

Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege



UNABHÄNGIG IM ALTER
SUCHTPROBLEME SIND LÖSBAR



Einleitung – Alkohol, Tabak, Psychopharmaka – kein Problem?	Seite 3
Abhängigkeit im Alter: Ursachen und Symptome	Seite 7
Was können Pflegekräfte tun? Ein Interview	Seite 11
Medikamente: zu hoch dosiert und zu lange genommen	Seite 15
Alkohol: Wo ist die Grenze?	Seite 21
Tabak: Obst- statt Zigarettenpause	Seite 31
In eigener Sache: Wenn Pflegekräfte gefährdet sind	Seite 35
Ein Wort zum Schluss	Seite 41
Anhang	
Fakten-Check – für Pflegekräfte, Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger	Seite 42
Literatur	Seite 45
Weitere Informationen	Seite 53

Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschter Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von den Autoren jedoch keine Gewähr übernommen werden.

Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Geschützte Warennamen sind nicht unbedingt kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.



Alkohol, Tabak, Psychopharmaka – kein Problem?

Die 75-jährige Frau Hansen scheint Medikamente regelrecht zu horten: Im Wohnzimmer, im Schlafzimmer, im Bad und selbst in den Küchenschränken – überall sind Arzneimittelpackungen zu finden.

Die vielen Tabletten, die für die 83-jährige Heimbewohnerin Frau Manscheid vorgesehen sind, passen in den Dispenser kaum mehr hinein.

Der 73-jährige Herr Kaufmann beauftragt die Haushaltshilfe jeden Tag, ihm Bier oder Schnaps zu besorgen.

Wenn Sie in der Altenpflege arbeiten, werden Ihnen diese Situationen bekannt sein. Denn Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Tabak kommen auch im höheren und hohen Erwachsenenalter vor.

„Das lohnt sich doch nicht mehr.“ – Dieser Satz ist im Zusammenhang mit Suchtproblemen älterer Menschen häufiger zu hören. So ergab eine repräsentative Erhebung, dass etwa nur die Hälfte der knapp 1.000 befragten ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eine Suchtbehandlung im Alter für sinnvoll erachtet (Kuhn, Haasen, 2009). Doch oft wird vergessen, dass eine Sucht die Lebensqualität in jedem Lebensalter einschränkt. Hilfreicher und zutreffender ist die gegenteilige Aussage: **Es lohnt sich jederzeit!** Das gilt auch für Ihre Klientinnen und Klienten. Sie können davon ausgehen, dass die Lebensqualität der Betroffenen deutlich steigt, wenn sie es – vielleicht mit Ihrer Hilfe – schaffen, ihren problematischen Konsum einzuschränken oder sogar aufzugeben (DHS, 2012a).

Sie haben möglicherweise Recht, wenn Sie einwenden, dass man die Strapazen von Entzug und Entwöhnung vielen betagten und multimorbiden Menschen nicht mehr zumuten kann. Es ist in der Altenpflege nicht immer angebracht, eine Abstinenz anzustreben. Doch oft und nachvollziehbar berichten Pflegendе, dass auch eine Reduktion des Konsums oder der Anzahl der Psychopharmaka dazu führt, dass Menschen wieder mehr am Leben teilnehmen können. Eventuell nimmt die Pflegeintensität ab und die Gefahr verringert sich, dass es zu gewalttätigen Ausbrüchen, zu Unfällen, Suizid oder Vergiftungen kommt. Und für Sie erleichtert sich der Umgang mit der zu pflegenden Person (Diakonisches Werk, 2008).

Sicher kann es durchaus pragmatisch sein, alles so weiterlaufen zu lassen, solange nichts passiert. Doch dabei besteht die Gefahr, einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Suchtstoffen zu bagatellisieren. Was ist, wenn etwas passiert? Wenn Frau Manscheid ein- oder mehrmals stürzt und sich einen Oberschenkelhalsbruch zuzieht? Wenn die Wohnung in Brand gerät, weil der angetrunkene Herr Kaufmann den Herd angelassen hat? Wenn Frau Hansen mit einer Medikamentenvergiftung in der Wohnung liegt? Dann können Sie als Pflegekraft oder als Leitung der Pflegeeinrichtung zur Verantwortung gezogen werden.

Zitat

„Wir beobachten häufig, dass Pflegekräfte und Pflegedienste sich zu sehr mit den Pflegebedürftigen identifizieren und Suchtprobleme vertuschen, weil sie ihre Klienten schützen wollen.“ (Leiter einer Suchtberatungsstelle)

Doch was können Sie konkret tun, wenn Sie Frau Manscheid, Herrn Kaufmann, Frau Hansen oder einen anderen Menschen pflegen, der offensichtlich zu viel Alkohol trinkt oder von Medikamenten abhängig ist? Welche Handlungsspielräume haben Sie überhaupt angesichts von Zeitdruck und Arbeitsverdichtung? Diese Broschüre möchte Lösungen und Zwischenlösungen anregen, die auch unter schwierigen Rahmenbedingungen praktikabel sind. **Machen Sie sich bewusst, dass Ihnen als Pflegekraft eine Schlüsselrolle zukommt:** Zumeist haben Sie einen viel intensiveren Kontakt zu den Patientinnen und Patienten als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und oft auch als die Angehörigen. Sie nehmen Veränderungen oft am ehesten wahr und können sie der Leitung, den Ärzten und Ärztinnen sowie den Angehörigen mitteilen (Diakonisches Werk, 2008).

Diese Broschüre legt den Schwerpunkt auf den Alkohol- und Medikamentenkonsum, weil vor allem diese Probleme die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränken und die Pflegebeziehung stark belasten können. Dagegen scheint der Tabakkonsum vernachlässigbar. Doch in vielen stationären und ambulanten Einrichtungen ist Tabak ein Thema – weil überdurchschnittlich viele Pflegekräfte rauchen. Sowohl die Pflegenden als auch die zu Pflegenden können von einem Rauchstopp profitieren, deshalb wurde auch der Tabakentwöhnung ein Kapitel gewidmet (Die Schwester – Der Pfleger, 2012).

Info

Studien haben gezeigt, dass eine Entwöhnungstherapie oder Beratung bei älteren Menschen genauso erfolgreich ist wie bei jüngeren. Mittlerweile ist auch unbestritten, dass eine Psychotherapie bei Seniorinnen und Senioren möglich und sinnvoll ist. Einige Suchtkliniken halten spezielle Angebote für über 60-Jährige bereit (DHS, 2012a).

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Im Sinne eines Qualitäts- und Risikomanagements sollten Abhängigkeitserkrankungen in jeder Pflegeeinrichtung und in jedem Pflegedienst zum Thema gemacht werden. Schaffen Sie ein Klima, in dem Auffälligkeiten wahrgenommen, dokumentiert und angesprochen werden. Sorgen Sie für die nötige Schulung des Personals sowie für die Vernetzung mit Hilfeangeboten in Ihrer Region. Ihnen stehen 1.800 Einrichtungen zur Verfügung, die auf die Beratung von Menschen mit Alkohol- und anderen Abhängigkeitsproblemen spezialisiert sind.



Abhängigkeit im Alter: Ursachen und Symptome

Eine Alkoholfahne, torkelnder Gang und lallende Sprache – nicht immer gibt es so deutliche Hinweise auf eine mögliche Abhängigkeitserkrankung. Insbesondere der Missbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist häufig unsichtbar und wird deshalb als „stille Sucht“ bezeichnet: Man riecht nichts, sieht nichts und die Menschen liegen früh im Bett und schlafen. Die Symptome sind häufig unspezifisch: Anzeichen wie Aggressivität, wiederholte Stürze oder kognitive Defizite können sowohl auf eine beginnende Demenz, eine Depression, aber auch auf eine Abhängigkeitserkrankung hinweisen. Doch Sie werden wahrscheinlich spüren, dass etwas nicht stimmt. **Trauen Sie Ihrem Eindruck, nehmen Sie genau wahr, sprechen Sie Ihre Beobachtungen an!** (Diakonisches Werk, 2008; DHS, 2012a)

Zitat

„Es kommt vor, dass pflegebedürftige Menschen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen sehr einsam sind und manchmal auch ‚wie in Watte‘ gepackt. Kontakt nach außen bekommen sie oft nur über aggressives Verhalten. Wichtig ist, dass Pflegende Verständnis haben bzw. zeigen und das nicht persönlich nehmen, sondern sich klarmachen, dass dieses Verhalten zum Krankheitsbild gehört.“ (Leiter einer Suchtberatungsstelle)

Vergessen Sie nicht, dass sich häufig hinter einer Suchterkrankung auch psychisches Leid verbirgt – als Ursache und als Folge der Sucht. Gerade bei pflegebedürftigen Menschen liegen die Verluste, die sie zu verkraften haben, auf der Hand: der Verlust der Eigenständigkeit, eventuell der Tod des Partners, die zunehmende Auflösung der sozialen Beziehungen, der Umzug aus der eigenen Wohnung ins Heim. Viele werden von Schlaflosigkeit und chronischen Schmerzen geplagt. Bedenken Sie außerdem, dass eine Suchterkrankung auch als Spätfolge einer Traumatisierung interpretiert werden kann. So können die als traumatisch erlebten, lange zurückgedrängten Kriegserfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit wieder hochkommen. Oder etwa eine erlebte Vergewaltigung. Die Gefühle der massiven Hilflosigkeit von damals werden oft wiedererlebt. Darum ist es auch wichtig, dass Sie die Lebensgeschichte Ihrer Klientinnen und Klienten kennen (Schmitz, 2007).

Dieselbe Menge Alkohol führt bei betagten Menschen zu deutlich höheren Blutalkoholkonzentrationen und entsprechend stärkerer Wirkung als bei jüngeren. Auch Medikamente verbleiben bei älteren Menschen oft länger im Körper als bei jüngeren. Die Folge: Eine höhere Wirkstoffkonzentration als eigentlich vorgesehen häuft sich im Körper an. Nebenwirkungen wie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Tagesmüdigkeit und Stürze verstärken sich. Verschärft wird die Situation noch durch die Multimorbidität (d.h. gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten) vieler älterer Menschen, die eine Multimedikation nach sich zieht:

40 % der über 65-Jährigen bekommen acht und mehr Wirkstoffe verordnet, 20 % sogar mehr als 13! Neben- und Wechselwirkungen – auch die zwischen Alkohol und Medikamenten (s. S. 23) – können den Gesundheitszustand der Seniorinnen und Senioren noch zusätzlich verschlechtern (DHS, 2012a; Glaeske 2008).

