

**UNABHÄNGIG IM ALTER
SUCHTPROBLEME SIND LÖSBAR**

Alkohol, Medikamente, Tabak

Informationen für die Altenpflege



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.

Alle Angaben wurden sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Dennoch ist es möglich, dass Inhalte nicht mehr aktuell sind. Bitte haben Sie deshalb Verständnis, dass wir für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts keine Gewähr übernehmen können. Für Anregungen und Hinweise sind wir stets dankbar.

Inhalt

Einleitung	
Alkohol, Tabak, Psychopharmaka – kein Problem?	2
Die Pflegekraft als wichtiges Bindeglied	4
1. Kapitel	
Abhängigkeit im Alter: Ursachen und Symptome	7
Alkohol und Medikamente im Stoffwechsel alter Menschen	8
2. Kapitel	
Was können Pflegekräfte tun? Interview mit einem Altenpfleger und Wohnbereichsleiter eines Seniorenpflegeheims	11
3. Kapitel	
Medikamente: Problematischen Konsum erkennen und ansprechen	15
4. Kapitel	
Alkohol: Wo ist die Grenze?	21
Veränderung als Prozess – Stadien der Veränderungsbereitschaft	26
5. Kapitel	
Tabak: Obstgenuss statt Zigarettenpause	31
6. Kapitel	
In eigener Sache: Wenn Pflegekräfte gefährdet sind	35
Ein Wort zum Schluss	
Hinschauen – Mut zeigen – aktiv werden	40
Fakten-Check	42
Literatur	44
Weitere Informationen	52

Einleitung

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. Vielleicht bereiten Ihnen diese Szenen auch ein mulmiges Gefühl. Sie fragen sich, ob das alles seine Richtigkeit hat, ob Sie etwas unternehmen sollen und was das sein könnte. Denn oft verläuft die Grenze zwischen notwendiger Therapie und Missbrauch oder zwischen Genuss und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Tabak fließend. Sowohl Missbrauch als auch Abhängigkeit kommen auch im höheren 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). Eine Abhängigkeit von Suchtmitteln bedeutet jedoch immer einen Verlust an Selbstbestimmung und schränkt die Lebensqualität der Betroffenen in jedem Lebensalter ein. Gelingt es aber – vielleicht mit Ihrer Hilfe – den problematischen Konsum einzuschränken oder sogar aufzuheben, steigt die Lebensqualität der Betroffenen deutlich (DHS, 2017a).

Daher sollte vielmehr die folgende Aussage wegweisend für Ihre Arbeit sein:

Es lohnt sich jederzeit!



Ein Entzug bzw. eine Entwöhnung ist für betagte und multimorbide Menschen sicherlich eine große Anstrengung. In der Altenpflege ist es daher nicht immer angebracht, eine Abstinenz anzustreben. Doch schon eine Reduktion des Konsums, oder der Anzahl der Medikamente (einschließlich der Psychopharmaka) kann dazu führen, dass Menschen wieder mehr am Leben teilnehmen können. Das kommt auch Ihnen als Pflegekraft zugute, denn eventuell nimmt die Pflegeintensität ab. Der Umgang mit der zu pflegenden Person wird leichter und die Gefahr verringert sich, dass es zu Unfällen, gewalttätigen Ausbrüchen, Vergiftungen oder zum Suizid kommt (Diakonisches Werk, 2008).

Es ist nachvollziehbar, dass man den Aufwand für eine solche Veränderung scheut. Doch das vergrößert die Gefahr der Bagatellisierung von Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtstoffen. Außerdem wird mitunter ein hohes Risiko in Kauf genommen, dass doch etwas passiert. Klientinnen und Klienten können beispielsweise unter Psychopharmaka-Einfluss stürzen und sich verletzen oder unter Alkoholeinfluss einen Wohnungsbrand auslösen. In solchen Fällen können Sie als Pflegekraft oder als Leitung der Pflegeeinrichtung zur Verantwortung gezogen werden. **Schauen Sie nicht weg!**



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)

Die Pflegekraft als wichtiges Bindeglied

Doch was können Sie konkret tun, wenn Sie Menschen pflegen, die offensichtlich zu viel Alkohol trinken, durch die Nebenwirkungen der Medikamente nicht mehr sie selbst oder von Medikamenten abhängig sind? Welche Handlungsspielräume haben Sie überhaupt angesichts von Zeitdruck und Arbeitsverdichtung? Diese Broschüre möchte Anregungen geben, die auch unter schwierigen Rahmenbedingungen praktikabel sind. Sie als Pflegekraft haben eine Schlüsselrolle inne: 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 Rauchen 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**

Eine Entwöhnungstherapie oder Beratung ist bei älteren Menschen genauso erfolgreich wie bei jüngeren. Mittlerweile ist auch unbestritten, dass eine Psychotherapie bei Seniorinnen und Senioren möglich und sinnvoll ist. Einige Suchtfachkliniken halten ambulante und stationäre Angebote für über 60-Jährige bereit (DHS, 2017a; Zeman, 2009).

**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 1.400 Einrichtungen zur Verfügung, die auf die Beratung von Menschen mit Alkohol- und anderen Abhängigkeitsproblemen spezialisiert sind (www.suchthilfeverzeichnis.de).



