM-5) oder dem Abhängigkeitssyndrom (CIM-10).
- Um eine SGS zu erkennen, können sich die Fachleute auf Screeninginstrumente (ASSIST, DEP-ADO, CAGE usw.) oder die Beobachtung abstützen. Zu beachten ist, dass der Einsatz eines Screeninginstruments keine Diagnose darstellt.
- Die Diagnose einer SGS ist ein komplexer Vorgang. Neben der Bestimmung der Art des Gebrauchs (leichte oder schwere SGS) muss die Ärztin oder der Arzt auch zwischen Vergiftungs- und Entzugssymptomen, substanzinduzierten (sog. «sekundären») und vorbestehenden (sog. «primären») psychiatrischen Störungen unterscheiden.

- Bei der Behandlung von SGS kommen viele Ansätze zum Einsatz. Um die Betroffenen zu ermächtigen und ihre Handlungsfähigkeit zu stärken, beziehen alle Ansätze auch das Umfeld der Betroffenen und ihre soziokulturelle Integration ein.

SGS und Alterung (Kap. 2)

- Die problematischsten Substanzen für ältere Menschen in der Schweiz sind Tabak, Alkohol, Beruhigungsmittel (Benzodiazepine und Z-Medikamente) und opioidhaltige Schmerzmittel: In der Altersgruppe 65-74 Jahre rauchen 15,2 % der Männer und 12,5 % der Frauen täglich, 6,7 % der Männer und 5,7 % der Frauen sind von chronischem risikoreichem Alkoholkonsum betroffen, und fast einer von fünf Personen über 65 wurden im Lauf des Jahres Benzodiazepine oder ähnliche Medikamente verschrieben.
- Aufgrund der Polypharmazie im Alter, das heisst vieler gleichzeitig eingenommener Arzneimittel (in Pflegeheimen liegt der Durchschnitt bei 9,3 Medikamenten pro Tag!), sind ältere Menschen in besonderem Masse gefährlichen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten oder zwischen psychoaktiven Substanzen (hauptsächlich Alkohol) und Medikamenten ausgesetzt.
- Bestimmte Lebensereignisse wie Pensionierung, Trauer oder andere Risikofaktoren wie soziale Isolation, psychische Störungen und ähnliches können bei älteren Menschen zu einem problematischen Konsum führen: Es wird dann von einem späten Konsum (*late onset*) gesprochen, im Gegensatz zu einem frühen Konsum (*early onset*), der im jüngeren Alter beginnt.
- Substanzen haben bei älteren Menschen aufgrund ihrer Physiologie eine andere Wirkung als bei jüngeren Erwachsenen. Im Alter können sich schon kleinere Mengen stärker auf die physiologische und geistige Gesundheit auswirken.

- Bei älteren Menschen ist es nicht einfach, eine SGS zu erkennen. Die Anzeichen und Symptome sind leicht mit der normalen Alterung oder mit bei älteren Bevölkerungsgruppen üblichen körperlichen oder geistigen Störungen zu verwechseln. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass viele Probleme bei älteren Menschen im Vergleich zu Jüngeren atypisch auftreten. Hinzu kommt, dass kaum auf ältere Menschen zugeschnittene Screeninginstrumente (z. B. SMAST-G) im Einsatz sind.
- Die im DSM-5 (oder ICD-10) für die Diagnose von SGS bei Erwachsenen herangezogenen Kriterien sind nicht unbedingt auf ältere Menschen übertragbar. So können ältere Menschen erhebliche Beschwerden haben, ohne dass alle erforderlichen Kriterien für die Diagnose einer SGS erfüllt sind.
- Bei spätem Substanzkonsum (*late onset*) reicht eine Kurzintervention (KI) meist aus, damit Betroffene ihr Gesundheitsverhalten ändern. Bei einem frühen Beginn des Substanzkonsums (*early onset*) ist hingegen meist eine komplexere Behandlung erforderlich.

