

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Sucht im Alter in der Pflege:

Empfehlungen für den Umgang mit
Menschen mit einem riskanten
Suchtmittelkonsum in der Pflege

Ein Ratgeber für Fachkräfte der Altenhilfe und der Suchthilfe
www.alter-sucht-pflege.de

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Vorwort

Das „Alter“ ist mit vielen unterschiedlichen Bildern und Vorstellungen belegt. Einige davon sind positiv, wie „Alter und Weisheit“, „mehr Lebenserfahrung und Lebenszufriedenheit“ oder auch die Vorstellung, endlich frei von Pflichten zu sein und sich seine aufgeschobenen Wünsche erfüllen zu können. Andere Assoziationen sind dagegen negativ, z.B. „Immobilität“ oder „Einsamkeit und Wertlosigkeit“. Womit das Alter in der Regel jedoch nicht verknüpft ist, ist eine Abhängigkeitserkrankung oder ein Missbrauch von Substanzen.

Acht Modellprojekte, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurden, haben sich dieser Problematik angenommen. Mitarbeitende der Alten- und Suchthilfe haben gemeinsam Maßnahmen entwickelt und in der Praxis erprobt. Die Ergebnisse und eine umfangreiche Material-

sammlung stehen Ihnen zur Information und zum freien Download unter www.alter-sucht-pflege.de zur Verfügung. Den Projektverantwortlichen ist es ein Anliegen, ihre Erkenntnisse, Erfahrungen und erarbeiteten Unterlagen an Interessierte weiter zu geben. Alle Materialien dürfen daher auch modifiziert und an die jeweiligen Bedürfnisse der Einrichtungen angepasst oder für Schulungszwecke vervielfältigt werden.

Auf wiederholten Wunsch wurden wesentliche Inhalte der Webseite nun kompakt als Broschüre zusammengefasst. Eine umfangreiche Sammlung weiterführender Links finden Sie ausschließlich auf der Webseite, zu deren Besuch und Nutzung wir Sie herzlich einladen.

Inhaltsverzeichnis

Broschüre	4
Handlungsempfehlungen	5
Handlungsleitfaden	6
Ablaufplan (Alkohol)	9
Ablaufplan (Psychopharmaka)	13
Fallbeispiele	16
Gesprächsführung	20
Beauftragte	22
Suchtberatung	23
Co-Abhängigkeit	25
Ethik & Recht	26
Häufige Fragen	29
Stolpersteine	34
Materialien	36

Hinweise zur Broschüre

Schädlicher Substanzmittelkonsum oder eine Abhängigkeit werden bei älteren oder alten Menschen häufig nicht oder erst sehr spät bemerkt. Unerkannt führen sie frühzeitiger zum Verlust der Selbständigkeit und persönlichen Freiheit.

In den Einrichtungen der Altenhilfe gibt es in der Regel keine etablierten Vorgehensweisen, wenn zu Pflegende durch einen problematischen Gebrauch von Alkohol oder Medikamenten auffallen. Nur wenige Suchthilfeinrichtungen haben bisher Konzepte zur Behandlung alter Menschen entwickelt, da selten Betroffene aus dieser Altersgruppe deren Hilfen in Anspruch nehmen.

Ein Verhalten, dass bei einem Missbrauch oder einer Abhängigkeit von Suchtstoffen weder wegschaut noch strafend jeden Konsum verbietet, verbessert die Lebensqualität der Ihnen anvertrauten alten Menschen.

Um die Mitarbeitenden der Pflege- und Suchthilfeeinrichtungen für das Thema „Sucht im Alter“ zu sensibilisieren und ihre Kompetenzen im Umgang mit den Betroffenen zu erhöhen, wurden vielfältige Maßnahmen entwickelt. Diese Broschüre kann nicht alle Inhalte der Webseite wiedergeben. Auf der Webseite stehen Ihnen unter Weiterbildung differenzierte Schulungskonzepte als Powerpoint-Präsentationen zur Verfügung. Diese Präsentationen können von Ihnen heruntergeladen und an Ihre Schulungsbedürfnisse angepasst werden. Unter der Überschrift Pflegeausbildung finden Sie zwei Vorschläge für unterschiedlich umfangreiche Curricula, die das Thema „Sucht im Alter“ in die

Pflegeausbildung integrieren. Handlungsempfehlungen im Umgang mit suchtkranken zu Pflegenden führen zu einer qualifizierten und standardisierten Versorgung und erleichtern den Pflegealltag.



Zu diesem Komplex bietet Ihnen die Webseite vielfältige Vorlagen, z.B. Beobachtungsbogen und Ablaufplan im Word-Format an. Einige Unterlagen, wie Screeningbögen oder die Priscus-Liste liegen als pdf-Dokumente vor. Die interessierten Leser finden unter Zahlen und Fakten den wissenschaftlichen Kenntnisstand und die entsprechende Literaturliste.

Hinweise zur Lesbarkeit

Je nach Einrichtungsform der Altenhilfe verwenden Sie andere Bezeichnungen für die Ihnen anvertrauten Menschen, z.B. zu Pflegende, Bewohnerinnen und Bewohner, Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten. Wir verwenden den Begriff **zu Pflegende**. Er umfasst nicht nur die zu Pflegenden in der ambulanten Altenhilfe, sondern steht auch für die Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und für die Mieterinnen und Mieter im betreuten Wohnen. Zu Pflegende, die einen Suchtmittelmissbrauch betreiben oder eine Abhängigkeit entwickelt haben, bezeichnen wir auch als **Betroffene**.

Handlungsempfehlungen

Abhängigkeitserkrankungen zählen in Deutschland zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass eine Alkoholerkrankung im Alter nur ein sehr randständiges Problem darstellt, da die betroffenen Menschen entweder bereits an den Folgen der Sucht verstorben sind oder im Alter abstinent leben. Beide Annahmen haben sich als nicht richtig herausgestellt. Unstrittig ist, dass ältere und alte Menschen aufgrund der Zunahme an Erkrankungen und Beschwerden mehr Medikamente einnehmen als jüngere Menschen. Psychopharmaka, vor allem Benzodiazepine und Z-Substanzen, die beruhigend, angstlösend und schlafanstoßend wirken, sind für ältere und alte Menschen nur eingeschränkt empfehlenswert. Besonders die Praxis der Langzeitverschreibungen dieser Substanzen wird heute kritisch hinterfragt.



Wozu braucht die Altenhilfe Handlungsempfehlungen?

Nicht bei jedem auffälligen Alkohol- und Medikamentengebrauch müssen die Fachkräfte der Altenhilfe aktiv einschreiten. Erst wenn der Gebrauch ein Risiko für die Gesundheit der zu Pflegenden darstellt und es zu einer subjektiv erlebten oder objektiv beobachteten Einschränkung der Lebensqualität kommt, sollte gehandelt werden.