Kapitel 1

Abhängigkeit im Alter: Ursachen und Symptome

Eine Alkoholfahne, torkelnder Gang und lallende Sprache – nicht immer gibt es so deutliche Hinweise auf Substanzmissbrauch oder 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, 2017a)

„ 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)

Hinter einer Suchterkrankung verbirgt sich häufig psychisches Leid – entweder als Ursache oder als Folge der Sucht. Weitreichende Veränderungen, wie der Verlust der Eigenständigkeit, Erkrankungen in der Familie oder der Tod der Partnerin oder des Partners, ein Umbruch in sozialen Beziehungen und der Umzug ins Heim, belasten die alten Menschen. Viele werden von Schlaflosigkeit und chronischen Schmerzen geplagt. In manchen Fällen äußert sich eine Suchterkrankung als Spätfolge einer Traumatisierung. So kann die als traumatisch erlebte, häufig massive Hilflosigkeit von damals wiederauftauchen. Darum ist es auch wichtig, die Lebensgeschichte Ihrer Klientinnen und Klienten zu kennen (Schmitz, 2007).

Alkohol und Medikamente im Stoffwechsel alter Menschen

Der Stoffwechsel funktioniert bei alten Menschen langsamer. Darum führt dieselbe Menge Alkohol, die einst gut „weggesteckt“ wurde, bei betagten Menschen zu deutlich höheren Blutalkoholkonzentrationen und entsprechend stärkerer Wirkung. Auch Medikamente verbleiben bei älteren Menschen oft länger im Körper als bei jüngeren. Die Folge: Eine höhere Wirkstoffkonzentration als benötigt häuft sich im Körper an. Dadurch verstärken sich mitunter auch die Nebenwirkungen wie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Tagesmüdigkeit und Stürze. Verschärft wird die Situation zusätzlich dadurch, dass bei vielen älteren Menschen mehrere Krankheiten bestehen, für die Medikamente eingenommen werden müssen. Unerwünschte Wechselwirkungen zwischen den Präparaten werden wahrscheinlicher:

Daten aus dem Barmer Arzneimittelreport 2013 legen nahe, dass 33 % der über 65-Jährigen fünf bis sieben Wirkstoffe einnehmen, ein geringerer Prozentsatz auch mehr als acht! Neben- und Wechselwirkungen – auch die zwischen Alkohol und Medikamenten (s. S. 22) – können den Gesundheitszustand der Seniorinnen und Senioren noch zusätzlich verschlechtern (BARMER Arzneimittelreporte 2013 und 2018).

i

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

(Dilling et al., 2018)

Info: Wie viele alte Menschen sind abhängig?

1. Medikamentenabhängigkeit

- Zwischen 8 und 13 % der Generation 60 plus (etwa 1,7 bis 2,8 Millionen ältere Menschen) weisen einen problematischen Medikamentenkonsum auf.
- 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 (Koepe, 2010).

2. Alkoholabhängigkeit

- Die DHS geht aufgrund verschiedener Studien 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.
- Nach einer eher konservativen Schätzung sind in Deutschland ca. 400.000 über 60-Jährige von einer manifesten alkoholbezogenen Störung betroffen (Vgl. Weyerer, Schäufele, 2017).

Kernaussagen:

1. Mit zunehmendem Alter sinkt der Alkoholkonsum der Menschen, dafür steigt allerdings der Missbrauch von Psychopharmaka (Weyerer, Bickel, 2007).
2. Es lassen sich geschlechtsspezifische Muster beobachten: Im Vergleich zu älteren Männern liegt bei älteren Frauen deutlich seltener ein Alkoholmissbrauch vor, dafür sind sie häufiger von Medikamenten abhängig (Schäufele et al., 2009).

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

In Einrichtungen kann es sinnvoll sein, eine Beschäftigte oder einen Beschäftigten zur „Kontaktperson Sucht“ auszubilden. Diese Person 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 Ansprechperson für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Angehörige sein und schnell und kompetent Kontakte vermitteln. Hilfreich wäre eine entsprechende Ausbildung in Zusammenarbeit mit der örtlichen Suchtberatung. **Unter www.suchthilfeverzeichnis.de finden Sie alle Beratungsstellen und Fachkliniken, die Hilfe und Behandlung speziell für ältere Menschen anbieten.** QR-Code siehe Seite 16





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 Arzneimittelreport von 2013 zeigt auf, dass etwa jeder zweite Demenzerkrankte mit Neuroleptika behandelt wird und dass die Verordnungen bei Menschen mit Demenz um das 1,5-Fache erhöht sind. Und das, obwohl bekannt ist, dass die Einnahme von Psychopharmaka zusätzlich die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt und weitere Risiken nach sich zieht. Heißt das also, verhaltensauffällige Menschen werden mit Psychopharmaka einfach beruhigt?

„Ja, das beobachten wir inzwischen häufiger. Problematisch ist dabei, dass die Demenzerkrankung nicht immer richtig diagnostiziert wird. 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? Oder aber sind die kognitiven Defizite die Folge der Medikamenteneinnahme? Auch das sollte bedacht werden. Möglicherweise wurde bei der Diagnose kein Neurologe zu Rate gezogen.“

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

„Die Pflegekräfte sollten ihre Beobachtungen und Eindrücke einer Neurologin oder einem Neurologen mitteilen. Dabei geht es nicht darum, dem Arzt seine Arbeit abzunehmen. Doch Ärzte sind auf Rückmeldungen zu einer Therapie angewiesen und wenn der Patient das nicht selbst machen kann, so sollten Pflegekräfte sich trauen. Häufig lässt sich die Medikation gefahrlos herunterdosieren, so dass die Pflegebedürftigen 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 korrekte 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? Hat sich etwas verändert? 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 senden.“

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 Verbandwechsel? 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 des Bewohners und von auskunftsfreudigen Angehörigen 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.“

Sie legen in Ihrer Einrichtung großen Wert auf Biografiearbeit. Wie kann das Wissen um die Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner in Ihrer täglichen Arbeit nützen?

„Bei uns hat die Biografiearbeit in der Tat 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: Problematischen Konsum erkennen und ansprechen

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 herunterdosiert, 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.