Info

Diagnostische Kriterien

Wenn drei der folgenden Punkte erfüllt sind, liegt eine Abhängigkeitserkrankung nach ICD-10 vor:

- sehr starkes Verlangen, eine Substanz zu konsumieren
- Kontrollverlust bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- körperliche Entzugserscheinungen, wenn die Substanz abgesetzt wird
- Toleranzentwicklung: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen hervorgerufenen Wirkungen zu erreichen, sind zunehmend höhere Mengen der Substanz erforderlich
- Vernachlässigung anderer Neigungen und Interessen, Einengung des Lebensstils auf den Suchtmittelkonsum
- Fortführung des Konsums trotz eingetretener körperlicher, psychischer und sozialer Folgeschäden

(Diakonisches Werk, 2008; Schmitz, 2007)

Info

Wie viele alte Menschen sind abhängig?

Generell lässt sich ein alters- sowie ein geschlechtsspezifisches Muster beobachten:

1. Mit zunehmendem Alter sinkt der Alkoholkonsum der Menschen, dafür steigt allerdings der Missbrauch psychoaktiver Medikamente (Weyerer, Bickel, 2007).
2. Ältere Frauen trinken deutlich seltener zu viel Alkohol als ältere Männer, dafür ist unter älteren Frauen sehr viel häufiger eine Medikamentenabhängigkeit zu finden (Schäufele et al., 2009).

Zwischen 8 und 13 % der Generation 60 plus – das sind etwa 1,7 bis 2,8 Millionen ältere Menschen – weisen einen problematischen Medikamentenkonsum auf. Überwiegend betroffen sind Frauen. In stationären Einrichtungen ist der Psychopharmakagebrauch besonders hoch: Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 25 % der über 70-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen von Psychopharmaka abhängig sind. Etwa 90 % der mit Benzodiazepinen behandelten Menschen in dieser Altersgruppe nehmen diese Arzneimittel als Dauermedikation ein – obwohl diese Mittel bereits nach wenigen Wochen abhängig machen können (Koeppel, 2010).

Demgegenüber fallen die Zahlen für den Alkoholkonsum unter älteren Menschen niedriger aus: Die DHS geht aufgrund verschiedener Studien und Untersuchungen davon aus, dass etwa 2 bis 3 % der Männer und 0,5 bis 1 % der Frauen im Alter ab 60 Jahren von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit betroffen sind. Das sind in absoluten Zahlen bis zu 400.000 über 60-Jährige, die (viel) zu viel trinken.

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Um Ihre Mitarbeitenden zu entlasten, kann es durchaus sinnvoll sein, eine Beschäftigte oder einen Beschäftigten in Ihrer Einrichtung zur „Kontaktperson Sucht“ auszubilden. Sie dient als erste Anlaufstelle und kennt das örtliche Hilfesystem von Krankenhaus, Sozialdiensten, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen sehr genau. Dabei soll sie nicht suchttherapeutisch tätig werden, sondern schnell und kompetent Kontakte vermitteln. Hilfreich wäre eine entsprechende Ausbildung in Zusammenarbeit mit der örtlichen Suchtberatung.



Was können Pflegekräfte tun?

Interview mit einem Altenpfleger und Wohnbereichsleiter eines Seniorenpflegeheims

Welche Probleme beobachten Sie bei der Psychopharmaka-Therapie Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner?

„Einigen Pflegekräften fällt auf, dass neue Bewohnerinnen und Bewohner häufig stark überdosiert zu uns kommen. Vor einigen Jahren noch handelte es sich meistens um Benzodiazepine. Heute sind es oft die klassischen Neuroleptika, die stark dämpfend wirken. Es kommt vor, dass jemandem eine so ‚starke Mixtur‘ von Psychopharmaka verabreicht wurde, dass er schlafend bei uns ankommt und nicht in der Lage ist, irgendetwas zu sagen.“

Der BARMER GEK Arzneimittelreport von 2011 zeigt auf, dass etwa jeder dritte Demenzerkrankte mit Neuroleptika behandelt wird und die Verordnungen seit 2004 kaum zurückgegangen sind – obwohl deren Wirksamkeit ungenügend belegt ist und die Langzeitfolgen nicht bekannt sind (Glaeske, Schickedanz, 2011). Studien weisen sogar auf ein erhöhtes Mortalitätsrisiko durch Neuroleptika hin. Heißt das also, verhaltensauffällige Menschen werden mit Psychopharmaka einfach beruhigt?

„Ja, das beobachten wir inzwischen häufiger. Dabei wird die Demenz-Erkrankung nicht immer richtig diagnostiziert. Als Indikation wird dann HOPS (Hirnorganisches Psychosyndrom) angegeben – ein Begriff, der überhaupt nichts aussagt – oder einfach nur Demenz, ohne die Ursachen der Demenz zu bestimmen. Handelt es sich um eine Alzheimererkrankung oder um eine Vaskuläre Demenz? Oder leidet der alte Mensch etwa unter einer Depression, was mit einer Demenz verwechselt wird? Möglicherweise kann es dann sein, dass die Ärztin oder der Arzt bei der Diagnose noch keinen Neurologen zu Rate gezogen hat.“

Diagnose und Verschreibung eines Medikaments sind ärztliche Aufgaben. Inwiefern können Pflegekräfte dabei etwas bewirken?

„Die Pflegekräfte sollten eine Neurologin oder einen Neurologen darauf ansprechen. Häufig lässt sich die Medikation gefahrlos herunterdosieren, so dass die Pflegebe-

düftigen wieder ansprechbar werden und durchaus kooperatives Verhalten zeigen. So wird der Mensch überhaupt erst wieder sichtbar und der Betroffene kann wieder zu sich kommen und klarer denken. Die Bewohnerinnen und Bewohner müssen ja erst einmal einen gewissen Wachheitszustand erreichen, damit eine Diagnose gestellt werden kann.“

Wenn Pflegekräfte die Ärztin oder den Arzt ansprechen wollen: Was sollten sie beachten?

„Wichtig ist es, dass wir Pflegenden den Ärzten eine genaue Beschreibung des Geschehens geben: Wie ist der Gesichtsausdruck des Bewohners, welche verbalen Ausdrücke benutzt die Bewohnerin, wie sieht das motorische Verhalten aus? So haben die Ärztinnen und Ärzte viel eher eine Möglichkeit, Rückschlüsse zu ziehen, als wenn die Pflegekraft nur sagt: ‚Der ist wirr im Kopf.‘ Da die Fachärztinnen und -ärzte aus Zeitgründen nicht immer sofort in die Einrichtung kommen können, machen wir es zum Beispiel so, dass wir ihnen unsere Berichte mailen oder faxen. Über diese Kommunikationswege ist auch eine gute Zusammenarbeit mit den Ärzten möglich, letztlich auch zum Wohle des Patienten.“

Wie können Pflegekräfte reagieren, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner sich auffällig verhält?

„Wir sollten zunächst ein auffälliges oder ablehnendes Verhalten hinterfragen: Warum wehrt sich der Bewohner? Schmerzt der Verbandswechsel? Hat das Wasser beim Waschen nicht die richtige Temperatur? Ist die Kleidung ungewohnt, die wir ihm anziehen wollen? Halten wir ein Ritual nicht ein? Mit Hilfe von auskunftsfreudigen Angehörigen und eventuell auch des Bewohners bringen wir das meistens in Erfahrung. Viele Situationen lassen sich auf diese Weise schon entschärfen und der Bewohner fühlt sich dann auch wohl bei uns.“

Diese Fragen können Pflegekräfte teilweise nur dann beantworten, wenn sie die Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner kennen.

„Das stimmt. Bei uns hat die Biografiearbeit einen zentralen Stellenwert. So haben wir z.B. einen Wohnbereich nach dem psychobiografischen Pflegemodell des österreichischen Pflegewissenschaftlers Prof. Erwin Böhm umgestaltet. Bei der Biografiearbeit sollte man möglichst genau sein: Welche Empfindungen verknüpfte die Bewohnerin mit bestimmten Situationen? Welche Vorlieben hat sie, die ihr Sicherheit vermitteln können? Wenn zum Beispiel ein

Bewohner immer nachmittags um fünf Uhr unruhig wird und hin und her läuft, ich aber weiß, dass er um diese Zeit früher jeden Tag einige Kilometer von der Arbeit nach Hause gelaufen ist, so werde ich ihn nicht dabei bremsen, sondern mich darauf einstellen. Denn je mehr man über das bisherige Alltagsleben der Bewohnerin oder des Bewohners weiß, desto mehr nichtpharmakologische Maßnahmen sind möglich.“





Medikamente: zu hoch dosiert, zu lange genommen

Seit 30 Jahren nahm Frau Niemeck Diazepam, das zu den langwirksamen Benzodiazepinen gehört. Das Pflegepersonal des Altenheims machte sich Sorgen, nachdem die alte Dame wiederholt gestürzt war, und sprach ihre Hausärztin darauf an. Diese legte Frau Niemeck beim nächsten Besuch nahe, doch andere Tabletten zu nehmen (nämlich Baldrian), „die seien viel besser“. Frau Niemeck lässt sich überzeugen. Das Diazepam wird in Absprache mit der Ärztin langsam herundosiert, gleichzeitig Baldrian gegeben. Es klappt: Frau Niemeck wirkt nicht mehr so benommen, nimmt mehr an Aktivitäten teil und fällt nicht mehr hin. Über viele Jahre, bis zu ihrem Tod im stolzen Alter von 92, ist sie zufrieden mit den „neuen“ Tabletten.

Wenn Sie beobachten, dass eine Klientin oder ein Bewohner häufig stürzt, apathisch oder unruhig ist, müde und depressiv wirkt, sich selbst und den Haushalt vernachlässigt, kann das auf einen problematischen Medikamentenkonsum hinweisen. Wenn Sie diesen Verdacht haben: Trauen Sie sich, den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin darauf anzusprechen. Eine Verordnung ist zwar die Sache der Ärztinnen und Ärzte. Doch damit sind Sie selber nicht aus der Verantwortung entlassen.

Denn durch die Nähe zu den pflegebedürftigen Menschen stehen Sie an der Schnittstelle zwischen Patient und Arzt. Sie haben täglich Kontakt mit Ihren Klientinnen und Klienten. Sie nehmen wahr, wie diese sich im Alltag verhalten, während die Mediziner ihre Patienten nur in großen Abständen und nur kurz zu Gesicht bekommen. **Daher sind die Ärztinnen und Ärzte auf Ihre Beobachtungen angewiesen! Teilen Sie mit, was Ihnen aufgefallen ist!** Es ist sogar Ihre Pflicht, dem Arzt Ihre Bedenken mitzuteilen, wenn Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen und pharmakologischen Kenntnisse Kontraindikationen und sich abzeichnende Komplikationen erkennen (die sogenannte Remonstrationspflicht) (Höfert, 2011).

Das hat nichts mit Bevormundung zu tun, sondern Ihre Hinweise sind eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Medizinerinnen und Mediziner. Nicht alle kennen zum Beispiel den Leitfaden der Bundesärztekammer für die ärztliche Praxis „Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ (s. a. Kasten S.17) oder auch die PRISCUS-Liste (www.priscus.net). Sie ist eine im Auftrag des Bundesminis-

teriums für Gesundheit erarbeitete Liste von Arzneimitteln, die sich als potenziell inadäquat für ältere Menschen erwiesen haben – ergänzt um Therapie-Alternativen und Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll. Unter den 83 dort aufgeführten Arzneistoffen sind auch Benzodiazepine und Neuroleptika zu finden.