Eine Handlungsempfehlung hilft:

1. einen Handlungsbedarf abzuklären
2. das weitere Vorgehen zu planen
3. die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen
4. Ihnen die Pflege zu erleichtern

Was tun – wann tun – wie tun?

Wenn Sie die Vermutung haben, dass zu Pflegende zu viele Medikamente einnehmen oder zu viel Alkohol trinken, entsteht die Notwendigkeit zu handeln. Die Handlungsempfehlungen sollen Sie durch die Schwierigkeiten dieses Prozesses führen, denn mit dem Erkennen alleine ist es nicht getan. Es wurden **getrennte Handlungsempfehlungen** bei Verdacht einer vorliegenden **Alkoholproblematik** oder **einem Medikamentenmissbrauch** entwickelt. Es gibt nicht die eine „richtige“ Handlungsempfehlung. Daher können diese Empfehlungen an Ihre internen Strukturen angepasst werden.

Es ist sinnvoll, den Umgang mit den Handlungsempfehlungen allen Mitarbeitenden der Einrichtung bekannt zu machen. Dies kann durch eine interne Weiterbildung geschehen. Einen Vorschlag für eine Schulung finden Sie auf der Webseite unter Weiterbildung. Sie können Ihrem Pflegeleitbild auch Grundsätze oder Aussagen zum Umgang mit substanzgefährdeten zu Pflegenden hinzufügen (Beispieltext s. Webseite unter Handlungsempfehlungen/Download). Die Aufnahme von Handlungsleitlinien in Ihr hauseigenes Qualitätsmanagement ist wünschenswert.

In den Handlungsleitfäden bei problematischem Alkohol- oder Medikamentengebrauch stellen wir das Vorgehen in Textform und als Diagramm dar. Sie finden dort viele Verweise auf Dokumente, wie den Beobachtungsbogen oder Medikamentenlisten, die Sie im Downloadbereich der Webseite (unter Handlungsempfehlungen) herunterladen können.

Handlungsleitfaden

Aufnahme in Ihre Einrichtung

Sucht ist eine Erkrankung, bei der die Scham vorherrscht. Deshalb bagatellisieren viele Menschen ihr Problem oder leugnen es. Wenn Sie eine zu Pflegende oder einen zu Pflegenden neu in Ihre ambulante oder stationäre Pflege aufnehmen, wird die Anamnese/Biographie erhoben. In diesem Kontext fragen Sie nach den Medikamenten, die eingenommen werden müssen. In diesem Zusammenhang ist es statthaft, nach Ernährungs- und Trinkgewohnheiten zu fragen, ebenso wie nach dem Alkoholkonsum. Dazu eignet sich der Fragebogen AUDIT-C, der nur aus 3 Fragen besteht, und der Biografiebogen (S. 38). Sollte bei Ihnen zu Pflegenden eine bekannte Alkoholabhängigkeit bestehen, achten Sie als Beispiel bitte darauf, dass die Mahlzeiten keinen Alkohol enthalten (z.B. keine Weinsaucen). Alkoholkranke, die abstinenter leben, sollten ihre Zimmer nicht mit Menschen teilen, die aktuell Alkohol konsumieren.

Ein hohes suchterzeugendes Potential weisen insbesondere die Schlaf- und Beruhigungsmittel auf. Dies können zum einen Benzodiazepine sein, z.B. Diazepam, Oxazepam oder Lorazepam, oder sogenannte Z-Substanzen, wie z.B. Zolpidem, Zopiclone oder Zaleplon. Bei der Einnahme von Benzodiazepinen besteht ein klares Abhängigkeitspotential schon nach 8 Wochen Einnahme in therapeutischen Dosen. Bei fortgesetztem Missbrauch von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen kann es zu Zittern, Schwundel, Ängsten, Depressionen, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Gewichtsverlust, Aggressivität, Vernachlässigung der Körperhygiene, Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Verwirrtheit sowie Persönlichkeitsveränderungen kommen.

Es besteht eine erhöhte Sturz- und Unfallgefahr. Die genannten Nebenwirkungen können als typische Alterssymptome fehlgedeutet werden. Auch können Entzugssymptome, die physiologisch bedingt bei einer reduzierten oder ausgesetzten Medikamentengabe auftreten, als Bestätigung der Notwendigkeit der Einnahme fehlgedeutet werden („Rebound-Effekt“). Sollten Ihnen zu Pflegenden Psychopharmaka (Benzodiazepine, Z-Substanzen, Neuroleptika, Antidepressiva) einnehmen, klären Sie ab, seit wann und mit welcher Indikation und sprechen Sie mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt. Neuroleptika werden hauptsächlich zur Behandlung von Psychosen mit Wahn und Halluzinationen eingesetzt, dienen aber auch der Ruhigstellung akut verwirrter Patientinnen und Patienten und der Behandlung von wahnhaften Depressionen. Neuroleptika sind z.B. Haloperidol, Flupentixol, Promethazin, Risperidon oder Clozapin. Antidepressiva werden bei der Behandlung von Depressionen, Angsterkrankungen und Zwangsstörungen eingesetzt und wirken stimmungsaufhellend, angstlösend und beruhigend. Antidepressiva sind z.B. Amitriptylin, Doxepin, Clomipramin, Citalopram oder Sertraline.



Wahrnehmen - Dokumentieren - Austausch

Der Alkoholgebrauch der zu Pflegenden bedeutet nicht automatisch, dass sich ein Handlungsbedarf ergibt. Um die im Pflegealltag wahrgenommenen Veränderungen schnell zu dokumentieren, können Sie den Beobachtungsbogen (S. 39) benutzen. Nicht jede oder jeder Suchtkranke stellt die leeren Alkoholflaschen zur Schau oder ist immer mit „Fahne“ anzutreffen. Schwieriger sind indirekte Anzeichen wie Gangunsicherheit, Schlafstörungen, sozialer Rückzug, Antriebsverlust, Stimmungsschwankungen etc. einzuschätzen. Diese Auffälligkeiten können Anzeichen einer Sucht sein, können aber auch auf andere Ursachen hindeuten.

Nehmen Sie sich Zeit für einen kollektiven Austausch, da an der Pflege und Betreuung der zu Pflegenden immer mehrere Mitarbeitenden beteiligt sind. Wichtig ist, dass Sie als „Team“ reagieren und handeln und ggf. die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über Ihre Wahrnehmungen informieren. Es sollte z.B. nicht vorkommen, dass Mitarbeiter übermäßig Alkohol besorgen oder zulassen, während andere den Alkohol verbieten oder wegschütten.