Vielleicht sind Sie unsicher, ob es sich bei einer Klientin oder einem Klienten um krankheits- oder altersbedingte Veränderungen oder problematischen Medikamentenkonsum handelt. Häufig ist der Medikamentenkonsum bei alten Menschen nicht aus bewusstem Antrieb missbräuchlich. Es sind die Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente oder die sich durch den verlangsamten Stoffwechsel aufbauenden Wirkspiegel, die die Einnahme erst problematisch werden lassen. Doch egal aus welchem Grund ein problematischer Medikamentenkonsum vorliegt, er sollte nicht ignoriert werden.

Bei folgenden Anzeichen sollten sie aufmerksam werden: eine Bewohnerin oder ein Bewohner stürzt häufig (bzw. häufiger als früher), wirkt apathisch, unruhig, müde oder depressiv und vernachlässigt sich selbst und den Haushalt. Trauen Sie sich, den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin darauf anzusprechen. Zwar ist eine Verordnung Sache der Ärztinnen und Ärzte. Doch das bedeutet nicht, dass Sie damit aus der Verantwortung entlassen wären.

Durch die Nähe zu den pflegebedürftigen Menschen stehen Sie an der Schnittstelle zwischen Patientinnen sowie Patienten und ärztlichem Personal. Sie haben täglich Kontakt mit Ihren Klientinnen und Klienten. Sie nehmen wahr, wie diese sich im Alltag verhalten, während die Mediziner zu behandelnde Personen 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 oder der Ärztin 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 oder Verrat zu tun. 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. S. 17) oder auch die PRISCUS-Liste (www.priscus.net). Sie ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitete Liste von Arzneimitteln, die sich als potenziell ungeeignet 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, wie zum Beispiel:

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

Es konnte gezeigt werden, dass nach zwölf Monaten psychosozialer Betreuung Verordnungen von Psychopharmaka um fast 20 % zurückgingen (Fossey et al., 2006). Sind die betroffenen Seniorinnen und Senioren noch einigermaßen selbstständig, etwa im Pflegegrad 1 oder 2, ist also durchaus ein Entzug der Medikamente in Erwägung zu ziehen. Machen Sie Ihren Klientinnen und Klienten und deren Angehörigen Mut! Weisen Sie darauf hin, dass die Prognose für ältere Menschen genauso gut ist wie für jüngere:

Etwa 60 % der betagten Benzodiazepin-Abhängigen schaffen es mit Hilfe einer Suchtbehandlung, 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 deutlich verbessern (DHS, 2017a; Rumpf, Weyerer, 2006).



Unter www.suchthilfeverzeichnis.de finden Sie alle Beratungsstellen und Fachkliniken, die Hilfe und Behandlung speziell für ältere Menschen anbieten.

Info: Empfehlungen zum Umgang mit Psychopharmaka

- Ärztliches Personal und Pflegende sollten bei jedem problematischem 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 Seniorinnen und 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. a. 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 Merktzettel in die Patientenakte mit dem Hinweis, dem Arzt bzw. der Ärztin 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 4-K-Regel finden Sie unter www.medikamente-und-sucht.de oder unter www.barmer.de/s000051



Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Erreichbare Ärztinnen und Ärzte

Die Zahlen in den stationären Einrichtungen machen deutlich, dass sich insbesondere Alten- und Pflegeheime dafür verantwortlich fühlen sollten, dass ihre Bewohner und Bewohnerinnen angemessen mit Psychopharmaka behandelt werden. Daher ist es zu empfehlen, Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Fachärztinnen und -ärzten abzuschließen oder einen eigenen Heimarzt oder eine Heimgärztin zu beschäftigen.



Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Schulung des Pflegepersonals

Wissen gibt Sicherheit! 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. Das zeigen auch Untersuchungen der Universität Frankfurt/Main in Zusammenarbeit mit zwei Alten- und Pflegeeinrichtungen: 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 Verlaufsdocumentation sein, etwa mit Hilfe etablierter Skalen wie des NPI (Neuropsychiatrisches Inventar) (Cummings et al., 1994) oder der NHBPS (Nursing home behavior problem scale) (Ray et al., 1992) (Pantel et al., 2006).

Info: Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial

Untersuchungen lassen vermuten, dass die ärztlichen Verordnungen von Medikamenten nicht immer angemessen erfolgen: Die Dosis ist oft zu hoch, die Dauer zu lang, die Medikation erfolgt häufig ohne klare medizinisch-psychiatrische Indikation.*

Psychopharmaka erhöhen die Sturzgefahr um über 60 %, schränken die kognitiven Fähigkeiten alter Menschen zusätzlich ein und Benzodiazepine weisen ein hohes Abhängigkeitspotenzial auf. Bei über drei Viertel aller Medikamentenabhängigen sind Benzodiazepine beteiligt. Sie 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). Das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial steht laut WHO auf derselben Stufe wie das der Benzodiazepine.

Unter den Benzodiazepinen entsteht durch Einnahme langwirksamer Präparate ein weiteres Problem: Weil im Alter Medikamente langsamer aufgenommen, verteilt und abgebaut werden, kann es zu sogenannten „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 zu schnell mit Medikamenten behandelt. So zeigen die BARMER Arzneimittelreporte 2011 und 2016 (s. Tabelle S. 18), dass der Anteil älterer Menschen, denen Schlafmittel verordnet werden, mit zunehmendem Alter kontinuierlich steigt. Da Schlafstörungen im Alter aber selten akuter Natur sind, müssen sie nicht mit Medikamenten behandelt werden, sondern bedürfen einer genauen Analyse und nachhaltigen Behandlung.



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).