Machen Sie darauf aufmerksam, dass es bei psychopathologischen Symptomen bzw. im Umgang mit Demenzkranken durchaus **nichtpharmakologische Alternativen** (Pantel, et al. 2006) gibt, zum Beispiel:

- Milieugestaltende Maßnahmen (z. B. psychobiografisches Pflegemodell nach Erwin Böhm)
- Sensorische Stimulation (z. B. Basale Stimulation, Aromatherapie, Tees, Snoozle Room, Haustiere)
- Psychologische Techniken (z. B. Validation, Musiktherapie, Biografiearbeit)

Im BARMER GEK Arzneimittelreport 2011 wird auf eine Studie verwiesen (Fossey et al., 2006), in der die Autoren zeigen konnten, dass nach zwölf Monaten psychosozialer Betreuung Verordnungen von Psychopharmaka um fast 20 % zurückgingen. Sind die betroffenen Senioren noch einigermaßen selbstständig, etwa in der Pflegestufe 1, ist also durchaus ein Entzug der Medikamente in Erwägung zu ziehen. Machen Sie Ihren Klienten und deren Angehörigen Mut! Weisen Sie darauf hin, dass die Prognose für ältere Menschen genauso gut ist wie für jüngere:

Studien zeigen, dass etwa 60 % der betagten Benzodiazepinabhängigen es mit Hilfe einer Suchtbehandlung schaffen, ihren Tablettenmissbrauch zu beenden.

Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe halten ambulante und stationäre Angebote für Seniorinnen und Senioren vor. Nehmen Sie Kontakt mit der Suchthilfe auf. Es lohnt sich, denn die Lebensqualität der Betroffenen wird sich sowohl bei einer Abstinenz als auch nach einer gelungenen Reduzierung für die Betroffenen deutlich verbessern (DHS, 2012a; Rumpf, Weyerer, 2006).

Unter www.dhs.de/einrichtungssuche finden Sie alle Beratungsstellen und Kliniken, die Hilfe und Behandlung speziell für ältere Menschen anbieten.

Info

Empfehlungen zum Umgang mit Psychopharmaka

- Ärzte und Pflegende sollten bei jedem problematischen Verhalten, das neu auftritt oder sich verschlimmert, ein internistisches Grundleiden und psychosoziale Ursachen ausschließen.
- Nichtpharmakologische Maßnahmen haben Vorrang vor dem Einsatz von Psychopharmaka.
- Langwirksame Benzodiazepine (z. B. Diazepam, Flurazepam, Flunitrazepam, Nitrazepam) sind bei Senioren unangebracht. Auch kurzwirksame Benzodiazepine (z. B. Brotizolam, Triazolam) in höherer Dosierung sollten vermieden werden. Alternativen, wie etwa sedierende Antidepressiva, Antidementiva (wenn Art und Schwere der Demenz genau diagnostiziert sind) oder auch Baldrian, sollten in Erwägung gezogen werden (s. auch PRISCUS-Liste).
- Dosis beachten („Start slow, go slow“). Die DHS empfiehlt als Faustregel, die Dosis der Medikamente ab dem 65. Lebensjahr um etwa 10 % zu reduzieren und für jede weitere Dekade um weitere 10 %.
- Regelmäßige Ausschleich- bzw. Absetzversuche sollten probiert werden. Bei Neuroleptika alle zwei bis drei Monate, bei Benzodiazepinen jede Woche, so die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP). Machen Sie sich einen Merkzettel in die Patientenakte mit dem Hinweis, dem Arzt nach einer gewissen Zeit vorzuschlagen, die Tabletten probeweise abzusetzen.
- Die Bedarfsmedikation ist häufig von den Ärztinnen und Ärzten zu allgemein gehalten. Mindestens die Kriterien der sogenannten 6-W-Regel müssen berücksichtigt werden: 1. Welcher Patient erhält 2. welches Medikament in 3. welcher Dosierung um 4. wie viel Uhr in 5. welcher Applikationsform bei 6. welchen konkreten Vitalzeichen? Bitte weisen Sie darauf hin!

Behalten Sie auch die 4 K-Regel im Hinterkopf:

- Klare Indikation (das Medikament nur einnehmen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht)
- Klare notwendige Dosis
- Kurze Anwendung (maximal 14 Tage)
- Kein abruptes Absetzen

(Glaeske, 2012; Pantel et al., 2006; Höfert, 2011)

(Weitere Informationen zur 4K-Regel finden Sie unter www.dhs.de)

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Erreichbare Ärztinnen und Ärzte

Die Zahlen in den stationären Einrichtungen machen deutlich, dass sich insbesondere Altenheime dafür verantwortlich fühlen sollten, dass ihre Bewohner und Bewohnerinnen angemessen mit Psychopharmaka behandelt werden. Daher ist es zu empfehlen, Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten abzuschließen, was bereits seit der Pflegereform 2008 für Pflegeeinrichtungen möglich ist. Eine weitere Möglichkeit ist es, einen eigenen Heimarzt oder eine Heimarztin zu beschäftigen.

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Schulung des Pflegepersonals

Sorgen Sie dafür, dass Ihr Pflegepersonal in puncto Psychopharmaka gut geschult ist. Je besser die Pflegekräfte qualifiziert sind, desto leichter fällt ihnen das Gespräch mit den Ärztinnen und Ärzten und desto eher können sie etwas bewirken. So zeigte sich in einer Studie der Universität Frankfurt/Main in Zusammenarbeit mit zwei Altenheimen: Nach einer psychopharmakologischen Schulung des Pflegepersonals erhielten die Bewohnerinnen und Bewohner weniger potenziell schädliche Psychopharmaka und gleichzeitig verbesserte sich ihr Zustand. Insbesondere vier Aufgabenbereiche wurden für die Pflegekräfte herausgearbeitet:

- präzise beobachten,
- genau dokumentieren,
- nichtpharmakologische Maßnahmen einsetzen,
- gegebenenfalls Ärztin/Arzt unterrichten.

Fordern Sie eine genaue Dokumentation ein. Denn das ist nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern spielt auch eine zentrale Rolle für die Übergabe und die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt. Förderlich könnte eine standardisierte Verlaufsdokumentation sein, etwa mit Hilfe etablierter Skalen wie dem NPI (Neuropsychiatrisches Inventar) oder der NHBPS (Nursing Home Behavior Problem Scale) (Pantel et al., 2006).

Info

Gefahr der Abhängigkeit

Untersuchungen legen nahe, dass die ärztlichen Verordnungen nicht immer sachgerecht erfolgen: Die Dosis ist oft zu hoch, die Dauer zu lang, die Medikation erfolgt häufig ohne klare medizinisch-psychiatrische Indikation (siehe Anmerkung*).

Psychopharmaka erhöhen die Sturzgefahr um über 60 % und Benzodiazepine weisen ein hohes Abhängigkeitspotenzial auf. Bei über drei Viertel aller Medikamentenabhängigen sind Benzodiazepine beteiligt. Diese Schlaf- und Beruhigungsmittel können schon nach wenigen Wochen und selbst bei niedriger Dosierung abhängig machen (Niedrig-Dosis-Abhängigkeit). Das gilt auch für die sogenannten Z-Drugs (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon), die ähnlich wirken wie die Benzodiazepine und immer häufiger verschrieben werden. Inzwischen hat die WHO das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial der Z-Drugs auf dieselbe Stufe gestellt wie das der Benzodiazepine.

Problematisch ist bei betagten Patientinnen und Patienten insbesondere die Verordnung langwirksamer Benzodiazepine: Weil im Alter Medikamente langsamer aufgenommen, verteilt und abgebaut werden, kann es zu Hang-over-Effekten kommen, das heißt, höhere Wirkstoffkonzentrationen als vorgesehen häufen sich im Körper an. Die ohnehin starken Nebenwirkungen wie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Tagesmüdigkeit und Stürze verstärken sich weiter (Glaeske, 2008).

* Schlafstörungen im höheren Alter werden häufig unzureichend abgeklärt und vorschnell mit Medikamenten behandelt. So zeigt der BARMER GEK Arzneimittelreport 2011 (s. Tabelle S. 18), dass der Anteil älterer Menschen, denen Schlafmittel verordnet werden, mit zunehmendem Alter kontinuierlich steigt. Schlafstörungen im Alter sind aber selten nur akuter Natur. Und chronische Schlafstörungen bedürfen einer nachhaltigen Behandlung, im Rahmen derer Benzodiazepine von den Experten nicht als sinnvoll erachtet werden (Schwarz et al., 2010).



Alkohol: Wo ist die Grenze?

Oft haben seine Kumpel ihn besucht, sie haben sich betrunken und randaliert. Aus zwei Wohnungen ist der heute 68-jährige Herr Borchert deshalb herausgeflogen. Schließlich hat seine Betreuerin ihn vor die Wahl gestellt: Wenn das noch einmal vorkomme, müsse er ins Altenheim. Das bewirkte bei ihm ein Umdenken. Heute lebt Herr Borchert in einer Anlage des Betreuten Wohnens. Jeden Morgen kommt ein ambulanter Pflegedienst, weil er wegen seiner Abhängigkeitserkrankung und einer Bewegungseinschränkung der linken Hand Hilfe benötigt. Um 8.15 Uhr holt ihn der Fahrdienst ab und bringt ihn zur Tagespflege, wo er bis 17.15 Uhr bleibt.

Der geregelte Tagesablauf tut ihm gut: „Herr Borchert hat seinen Alkoholkonsum besser im Griff, seit er jeden Tag zu uns kommt“, berichtet die Leitende Pflegekraft der Tagespflege. Während der Zeit, in der er sich in der Tagespflege befindet, trinkt er jedenfalls nicht und versteht sich mit den anderen Gästen gut. Es sei zwar schon mal vorgekommen, dass er morgens eine Fahne hatte, berichtet die Pflegekraft. „Aber wir haben ihn sofort darauf angesprochen und er zeigte sich einsichtig.“

Wie sollen Sie mit einem Menschen umgehen, von dem Sie ahnen, dass er ein Alkoholproblem hat? Vielleicht fühlen Sie sich einerseits abgestoßen, andererseits möchten Sie helfen, wissen aber nicht genau wie. **Machen Sie sich immer wieder klar, dass eine Alkoholabhängigkeit eine chronische Erkrankung ist** und die Pflege eines Suchtkranken sich nicht wesentlich unterscheidet von der Pflege eines Menschen mit einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung (Schmitz, 2007).