Die Ursachen einer Medikamentenabhängigkeit sind vielfältig, Anlass kann in manchen Fällen eine schwierige Lebenssituation sein, wie der Tod eines nahen Angehörigen, Arbeitslosigkeit oder Stress. Bestimmte Lebensphasen haben ebenfalls ein gewisses Gefährdungspotential, wie die Wechseljahre oder die Berentung. Die Betroffenen benötigen „etwas zum Einschlafen“ oder „etwas, das Ängste nimmt“. Gerade ältere Menschen laufen aufgrund zunehmender körperlicher Beschwerden und Schmerzen und der damit einhergehenden psychischen Belastung Gefahr, immer tiefer in einen

Suchtkreislauf aus Schlaf-, Beruhigungs- und/oder Schmerzmitteln zu geraten.

Auch chronische Krankheiten, die eine regelmäßige Einnahme z.B. von Schmerzmitteln erforderlich machen, können zum missbräuchlichen Medikamentenkonsum führen.

Das Verordnen von Medikamenten ist grundsätzliche Aufgabe der Ärzte und die Einnahme von Psychopharmaka bedeutet nicht automatisch, dass sich ein Handlungsbedarf ergibt. Um die im Pflegealltag wahrgenommenen Veränderungen schnell zu dokumentieren, können Sie den Beobachtungsbogen (S. 39) benutzen. Auch leere Medikamentenpackungen, deren Verordnung Sie nicht einordnen können oder die Sorge der zu Pflegenden darum, dass immer genügend Schlaf- oder Beruhigungsmittel zur Verfügung stehen, können Hinweise auf eine Abhängigkeit sein. Diese Auffälligkeiten können aber auch auf andere Ursachen hindeuten. Füllen Sie die Medikamentenliste aus und gleichen Sie diese mit der Priscus-Liste (Webseite unter Links) ab. Denken Sie immer auch an einen zusätzlichen Alkoholkonsum.

Achtung!

Sollten Sie den Eindruck haben, dass zu Pflegende ein Alkoholproblem haben, dürfen Sie auf keinen Fall den Alkohol abrupt entziehen. Sollten Sie den Eindruck haben, dass zu Pflegende Benzodiazepine missbrauchen oder davon abhängig sind, dürfen Sie diese auf keinen Fall absetzen. Sie bringen Ihre zu Pflegenden damit unter Umständen in Lebensgefahr!

Risikoeinschätzung

Es muss eine Analyse erfolgen, ob das beobachtbare Verhalten mit einem erheblichen Risiko für die Gesundheit der Betroffenen einhergeht oder die subjektiv erlebte und objektiv beobachtbare Lebensqualität negativ beeinflusst. Zusätzlich sollte eine Analyse erfolgen, ob das substanzbezogene Verhalten den Pflegeauftrag oder gar die zu Pflegenden gefährdet. Keineswegs muss jedes beobachtete problematische Verhalten verändert werden. Aber auch wenn kein konkreter Handlungsbedarf besteht, sollten Sie die zu Pflegenden auf ihren Alkoholkonsum ansprechen und die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte auf ihre Beobachtungen hinsichtlich möglicher Medikamenten-Nebenwirkungen ansprechen. Nutzen Sie das aufgebaute Vertrauensverhältnis und äußern Sie Ihre Sorge. Abstinenz ist bei Hochbetagten und Pflegebedürftigen kein vorrangiges Ziel, vielmehr werden die Verbesserung der Lebensqualität und die Senkung von vorwiegend gesundheitlichen Risiken durch eine Reduktion der Trinkmenge oder durch eine Reduktion der Medikamentendosis oder Umstellung auf ein anderes Medikament angestrebt. **Die Mitarbeitenden der Altenhilfe müssen keine Diagnosen stellen und sind nicht für suchttherapeutische Interventionen verantwortlich.**

Für die Ärztin oder den Arzt stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Sind unter Berücksichtigung der körperlichen Verfassung nachteilige Folgen des Entzugs zu erwarten?
- Ist ein Nutzen vom Entzug zu erwarten?
- Liegen aktuell auf die Einnahme von Alkohol und/oder Benzodiazepinen oder Z-Substanzen zurückführbare Beeinträchtigungen vor?
- Wie lang ist die verbleibende Lebensspanne voraussichtlich?
- Tragen die Angehörigen und/oder Betreuer den Entzug mit?

Intervention

Vielen Betroffenen hilft es, auf die eigene Problematik angesprochen zu werden. Für die Betroffenen ist die Erkenntnis wichtig, dass ihr Suchtmittel durch eine gesteigerte Lebensqualität ersetzt werden kann. Widerstände sind jedoch häufig anzutreffen. Diese sind auszuhalten und die Eigenverantwortung zu respektieren. Es lohnt sich aber, wiederholte Versuche zu starten. Manchmal hilft es auch, über die Probleme, die mit dem Alkoholkonsum oder der Einnahme von Psychopharmaka im Alter verbunden sind, aufzuklären. Bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) können Sie kostenlos Informationsmaterial für die Patienten, aber auch für sich selbst beziehen (www.dhs.de).

Es hilft den Betroffenen und entlastet Sie, wenn Sie sich (telefonisch und anonymisiert) in einer **Suchtberatung** beraten lassen. Wenn die oder der zu Pflegende schriftlich zustimmt, können Sie einen Kontakt zur Suchthilfe herstellen. Dann können Sie die suchtspezifische Beratung und Behandlung in die Hände von dafür ausgebildeten Fachkräften legen. In Absprache mit der Suchthilfe und den Betroffenen vereinbaren Sie ein gemeinsames Vorgehen.

Überlegen Sie selbst, welche nicht-pharmakologischen Maßnahmen Sie ergreifen können, z.B. Bewegungsförderung oder Hilfe bei der Gestaltung der freien Zeit entsprechend der Interessen der zu Pflegenden.

Manche Menschen können und wollen auch im Alter trotz deutlicher körperlicher oder psychischer Folgen nicht abstinenz leben. Dies ist zu respektieren. Für Alkoholkranken existieren spezialisierte Einrichtungen, in denen der Alkoholkonsum unter Betreuung und in der Gemeinschaft mit anderen Betroffenen möglich ist. Die Suchtberatung kann Sie dazu informieren.

Ablaufplan bei Verdacht auf einen problematischen Alkoholkonsum

Dieses Schema ist idealtypisch. Das Leben geht meistens nicht so geradlinige Wege. Möglicherweise gibt es ein „Vor und Zurück“ bei Ihrem Bemühen, den Betroffenen angemessene Hilfe zukommen zu lassen.