SGS und Co-Occurring Disorders, CODs (Kap. 3)

- Es gibt zahlreiche Bezeichnungen für das gleichzeitige Auftreten einer SGS und einer psychischen Störung wie «psychiatrische Komorbidität», «Doppeldiagnose» (*Dual Diagnosis*), «duale Pathologie» (*Dual Pathology*, *Dual Disorders*). Aktuell bevorzugt die Fachwelt die neutralste Bezeichnung *Co-Occurring Disorders* («komorbide» oder «gleichzeitig auftretende Störungen»), kurz CODs.
- CODs sind keine blosse Addition von Beschwerden: Die COD-Diagnose ist komplexer als die Diagnose der einzelnen Pathologien für sich, bei CODs sind Rückfälle häufiger, das Risiko einer Chronifizierung ist höher, die Suizidalität ist erhöht und die Behandlung wird erschwert usw.
- Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass CODs nicht die Ausnahme, sondern die Regel sind. Menschen mit einer SGS sind im Vergleich zur übrigen Bevölkerung überproportional von

psychischen Erkrankungen betroffen (50-75 % der Behandelten in Behandlungszentren haben im Lauf ihres Lebens eine psychische Störung). Umgekehrt sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung stärker gefährdet, eine SGS zu entwickeln (30-50 % der Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie haben eine SGS).

- Die Ätiologie der hohen Prävalenz von Substanzkonsumstörungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und umgekehrt bleibt aber unklar. Es bestehen seit Jahren mehrere Hypothesen nebeneinander, ohne dass sich die eine oder andere durchsetzen könnte.
- In Bezug auf die Erkennung stellen die Literatur wie auch die befragten Expertinnen und Experten eine Unternutzung der Instrumente fest, mit denen bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine SGS oder bei Menschen mit einer SGS eine psychische Erkrankung nachgewiesen werden könnte.
- Bei CODs ist die Differenzialdiagnose besonders schwierig. Klinisch ist selten eine Beobachtung über ausreichend lange Abstinenzzeiten (>4 Wochen) möglich, die eine genaue Differenzierung zwischen den erwarteten Auswirkungen der Intoxikation und des Entzugs, induzierten psychischen Störungen und bereits bestehenden psychischen Störungen zuliesse.
- Ohne entsprechende Diagnose werden laut den befragten Klinikerinnen und Klinikern die Störungen so behandelt, als wären sie unabhängig voneinander (d. h. wie zwei primäre Störungen).
- Klinische Studien zeigen bei der Behandlung von CODs bessere Ergebnisse mit Ansätzen, die psychiatrische Störungen und SGS integriert versorgen, indem sie beide Störungen als primäre Störung behandeln und Interventionen gleichzeitig so vornehmen, dass das Risiko einer Verschärfung der anderen Störung minimiert wird. Übereinstimmend mit der Literatur bevorzugen die befragten Praktikerinnen und Praktiker integrierte Behandlungen (im Vergleich

zu sog. sequenziellen oder parallelen Behandlungen).

SGS und neurokognitive Störungen (Kap. 4)