Sie werden sich vielleicht fragen: Wo ist die Grenze? Wie viel Alkohol können wir in unserer Einrichtung, in unserem Dienst tolerieren? Wenn ein 86-jähriger alter Herr, der in einem Altenheim lebt, jeden Tag seine drei Flaschen Bier hingestellt bekommt und es geht ihm dabei gut, handelt es sich objektiv gesehen um einen Alkoholmissbrauch. Doch würde man ein abstinentes Leben von ihm fordern, würde das nicht seine Lebensqualität erheblich schmälern? Als Faustregel kann gelten: Wenn es dem zu Pflegenden gut geht, er seinen Konsum nicht steigert und sich und andere nicht gefährdet, können Sie moderates Trinken – ohne moralisierende Wertung – durchaus tolerieren (Schmitz, 2007).

Andererseits sollten alle Beteiligten bei schwerwiegenden Auswirkungen eine Abstinenz als oberstes Ziel nicht aus den Augen verlieren. Natürlich muss die oder der Betroffene es wollen und für Entzug und Entwöhnung stabil genug sein. Folgende pflegerische Ziele sollten Sie unter anderem konkret anstreben: Sturzprophylaxe, ausreichendes und nahrhaftes Essen (das häufig zugunsten des Alkoholkonsums vernachlässigt wird), Trinkkontrolle. Definieren Sie in diesem Rahmen kleine erreichbare Ziele, damit Erfolgserlebnisse eintreten. Scheuen Sie sich nicht, den Betroffenen auf seinen Alkoholkonsum anzusprechen! Schließlich sind Sie häufig eine der engsten Bezugspersonen. Hilfreich sind hierbei die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (s. S. 24-27), um mit dem zu erwartenden Widerstand umzugehen (Schmitz, 2007).

Info

Wie „alt“ ist die Abhängigkeit?

Die Prognose bei Alkoholabhängigkeit im Alter ist gut, insbesondere wenn die Betroffenen erst im Alter abhängig geworden sind („late-onset“). Denn dann ist davon auszugehen, dass die Abhängigkeit weniger ausgeprägt ist als bei denjenigen, die schon seit Jahrzehnten getrunken haben („early-onset“), und dass die alkoholbezogenen Probleme sich im Rahmen halten. Einige Suchtkliniken haben spezielle Angebote für Seniorinnen und Senioren entwickelt (s. www.dhs.de unter „Einrichtungssuche“). Bei Interesse lohnt es sich, dort nachzufragen, ob auch Patientinnen und Patienten mit Pflegestufe 1 aufgenommen werden (DHS, 2012a).

Info

Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke

Das amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) empfiehlt, dass 65-Jährige und Ältere nicht mehr als ein Glas Alkohol täglich trinken sollten. Für die Allgemeinbevölkerung (gesunder Mann / gesunde Frau mittleren Alters) hat die DHS aus einer Analyse aller relevanten internationalen Studien folgende Grenzwerte ermittelt: Frauen sollten nicht mehr als 12 g Alkohol täglich und Männer nicht mehr als 24 g Alkohol täglich trinken (und dies an nicht mehr als fünf Tagen/Woche). Das entspricht einem bzw. zwei kleinen Gläsern Bier (0,25 l) oder Wein (0,1 l) (Seitz, Bühringer, Mann, 2008).

Info

Vorsicht: Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten

Alkohol potenziert die Wirkung aller psychoaktiven Medikamente! Das heißt, der dämpfende Effekt von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Antidepressiva und Neuroleptika wird verstärkt, ebenso die Nebenwirkungen wie Schwindel, Übelkeit, Störungen der Merkfähigkeit etc. Deshalb wird vom Einsatz von Benzodiazepinen bei alkoholabhängigen Patienten abgeraten. Dennoch, so zeigt der BARMER GEK Arzneimittelreport, bekamen 11,8 % der alkoholabhängigen Männer und 18,3 % der alkoholabhängigen Frauen im Jahr 2009 mindestens einmal ein Benzodiazepin oder eine sogenannte Z-Drug* verordnet. Blickt man nur auf die Altersgruppe der 70- bis unter 80-jährigen alkoholabhängigen Menschen, steigt der Anteil auf 14,1 (Männer) bzw. 22,9 % (Frauen).

Wenn die Patienten Bluthochdruckmittel einnehmen und gleichzeitig Alkohol trinken, kann der Blutdruck gefährlich abfallen. Bei dem Zusammentreffen von Antidiabetika und Alkohol besteht die Gefahr einer Unterzuckerung.

* Als Schlafmittel der „dritten Generation“ gelten die sogenannten Non-Benzodiazepine Zolpidem (z.B. Stilnox®), Zopiclon (z. B. Ximovan®) und Zaleplon (seit Oktober 2010 kein Vertrieb mehr in Deutschland), auch „Z-Drugs“ genannt. Sie sind seit Ende der 70er bzw. Ende der 80er Jahre auf dem Markt und chemisch nicht mit den Benzodiazepinen verwandt, besitzen aber pharmakologisch ähnliche Eigenschaften.

Info

Empfehlungen für das persönliche Gespräch

Der motivierenden Gesprächsführung liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen (auch mit Suchtproblemen) nicht prinzipiell unmotiviert sind, etwas zu ändern. Sie sind häufig ambivalent (s. nächste Seite „Phasen der Änderungsbereitschaft“) und brauchen oft einen Anstoß von außen (Kurzintervention).

- Beginnen Sie mit einem Thema, das für die angesprochene Person von Interesse ist und zugleich mit dem Substanzkonsum in Verbindung steht. Beispiel: „Sie haben mir erzählt, dass Sie viel alleine sind. Darf ich Sie fragen, welche Bedeutung Alkohol für Sie in dieser Situation hat?“
- Stellen Sie möglichst offene Fragen, die die betroffene Person zum Erzählen anregen. Beispiel: „Wie hat sich Ihr Trinkverhalten in den letzten Jahren verändert?“
- Teilen Sie Ihrerseits der angesprochenen Person mit, was Sie an Auffälligkeiten und Veränderungen wahrgenommen haben.
- Verzichten Sie dabei auf Konfrontation, Beweisführung, Etikettierung, Moralisieren.
- Drücken Sie Mitgefühl und Besorgnis aus. Sprechen Sie immer von sich: „Ich mache mir Sorgen, weil ...“, „Ich habe wahrgenommen, dass ...“
- Werten Sie jede Äußerung von Sorge, jedes Nachdenken über eine Veränderung als Erfolg und stellen es noch einmal der Person gegenüber heraus.
- Bieten Sie bei entsprechender Veränderungsbereitschaft Ihre Unterstützung an. Informieren Sie über Hilfeangebote wie Suchtberatungsstellen, psychosoziale Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen, Fachkliniken. Denken Sie im Falle des Verlustes eines nahen Angehörigen an die Möglichkeit einer Trauergruppe oder einer seelsorgerischen Begleitung (DHS, 2012a).



Veränderung als Prozess – Stadien der Veränderungsbereitschaft

Fachleute unterscheiden verschiedene Phasen der Veränderungsbereitschaft, zwischen denen die Menschen hin- und herschwanken:

Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Rückfall.

Stadium	Typische Aussagen	Hilfreiche, unterstützende Informationen
Absichtslosigkeit In der Phase der Absichtslosigkeit denkt die oder der Betroffene nicht darüber nach, etwas an ihrem/seinem Konsum zu ändern.	„Mein Alkoholkonsum ist kein Thema für mich.“ „Ich habe nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.“ „Ich sehe keine Notwendigkeit, meinen Medikamentengebrauch zu ändern.“	Informationen vermitteln über Grenzwerte bzw. Regeln eines verantwortungsvollen Umgangs sowie die Risiken des Substanzkonsums; Informationen über den durchschnittlichen Konsum in der Bevölkerung, um die Selbstreflexion zu fördern.
Absichtsbildung In der Phase der Absichtsbildung zieht die oder der Betroffene eine Verhaltensänderung zwar in Erwägung, hat sich aber noch nicht entschieden.	„Ich habe mir vorgenommen, weniger zu trinken.“ „Ich habe vor, in nächster Zeit mit dem Rauchen aufzuhören / weniger zu rauchen.“ „Ich denke darüber nach, meinen Medikamentengebrauch zu überprüfen.“	Informationen vermitteln, die geeignet sind, den Veränderungswunsch zu verstärken; Vermittlung von Informationen, die eine Veränderung machbar erscheinen lassen; Hinweis auf Hilfeangebote und Menschen, die es bereits geschafft haben, ihr Verhalten dauerhaft zu ändern.
Vorbereitung In der Phase der Vorbereitung hat sich die oder der Betroffene zu einer Verhaltensänderung entschlossen und macht konkrete Pläne.	„Ich habe mir vorgenommen, vom nächsten Monat an weniger zu trinken.“ „Ich habe vor, das nächste Mal, wenn mein Enkelkind zu Besuch kommt, Nichtraucher zu sein.“ „Ich werde beim nächsten Arzttermin meinen Medikamentenkonsum ansprechen.“	Ausführliche Informationen über Wege der Veränderung und Unterstützungsangebote (Selbsthilfe, Beratungs- und Therapieangebote); Unterstützung bei der Entscheidung für das individuell angemessene Hilfeangebot.

Stadium	Typische Aussagen	Hilfreiche, unterstützende Informationen
Handlung In der Phase der Handlung hat der oder die Betroffene bereits begonnen, etwas an ihrem/seinem Konsum zu ändern.	„Ich habe begonnen meinen Alkoholkonsum zu reduzieren.“ „Ich rauche seit mehreren Tagen nicht mehr.“ „Endlich habe ich angefangen, meine Tabletten abzusetzen.“	Lob und Anerkennung äußern für das Erreichte; die getroffene Entscheidung bestärken, z. B. durch Herausstreichen der positiven Konsequenzen für die Gesundheit; Unterstützung anbieten bei Rückfallgefahr.
Aufrechterhaltung In der Phase der Aufrechterhaltung hat die oder der Betroffene erfolgreich Veränderungen umgesetzt und bemüht sich, dieses Verhalten beizubehalten.	„Es ist mir wichtig, dass ich dabei bleibe, keinen Alkohol mehr zu trinken.“ „Jetzt rauche ich bereits seit einem Jahr nicht mehr. So soll es auch bleiben.“ „Ohne diese Medikamente fühle ich mich besser. Ich passe jetzt darauf auf, was mir verordnet wird.“	Gleicher Gesprächsinhalt wie in der Handlungsphase!
Rückfall In der Phase des Rückfalls nimmt der Betroffene wieder seinen Substanzkonsum auf und fällt ggf. auch wieder in alte Verhaltensmuster.	„Ich habe einige Monate nicht mehr/deutlich weniger getrunken/geraucht, aber jetzt ist alles wieder wie vorher.“ „Ich bin ohne mein Medikament auf Dauer nicht zurechtgekommen, deshalb habe ich es mir wieder verschreiben lassen.“	Gründe aufarbeiten für den Rückfall, alternative Verhaltensideen entwickeln; Erkenntnis vermitteln, dass man an bereits Erreichtes wieder anknüpfen kann; eventuell Informationen über andere, evtl. intensivere Hilfeangebote und Unterstützung bei der Auswahl.