Beobachtung

Fallbesprechung

Betroffenen ansprechen

Sollte sich Ihre Vermutung bestätigen, muss der Beobachtungsbogen Bestandteil der Pflegedokumentation werden.

Sollte es in Ihrer Einrichtung Suchtbeauftragte geben, müssen diese einbezogen werden. Ansonsten wenden Sie sich an die PDL oder Ihre Vorgesetzten.

Sollte sich bei Ihrer Fallbesprechung herausstellen, dass Sie einen großen Handlungsbedarf sehen, können Sie die Risikoeinschätzung vornehmen, bevor Sie mit den Betroffenen sprechen.

Risikoeinschätzung

„Mir fällt schon länger etwas auf“

- Beobachtungsbogen benutzen und ausfüllen

„Besprechung mit den Kolleginnen und Kollegen“

- Auffälliges Verhalten mit denen besprechen, die die Betroffenen kennen (Fallbesprechung)
- Gesprächsergebnis dokumentieren (Dokumentation)

„Wie spreche ich mit den zu Pflegenden“

- Anregungen zur Gesprächsführung finden Sie unter Gesprächsführung
- Gesprächsergebnis dokumentieren (Dokumentation)

„Besteht eine Gefährdung der Betroffenen oder Anderer“

- Einschätzung zusammen mit der PDL oder den Vorgesetzten vornehmen
- Ergebnis dokumentieren

Die Risikoabschätzung ist die Basis für das weitere Vorgehen. Jedes weitere Gespräch mit den Betroffenen zur Absicherung der Pflege sollte von 2 Personen geführt werden (Pflegekraft und Suchtbeauftragte/PDL/sonstige Vorgesetzte/Ärztin oder Arzt), da die weiteren Schritte ab jetzt in der Verantwortung des Trägers liegen.

Sie können sich vor und/oder nach dem 2. Gespräch mit den Betroffenen von Mitarbeitenden einer Suchtberatungsstelle beraten lassen. Denen können sie (anonymisiert) ihr Problem schildern. Wenn es in Ihrem Umkreis einen Verbund von Sucht- und Altenhilfe gibt, dann wenden Sie sich an die Altersbeauftragten einer Suchtberatungsstelle. Diese kennen sich mit den Problemlagen älterer Menschen aus. Ansonsten ist es die Aufgabe Ihrer Suchtbeauftragten/PDL/Vorgesetzten, einen ersten telefonischen Kontakt zu einer Suchtberatung herzustellen.

Geringes Risiko

„Sie müssen nicht unmittelbar handeln“

- Sprechen Sie die zu Pflegenden in Abständen auf Ihre Beobachtungen an und versuchen Sie herauszufinden, ob und wie Sie helfen können, das Risiko weiter gering zu halten

Hohes Risiko

„Sie müssen handeln“

- Ein weiteres Gespräch und ggf. eine schnelle Handlung (bei Selbst- oder Fremdgefährdung) ist erforderlich.

In dieser Situation ist es sinnvoll, die behandelnde **Ärztin** oder den behandelnden **Arzt** der oder des Betroffenen hinzu zu ziehen und ggf. mit den **Angehörigen** oder den **Betreuern** zu sprechen.

Angehörige: Denken Sie grundsätzlich daran, mit den Angehörigen zu sprechen, aber behalten Sie im Blick, dass diese sich co-abhängig verhalten könnten (Co-Abhängigkeit).

Ärztin/Arzt: Diese haben einen ganz konkreten Zugang zu den Patienten: sie können Bluttest durchführen, eine Diagnose stellen oder eine Behandlung einleiten. Mit der Ärztin oder dem Arzt können Sie auch abklären, welche Wechselwirkungen eingenommene Medikamente und Alkohol haben.

Pflegeprozess planen

- Intern und/oder extern in Zusammenarbeit mit der Suchthilfe
- Sie können erst dann konkret einen Mitarbeitenden der Suchthilfe einbeziehen, wenn Ihnen die oder der Betroffene eine Entbindung von der Schweigepflicht unterschrieben hat!

Betroffene ansprechen

- Führen Sie dieses Gespräch zu zweit (Pflegekraft und Suchtbeauftragte/PDL/sonstige Vorgesetzte/Ärztin oder Arzt)
- Die Ergebnisse der Risikoeinschätzung bilden die Grundlage des Gesprächs (Gesprächsführung)
- Führen Sie aus, wie Sie den Betroffenen helfen möchten.

Das Gespräch mit den Betroffenen kann zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Bedenken Sie, dass die Bereitschaft, etwas zu verändern, durch weitere Gespräche entstehen kann. Es muss für die Betroffenen erkennbar werden, dass der Alkohol durch eine gesteigerte Lebensqualität ersetzt werden kann. Sind die Betroffenen kooperativ, aber selbst unsicher, ob der Alkoholkonsum problematisch ist, können Sie ein Screeninginstrument einsetzen (Screening).

Betroffene streiten ein Risiko ab

- Je nach Risikoeinschätzung können Sie noch weitere Gespräche führen oder z.B. ein messbares Ergebnis herbeiführen (z.B. Alkoholtest vor Medikamentengabe)

Betroffene möchten etwas verändern

- Überlegen Sie mit den Betroffenen zusammen, welche Ziele auf welchem Weg erreicht werden können.
- Respektieren Sie die Entscheidung, auch wenn Sie selbst skeptisch sind – eine Reduktion des Konsums wäre ein Anfang.

Wenn die Betroffenen zustimmen, beziehen Sie jetzt Mitarbeitende der Suchthilfe in den Prozess mit ein. Diese Fachkräfte kennen das Suchthilfesystem genau und können die Betroffenen beraten (z.B. Gespräche in einer Suchtberatungsstelle (sofern die Betroffenen noch mobil sind), Vermittlung an eine Selbsthilfegruppe, Einleiten einer Entgiftung etc.). Sie sind auch dazu ausgebildet, die Betroffenen für weitere Maßnahmen zu motivieren.

Betroffene wollen nichts verändern

- Je nach Risikoeinschätzung sollten Sie noch weitere Gespräche führen
- Als letzte Möglichkeit kann der Pflegevertrag gekündigt werden, dies ist aber keinesfalls als Drohung einzusetzen

Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen! Ihre Einrichtung und ggf. die Suchthilfe bleiben für den Prozess verantwortlich.

(Ethik und Recht)

Betroffene wollen nichts verändern

Hinweis:

Die in beiden Ablaufplänen erwähnten Instrumente wie z.B. den Beobachtungsbogen, die Risikoeinschätzung oder eine Vorlage für eine Fallbesprechung finden Sie auf der Webseite unter Handlungsempfehlungen/Download. Sie liegen in der Regel als Word-Dokument vor, damit Sie sie an die Bedürfnisse Ihrer Einrichtung anpassen können.