- Das DSM-5 fasst unter dem Abschnitt «neurokognitive Störungen» (NKS) Demenz, Delir, amnestische und andere kognitive Störungen zusammen.
- Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Form der neurodegenerativen Demenz und dürfte 60-70 % der Fälle ausmachen. Die restlichen 30 % der sogenannten «primären» Demenzen machen die vaskulären Demenzen aus. Neben den primären Demenzen hat die Forschung sogenannte «sekundäre» Demenzen identifiziert. Sie können durch eine Vielzahl sehr heterogener Einflüsse verursacht werden, die das Gehirn schädigen. Dazu gehören chronische Entzündungen, Stoffwechselstörungen, Vitaminmangel, aber auch Giftstoffe (Neurotoxine) wie Alkohol oder andere psychoaktive Substanzen.
- Um die Vielfalt der durch bestimmte psychoaktive Substanzen verursachten Beeinträchtigungen abzubilden, wurde im DSM-5 die neue Diagnose substanz-/medikamenteninduzierte schwere oder leichte NKS eingeführt. Sie umfasst ein Spektrum von Störungen, das von schweren und irreversiblen Hirnschäden wie Alkoholdemenz oder Wernicke-Korsakoff-Syndrom bis zu weniger schweren Formen kognitiver Störungen (*Mild Cognitive Impairment*, MCI) reicht, die bei längerer Abstinenz oder drastisch eingeschränktem Substanzkonsum teilweise spontan reversibel sind.
- Epidemiologisch hat die Forschung eine hohe Prävalenz des Alkoholmissbrauchs bei Menschen mit Demenz (9-22 %) und umgekehrt hohe Demenzraten bei Menschen mit übermäßigem Alkoholkonsum (10-24 %) festgestellt. Was den Anteil kognitiver Störungen bei anderen Substanzen anbelangt, so variieren die Schätzungen erheblich und liegen zwischen 30 und 80 %.
- Im Bereich der substanzinduzierten NKS (d. h. NKS als sekundäre Störung) wurden folgende Fakten nachgewiesen: Übermäßiger Alkoholkonsum erhöht das Risiko für Demenzen allgemein um das Dreifache und das Alzheimerisiko um das Doppelte; ältere Menschen mit (länger als dreimonatigem) Gebrauch von Benzodiazepinen entwickeln 1,5-2 Mal häufiger eine Demenz als die Gruppe ohne Benzodiazepine; Rauchende haben im Vergleich zu Nichtrauchenden ein um 59-79 % erhöhtes Risiko, an Alzheimer zu erkranken, und ein um 35-78 % erhöhtes Risiko für vaskuläre Demenz; Polypharmazie, insbesondere wenn sie Psychopharmaka und/oder Anticholinergika umfasst, wird mit kognitiven Störungen in Verbindung gebracht. Ausserdem ist bekannt, dass das Demenzrisiko proportional zur Anzahl der verschriebenen Medikamente steigt (OR bei 1-4 Medikamenten 1,72, bei 5-9 Medikamenten 2,64 und bei 10 und mehr Medikamenten 3,35).
- NKS sind nicht nur die Folge von SGS, sie können auch eine Rolle bei der Entwicklung einer SGS oder dem Ausstieg spielen (d. h. NKS als primäre Störung). So könnte emotionale Unsicherheit in frühen Stadien der Demenz (in denen sich die Betroffenen der Veränderungen bewusst sind) zum Konsum psychoaktiver Substanzen führen. Umgekehrt könnte eine fortgeschrittene Demenz dazu führen, dass abhängige Personen den Konsum vergessen (Selbstheilung). Der Einfluss von NKS auf SGS wurde von mehreren Befragten beobachtet, ist aber kaum dokumentiert.
- Die grössten Hindernisse für die Erkennung von NKS in einem suchtmmedizinischen Kontext bilden die Fokussierung auf die schwersten Formen (Wernicke-Korsakoff) zulasten der milderer Ausprägungen (MCI) und die Verwendung ungeeigneter Screeninginstrumente. In den Settings Langzeitpflege und Pflege zuhause könnte auch eine Rolle spielen, dass bestehende Qualitätssysteme (RAI-NH und BESA) psychoaktive Substanzen nicht oder kaum (RAI-HC) berücksichtigen.
- Die Diagnose substanz-/medikamenteninduzierter Störungen ist mit denselben differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten verbunden wie die Diagnose von CODs: Die grösste Herausforderung für die Praxis besteht

darin, dass ein abstinent Patient über einen ausreichend langen Zeitraum da sein muss. Memory-Zentren spielen eine wichtige Rolle bei der Diagnose.

- Die Behandlung von SGS wird durch das Vorliegen von NKS erschwert. Häufig verwendete Ansätze wie Motivations- oder kognitive Verhaltenstherapien (CBT) können aufgrund der Beeinträchtigung des episodischen Gedächtnisses oder der Exekutivfunktionen nicht mehr angewendet werden. Auch die Rückfallquote wird dadurch erhöht.

SGS und Palliative Care (Kap. 5)

- Dank der Schadensminderungspolitik und der damit verbundenen therapeutischen Ansätze sterben immer mehr Konsumierende psychoaktiver Substanzen (PAS) nicht mehr vorzeitig, sondern im höheren Alter an einer nicht drogenbedingten Ursache. Dadurch wird die Zahl der älteren, allenfalls Palliative Care benötigenden PAS-Konsumierenden in den nächsten Jahren zunehmen.
- Obwohl es bei der Palliative Care nicht nur um das Schmerzmanagement geht, so wird dieses Thema in der einschlägigen SGS-Literatur am häufigsten behandelt. Dies deshalb, weil dieselben schmerzstillenden Substanzen (z. B. Morphin, Fentanyl, Methadon) sowohl zur Berausung als auch zur Behandlung (OAT) verwendet werden.
- Die grösste Schwierigkeit Menschen mit Substanzkonsum zu identifizieren, die spezielle Palliative Care benötigen, liegt nicht in der Art der Zielgruppe, sondern in der Vertraulichkeit der Palliative Care in der Schweiz, die sich derzeit fast ausschliesslich auf den onkologischen Bereich beschränkt.
- Die Evaluation der Schmerzen von Menschen mit SGS ist nicht mit besonderen Problemen verbunden. Es können die gängigen Instrumente verwendet werden.
- Mehrere Publikationen weisen aber auf eine unzureichende Schmerzbehandlung von psychoaktive Substanzen konsumierenden Menschen hin, insbesondere Patientinnen und Patienten