(vgl. Keller et al. 1999; DHS, 2012a)

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Einführung eines Konzeptes für Interventionsgespräche

Insbesondere für den ambulanten Bereich ist es sinnvoll, die Gespräche mit den Betroffenen, aber auch mit der Pflegedienstleitung, mit den Angehörigen, mit dem Hausarzt bzw. der Fachärztin oder einer Suchtberaterin / einem Suchtberater zu koordinieren. Folgendes Modell zum Beispiel kann hilfreich sein und deutlich machen, wie wichtig es ist, klare Absprachen zu treffen und mögliche Konsequenzen zu formulieren. (Solche Interventionsgespräche geben in Anlehnung an die Konzeption der Betriebsvereinbarungen „Sucht am Arbeitsplatz“ eine Struktur für die Gespräche vor. Vgl. www.sucht-am-arbeitsplatz.de) Die motivierende Gesprächsführung wird mit konstruktivem Druck kombiniert, um die Betroffene oder den Betroffenen zum Handeln zu bewegen.

1. Die Pflegekraft hält Rücksprache mit der Pflegedienstleitung. Die Pflegekraft spricht die zu Pflegenden bzw. den zu Pflegenden in einem ruhigen und geschützten Rahmen an. Inhalte des Gesprächs sind neben der Anteilnahme die eigenen Beobachtungen, die Fakten und Hilfeangebote. (Wichtig: Bitte keine Diagnose stellen! Das ist Sache der Ärztin / des Arztes.) Eine Vereinbarung sollte getroffen und Konsequenzen sollten angekündigt werden, z. B.: „Wenn ich Sie wieder betrunken antreffe, muss ich mit meiner Vorgesetzten sprechen und Ihre Tochter und Ihren Arzt informieren.“
2. Für den Fall, dass die bzw. der zu Pflegenden die Absprache nicht einhält, sollte das Gespräch mit Angehörigen und Ärztin oder Arzt gesucht werden, die wiederum die zu Pflegenden bzw. den zu Pflegenden ansprechen. Die im Raum stehenden Konsequenzen können oft Wunder wirken (Tochter z.B.: „Solange du immer wieder betrunken bist, werde ich deine Enkel nicht mehr mitnehmen, wenn ich zu dir komme.“).
3. Bei weiteren substanzbezogenen Auffälligkeiten führen in einem dritten Schritt die Pflegedienstleitung und die Pflegekraft das Gespräch mit der bzw. dem zu Pflegenden. Eine weitere Vereinbarung (mit Konsequenz) wird getroffen.
4. Wenn erforderlich, suchen die Pflegedienstleitung und die Pflegekraft gemeinsam mit einer Suchtberaterin oder einem Suchtberater das Gespräch mit der bzw. dem zu Pflegenden. Am Ende steht die Androhung weiterer Maßnahmen, ggf. auch ein Auszug oder Umzug oder möglicherweise auch die Einsetzung einer Betreuung, wenn die Risiken für den Pflegedienst nicht mehr zu tragen sind.

(Diakonisches Werk, 2008)

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Vernetzung

Neben einer Zusammenarbeit mit dem Suchthilfe- und Suchtselbsthilfesystem ist für den ambulanten Bereich die Vernetzung mit der Eingliederungshilfe nach SGB XII empfehlenswert. Tagesstrukturierende Maßnahmen können suchtkranken oder suchtgefährdeten Menschen Halt geben (s. Fallbeispiel). Eine Tagespflege als Alternative zur stationären Pflege kann es der oder dem Betroffenen ermöglichen, im häuslichen Umfeld zu bleiben.



Tabak: Obst- statt Zigarettenpause

In einem Zentrum für Beatmung und Intensivpflege rauchen viele Pflegekräfte. Sie betreuen Bewohnerinnen und Bewohner, die meistens aufgrund einer langen Raucherkarriere eine Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) entwickelt haben und unter schwerer Atemnot leiden. „Doch einen Rückschluss auf die eigene Gesundheit ziehen die betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter merkwürdigerweise daraus nicht“, wundert sich die Pflegeleitung. Es wurde folgende Regel etabliert: Während der Arbeitszeit darf nicht geraucht werden, weder in der Einrichtung noch außerhalb. So steht es auch im Arbeitsvertrag. „Wenn die Pflegenden nach Rauch riechen würden, könnten sie unseren Kundinnen und Kunden ja nicht glaubwürdig vermitteln, dass sie nicht mehr rauchen dürfen“, so die Leiterin.

Bei der Tabakentwöhnung kommt Ihnen eine zentrale Rolle zu. Internationale Studien bestätigen, dass Interventionen durch das Pflegepersonal ein wirksamer Weg sind, um Rauchende zum Aufhören zu bewegen. Auch Ihre betagten Klientinnen und Klienten würden von einem Rauchstopp profitieren! Die gesundheitlichen Vorteile sind bekannt: So erhält der Körper zum Beispiel sofort mehr Sauerstoff, das Atmen fällt leichter, die körperliche Leistungsfähigkeit steigt, die Durchblutung vor allem in Armen und Beinen verbessert sich.

Zum Aufhören ist es also nie zu spät (DHS, 2012a; Schmitz, König, 2007).

Daher gilt auch für die Raucherentwöhnung im Alter: Ihre Klientin oder Ihr Klient muss es wollen. Aber immerhin gibt rund die Hälfte der Raucherinnen und Raucher in Umfragen an, im Grunde genommen mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Liegt eine solche Ambivalenz vor, kann ein Gespräch durchaus den Anstoß geben, einen (erneuten) Aufhörversuch zu starten (s. Kasten „Empfehlungen für das persönliche Gespräch“, S. 24) (Schmitz, König, 2007).

Für Menschen, die das Rauchen aufgeben wollen, gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote. Informationsbroschüren oder sog. Rauchertelefone mit ihren täglichen Sprechstunden können dabei helfen, einen Rauchstopp konkret zu planen und umzusetzen. Kurse zur Tabakentwöhnung bieten u.a. Krankenkassen, Krankenhäuser, Suchtberatungsstellen, Volkshochschulen oder freie Praxen an. In Kooperation mit einem externen Anbieter lässt sich sicher ein Tabakentwöhnungs-

kurs in Ihrer Einrichtung durchführen (s. a. Seite 55). Für andere passt ein internetbasiertes Ausstiegsprogramm besser. Motivieren und unterstützen Sie Ihre Klientinnen und Klienten, die Bewohnerinnen und Bewohner Ihrer Einrichtung in dem Wunsch, rauchfrei zu werden.

Noch etwas in „eigener Sache“: Vielleicht rauchen Sie selbst auch? Wussten Sie, dass der Anteil der Raucherinnen und Raucher unter den Pflegenden über dem der Gesamtbevölkerung liegt? Mehr als die Hälfte der Krankenpflegeschülerinnen und -schüler greifen zur Zigarette. Vielleicht haben auch Sie während der Ausbildung angefangen zu rauchen und es beibehalten, vielleicht als Ventil für die hohen psychischen und physischen Belastungen im Beruf? (Schmitz, König, 2007)

Es gibt auch für Sie gute Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören: Sie tun damit viel für Ihre eigene Gesundheit und können Ihre Rolle in der Gesundheitsförderung glaubwürdiger ausfüllen. Zudem behelligen Sie Mitarbeitende, Patientinnen und Patienten sowie Besucher und Besucherinnen nicht mit dem Qualm und setzen

Info

Vorteile eines Rauchstopps

- nach 20 Minuten: Puls und Blutdruck sinken auf normale Werte.
- nach 8 Stunden: Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt, der Sauerstoffpegel steigt auf normale Höhe.
- nach 24 Stunden: Das Herzinfarktrisiko geht bereits leicht zurück.
- nach 48 Stunden: Die Nervenenden beginnen mit der Regeneration, Geruchs- und Geschmackssinn verbessern sich.
- nach 2 Wochen bis 3 Monaten: Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.
- nach 1 bis 9 Monaten: Hustenanfälle, Verstopfung der Nasennebenhöhlen und Kurzatmigkeit gehen zurück. Die Lunge wird allmählich gereinigt, indem Schleim abgebaut wird.
- nach 1 Jahr: Das Risiko, dass der Herzmuskel zu wenig Sauerstoff erhält, ist nur noch halb so groß wie bei einem Raucher.
- nach 5 Jahren: Das Krebsrisiko (Lunge, Mundhöhle, Luft- und Speiseröhre) ist um die Hälfte zurückgegangen.

(American Cancer Society, 2013; DHS, 2012a)

sie nicht den Gefahren des Passivrauchens aus. Um Sie zu motivieren: Die meisten Ex-Raucherinnen und Ex-Raucher haben es nach eigenen Angaben ohne fachliche Hilfe und von heute auf morgen geschafft. Und dem schließlich erfolgreichen Rauchstopp gingen meistens mehrere Aufhörversuche voraus.

Gescheiterte Versuche sollten für Sie also kein Grund sein, es nicht noch einmal zu versuchen. Vor dem Ausstieg ist es allerdings wichtig, die eigenen Rauchgewohnheiten unter die Lupe zu nehmen und Handlungsalternativen zu entwickeln. Wenn Sie zum Beispiel nach dem Dienst starkes Verlangen nach einer Zigarette verspüren, könnten Sie, statt eine Zigarette anzustecken, die Joggingsschuhe anziehen. Vorausgesetzt, Sie laufen gerne. Vielleicht rauchen Sie immer, wenn Sie angespannt sind oder sich ärgern? Fragen Sie sich, wie Sie anders entspannen könnten. Die gemeinsame Zigarette mit Patienten und Angehörigen schafft vermeintlich Nähe – suchen Sie jedoch nach anderen Aufhängern für ein Gespräch. Derart vorbereitet, legen Sie einen Tag X fest, an dem Sie mit dem Rauchen aufhören wollen (DHS, 2012a; BZgA, 2011; DHS, 2011).

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Aufgabe der Leitung ist es, die Arbeitsbedingungen so weit wie möglich zu verbessern und eine andere Pausenkultur (Stichwort: Apfel- statt Zigarettenpause) zu schaffen. Stellen Sie zum Beispiel für Ihre Mitarbeitenden Obst und Getränke zur freien Verfügung. Vielleicht ist es Ihnen auch ein Anliegen, dass die gesamte Einrichtung „rauchfrei“ wird? Dann können Sie sich an das „Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ wenden (www.rauchfreie-krankenhaeuser.de). Dort erhalten Sie Unterstützung bei der Umsetzung von Gesundheitsschutz, Raucherberatung und Tabakentwöhnung, sowohl bezogen auf die Mitarbeitenden als auch auf die Patientinnen und Patienten. Ihre Bemühungen können Sie sich durch ein europäisches Zertifikat bestätigen lassen. Auch Schulungen für Pflegekräfte zu Tabakentwöhnung und motivierender Gesprächsführung bietet das Netzwerk an.