Ablaufplan bei Verdacht auf einen Missbrauch von Psychopharmaka

Dieses Schema ist idealtypisch. Das Leben geht meistens nicht so geradlinige Wege. Möglicherweise gibt es ein „Vor und Zurück“ bei Ihrem Bemühen, den Betroffenen angemessene Hilfe zukommen zu lassen.

Beobachtung

„Mir fällt schon länger etwas auf“

- Beobachtungsbogen benutzen und ausfüllen
- Medikamentenliste sorgfältig ausfüllen, auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente/pflanzliche oder homöopathische Mittel etc. eintragen

Fallbesprechung

„Besprechung mit den Kolleginnen und Kollegen“

- Auffälliges Verhalten mit denen besprechen, die die Betroffenen kennen (Fallbesprechung), Gesprächsergebnis dokumentieren (Dokumentation)
- von Ärzten Informationen über verschriebene Medikamente einholen

Sollte sich Ihre Vermutung bestätigen, muss der Beobachtungsbogen Bestandteil der Pflegedokumentation werden.

Sollte es in Ihrer Einrichtung Suchtbeauftragte geben, müssen diese einbezogen werden. Ansonsten wenden Sie sich an die PDL oder Ihre Vorgesetzten.

Sollte sich bei Ihrer Fallbesprechung herausstellen, dass Sie einen großen Handlungsbedarf sehen, können Sie die Risikoeinschätzung vornehmen, bevor Sie mit dem behandelnden Arzt sprechen.

Risikoeinschätzung

„Besteht eine Gefährdung der Betroffenen oder Anderer“

- Einschätzung zusammen mit der PDL oder den Vorgesetzten vornehmen
- Ergebnis dokumentieren
- Priscus-Liste zur Beurteilung heranziehen

Denken Sie auch an einen möglichen Alkoholkonsum!

Die Risikoeinschätzung sowie die umfassend ausgefüllte Medikamentenliste und der Beobachtungsbogen sind Ihre Grundlage für das Gespräch mit den behandelnden Ärzten. Das Gespräch mit den Ärzten sollte von der Pflegekraft und/oder der PDL oder sonstigen Vorgesetzten geführt werden. Sie können die Medikamentenliste auch in einer Apotheke zur Beurteilung vorlegen.

Behandelnde Ärzte ansprechen

„Die behandelnden Ärzte/Fachärzte sind verantwortlich für:“

- Ausschluss medizinischer Ursachen
- Stellen einer psychiatrischen Diagnose oder Indikation
- Aufstellen eines Behandlungsplans
- Umstellung der Medikation

Weiterführen – Absetzen – Umstellen Medikamentöser Behandlungsplan und nicht-pharmakologische Maßnahmen

Ärzte und Pflegekräfte/Suchtbeauftragte/PDL/Vorgesetzte

Zur Planung von nicht-pharmakologischen Maßnahmen können Sie sich von Mitarbeitenden einer Suchtberatungsstelle beraten lassen. Denen können Sie (anonymisiert) Ihr Problem schildern. Wenn es in Ihrem Umkreis einen Verbund von Sucht- und Altenhilfe gibt, dann wenden Sie sich an die Altersbeauftragten einer Suchtberatungsstelle. Diese kennen sich mit den Problemlagen älterer Menschen aus. Ansonsten ist es die Aufgabe Ihrer Suchtberater/PDL/Vorgesetzten, einen ersten telefonischen Kontakt zu einer Suchtberatung herzustellen.

Betroffene ansprechen (Ärzte)

- Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss die Betroffenen aufklären und Ihnen ggf. den neuen Behandlungsplan mitteilen
- Angehörige und Betreuer müssen informiert werden

Beobachtung/ Therapiekontrolle

„Dokumentieren Sie weiter“

- Beobachten und dokumentieren Sie weiter
- Setzen Sie den Beobachtungsbogen ein
- Sollten die Betroffenen zustimmen, können Sie auch ein Screeninginstrument einsetzen (Screening)

Betroffene ansprechen

„Wie spreche ich mit den zu Pflegenden“

- Anregungen zur Gesprächsführung finden Sie unter Gesprächsführung

Die Umstellung der Medikation kann bei den zu Pflegenden Ängste auslösen und auch dazu führen, dass sie sich und ihre Umgebung wieder deutlicher wahrnehmen. Wenn die Betroffenen zustimmen, beziehen Sie jetzt Mitarbeitende der Suchthilfe in den Prozess mit ein. Diese Fachkräfte können die Betroffenen beraten. Sie sind auch dazu ausgebildet, die Betroffenen für weitere Maßnahmen zu motivieren. Bleiben Sie selbst kreativ und überlegen Sie zusammen mit den Betroffenen, welche Interessen sie haben und welche Aktivitäten für sie infrage kommen.

Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen! Ihre Einrichtung, die Ärzte und ggf. die Suchthilfe bleiben für den Prozess verantwortlich.

(Ethik und Recht)

Fallbeispiele

Herr M. und Frau T. - alkoholbezogene Intervention in der stationären Pflege

Die 87-jährige Frau T. wird in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. Sie leidet unter einer Demenz mittleren Grades und die Pflegesituation konnte von ihren Angehörigen nicht mehr bewältigt werden. Frau T. verliebt sich in den 82-jährigen Herrn M., der schon seit einiger Zeit in der Einrichtung aufgrund eines Korsakow-Syndroms (Amnestisches Syndrom in Folge zu hohen Alkoholkonsums) lebt. Diesem Patienten wurde bislang Alkohol vorenthalten und er hatte weder nach alkoholischen Getränken gefragt noch sich eigenständig Alkohol besorgt. Zum Lebensstil von Frau T. gehörte es, ab und an ein Glas „guten Wein“ zu trinken. Etwa drei Monate nach Aufnahme der Bewohnerin brach sich Herr M. bei einem Sturz den Oberschenkelhals. Er war alkoholisiert. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass die beiden Verliebten bis zu einer Flasche Wein täglich konsumiert hatten, er davon den Löwenanteil.

In der Fallbesprechung wurde folgendes Vorgehen vereinbart. Da sowohl Frau T. wie Herr M. aufgrund der eingeschränkten Hirnleistungsfähigkeit einer auf einsichtsorientierten Verhaltensänderung kaum zugänglich erschienen, wurde Einfluss auf die Angehörigen von Frau T. genommen, um die Zufuhr an Wein zu begrenzen. Ferner wurde mit allen Beteiligten (Frau T. und ihr Sohn, Herr M. und seine Betreuerin) vereinbart, dass sie keine alkoholischen Getränke auf ihren Zimmern haben. Die Woche über lebten sie alkoholfrei, am Wochenende wurde ihnen zum Mittag- oder Abendessen ein Glas Wein serviert. Alle Beteiligten erklärten sich nach einigen Gesprächen, die teils von der Suchtbeauftragten der Einrichtung, teils vom Leiter der Suchtberatungsstelle initiiert worden waren, mit diesem Vorgehen einverstanden.