Eine wichtige und gleichzeitig schwer zu beantwortende Frage ist: Wo ist die Grenze? Wie viel Alkohol können wir in unserer Einrichtung, in unserem Dienst tolerieren? Wenn ein 86-jähriger Herr in einem Altenheim jeden Tag drei Flaschen Bier trinkt und es ihm dabei gut geht, handelt es sich trotzdem objektiv betrachtet 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 weder sich noch andere gefährdet, er seinen Konsum nicht steigert und dieser nicht mit der Einnahme von Medikamenten kollidiert, können Sie moderates Trinken – ohne moralisierende Wertung – tolerieren (Schmitz, 2007). Wenn eine Reduktion des Konsums für den Betroffenen oder die Betroffene in Frage kommt, sollte das angestrebt werden.

Andererseits sollten alle Beteiligten bei augenscheinlichen 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 oder die Betroffene auf seinen bzw. ihren 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).

i**Info: Wie lang besteht 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 Suchtfachkliniken haben spezielle Angebote für Seniorinnen und Senioren entwickelt (s. www.suchthilfeverzeichnis.de). Bei Interesse lohnt es sich, in den Einrichtungen nachzufragen, ob auch Patientinnen und Patienten mit Pflegestufe 1 aufgenommen werden (DHS, 2017a).



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). Diese Menge entspricht einem bzw. zwei kleinen Gläsern Bier (0,25l) oder Wein (0,1 l) (Seitz, Bühringer, Mann, 2008; John, Seitz, 2018).



Info: Vorsicht! Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten

Alkohol potenziert die Wirkung aller Psychopharmaka! 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 Patientinnen und Patienten abgeraten. Dennoch, so zeigt der BARMER Arzneimittelreport 2011, 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 Patientinnen oder 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[®]) und Zopiclon (z. B. Ximovan[®]), 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 (Miller, 1999) liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen (auch mit Suchtproblemen) nicht prinzipiell unmotiviert sind, etwas zu ändern. Sie sind häufig ambivalent (s. nächste Seite „Stadien 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 Sie 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, 2017a).



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.

(Vgl. Keller et al. 1999; DHS, 2017a)

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 geben 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.“	Ausführlichere Informationen über Wege der Veränderung und Unterstützungsangebote (Selbsthilfe, Beratungs- und Therapieangebote) geben; Unterstützung bei der Entscheidung für das individuell angemessene Hilfeangebot.

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



Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Einführung eines Konzeptes für Interventionsgespräche

Damit Interventionsgespräche eine Wirkung haben können, muss eine klare Linie verfolgt werden. Das im Folgenden beschriebene Modell legt dar, wie ein Vorgehen Schritt für Schritt ablaufen könnte und welche Konsequenzen für die zu pflegende Person beispielhaft aufgezeigt werden können. Die Art des Gesprächsaufbaus ist angelehnt an das Vorgehen bei Suchtproblemen am Arbeitsplatz (weitere Informationen unter **www.sucht-am-arbeitsplatz.de**). Die Motivierende Gesprächsführung wird mit konstruktivem Druck kombiniert, um die Betroffene oder den Betroffenen zum Handeln zu bewegen. Insbesondere für den ambulanten Bereich ist es sinnvoll, die Gespräche nicht nur mit den Betroffenen zu führen, sondern die Pflegedienstleitung, die Angehörigen, aber auch den Haus- bzw. Facharzt oder -ärztin und/oder eine Suchtberaterin/ einen Suchtberater in das Vorgehen miteinzubeziehen.

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 sagt z. B.: „Solange du immer wieder betrunken bist, kann ich deine Enkel nicht mehr mitbringen, 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 anstreben

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, S. 21). Eine Tagespflege als Alternative zur stationären Pflege kann es der oder dem Betroffenen ermöglichen, im häuslichen Umfeld zu bleiben.



Tabak: Obstgenuss 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, 2017a; Schmitz, 2007).

Wie bei allen Entwöhnungen 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, mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Liegen solch eine Absichtserklärung und ein Entwöhnungswunsch vor, können ein Gespräch und die persönliche Unterstützung durchaus den Anstoß geben, einen (erneuten) Aufhörversuch zu starten (s. Kasten „Empfehlungen für das persönliche Gespräch“, S. 24) (Schmitz, 2007).

Es gibt zahlreiche unterstützende Angebote, die beim Abschied von der Zigarette helfen. Mit Informationsbroschüren, Büchern, Internetgruppen oder sog. Rauchertelefonen mit ihren täglichen Sprechstunden kann der Rauchstopp konkret geplant und umgesetzt werden. Krankenkassen, Krankenhäuser, Suchtberatungsstellen, Volkshochschulen oder freie Praxen bieten Kurse zur Tabakentwöhnung an. Vielleicht bietet sich für Ihre Einrichtung ein Tabakentwöhnungskurs in Kooperation mit einem externen Anbieter an (s. a. Seite 53–54). Vielleicht passt aber auch ein internetbasiertes Ausstiegsprogramm besser. Motivieren und unterstützen Sie Ihre Klientinnen und Klienten, die Bewohnerinnen und Bewohner Ihrer Einrichtung, aber auch Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in dem Wunsch, rauchfrei zu werden.

Wussten Sie, dass der Anteil der Raucherinnen und Raucher unter den Pflegenden über dem Durchschnitt 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 sogar insgeheim als Ventil für die hohen psychischen und physischen Belastungen im Beruf? (Schmitz, 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 setzen Sie Mitarbeitende, Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher 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.