mit einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT). Diese Unterbehandlung sei auf vier häufige Missverständnisse unter Leistungserbringen zurückzuführen: 1) Opioid-Agonisten (Methadon oder Buprenorphin) sorgen zu Analgesie; 2) die Verwendung von Opioiden zur Analgesie kann zu einem Rückfall in die Abhängigkeit führen; 3) die addierten Effekte von opioiden Analgetika und OAT können zu einer Depression der Atmung und des zentralen Nervensystems führen; 4) die Klage Abhängiger über Schmerzen kann manipulativ sein, um an Opiode oder Drogen zu gelangen.

- Ein weiteres Problem ist die durch den Langzeitgebrauch von Opioiden induzierte Hyperalgesie. Dabei handelt es sich um eine paradoxe Reaktion, die bei der Verabreichung dieser Moleküle nicht zu einer Schmerzlinderung, sondern zu einer Schmerzsteigerung führt. Aufgrund einer allgemeinen Zunahme der Verschreibung von opioiden Schmerzmitteln im Ausland und in der Schweiz (+42 % zwischen 2013 und 2018) könnte sich diese Problematik in den nächsten Jahren deutlich verschärfen.
- Dazu ist anzumerken, dass zwar Palliativ- und Suchtfachpersonen mit dem Problem vertraut sind, andere Akteure (inkl. Spitäler) jedoch weniger.

Andere Querschnittsprobleme (Kap. 6)

- Der Bericht greift mehrere Querschnittsprobleme auf, die sowohl alternde Substanzkonsumierende als auch Menschen mit einer SGS – die mit anderen psychiatrischen oder kognitiven Störungen oder mit hohem Schmerzniveau einhergehen kann oder nicht – betreffen.
- Die Verschreibung inadäquater Medikamente (*Inappropriate Prescribing, IP*) soll weltweit für 16,6 % der Spitaleinweisungen älterer Menschen verantwortlich sein. 80 % der Patientinnen und Patienten in der Schweiz sollen mindestens ein inadäquates Medikament erhalten haben.
- Der gleichzeitige Konsum von Alkohol und Medikamenten, der zu gefährlichen Wechselwirkungen führen kann (Schmerz-/Schlaf-/Beruhigungsmittel),

betrifft 7,3 % der Bevölkerung in der lateinischen Schweiz.

- Verschiedene Faktoren sollen das Sturzrisiko erhöhen: eingenommene Medikamente (Polypharmazie und Psychopharmaka), funktionelle Schwierigkeiten, kognitive Einschränkungen, Inkontinenzprobleme, Alkoholkonsum und mangelnde Aktivität. Der Konsum von mehr als 14 Alkoholeinheiten pro Woche erhöht das Sturzrisiko um 25 %. Bei Menschen über 80 steigt das Sturzrisiko mit der Einnahme von Benzodiazepinen um das Doppelte.
- Unter den psychoaktiven Substanzen sind Alkohol und Benzodiazepine dafür bekannt, dass sie in schweren Entzugsfällen zu lebensbedrohlichen Symptomen führen können. Aufgrund der hohen Prävalenz von chronischem Alkoholkonsum bei älteren Männern und von Benzodiazepinen bei älteren Frauen ist hier besondere Aufmerksamkeit geboten.
- In 25-50 % aller Suizidfälle sind Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol und anderen Substanzen vorhanden. In Ländern mit hohem Einkommen weisen fast 90 % der Menschen, die Suizid begehen, psychische Störungen auf. Bei gleichzeitigem Auftreten von psychischen Störungen und SGS erhöht sich das Suizidrisiko weiter: 50 % der Menschen mit einer SGS haben bereits einen Suizidversuch unternommen. Schliesslich ist das Suizidverhalten bei Menschen mit chronischen Krankheiten 2-3 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung.
- Depressionen (*Major Depressive Disorders*) und depressive Symptome sind sowohl Risikofaktoren als auch Folgen einer SGS bei älteren Menschen. Erwachsene mit Depressionen haben ein doppelt so hohes Risiko, an Demenz zu erkranken, wie Erwachsene ohne Depressionen. Etwa 50 % der Patientinnen und Patienten mit Depressionen haben Schmerzsymptome.