Frau L. - alkoholbezogene Intervention in der stationären Pflege

Die 85-jährige Frau L. lebt im betreuten Wohnen einer Seniorenresidenz. Seit 65 Jahren konsumiert sie regelmäßig Alkohol, gelegentlich bis zu zwei Flaschen Schnaps und einer halben Flasche Sekt am Tag. Bei den Besuchen trifft das Pflegepersonal sie des Öfteren leicht betrunken an. Nach einem Schambeinbruch erfolgte eine Behandlung mit einem Opiat. Damals wurde ihr dieses 3-mal täglich verabreicht. Aktuell erhält sie zweimal täglich Besuch von MitarbeiterInnen der Sozialstation. Sie wird geduscht und ihr werden die Medikamente verabreicht. Weitere Kontakte finden durch die täglichen Besuche der Alltagsbegleitung statt, die die Patientin auch zu Einkäufen im Supermarkt begleitet. In diesem Rahmen sind auch die im Einkaufswagen landenden Schnapsflaschen aufgefallen.

Des Weiteren hat die Frau L. noch zwei oder drei Freundinnen, welche sie regelmäßig besuchen und denen die Alkoholproblematik ebenfalls bekannt ist. Frau L. zeigt keinerlei Ausfälle. Hinweise auf Hirnleistungsstörungen oder Einschränkung der Kritikfähigkeit ergeben sich nicht. Sie äußert ihre Wünsche und Bedürfnisse oft fordernd. Bisher sind keine gesundheitlichen Folgeerscheinungen durch den Alkohol erkennbar. Bisherige Versuche der Pflegepersonen, den Alkoholkonsum mit Frau L. zu besprechen, sind abgewehrt worden. Es wurde daraufhin Kontakt mit dem Hausarzt aufgenommen. Dieser hat sie auch aufgesucht, konnte an der Situation auch nichts ändern.

In der Besprechung des Falles wurde zusätzlich zur vermuteten Alkoholabhängigkeit auch der Verdacht auf eine Opiatabhängigkeit geäußert, da die Patientin über den Zeitraum von einem Jahr Opiat-



Analgetika erhielt, was aufgrund der Schambeinfraktur nicht hinreichend plausibel ist. Das Ergebnis der Fallarbeit war:

Aktuell wurde kein Handlungsbedarf für die Mitarbeiterinnen der Sozialstation gesehen. Frau L. ist abgesehen von ihren hohen Trinkmengen nicht auffällig, zeigt keine Folgeerkrankungen, leidet nicht unter ihrem Konsum und zeigt keine Änderungsabsicht. Sollte sich die Situation verändern, z. B. mit Stürzen einhergehen, wäre ein erneutes Aufgreifen des Falles ratsam. Dennoch soll Frau L. wiederholt angeboten werden, sie über den veränderten Stoffwechsel im Alter aufzuklären. Die aufsuchenden Pflegepersonen sollen wiederholt äußern, dass eine Reduzierung der aktuellen Alkoholmengen aus gesundheitlichen Gründen sicherlich wünschenswert wäre. Ferner soll erneut mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufgenommen und um eine Überprüfung der Medikation gebeten werden.

Herr B. und Herr K. – bekannte Alkoholabhängigkeit in der stationären Pflege

Bei zwei Bewohnern einer Wohngruppe war bekannt, dass sie abstinenter Alkoholabhängige sind. Es entstand jedoch oft folgende Situation. Sonntags wurde den Bewohnern üblicherweise zum Essen Wein serviert, den beiden Abstinenten jedoch Saft. Dies führte bei Herrn B., der an einer fortgeschrittenen Demenz leidet, aber auch bei den Mitbewohnern zu Nachfragen. Offenbar wurde eine Ungleichbehandlung vermutet. Eine Problemlösung war schnell erarbeitet. Als Besonderheit wurde nun sonntags allen Bewohnern neben Wein ein alkoholfreier Cocktail angeboten. Das Beispiel zeigt exemplarisch auf, dass in den beteiligten Einrichtungen bislang nicht berücksichtigt wurde, dass in ihnen auch abstinenter Alkoholiker leben, die ein Anrecht auf Versorgung mit alkoholfreien Lebensmitteln haben. Bislang wurden einige Speisen unter Verwendung von Alkohol hergestellt, ohne dies im Einzelnen auszuweisen.

Herr F. – alkoholbezogene Intervention in der ambulanten Pflege

Herr F. ist 75 Jahre alt und lebt alleine im eigenen Haus. Er ist geschieden und hat zwei erwachsene Kinder. Herr F. wird seit mehreren Monaten von einem ambulanten Pflegedienst betreut, ferner erhält er eine Betreuung durch eine Alltagsbegleiterin. Im Rahmen einer langjährigen Zuckererkrankung bestehen fortschreitende starke Sehstörungen. Aufgrund einer Polyneuropathie bestehen Gangstörungen und er ist auf einen Rollator angewiesen. Dennoch nutzt er noch seinen PKW. In den letzten Monaten wurde Herr F. mehrfach wegen Sturzverletzungen notfallmäßig zur stationären Krankenhausbehandlung eingewiesen. Die Stürze scheinen fast alle alkoholbedingt gewesen zu sein. Zunächst waren die Pflegerinnen sehr skeptisch, Herrn F. zu einer Änderung seines Trinkverhaltens bewegen zu können, da alle bisherigen Versuche gescheitert seien. Auch werde er sicherlich eine Kontaktaufnahme durch den Suchtberater ablehnen. Mittels der neuen Gesprächstechnik gelang es einer Pflegerin doch, Herrn F. über die Zusammenhänge zwischen Diabetes, Alkoholkonsum und seinen derzeitigen erheblichen gesundheitlichen Beschwerden aufzuklären und ihn zu bewegen, einer Kontaktaufnahme durch den Suchtberater zuzustimmen.

Herr F. wurde nach telefonischer Terminvereinbarung zu Hause aufgesucht. Durch ein behutsames und zunächst nicht auf die Problematik fokussiertes Vorgehen entwickelte sich überraschend schnell eine positive Beziehung. F. ist ein stolzer Mann mit guten kognitiven Fähigkeiten.