Sollten Sie also bereits das ein oder andere Mal nach einem Versuch der Abstinenz wieder zur Zigarette zurückgekehrt sein, sollte Sie das nicht davon abhalten, es ein weiteres Mal zu versuchen. Um die Chancen für einen erfolgreichen Ausstieg zu erhöhen, ist es empfehlenswert, die eigenen Rauchgewohnheiten unter die Lupe zu nehmen und Handlungsalternativen zu entwickeln. Machen Sie sich bewusst, in welchen Situationen Sie bevorzugt zur Zigarette greifen, wann das Verlangen am größten ist. Ist das zum Beispiel direkt nach Dienstschluss, so sollten Sie sich eine Alternative überlegen. Treiben Sie gerne Sport – machen Sie das eine Weile automatisch nach der Arbeit. Vielleicht rauchen Sie immer, wenn Sie angespannt sind oder sich ärgern? Überlegen Sie sich andere angenehme Methoden, wie Sie entspannen könnten, und schreiben Sie diese auf. Derart vorbereitet, legen Sie einen Tag X fest, an dem Sie mit dem Rauchen aufhören wollen (DHS, 2017a; BZgA, 2011a; DHS, 2011).

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, 2017a)

Eine Empfehlung für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Die Aufgabe der Einrichtungsleitung ist es, die Voraussetzungen für ein gutes und gesundes Arbeitsumfeld zu schaffen. Ein Aspekt ist die Implementierung einer gesunden Pausenkultur (Stichwort: Apfel- statt Zigarettenpause). Stellen Sie zum Beispiel für Ihre Mitarbeitenden Obst und Getränke zur freien Verfügung. Es sollte Ihnen ein Anliegen sein, dass die gesamte Einrichtung „rauchfrei“ wird. Unterstützung dafür erhalten Sie beim „Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (www.dnrfk.de). Sie erhalten dort Informationen, wie Sie sowohl in Bezug auf Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch auf Ihre Klientinnen und Klienten, Ihre Patientinnen und Patienten Gesundheitsschutz umsetzen können, zur Raucherberatung und Tabakentwöhnung. Ihre Einrichtung kann sich auch zertifizieren lassen, was ein Anreiz für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darstellen könnte. Zudem bietet das Netzwerk auch Schulungen für Pflegekräfte zu Tabakentwöhnung und Motivierender Gesprächsführung 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 ausreichend gerecht werden zu können – das belastet viele Pflegenden. Gestresst, frustriert und erschöpft greift man eher zur Zigarette, zu Alkohol oder Tabletten, um sich kurzfristig Ablenkung zu verschaffen. So rauchen überdurchschnittlich viele Pflegenden. Laut Mikrozensus 2013 rauchen 30 % der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, 36 % der Krankenpflegehelferinnen und -helfern sowie 42 % des Personals in der Altenpflege (gegenüber 24 % in der Gesamtbevölkerung) (Statistisches Bundesamt, 2015; Datenreport 2016). Eine Befragung von Kolleginnen und Kollegen ergab, dass etwa 23,5 % Medikamente missbrauchen und ein noch größerer Prozentsatz Alkohol (Abeler, 2014). Auch aufgrund der Griffnähe scheint der Anteil der Medikamentenabhängigen bei Pflegenden – wie auch bei Ärztinnen und Ärzten – deutlich höher zu liegen als in der Allgemeinbevölkerung (Destatis, 2011; Mundle, 2007).

” Ich wollte es jedem recht machen: den Patienten und den Angehörigen, dem Team und den Vorgesetzten. Ich habe es nicht geschafft, nein zu 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 Sie selbst oder andere aus Ihrem Team die betreffende Person aus dem Kollegenkreis decken, indem dessen Fehler „ausgebügelt“ werden, alle für ihn mitarbeiten, Vorkommnisse heruntergespielt werden? Sie befürchten Auseinandersetzungen und wollen die Kollegin oder den Kollegen nicht „verraten“? Sie haben Angst, den Betreffenden bzw. die Betreffende fälschlicherweise zu verdächtigen? Auch wenn dieses Verhalten absolut nachvollziehbar ist, helfen Sie dem Betroffenen/der Betroffenen damit nicht. Sie müssen vielmehr erfahren, wie sie von anderen wahrgenommen und erlebt werden.

Je häufiger sie auf die Veränderungen, den Konsum oder Fehler bei der Arbeit angesprochen werden, desto größer ist die Chance, dass sie ihren Alkohol- und Tablettenkonsum hinterfragen, einsehen, dass etwas passieren muss, und selbst etwas ändern

wollen. Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass Sie aus dem „Unterstützungssystem der Sucht“ heraustreten. Im besten Fall suchen Sie das offene Gespräch. Sollten Sie gar nicht wissen, wie Sie die Kollegin oder den Kollegen ansprechen sollen, holen Sie sich Unterstützung. Teilen Sie dem Betriebsrat oder einer Vorgesetzten bzw. einem Vorgesetzten Ihre Bedenken mit. Der oder die Betroffene mag sich angeschwärtzt fühlen, doch Sie tun das Richtige (DHS, 2017c; DHS, 2016i).



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. Verzichten Sie dabei auf Vorwürfe oder Schuldzuweisungen und beschränken Sie sich darauf, eigene Gefühle und Beobachtungen mitzuteilen (s. Motivierende Gesprächsführung/Kurzintervention, S. 24–27). Nennen Sie Beratungs- und Hilfeangebote in der Nähe (DHS, 2017c).

Haben Sie schon einmal Ihr eigenes Trinkverhalten zu Hause genauer angesehen? Ganz klar, Alkohol gilt in unserer Kultur als Genussmittel. Dennoch sollten Sie die selbstverständliche Bedeutung von Alkohol immer wieder hinterfragen. Alkohol ist einerseits Genussmittel. Andererseits ist es Zellgift, Rauschmittel und Suchtmittel. 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, wirken Sie als authentisches Vorbild für Ihre pflegebedürftigen Klientinnen und Klienten sowie Kolleginnen und Kollegen. Und mit einer eigenen bewussten Einstellung zu Suchtmitteln fällt es Ihnen leichter, mit suchtkranken Patientinnen und 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, geringe Frustrationstoleranz
- Konzentrationsschwierigkeiten
- sozialer Rückzug
(DHS, 2017c; DHS, 2016i)

**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, 2017c)



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. Sie kann der erste Ansprechpartner/die erste Ansprechpartnerin in Sachen Suchtgefährdung sowohl für die betreffenden Mitarbeitenden selbst als auch für die Kolleginnen und Kollegen sein.