In eigener Sache: Wenn Pflegekräfte gefährdet sind

Krankenpflegekräfte, insbesondere in der Altenpflege, sind außerordentlichem Stress ausgesetzt – Sie kennen das sicher aus eigener Erfahrung, und Studien bestätigen es immer wieder. Schicht- und Nachtdienste, Personalabbau und Arbeitsverdichtung sowie das Gefühl, den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nicht mehr gerecht werden zu können – das belastet viele Pflegenden. Und wer gestresst, frustriert und erschöpft ist, greift eher zur Zigarette, zu Alkohol oder Tabletten, um sich kurzfristig Ablenkung zu verschaffen. So rauchen überdurchschnittlich viele Pflegenden (knapp 30 % gegenüber 25,7 % in der Gesamtbevölkerung) und jeder Zwölfte missbraucht Alkohol oder Medikamente, schätzen Experten. Aufgrund der Griffnähe scheint der Anteil der Medikamentenabhängigen bei Pflegenden – wie auch bei Ärzten – deutlich höher zu liegen als in der Allgemeinbevölkerung (Destatis, 2011; Mundle, 2007).

Zitat

„Ich wollte es jedem recht machen: den Patienten, dem Team, den Vorgesetzten. Ich konnte nicht nein sagen und habe mich zwischen den verschiedenen Interessen zerrieben. Den enormen Druck habe ich mit Alkohol heruntergeschluckt.“
(leitende Pflegekraft, die alkoholabhängig war)

Vielleicht fällt auch Ihnen eine Kollegin oder ein Kollege ein, bei der oder dem Sie einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit vermuten. Vielleicht haben Sie auch schon beobachtet, dass Ihr Team den betreffenden Mitarbeiter deckt, indem dessen Fehler „ausgebügelt“ werden, alle für ihn mitarbeiten, Vorkommnisse heruntergespielt werden? Versuchen Sie, dieses „Unterstützungssystem der Sucht“ zu durchbrechen! Sie befürchten Auseinandersetzungen, wollen die Kollegin oder den Kollegen nicht „verraten“? Sie haben Angst, den Betroffenen fälschlicherweise zu verdächtigen? (DHS, 2012d)

Machen Sie sich klar, dass damit den Betroffenen nicht geholfen ist. Diese sind auf Rückmeldungen angewiesen und müssen wissen, wie sie von anderen gesehen und erlebt werden. Je öfter sie angesprochen werden, desto größer ist

die Chance, dass sie ihren Alkohol- oder Tablettenkonsum hinterfragen und ändern wollen. Anregung: Suchen Sie das offene Gespräch! Wenn Sie gar nicht wissen, wie Sie den auffällig gewordenen Kollegen oder die Kollegin ansprechen sollen, schalten Sie den Betriebsrat oder eine Vorgesetzte bzw. einen Vorgesetzten ein. Auch wenn sich die Betroffenen angeschwärtzt fühlen: Sie helfen ihnen damit (DHS, 2012d).

Zitat

„Eine frühzeitige Ansprache kann manche Eskalation und manch langwierige Behandlung verhindern.“ (betrieblicher Suchtberater)

„Was ist los mit dir? Ich mache mir Sorgen um dich.“ So könnten Sie Ihre Kollegin oder Ihren Kollegen ansprechen. Wichtig ist es, auf Vorwürfe oder Schuldzuweisungen zu verzichten und sich darauf zu beschränken, eigene Gefühle und Beobachtungen mitzuteilen (s. motivierende Gesprächsführung / Kurzintervention, S. 24). Nennen Sie Beratungs- und Hilfeangebote in der Nähe (DHS, 2012d).

Wie sieht Ihr eigenes Trinkverhalten zu Hause aus? Keine Frage, Alkohol gilt in unserer Kultur als Genussmittel. **Doch Sie sollten die selbstverständliche Bedeutung von Alkohol immer mal wieder in Frage stellen.** Alkohol ist Genussmittel – und Zellgift, Rauschmittel und Suchtmittel zugleich. Seien Sie ehrlich gegenüber sich selbst: Haben Sie schon öfter versucht, sich mit Bier oder Wein aufzumuntern? Oder beruhigen Sie sich öfter mit einem Medikament, um schlafen zu können? Vielleicht fehlen Ihnen Strategien für den Alltag, um sich zu entspannen. Die Arbeitsbedingungen lassen sich nicht so schnell verändern, aber Sie können und sollten etwas für sich selber tun. Nur wenn Sie Gesundheitsförderung auch für sich selbst in Anspruch nehmen, können Sie ein überzeugendes Vorbild für Ihre pflegebedürftigen Klientinnen und Klienten sein. Und mit einer eigenen bewussten Einstellung zu Suchtmitteln fällt es Ihnen leichter, mit suchtkranken Patienten umzugehen (Die Schwester – Der Pfleger, 2012).

Info

Mögliche Auffälligkeiten bei Kolleginnen und Kollegen

- häufige Fehlzeiten
- unbegründete Abwesenheit am Arbeitsplatz
- häufiges Zuspätkommen
- Unzuverlässigkeiten, Termine werden versäumt
- starke Leistungsschwankungen bzw. schleichender Leistungsabbau
- starke Stimmungsschwankungen, Frustrationsintoleranz
- Konzentrationsschwierigkeiten
- sozialer Rückzug (DHS, 2012d)

Info

Mögliche Alarmsignale für die eigene Person

- Haben Sie öfter das Gefühl, dass Sie Ihren Alkohol- und Medikamentenkonsum verringern sollten?
- Hat jemand schon einmal Ihr Trinkverhalten kritisiert und Sie damit verärgert?
- Haben Sie sich schon einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen des Alkoholkonsums / der Tabletteneinnahme?
- Haben Sie schon einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?
- Verpassen oder vernachlässigen Sie ab und zu Dinge, die Ihnen eigentlich Spaß machen, weil Ihnen der Alkoholkonsum / die Tabletteneinnahme wichtiger ist? (DHS, 2012d)

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Handlungsempfehlungen in der Betriebsvereinbarung

Um eine kontinuierliche Ansprache zu gewährleisten und „konstruktiven Druck“ auszuüben, ist es ratsam, eine Betriebsvereinbarung samt Handlungsempfehlung in Ihrer Einrichtung zu entwickeln. Mit einem konsequenten Vorgehen wird der Druck von Intervention zu Intervention schrittweise erhöht, allerdings immer verbunden mit Hilfeangeboten. Weitere Informationen dazu können Sie der Broschüre „Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz“ entnehmen, herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Ebenfalls hilfreich ist es, einen Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin zur „Kontaktperson Sucht“ weiterzubilden, die erster Ansprechpartner / erste Ansprechpartnerin in Sachen Suchtgefährdung sowohl der Klienten als auch der Mitarbeiter sein kann. Als Leitung eines Pflegeunternehmens sollten Sie überdenken, wie der Alkoholkonsum der Mitarbeitenden generell in Ihrer Einrichtung gehandhabt wird. Feiern Sie Geburtstage oder Jubiläen während der Arbeitszeit mit Sekt, Wein oder Bier? Haben Sie bedacht, welchen Eindruck das auf Außenstehende macht? Und dass Sie den Ärger haben, wenn ein Arbeits- oder Verkehrsunfall passiert? Weil Alkohol als Nervengift die Hirntätigkeit beeinträchtigt, berauscht und damit das Unfallrisiko deutlich erhöht, sollte der Arbeitsplatz generell alkoholfrei bleiben (DHS, 2012d).

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Betriebliche Gesundheitsförderung

Am günstigsten ist es, Suchtberatung und Raucherentwöhnung in ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung einzubetten, um Nachhaltigkeit zu erreichen. Betriebliche Gesundheitsförderung beruht auf den Säulen Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung, Suchtfragen – wobei alle vier Bereiche miteinander zusammenhängen. Ansprechpartner sind zum Beispiel die Kassen – alle gesetzlichen Krankenkassen bezuschussen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz nach SGB V § 20 – oder die Berufsgenossenschaften. (Weitere Informationen: www.dhs.de/Arbeitsfelder/Arbeitsplatz)





Es lohnt sich! – In jedem Fall

Missbrauch und Abhängigkeit von Tabak, Medikamenten oder Alkohol gehen jeden etwas an. Egal ob in der Familie, im Freundeskreis oder im Arbeitsleben – Suchtprobleme sind allgegenwärtig: Kollegen versuchen immer wieder, mit dem Rauchen aufzuhören, bei einer Klientin stapeln sich die Pillenpackungen, eine Freundin trinkt auffällig viel Alkohol. Vielleicht befürchten Sie auch bei sich selber eine schleichende Abhängigkeit.

Überwinden Sie Ihre Scham und Ihre Scheu. Schauen Sie hin! Das muss nicht im Alleingang geschehen. Sie können mit Freunden, Kollegen, Vorgesetzten oder auch mit der Einrichtungsleitung über Ihre Beobachtungen und Befürchtungen sprechen. Klare Regelungen in der Einrichtung sorgen dafür, dass mit Suchtproblemen offen umgegangen wird und Hilfestellung möglich ist. Vertiefen Sie Ihre Kenntnisse mit Hilfe entsprechender Broschüren und Kontakte. Für weitere Unterstützung können Sie sich an ein Beratungstelefon wenden oder Sie kontaktieren eine der 1.800 Einrichtungen in Deutschland, die auf Substanzmissbrauch und -abhängigkeit spezialisiert sind.

Es lohnt sich – für den pflegebedürftigen Menschen, der Ihnen anvertraut ist, für Sie selber und nicht zuletzt für Ihre Einrichtung. Denn gelingt es, den Konsum einzuschränken oder sogar ganz aufzugeben, führt dies innerhalb kurzer Zeit zu einer Steigerung des Wohlbefindens – nicht nur allein des betroffenen Menschen, auch den Menschen in seiner Umgebung wird es besser gehen.

Weniger ist besser – das gilt auch für ältere und alte Menschen: **Es ist nie zu spät, ein Suchtproblem anzugehen. Und es ist nie zu früh, ein vermutetes Suchtproblem anzusprechen.** Auch wenn Sie sich nicht ganz sicher sind: Eine frühzeitige Ansprache erspart manch langwierige Behandlung und andere Folgen wie Trennung, Arbeitsplatzverlust oder (verstärkte) Pflegebedürftigkeit. Denn die Übergänge von riskantem und schädlichem Konsum bis hin zur Abhängigkeit sind fließend.

Jeder Kontakt kann helfen. Wir möchten Sie ermutigen, sich der substanzbezogenen Probleme anzunehmen und das Gespräch zu suchen mit den Betroffenen mit der Pflegedienstleitung mit den Kollegen und Kolleginnen – zahlreiche Fachstellen Suchthilfe unterstützen Sie gern.