Über Information und zugleich den Aufbau einer sicheren und von ihm als hilfreich erlebten Beziehung konnte eine tragfähige Arbeitsgrundlage geschaffen werden. In den Gesprächen ist sein Alkoholkonsum immer wieder Thema, steht aber zunächst nicht im Mittelpunkt. Neben den Alltagsthemen wird sukzessive das Thema Alkohol und eine Reduzierung des Konsums verstärkt. Explizit wird nicht das Ziel der Abstinenz formuliert sondern ein deutlich reduzierter Konsum. Herr F. erkennt, dass ihn die von ihm erlebte Einsamkeit und seine Einschränkungen der Mobilität sehr belasten. Dies habe zu seinem Trinken beigetragen.

In der Folge kommt es zu einer zunehmenden Reduzierung der Trinkmengen und Herr F. schlägt vor, anstelle des gewohnten Bieres nun vorwiegend alkoholfreies Bier zu trinken. Ein wichtiger Schritt, zu dem der Klient auf Grund fehlender Fahrtauglichkeit bei erheblichen Seh- und Gangstörungen bestärkt wurde, ist das Ruhenlassen seiner Fahrerlaubnis und der Verkauf seines Fahrzeugs.

Der Alkoholkonsum des Herrn F. hat sich deutlich verringert und gab keine weiteren sturzbedingten Krankenhouseinweisungen. Da Herr F. nur wenige soziale Kontakte hat und um der Vereinsamung entgegen zu wirken, konnte er unter Einbezug seiner Kinder dazu bewegt werden, in ein stationäres Wohnangebot der Altenhilfe zu wechseln. Auch wurde der Kontakt zu einer Altentagesstätte hergestellt, die Herr F. nun regelmäßig besucht und in der sich wohl fühlt und neue Kontakte geknüpft hat.

Frau G. - alkoholbezogene Intervention in der ambulanten Pflege

Wiederholt hatten Pflegerinnen eines ambulanten Dienstes Frau G. alkoholisiert aufgefunden und mussten selbst für eine Krankenhouseinweisung wegen Alkoholintoxikation sorgen. Bei gleichzeitig vorliegenden ernsthaften gesundheitlichen Einschränkungen wurde als Ergebnis der Gefahrenanalyse Handlungsbedarf gesehen. Die Patientin erklärte sich zunächst mit einer Kontaktaufnahme durch die Suchtberaterin bereit, lehnte dies im weiteren Verlauf jedoch ab. Auch Gesprächsversuche des Pflegepersonals bezüglich ihres problematischen Alkoholkonsums blockte sie ab. Da eine erhebliche krankheitsbedingte Eigengefährdung gesehen wurde, wurde mit der einzigen Verwandten über die Optionen zur Beantragung einer gesetzlichen Betreuung gesprochen. Schließlich erfolgte eine richterliche Anhörung und eine Begutachtung durch den Psychiater des sozialpsychiatrischen Dienstes. Es wurde abgelehnt, gegen den Willen von Frau G. eine Betreuung einzurichten.

Das Ergebnis der Bemühungen blieb sehr unbefriedigend. Einzig positives Resultat blieb die Gewissheit für die Pflegenden, alles in ihren Möglichkeiten stehende unternommen zu haben. Ferner konnte über die erfolgte Dokumentation nachgewiesen werden, dass das Pflegepersonal sich sehr verantwortlich verhalten hat.

Herr P. - medikamentenbezogene Intervention in der stationären Pflege

Herr P., Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung, leidet unter einer leichten Demenz. Er ist am Tage sehr schlaftrig. Dies liegt möglicherweise an der zu hohen Dosis der als Schlafmittel verordneten Benzodiazepine. Außerdem erhält er diese in unveränderter Dosis seit langer Zeit.

Herr P. selbst ist allerdings auf die Medikamente fixiert. Es wurde eine Kontaktaufnahme der Suchtbeauftragten mit dem Hausarzt des Bewohners vereinbart. Dieser vereinbart mit dem Patienten, zur Schlafförderung ein geeignetes niederpotentes Neuroleptikum zu verordnen und die Benzodiazepine auszuschleichen.



Gesprächsführung

Wie soll ich mit den zu Pflegenden über ihren Konsum sprechen?

Sie wollen oder müssen mit Ihren zu Pflegenden ein Gespräch über deren Alkoholkonsum führen. Möglicherweise fühlen Sie sich bei dem Gedanken daran unsicher. Vielleicht befürchten Sie, dass die Betroffenen Ihnen sagen, dass es Sie nichts angeht und verärgert oder sogar aggressiv darauf reagieren. Sie könnten Ihnen auch vorwerfen, dass Sie Unrecht haben und Sie sie mit Ihren „Unterstellungen“ gekränkt haben.

Möglicherweise denken Sie auch, dass es Ihnen peinlich ist und Sie wollen sie nicht in eine solche Situation bringen. Es kann aber auch sein, dass sie froh sind, dass Sie sie ansprechen.

Sucht ist immer noch stigmatisiert. Überlegen Sie, wie Sie selbst angesprochen werden möchten, wenn Sie suchtkrank wären. Sie finden hier Hinweise darauf, wie Sie ein solches Gespräch führen können. Sehr wahrscheinlich kennen Sie die zu Pflegenden schon länger und haben eine Beziehung zu ihnen aufgebaut. In dem Gespräch geht es nicht darum, Recht zu behalten oder den Betroffenen etwas nachzuweisen. Begegnen Sie ihnen einfühlsam und wertschätzend und akzeptieren Sie ihre Sichtweise.



Ein Gesprächseinstieg könnte sein:

„Ich komme jetzt schon länger zu Ihnen und mag Sie wirklich gerne, aber in der letzten Zeit denke ich auch in meiner Freizeit an Sie. Deshalb dachte ich, dass ich Ihnen mitteile, welche Gedanken und Sorgen ich mir mache. Ist es Ihnen recht, wenn ich darüber spreche?“

„Frau/Herr Wir kennen uns jetzt schon lange und ich komme gerne zu Ihnen. Darf ich Sie heute einmal auf etwas Persönliches ansprechen?“

Dies sind nur zwei Beispiele. Wählen Sie einen persönlichen Einstieg, sprechen Sie von sich und vergewissern Sie sich, dass Sie weitersprechen dürfen.

Das Thema:

„Sie sind häufiger gestürzt (Blutwerte sind schlechter geworden etc.) und ich habe mir überlegt, ob es daran liegt, dass sie Alkohol weniger gut vertragen oder, wenn Ihr Verhältnis sehr stabil ist. Ich mache mir Sorgen um Ihre Gesundheit, wenn ich die leeren Alkoholflaschen sehe.“

„Das ist ja so, dass ältere Menschen Alkohol nicht mehr so gut vertragen können. Darf ich Sie darüber informieren?... Haben Sie schon einmal daran gedacht, etwas an Ihrem Alkoholkonsum zu verändern?“

Der Abschluss

Es ist nicht hilfreich, mit den zu Pflegenden über Trinkmengen oder Diagnosen zu diskutieren. Wählen Sie einen versöhnlichen Abschluss, der die Tür für ein weiteres Gespräch offen lässt. Es ist auch gut, wenn Sie Informationsmaterial da lassen können.