Als Leitung eines Pflegeunternehmens sollten Sie überdenken, wie der Alkohol- und Nikotinkonsum 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 Probleme, Ärger und zusätzliche Arbeit 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, 2017c).



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 ineinander greifenden Säulen Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung, Suchtfragen. Auskunft geben zum Beispiel die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Diese, ebenso wie alle gesetzlichen Krankenkassen, bezuschussen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz nach SGB V § 20.

Weitere Informationen: www.sucht-am-arbeitsplatz.de



Ein Wort zum Schluss

Hinschauen – Mut zeigen – aktiv werden

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.

Schauen Sie hin! Überwinden Sie Ihre Scham und Ihre Scheu. Das muss nicht im Alleingang geschehen. Sie können mit Kolleginnen und 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 1.400 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 aller direkt und indirekt beteiligten Personen.

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 der Suchthilfe unterstützen Sie gern.

Fakten-Check

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 bzw. die betroffene Bewohnerin sowie die Angehörigen an (s. Kapitel 4).
- Nichtpharmakologische Maßnahmen – wie Biografiearbeit, Validation, Milieutherapie, 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, 2017a; Diakonisches Werk, 2008)

Fakten-Check für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

- Haben Sie Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schon zu folgenden Themen Schulungen angeboten: Umgang mit suchgefährdeten 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. 38).
- Als stationäre Altenpflegeeinrichtung sollten Sie Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Fachärzten und -ärztinnen 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.

Literatur

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017a): Suchtprobleme im Alter. Hamm (Informationen und Praxishilfen).

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2008): Sucht im Alter – Arbeitshilfe. Stuttgart. Download: <https://www.diakonie.de/diakonietexte/102008-sucht-im-alter-arbeitshilfe/>, (Zugriff: 11.10.2019).

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: 11.10.2019).

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

Zeman, Peter (2009): Sucht im Alter. Informationsdienst Altersfragen, Heft 3, S. 10–14. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017a): Suchtprobleme im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2008): Sucht im Alter – Arbeitshilfe. Stuttgart. Download: <https://www.diakonie.de/diakonietexte/102008-sucht-im-alter-arbeitshilfe/>, (Zugriff: 11.10.2019).

Glaeske, Gerd; Schick Tanz, Christel (2013): BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Berlin. Download: <https://www.barmer.de/blob/37360/df1fe0398cdcb1d7a2787bad20b1f042/data/pdf-arzneimittelreport-2013.pdf>, (Zugriff: 16.06.2020)

Grandt, Daniel; Lappe, Veronika; Schubert, Ingrid (2018): Arzneimittelreport 2018. Berlin. Download: <https://www.barmer.de/blob/159166/b9999fb6ca0a7b98f523c70dbc29c251/data/dl-report-komplett.pdf>, (Zugriff: 16.06.2020).

Koeppe, Armin (2010): Medikamente im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): 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: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/ZIS_Langfassung_Sucht_Pflege.pdf, (Zugriff: 16.06.2020).

Schäufele, Martina (et al.) (2009): Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: Eine bundesweite repräsentative Studie. In: 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.

Statistisches Bundesamt (2017): Bericht: Pflegestatistik 2015. Wiesbaden.

Weyerer, Siegfried; Bickel, Horst (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

Weyerer, Siegfried; Schäufele, Martina (2017): Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen im höheren Alter. In: Sucht, 63(2), S. 69–80.

Zum 2. Kapitel: Was können Pflegekräfte tun?

Glaeske, Gerd; Schick Tanz, Christel (2013): BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Berlin. Download: <https://www.barmer.de/blob/37360/df1fe0398cdbc1d7a2787bad20b1f042/data/pdf-arzneimittelreport-2013.pdf>, (Zugriff: 16.06.2020).

Zum 3. Kapitel: Medikamente: Problematischen Konsum erkennen und ansprechen

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.

Cummings, Jeffrey (et al.) (1994): *Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. *Neurology*, 44, S. 2308-2314.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017a): *Suchtprobleme im Alter*. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).

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.) (2012a): *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.) (2016): *Medikamentenabhängigkeit – Informationen und Hilfen*. Hamm.

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

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; Schick Tanz, Christel (2011): *BARMER GEK Arzneimittelreport 2011*. Schwäbisch Gmünd. Download: <https://www.barmer.de/blob/36436/1cead1cd0eff75123de78c0286fafad0/data/pdf-arzneimittelreport-2011.pdf>, (Zugriff: 16.06.2020)

- 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.
- Grandt, Daniel; Schubert, Ingrid (2016): BARMER GEK Arzneimittelreport 2016. Berlin. Download: <https://www.barmer.de/blob/36730/5d1b2964c4fe2dc9de815c357fda7dc8/data/pdf-arzneimittelreport-2016.pdf>, (Zugriff: 16.06.2020).
- Höfert, Rolf (2011): Von Fall zu Fall – Pflege im Recht. 3., überarb. und erw. Auflage. Berlin: Springer.
- 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: <http://www.priscus.net/>, (Zugriff: 11.10.2019)
- Ray, W. A. et al. (1992): The nursing home behavior problem scale. *Journals of Gerontology*, 47(1).
- 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?