Fakten-Check für Pflegekräfte

- Nehmen Sie das Verhalten der Bewohnerin / des Bewohners genau wahr. Folgende Symptome könnten auf Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten hindeuten: • Gangunsicherheit und wiederholte Stürze, • Zittern, • Schwindel, • kognitive Defizite (mangelnde Konzentration und nachlassende geistige Leistungsfähigkeit), • ausgeprägte Stimmungsschwankungen, • Aggressivität, • starke Unruhe, • Lethargie/Interesselosigkeit oder Vernachlässigung sozialer Kontakte, schließlich auch des Wohnbereichs und der Körperpflege (s. Kapitel 1).
- Haben Sie Ihre Beobachtungen präzise dokumentiert? Zeitpunkt, Umstände, Intensität, Dauer, Art und Konsequenzen der jeweiligen Auffälligkeit sollten genau erfasst werden (s. Kapitel 2).
- Halten Sie bei Auffälligkeiten Rücksprache mit der Pflegedienstleitung. Sprechen Sie eventuell auch die betroffene zu Pflegende oder den betroffenen Bewohner sowie die Angehörigen an (s. Kapitel 3).
- Nichtpharmakologische Maßnahmen – wie Biografiearbeit, Validation, Milieuthherapie, Aromatherapie, Basale Stimulation etc. – haben Vorrang vor dem Einsatz von Medikamenten.
- Unterrichten Sie die Ärztin / den Arzt, wenn trotz nichtpharmakologischer Maßnahmen das problematische Verhalten bestehen bleibt oder sich sogar verschlechtert.

(Pantel et al., 2006; DHS, 2012a; Diakonisches Werk, 2008)

Fakten-Check für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

- Haben Sie Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schon zu folgenden Themen Schulungen angeboten: Umgang mit suchtgefährdeten Patienten, motivierende Gesprächsführung und Psychopharmakagebrauch? (S. 11, 17, 24)
- Fordern Sie eine genaue Dokumentation ein! (S. 18)
- Überlegen Sie sich, ein Gesprächskonzept (Interventionsgespräche) für die Ansprache von Betroffenen zu etablieren. Das sollte auch in das Qualitätshandbuch, sofern vorhanden, aufgenommen werden (S. 24, 28).
- Haben Sie schon einmal an die Möglichkeit gedacht, eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter zur „Kontaktperson Sucht“ weiterzubilden? (S. 9, 38)
- Nehmen Sie mit örtlichen Suchthilfeeinrichtungen Kontakt auf. Für die ambulante Pflege kann es außerdem sehr hilfreich sein, sich mit der Eingliederungshilfe nach SGB XII zu vernetzen (Stichwort: Tagesstruktur) (S. 29).
- Als stationäre Altenpflegeeinrichtung sollten Sie Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten in Erwägung ziehen (S. 18).
- Wie steht es in Ihrer Einrichtung um regelmäßige Fallkonferenzen und Supervisionen? Ein solcher Austausch kann den Umgang mit verhaltensauffälligen Patientinnen und Patienten erleichtern und fördert ein gutes Arbeitsklima.



Zur Einleitung: Alkohol, Tabak, Psychopharmaka – kein Problem?

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012a): Substanzbezogene Störungen im Alter. Hamm (Informationen und Praxishilfen).

Download: www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2008): Sucht im Alter – Arbeitshilfe. Stuttgart.

Download: www.diakonie.de (Verlauf: „Über uns“, „Veröffentlichungen“, „Diakonie-Texte“). (Zugriff: 20.03.2013).

Kuhn, Silke; Haasen, Christian (2009): Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen: Abschlussbericht. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg.

Download: http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf (Zugriff: 20.03.2013).

Die Schwester – Der Pfleger (2012). Melsungen: Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft, 51 (3). Schwerpunktthema: Sucht in der Pflege.

Zum 1. Kapitel: Abhängigkeit im Alter: Ursachen und Symptome

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012a): Substanzbezogene Störungen im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).

Download: www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2008): Sucht im Alter – Arbeitshilfe. Stuttgart.

Download: www.diakonie.de (Verlauf: „Über uns“, „Veröffentlichungen“, „Diakonie-Texte“). (Zugriff: 20.03.2013).

Glaeske, Gerd (2008): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland. S. 73-95.

Koepe, Armin (2010): Medikamente im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2010): Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht: Neuland. S. 215-240.

Kuhn, Silke; Haasen, Christian (2009): Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen: Abschlussbericht. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg.
Download: http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf (Zugriff: 20.03.2013).

Schäufele, Martina (et al.) (2009): Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: Eine bundesweite repräsentative Studie. Sucht, 55 (5), Themenschwerpunkt: Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter, S. 202-302.

Schäufele, Martina (et al.) (2009): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen. Aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hrsg.): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für Good Practice. Stuttgart: Kohlhammer. S. 159-221.

Schmitz, Frank; König, Dieter (2007): Alkohol und Tabletten im Pflegeheim – was tun? Die Schwester – Der Pfleger, 46 (7), S. 586-590.

Die Schwester – Der Pfleger (2012). Melsungen: Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft, 51 (3). Schwerpunktthema: Sucht in der Pflege. Weyerer, Siegfried; Bickel, Horst (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

Zum 2. Kapitel: Was können Pflegekräfte tun?

Glaeske, Gerd; Schickedanz, Christel (2011): BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Zum 3. Kapitel: Medikamente: zu hoch dosiert und zu lange genommen

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007): Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit: Leitfaden für die ärztliche Praxis / in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Berlin.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007): Hinweise zur Behandlung von Patienten mit schädlichem Medikamentengebrauch und Medikamentenabhängigkeit. Berlin.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2013): Immer mit der Ruhe ...: Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010): Medikamente: Sicher und sinnvoll gebrauchen. Hamm. (Unabhängig im Alter – Informationen und Hilfen für ältere Menschen).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012b): Medikamente. Hamm. (Basisinformationen).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2011): Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel). Hamm. (Die Sucht und ihre Stoffe: Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe; 1).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012e): Schmerzmittel. Hamm. (Die Sucht und ihre Stoffe: Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe; 7).

→ Die Veröffentlichungen der DHS stehen als Download zur Verfügung: www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Fossey, J. (et al.) (2006): Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ 332 (7544), S. 756-761.

Glaeske, Gerd (2012): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich: Pabst. S. 102.

Glaeske, Gerd; Schickedanz, Christel (2011): BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Glaeske, Gerd (2008): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland. S. 73-95.

Höfert, Rolf (2011): Von Fall zu Fall – Pflege im Recht. 3., überarb. und erw. Auflage. Berlin: Springer.

Koepe, Armin (2010): Medikamente im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2010): Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht: Neuland. S. 215-240.

Pantel, J. (et al.) (2009): Optimierung der Psychopharmaka-Therapie im Altenpflegeheim (OPTimAL). Eine kontrollierte Interventionsstudie. Berlin: Logos-Verlag.

Pantel, J.; Bockenheiner-Lucius, G.; Ebsen, I. (2006): Psychopharmaka im Altenpflegeheim – Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt: Lang. (Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht; Bd. 3) (darin u.a. Skalen wie das Neuropsychologische Inventar – NPI und die Nursing Home Behavior Problem Scale – NHBPS).

Priscus-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke, 2010.
Download: www.priscus.net

Rumpf, Hans-Jürgen; Weyerer, Siegfried (2006): Suchterkrankungen im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: Neuland. S. 189-199.

Zum 4. Kapitel: Alkohol: Wo ist die Grenze?

BARMER GEK; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2013): Alkohol am Arbeitsplatz – Eine Praxishilfe für Führungskräfte. 3., überarb. Auflage. Wuppertal; Hamm. (BARMER GEK Praxisleitfaden „Alkohol am Arbeitsplatz“). www.barmer-gek.de/104240

Download: www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011): Alles klar? Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011): Alkoholfrei leben – Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen. Köln.

→ Die Veröffentlichungen der BZgA stehen als Download zur Verfügung: www.bzga.de (Rubrik: Suchtprävention). Die Broschüre ist kostenfrei bei der BZgA zu bestellen (BZgA, 51101 Köln; order@bzga.de).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012a): Substanzbezogene Störungen im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2013): Alles O.K. mit Alkohol? Informationen, Tests und Tipps zum Trinkverhalten. Hamm. www.barmer-gek.de/126977

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012f): Alkohol. Hamm. (Basisinformationen).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012g): Alkohol. Hamm. (Die Sucht und ihre Stoffe: Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe; 5).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010): Alkohol – Weniger ist besser. Hamm. (Unabhängig im Alter – Informationen und Hilfen für ältere Menschen).

→ Die Veröffentlichungen der DHS stehen als Download zur Verfügung: www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Interventionsmodell nach Hans-W. Nielsen. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2008): Sucht im Alter – Arbeitshilfe. Stuttgart.
Download: www.diakonie.de (Verlauf: „Über uns“, „Veröffentlichungen“, „Diakonie-Texte“). [Zugriff: 20.03.2013].

Keller, Stefan; Velicer, Wayne F.; Prochaska, James O. (1999): Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In: Keller, Stefan (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 17-44.

Miller, William R.; Rollnick, Stephan (1999): Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Schäufele, Martina (et al.) (2009): Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: Eine bundesweite repräsentative Studie. Sucht, 55 (5), Themenschwerpunkt: Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter, S. 202-302.

Seitz, Helmut K.; Bühringer, Gerhard; Mann, Karl (2008): Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland. S. 205-209.

Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis (2009). Geesthacht: Neuland. 55 (5). Themenschwerpunkt: Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter, www.alkohol-selbsttest.de (Expertentest und -ratgeber Alkohol – kurz: ExtrA –, entwickelt von der Universität Lübeck, mit ausführlichem Fragebogen, Auswertung und Feedback, begleitet von einer Broschüre als Selbsthilfemanual).

Zum 5. Kapitel: Tabak: Obst- statt Zigarettenpause

American Cancer Society: Guide to Quitting Smoking. Atlanta.
Download: <http://www.cancer.org/Healthy/Stayawayfromtobacco/Guidetoquittingsmoking/index> (Zugriff: 20.03.13).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011): Ja, ich werde rauchfrei. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011): Rauchfrei am Arbeitsplatz. Köln.

→ Die Veröffentlichungen der BZgA stehen als Download zur Verfügung: www.bzga.de (Rubrik: Suchtprävention). Die Broschüre ist kostenfrei bei der BZgA zu bestellen (BZgA, 51101 Köln; order@bzga.de).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012a): Substanzbezogene Störungen im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2011): Ich rauche. Ich rauche nicht. Ich werde ... rauchfrei! Hamm. www.barmer.gek.de/127144

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012h): Tabak. Hamm. (Basisinformationen).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010b): Tabak – Zum Aufhören ist es nie zu spät. Hamm. (Unabhängig im Alter – Informationen und Hilfen für ältere Menschen).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012c): Nikotin. Hamm. (Die Sucht und ihre Stoffe: Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe; 2).

→ Die Veröffentlichungen der DHS stehen als Download zur Verfügung: www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Die Schwester – Der Pfleger (2012). Melsungen: Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft, 51 (3). Schwerpunktthema: Sucht in der Pflege.