Versorgungsakteure (Kap. 7)

- Bei der Versorgung von Menschen, die neben einer SGS auch psychische oder kognitive Störungen haben oder die Palliative Care benötigen, spielen zahlreiche Akteure aus dem Gemeinwesen, dem sozialmedizinischen Bereich und dem Gesundheitsbereich eine Rolle.
- Eine zentrale Stellung nehmen in Anbetracht der Zahl der Betroffenen und der Vielfalt der Probleme, mit denen sie konfrontiert sind, die Spitex-Dienste und die Alters- und Pflegeheime ein.
- Die Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Dienste können diese Probleme aber nicht allein bewältigen. So sind beispielsweise die pflegenden Angehörigen, die in fast 60 % der Fälle die Spitex-Leistungen ergänzen, unverzichtbare Akteure für das reibungslose Funktionieren der Pflege zuhause und für den Verbleib der Betroffenen im angestammten Umfeld. Diese Komplementarität umfasst auch die mobilen und Verbindungsteams sowie die Referenzzentren als unverzichtbare Partner in Sachen Fachwissen. Damit ist das Ende der Kette aber noch längst nicht erreicht. Zu erwähnen wären unter anderem auch die Angehörigenhilfe, die die Partnerschaft zwischen pflegenden Angehörigen und der Spitex langfristig ermöglicht, oder Zwischenstrukturen, die pflegende Angehörige und die Spitex bei komplexen Fällen entlasten und dazu beitragen, eine Überlastung der Alters- und Pflegeheime oder der Spitäler zu vermeiden. Auch die Arbeit von Selbsthilfegruppen und die Unterstützung der Betroffenen durch Verbände stellen wichtige Stücke in diesem grossen Puzzle dar.
- Bei dieser vielfältigen Komplementarität und Interdependenz ist es schwierig die Akteure zu benennen, die im Mittelpunkt dieser Problematik stehen.

Empfehlungen

Das Projekt führte zu folgenden Empfehlungen, die für die vier betroffenen Bereiche gleichermassen gelten. Die Empfehlungen basieren auf den

herausgearbeiteten gemeinsamen Praktiken und Problemen und können die Synergien unter den verschiedenen Bereichen verbessern.