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017a): Suchtprobleme im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).
- BARMER; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2013): Alkohol am Arbeitsplatz – Eine Praxishilfe für Führungskräfte. 3., überarb. Auflage. Wuppertal; Hamm. (BARMER Praxisleitfaden „Alkohol am Arbeitsplatz“). Download: <https://www.barmer.de/a002955>, (Zugriff: 11.10.2019).

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2015): Alkoholfrei leben – Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen. Köln. Download: <https://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/alkoholfrei-leben/>, (Zugriff: 11.10.2019).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017a): Suchtprobleme im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2013/2015): Alles O.K. mit Alkohol? Informationen, Tests und Tipps zum Trinkverhalten. Hamm.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2012f/2017): 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).
- Glaeske, Gerd; Schick Tanz, Christel (2011): BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. Schwäbisch Gmünd. Download: <https://www.barmer.de/p001862>, (Zugriff: 11.10.2019).
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2008): Sucht im Alter – Arbeitshilfe. Stuttgart. Download: <https://www.diakonie.de/diakonie-texte/102008-sucht-im-alter-arbeitshilfe/>, (Zugriff: 03.05.2018).
- John, Ulrich; Seitz, Helmut K. (2018): Alkoholumgang: Konsum bedeutet immer Risiko. In: Deutsches Ärzteblatt, 115(14), S. A640–A644.
- 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 i. Br.: Lambertus. S. 17–44.
- Miller, William R.; Rollnick, Stephan (1999): Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Schäufele, Martina (et al.) (2009): Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: Eine bundesweite repräsentative Studie. In: 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.

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

Zum 5. Kapitel: Tabak: Obstgenuss statt Zigarettenpause

American Cancer Society: Guide to Quit Smoking. Atlanta. Download: <https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/guide-quit-smoking.html>, (Zugriff: 18.06.2020).

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

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017a): Suchtprobleme im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2011): Ich rauche. Ich rauche nicht. Ich werde ... rauchfrei! Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017b): 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).

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

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

Abeler, J. (2014): Das sagen die Experten: Sucht darf kein Tabuthema sein! In: Heilberufe/Das Pflegemagazin, 66(11), S. 47.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; BARMER (Hrsg.) (2019): Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017c): Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Hamm. (Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2016i): Das Gespräch unter Kolleginnen und Kollegen – Eine Praxishilfe für die Suchtarbeit im Betrieb. Hamm.

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

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

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

Statistisches Bundesamt (2015): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit 2015: Rauchgewohnheiten der Bevölkerung. Wiesbaden. www.destatis.de

Statistisches Bundesamt/Bundeszentrale für politische Bildung (2016): Datenreport 2016 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn. www.destatis.de

Zum Fakten-Check für Pflegekräfte und für Pflegedienstleitungen und Einrichtungsträger

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2017a): Suchtprobleme im Alter. Hamm. (Informationen und Praxishilfen).

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2008): Sucht im Alter – Arbeitshilfe. Stuttgart. Download: <https://www.diakonie.de/diakonie-texte/102008-sucht-im-alter-arbeitshilfe/>, (Zugriff: 11.10.2019).

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).

Die Broschüren und Faltblätter der DHS stehen als Download zur Verfügung und können kostenfrei bestellt werden. Unser Broschürencenter finden Sie unter www.dhs.de/infomaterial.

Die Veröffentlichungen der BZgA stehen als Download zur Verfügung www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung/. Die Broschüren sind außerdem kostenfrei bei der BZgA zu bestellen (BZgA, 50825 Köln; order@bzga.de).

Weitere Informationen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

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 rund um die Uhr kostenlose und anonyme Beratung per Telefon, Mail oder Chat und kann geeignete Beratungsstellen nennen: Tel. 0800 1110111 oder 0800 1110222. www.telefonseelsorge.de

BARMER

Axel-Springer-Str. 44, 10969 Berlin

www.barmer.de

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

Serviceangebote der BARMER

Haben Sie Fragen zum Thema **Sucht**?

Ihre BARMER Geschäftsstelle berät Sie gerne und nennt Ihnen Hilfeangebote in Ihrer Nähe.

Weiterführende Informationen erhalten Sie unter **www.barmer.de/s000047**

Haben Sie Fragen zum Thema **Pflege**?

Ihre BARMER Geschäftsstelle berät Sie gerne und nennt Ihnen Hilfeangebote in Ihrer Nähe.

Weiterführende Informationen erhalten Sie unter **www.barmer.de/pflege**

Gesunde Pflege – gesunde Pflegekräfte

Wir begleiten Krankenhäuser, stationäre Pflegeheime und ambulante Pflegedienste auf dem Weg zu einem gesunden Arbeitsplatz.

Weiterführende Informationen erhalten Sie unter www.barmer.de/gesundepflege

BARMER Teledoktor* 0800 3333 500**

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.de

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

Besuchen Sie auch unsere Internetseiten:**www.arztnavi.barmer.de/**

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

www.facebook.com/meinebarmer

Die BARMER Facebook-Fanseite, mit vielen interessanten Angeboten und Downloads.

https://twitter.com/barmer_presse

Auf dem Laufenden bleiben in Sachen Gesundheit: News, Tipps & Infos aus der Pressestelle der BARMER.

<https://www.youtube.com/user/BARMERGEK/>

Der offizielle Youtube Account der BARMER.

<https://www.instagram.com/barmer/>

Der offizielle BARMER-Instagram Account.

Der Klick zu mehr Gesundheitskompetenz

Qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen finden Sie unter:

www.barmer.de/s000002

Diese Broschüre „Unabhängig im Alter“ steht auch im Broschürencenter der BARMER unter:

www.barmer.de/a001644

Rubrik „Suchtmittel“

Durch ein umfangreiches Präventionsangebot unterstützt die BARMER Ihre Versicherten, für die eigene Gesundheit aktiv zu werden. Sie fordert Gesundheitskurse zu den Themen Stressbewältigung/Entspannung, Bewegung, Ernährung und Suchtmittelkonsum.