Zum 6. Kapitel: In eigener Sache: Wenn Pflegekräfte gefährdet sind

BARMER GEK; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2013): Alkohol am Arbeitsplatz – Eine Praxishilfe für Führungskräfte. 3., überarb. Auflage. Wuppertal; Hamm. (BARMER GEK Praxisleitfaden „Alkohol am Arbeitsplatz“) www.barmer-gek.de, Webcode 104240

Download: www.dhs.de (Rubrik: Infomaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012d): Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz. Hamm. (Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche).

Download: www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Prof. Dr. Götz Mundle, Oberbergkliniken. Zitiert in: Anke Nolte: „Sucht – Gefahr für Pflegenden?“ In: Heilberufe 6/2007, S. 50-52.

Die Schwester – Der Pfleger (2012). Melsungen: Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft, 51 (3). Schwerpunktthema: Sucht in der Pflege.

Statistisches Bundesamt (2011): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit 2009: Rauchgewohnheiten der Bevölkerung. Wiesbaden. www.destatis.de

Zum Fakten-Check für Pflegekräfte und für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012a): Substanzbezogene Störungen im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).

Download: www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial). Die Broschüre ist kostenfrei bei der DHS zu bestellen (s. S. 53).

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2008): Sucht im Alter – Arbeitshilfe. Stuttgart.

Download: www.diakonie.de (Rubrik: Texte). Die Arbeitshilfe ist kostenpflichtig zu bestellen beim Zentralen Vertrieb des Diakonischen Werkes der EKD, Tel. 0711/90216-50, vertrieb@diakonie.de

Pantel, J.; Bockenheiner-Lucius, G.; Ebsen, I. (2006): Psychopharmaka im Altenpflegeheim – Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt: Lang. (Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht; Bd. 3) (darin u.a. Skalen wie das Neuropsychologische Inventar – NPI und die Nursing Home Behavior Problem Scale – NHBPS).

Schwarz, S.; Frölich, L.; Deuschle, M. (2010): Schlafstörungen bei älteren Menschen: Ein unterdiagnostiziertes und überbehandeltes Syndrom. Der Internist, 51 (7), S. 914-922.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0,
Fax +49 2381 9015-30, info@dhs.de

www.dhs.de

Auf der Internetseite der DHS finden Sie u. a. im Menüpunkt „Bibliothek“ Literaturverzeichnisse und ein Angebot zur Online-Recherche.

www.suchthilfeverzeichnis.de

In diesem Verzeichnis aller Suchthilfeeinrichtungen werden auch spezielle Angebote für ältere Menschen angezeigt.

www.unabhaengig-im-alter.de

Diese Internetseite der DHS enthält aktuelle Zahlen und Fakten, Berichte und Informationen zum Themenbereich Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter.

Die Telefonseelsorge

bietet kostenlose und anonyme Beratung rund um die Uhr und kann geeignete Beratungsstellen nennen: Tel. 0800 1110111 oder 0800 1110222.

BARMER GEK

Postfach 110704, 10837 Berlin

www.barmer-gek.de

Auf der Internetseite der BARMER GEK erhalten Sie aktuelle Informationen und Broschüren auch zu weiteren Gesundheitsthemen.

www.barmer-gek.de/arztnavi

Finden, bewerten, weiterempfehlen. So finden Sie den Arzt, der zu Ihnen passt!

BARMER GEK Teledoktor* 0800 45 40 250**

Sie haben Fragen zu Ihrer Gesundheit, zu Medikamenten oder auch Therapien? Medizinische Experten beantworten Ihre Fragen rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche.

*Näheres zum Teledoktor finden Sie unter www.barmer-gek.de

**Anrufe aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz sind für Sie kostenfrei.

Bundesweite Sucht & Drogen Hotline 01805 313031

Mo. – So. von 0 – 24 Uhr
(0,14 €/Min. aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min., dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID)

Telefonische Drogennotrufstellen aus Berlin, Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Hamburg, Köln, München und Nürnberg haben sich zur Sucht & Drogen Hotline zusammengeschlossen und bieten bundesweit telefonische Beratung in Sucht- und Drogenfragen für Betroffene und ihre Angehörigen.

Aktionskreis Suchtprophylaxe AG Seniorinnen und Senioren

Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, Fachstelle Sucht, Bahnhofstr. 31, 75365 Calw, Tel. 07051/9361-6, peter.heinrich@bw-lv.de (dort auch Informationen zur Ausbildung „Kon-taktperson Sucht“)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) e.V.

www.dggpp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf (Zugriff: 20.03.2013)
(S3 – Leitlinie „Demenzen“ und weitere Informationen zu Demenz)

Weitere Informationen (für Ärztinnen und Ärzte) zu Alkohol, Medikamenten, Tabak und zur Raucherentwöhnung

(s. a. Literatur S. 43)

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007):

- Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit: Leitfaden für die ärztliche Praxis / in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Berlin.
- Hinweise zur Behandlung von Patienten mit schädlichem Medikamentengebrauch und Medikamentenabhängigkeit. Berlin.

Download: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.9147.9179.9184> (Zugriff: 20.03.2013)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2004):

Kurzintervention bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (Leitfaden). Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2013):

Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln.

- Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte. Hamm.
- Manual zum Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte. Hamm.

Priscus-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen.

Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke.
Download: www.priscus.net (Zugriff: 20.03.2013)

www.alkohol-selbsttest.de

(Expertentest und -ratgeber Alkohol – kurz: ExtrA –, entwickelt von der Universität Lübeck, mit ausführlichem Fragebogen, Auswertung und Feedback, begleitet von einer Broschüre als Selbsthilfemanual)

Kurse zur Tabakentwöhnung

Krankenkassen, Krankenhäuser, Volkshochschulen, freie Praxen u.a.m. bieten Kurse zur Tabakentwöhnung an. Die Kosten für die Teilnahme werden von den meisten Krankenkassen zu einem Teil

erstattet. Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über Kursangebote! Siehe auch unter www.rauchfrei-programm.de (Zugriff: 20.03.2013)

Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums

Tel. 06221 424200
Mo. – Fr. von 14.00 – 17.00 Uhr
Das Rauchertelefon bietet telefonische Beratung zur Raucherentwöhnung und Information über Behandlungsangebote für entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher.

BZgA-Beratungstelefon zur Raucherentwöhnung

Tel. 01805 313131
Mo. – Do. von 10.00 – 22.00 Uhr
Fr. – So. von 10.00 – 18.00 Uhr
(0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.)

www.rauchfrei-info.de

Ein interaktives Ausstiegsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Zugriff: 20.03.2013)

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V.

Pettenkoferstraße 16-18, 10247 Berlin, www.rauchfreie-krankenhaeuser.de und www.dnrfk.de (bieten auch Schulungen zum Thema „Sucht im Alter“ für Pflegekräfte an)

Kostenfreie Informationsmaterialien

(s. a. Literatur S. 43)

Die DHS gibt zahlreiche kostenlose Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien sind auch in größerer Stückzahl bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kostenfrei erhältlich. Alle Broschüren und Faltblätter stehen auf den Internetseiten als Download zur Verfügung und können direkt bestellt werden:

www.dhs.de (Rubrik: Informationsmaterial)
www.bzga.de (Rubrik: Suchtprävention)

Alternativ stehen Ihnen die folgenden Bestellwege offen:
per Post an: DHS, Postfach 1369, 59003 Hamm

per Fax an: +49 2381 9015-30
per E-Mail an: info@dhs.de

per Post an: BZgA, 51101 Köln
per Fax an: +49 221 8992257
per E-Mail an: order@bzga.de

Unser Dank für ihre Expertise gilt:**Prof. Dr. Johann Behrens**

Universität Halle-Wittenberg

Heike Dreier

Zentrum für Beatmung und Intensivpflege, Berlin

Dr. Dieter Geyer

Chefarzt an der Fachklinik Fredeburg

Harald Haynert

Universität Witten/Herdecke

Peter Heinrich

Fachstelle Sucht, Calw

Hans-Wilhelm Nielsen

Suchthilfezentrum Schleswig

Seija Olesen

Leitende Pflegekraft der Tagespflege Eiderblick

Christa Rustler

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen, Berlin

Norbert Schmelter

Pflege LebensNah gGmbH, Rendsburg

Stefan Vörös

Altenpfleger und Wohnbereichsleiter im Franziska-Schervier-Seniorenpflegeheim in Frankfurt

Prof. Dr. Siegfried Weyerer

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Reinhold Wischnewski

Pflegedienstleitung am Gertrud-Teufel-Seniorenzentrum in Nagold

Die Namen der Patientinnen und Patienten wurden aus Personenschutzgründen geändert.

Impressum**Herausgeber**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Postfach 1369, 59003 Hamm
Tel. +49 2083 9015-0
Fax +49 2083 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

BARMER GEK

Postfach 110704, 10837 Berlin

Konzeption und Text

Anke Nolte, Journalistenbüro, Berlin

Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann, DHS
Andrea Jakob-Pannier, BARMER GEK
Dr. Rüdiger Meierjürgen, BARMER GEK
Christa Merfert-Diete, DHS

Gestaltung

Volt Communication GmbH

Druck

Lensing, Ahaus

Auflage

2. Auflage, September 2013

2.63.09.13

Für die freundliche Unterstützung danken wir der:

BARMER
GEK die gesund
experten

Inhaltsangabe Pflegebroschüre

Im Alter passen viele Menschen ihren Lebensstil und ihre Gewohnheiten der sich verändernden Gesundheit an. Wenn der Konsum von Alkohol und Tabak und der Gebrauch abhängig machender Medikamente jedoch unverändert beibehalten oder aus unterschiedlichen Ursachen verstärkt werden, ist dieses Verhalten nicht ohne Risiko. Für den alternden Körper werden Alkohol, Tabak und Medikamente zur gesundheitlichen Belastung, weil die Organe ihre Abbaufähigkeit für Nervengifte zunehmend verlieren. Nicht wenige ältere Frauen und Männer haben außerdem schon in der Vergangenheit Alkohol und Tabak risikoreich konsumiert und sind möglicherweise abhängigkeitskrank.

In der häuslichen Pflege wie im Heim treffen Pflegekräfte auf Männer und Frauen mit substanzbezogenen Problemen. Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial können erkannt und damit verbundene Schwierigkeiten angesprochen werden. Eine Reduktion des Konsums oder eine Hilfestellung bei Abhängigkeitsproblemen lohnt sich jederzeit. Für Verhaltensänderungen ist es nie zu spät. Die Hilfebedürftigen steigern ihre Lebensqualität und den Pflegenden erleichtert es den Umgang mit ihnen.

Diese Broschüre wendet sich an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenpflege. Sie bietet Unterstützung an, Substanzprobleme zu erkennen und anzusprechen:

- Abhängigkeit im Alter: Ursachen und Symptome
- Alkohol- und Tabakkonsum
- Medikamentengebrauch
- Was können Pflegekräfte tun?
- Was sollten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen oder Träger der Altenpflegeeinrichtungen beachten?

Weitere Informationen: www.unabhaengig-im-alter.de



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de | www.dhs.de