1. **Autonomie stärken (Empowerment):** Die Leistungserbringer stellen didaktisches Material (Psychoedukation) bereit, mit dem das Empowerment der Betroffenen gefördert wird. Sie beziehen die Betroffenen (oder ihre Vertretungen) systematisch in die sie betreffenden therapeutischen Entscheidungen ein. Sie fördern, soweit möglich, deren Beteiligung am institutionellen Betrieb. Bund, Kantone und Gemeinden unterstützen im Chronischkranken-Bereich aktive Vereine bzw. Selbsthilfegruppen finanziell und/oder logistisch (z. B. durch kostenlos bereitgestellte Räumlichkeiten).
2. **Selbstbestimmung stärken:** Die Leistungserbringer ermutigen und unterstützen ihre Klientinnen und Klienten aktiv bei der Erstellung einer Patientenverfügung. Zusammen mit der betroffenen Person wählen sie dabei die für die jeweilige Situation am besten geeignete Form.
3. **Verbleib in angestammter Umgebung:** Die Kantone ermutigen die Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialbereich aktiv, Zwischenstrukturen und/oder mobile Dienste zu schaffen, die allen, die das möchten, ein möglichst langes Hinauszögern einer langfristigen Institutionalisierung ermöglicht. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Schaffung von Zwischenstrukturen für Menschen, die ihren Substanzkonsum nicht einstellen wollen oder können.
4. **Versorgungskontinuität:** Die Kantone bringen die Versorgung mit mobilen Diensten und Gemeinschaftsprojekten näher an die Lebenswelten heran. Sie ziehen neue Organisationsformen wie besonders für chronische Krankheiten geeignete Gesundheitshäuser in Betracht.
5. **Frühintervention:** Erkennen Leistungserbringer eine Substanzgebrauchsstörung oder eine psychiatrische Störung oder eine kognitive Beeinträchtigung, so werden in Anbetracht der in der Literatur häufig festgestellten Komorbiditäten auch die beiden anderen Störungen abgeklärt.
6. **Arbeit der Angehörigen:** Die Unterstützung durch Angehörige wird systematisch gefördert und finanziert. Wo möglich geht diese Unterstützung über die blosser Verbreitung von Informationen für Angehörige hinaus. Die Unterstützung kann in Angeboten zur Entlastung der Angehörigen durch vorübergehende Betreuung der Betroffenen (z. B. Tagesklinik) oder durch eine Vertretung über einen kürzeren (z. B. Einsatz an 1 Abend) oder längeren Zeitraum (z. B. Alzheimerferien) bestehen. Die Unterstützung kann auch in Form einer Entschädigung der Angehörigenarbeit erfolgen.
7. **Langzeitversorgung:** Die Kantone ermutigen sozialmedizinische Leistungserbringer aktiv, ihre Einrichtungen für Menschen zu öffnen, die ihren Substanzkonsum nicht beenden wollen oder können, oder für Menschen in einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT). Gegebenenfalls bauen die Kantone solche Einrichtungen auf. In jedem Fall erleichtern die Kantone die Aufnahme von unter 65-Jährigen, deren physischer und/oder psychischer Gesundheitszustand eine sozialmedizinische Betreuung rund um die Uhr erfordert. Langzeitpflegeeinrichtungen (APH) beachten das Thema Substanzkonsum. Sie verfügen zumindest über eine Charta mit den Regeln, die für Bewohnende gelten. Sie arbeiten in der Frage möglichst mit Suchtexpertinnen und -experten zusammen.
8. **Alterung der Bevölkerung:** Die Leistungserbringer passen ihre Arbeitsweise und ihre organisatorischen Routinen regelmässig mit Blick auf eine altersgerechtere Gestaltung an. Die Kantone unterstützen diese Bemühungen finanziell.
9. **Polymedikation:** Der Bund stellt für die Bevölkerung eine Online-Anwendung bereit, mit der mögliche problematische Wechselwirkungen zwischen (legalen oder illegalen) Medikamenten und psychoaktiven Produkten überprüft werden können.
10. **Potenziell tödlicher Entzug (Alkohol und Benzodiazepine):** Stationäre Leistungserbringer verringern das Risiko

eines unbeabsichtigten - und potenziell tödlichen - Entzugs, indem sie bei der Aufnahme systematisch nach dem Konsum von Alkohol und Benzodiazepinen fragen. Wenn ein Gespräch nicht möglich ist (akute Krise/Verwirrtheit), können je nach Gesundheitszustand der Person biologische Tests in Betracht gezogen werden. Der Entzug und damit verbundene Themen sind Bestandteil der Aus- und Weiterbildung der Pflegefachpersonen.

11. **Schmerzen und Hyperalgesie (Opi-
oide):** Ärztinnen und Ärzte wenden bei Menschen, die Opiode einnehmen, das gleiche Schmerzmanagement an wie bei anderen Patientinnen und Patienten, das sich an den WHO-Schmerzstufen und den Aussagen der Betroffenen orientiert. Bei Zweifeln bezüglich der Dosierung (die sehr hoch sein kann) können sie sich an eine Suchtfachstelle oder ein Schmerznetzwerk wenden. Das Thema Schmerz, insbesondere Hyperalgesie, ist Bestandteil der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals.
12. **Vergütungsmodalitäten:** Die Politik ist sich bewusst, dass eine effektive und effiziente Behandlung chronischer Krankheiten nicht allein von den Akteuren des Gesundheitswesens geleistet werden kann und nicht als Addition medizinischer, individueller, «KVG-isierbarer» Massnahmen zu verstehen ist. Sie prüft innovative Finanzierungsformen zur Förderung von Netzwerken und interprofessionellen und transdisziplinären Behandlungen.