Unter **<https://17355.zentrale-pruefstelle-praevention.de/kurse/>** können Sie bundesweit nach förderfähigen Gesundheitskursen suchen, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert wurden und zum Beispiel von Volkshochschulen, Bildungsstätten oder Vereinen angeboten werden.

Selbsthilfe nutzen: In Selbsthilfegruppen schließen sich Menschen zusammen, die selbst oder als Angehörige von einer Erkrankung, Behinderung oder anderen psychosozialen Problemen betroffen sind. Weiterführende Informationen finden Sie unter: **www.barmer.de/s000110**

Weitere Materialien der BARMER zum Thema:

>> Medikamentenabhängigkeit – Informationen und Hilfen<< (Art.- Nr. 6875 B)

www.barmer.de/s000047

>> Medikamente – gemeinsam achtgeben – gemeinsam Lösungen finden<< (Art.- Nr. 60374)

(Art.- Nr. 60374)

www.barmer.de/a001738

>> Alkohol am Arbeitsplatz - Hinweise für das Gespräch unter Kolleginnen und Kollegen<< (Art.-Nr. 60372K)

www.barmer.de/a001544

>> Alles O.K. mit Alkohol?<< (Art.-Nr 60371)

www.barmer.de/a001739

Weiterführende Informationen zum Thema Sucht finden Sie unter

www.unabhaengig-im-alter.de

www.sucht-am-arbeitsplatz.de

www.medikamente-und-sucht.de

www.aktionswoche-alkohol.de

Bundesweite Sucht & Drogen Hotline +49 1806 313031

Mo. – So. von 0 – 24 Uhr

20 Cent/Anruf aus dem dt. Festnetz, 60 Cent/Anruf aus dem dt. Mobilfunknetz

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

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) e.V.

(DGGG) e.V. www.dggg-online.de/aktuelles-termine/leitlinien.html, (Zugriff: 18.06.2020) (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. 34)

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007):

- Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit: Leitfaden für die ärztliche Praxis/in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Berlin. Download: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf, (Zugriff: 08.05.2018)
- Hinweise zur Behandlung von Patienten mit schädlichem Medikamentengebrauch und Medikamentenabhängigkeit. Berlin. Download: http://https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MedikamentenabhaengigkeitMerkblatt.pdf, (Zugriff: 22.06.2020)

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: 05.05.2020)

Alkohol Selbsttest

Ein Angebot der BZgA im Rahmen der Kampagne „Kenn dein Limit“.
www.kenn-dein-limit.info/tests-du-und-alkohol.html, (Zugriff: 05.05.2020)

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: 08.05.2018)

Beratungstelefon zur Rauchentwöhnung

Tel. 0 800 8 31 31 31* Mo. – Do. von 10.00 – 22.00, Fr. – So. 10.00 – 18.00 Uhr. Das Rauchertelefon bietet telefonische Beratung zur Raucherentwöhnung und Information über Behandlungsangebote für entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher.

*kostenfreie Servicenummer

www.rauchfrei-info.de

Ein interaktives Ausstiegsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), (Zugriff: 05.05.2020)

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen

DNRfK e.V.

Pettenkoferstraße 16–18, 10247 Berlin, www.dnrkf.de (bieten auch Schulungen zum Thema „Sucht im Alter“ für Pflegekräfte an), (Zugriff: 11.10.2019)

Kostenfreie Informationsmaterialien

(s. a. Literatur S. 44)

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, Frankfurt

Prof. Dr. Siegfried Weyerer

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Reinhold Wischnewski

Pflegedienstleitung am Gertrud Teufel Seniorenzentrum, Nagold

Die Namen der Patientinnen und Patienten wurden aus Personenschutzgründen geändert.

Impressum

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

BARMER

Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin
www.barmer.de

Konzeption und Text

Anke Nolte, Journalistenbüro, Berlin
Überarbeitung: Dr. Christine Hutterer,
Lebenswerke, München

Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann, DHS
Christa Merfert-Diete, DHS
Andrea Jakob-Pannier, BARMER Hauptverwaltung

Gestaltung

Volt Communication GmbH, Münster

Druck

Druck- und Verlagshaus Fromm GmbH & Co. KG
Breiter Gang 10-16, 49074 Osnabrück

Auflage

2. überarbeitete Auflage, Januar 2021

2.120.01.21

Für die freundliche Unterstützung
danken wir der

BARMER

Inhaltsangabe Pflegebroschüre

Die Pflege alter Menschen erfordert Einfühlungsvermögen und kann das eigene Leben bereichern. Doch der Pflegeberuf ist anstrengend. Besondere Belastungen treten auf, wenn zu pflegende Personen Alkohol, Tabak oder Medikamente in gesundheitsgefährdenden Mengen konsumieren. Für den alternden Körper werden Alkohol, Tabak und Medikamente zur gesundheitlichen Belastung, weil die Fähigkeit der Organe, die schädigenden Substanzen abzubauen, abnimmt. Nicht wenige ältere Menschen werden auch dadurch abhängig, viele sind schon längere Zeit abhängig. 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 Beratung oder Entwöhnungsbehandlung ist bei älteren Menschen genauso erfolgreich wie bei jüngeren. Eine Reduktion des Konsums oder eine Hilfestellung bei Abhängigkeitsproblemen lohnen sich daher in jedem Fall. Die Hilfebedürftigen steigern ihre Lebensqualität und den Pflegenden erleichtert es den Pflegealltag 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 von Altenpflegeeinrichtungen beachten?

Weitere Informationen:

www.unabhaengig-im-alter.de