„Mir war es heute wichtig, das Thema einmal anzusprechen. Wir können gerne jederzeit noch einmal darüber reden.“

„Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie darüber erst einmal in Ruhe nachdenken möchten. Ich würde mich freuen, wenn wir in einiger Zeit noch einmal darüber sprechen könnten.“

Beispiel für ein weiterführendes Gespräch

„Ich weiß, wir haben am ein Gespräch geführt über Wir hatten darüber unterschiedliche Meinungen.“ Wir haben in unserem Team zusammen überlegt und sind zu der Einschätzung gekommen, dass sie wir uns Sorgen machen (sie mit ihrem Verhalten selbst schaden/ oder anderen schaden). Daraus ist heute xxx dabei, die/der Ihnen das einmal genau darlegen wird. Wir möchten Ihnen folgendes vorschlagen.“

Bill Miller und Steve Rollnick entwickelten eine Gesprächstechnik, die „Motivational Interviewing (MI)“ oder Motivierende Gesprächsführung heißt und Änderungsprozesse unterstützen soll. Dabei sind vier Prinzipien zu berücksichtigen:

1. Akzeptanz (Anerkennung der Autonomie)
2. Mitgefühl
3. Partnerschaftliche Zusammenarbeit
4. Wachrufen von Fähigkeiten und Fertigkeiten

Gerade ältere Menschen können häufig auf Erfahrungen zurückblicken und sich erinnern, wie sie schwierige Situationen gemeistert haben. Sie sind dennoch gegenüber Neuem häufig abwehrend, zumindest ambivalent. Motivierende Gesprächsführung fördert die Änderungsbereitschaft vor dem Hintergrund der Werte und Ziele von Menschen.

„Suchtbeauftragte“ in der Altenhilfe

Die Bezeichnung „Beauftragte/Beauftragter“ ist in der Altenhilfe geläufig. Suchtbeauftragte haben eine ähnliche Funktion wie z.B. Wundbeauftragte. Sie sind speziell für dieses Thema geschult und fungieren als Ansprechpartner nach innen und außen für das Thema „Sucht im Alter“. Nach innen beraten sie Pflegende oder Pflegeteams, wenn der Verdacht eines problematischen Substanzkonsums bei einem der zu Pflegenden besteht. Sie können auch in Absprache mit den Mitarbeitenden direkten Kontakt zu den Betroffenen aufnehmen. Sie sind informiert über die Arbeit der Suchthilfe und ihnen sind die Angebote des Suchthilfesystems bekannt. In der Regel haben sie einen persönlichen Kontakt zu einem Mitarbeitenden einer Suchtberatungsstelle. Dies ermöglicht eine unkomplizierte Kontaktaufnahme und die Möglichkeit, sich schnell und unter Wahrung der Anonymität der Betroffenen beraten zu lassen. Von Vorteil ist, wenn diese Beauftragten in Techniken der Gesprächsführung geschult sind, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, die zu Pflegenden zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. Die Suchtbeauftragten können auch auf Wunsch einen direkten Kontakt zwischen Suchtberatern und Betroffenen herstellen.

Hinweise

Beauftragte sind an den Schnittstellen von Alten- und Suchthilfe tätig. Sie können sich regional vernetzen und gegenseitig hospitieren und/oder regelmäßige Treffen im Sinne des „von-einander Lernens“ initiieren. Gut geschulte Beauftragte können ihr Wissen auch in Form von internen Schulungen an die Mitarbeitenden der eigenen Einrichtungen weitergeben sowie neue Mitarbeitenden in den Arbeitsbereich „Sucht im Alter“ einweisen. Suchtbeauftragte müssen keine suchtspezifischen Beratungsangebote anbieten, genau so wenig wie Altenbeauftragte selbst Pflegetätigkeiten übernehmen. Sie können sich jedoch in gemeinsamen „Fallbesprechungen“ gegenseitig beraten.

„Altersbeauftragte“ in der Suchthilfe

In den Einrichtungen der Suchthilfe ist die Benennung von Beauftragten nicht sehr verbreitet. Als Altersbeauftragte können Mitarbeitende fungieren, die sich für dieses noch eher neue Aufgabenfeld interessieren und spezielle Weiterbildungen besucht haben. Neben der Aneignung eines spezifischen Wissens über Erkrankungen und Medikation im Alter ist auch die Reflexion über die Lebenswelten alter Menschen und die Ziele der Behandlung notwendig. Sie wirken ebenso wie die „Suchtbeauftragten“ nach innen und außen. Intern geben sie ihre Kenntnisse an das Team weiter und verstehen sich als „Anwälte“ der besonderen Bedürfnisse alter suchtkranker Menschen. Sie stehen aber auch den Mitarbeitenden der Altenhilfe als Ansprechpartner zur Verfügung. Sofern es gewünscht und möglich ist, können sie zusammen mit den Mitarbeitenden der Altenhilfe zu Pflegende in ihrem Wohnumfeld aufsuchen. Eine Reflexion über diese besondere Form der Erstkontaktgestaltung, als Gast im eigenen Wohnraum der Betroffenen Beratungsgespräche zu führen, ist am sinnvollsten zusammen mit anderen „Alters- oder Suchtbeauftragten“.

Suchtberatung älterer Menschen

Nur wenige Suchtberatungsstellen haben ein spezialisiertes Beratungs- und Behandlungsangebot für ältere und alte Menschen. Während Menschen ab „50+“ in Beratungsstellen schon zu dem älteren Klientel gehören, sind zu Pflegende mit einem problematischen Substanzkonsum in ambulanter oder stationärer Pflege deutlich älter. Suchtberatungsstellen werden (noch) vergleichsweise selten von Menschen im höheren oder hohen Lebensalter aufgesucht, allerdings mit steigender Tendenz. Die Hemmnisse sind vielfältig und sowohl in der Struktur der Einrichtungen, wie ungünstige Öffnungszeiten, als auch auf Seiten der Betroffenen, häufig Scham, zu finden.

Für Beratungsstellen, die Angebote für alte Menschen entwickeln möchten, haben die Modellprojekte einige wichtige Hinweise zusammengestellt. Im Downloadkasten (Webseite/Suchtberatung) finden Sie kurze Rahmenempfehlungen für die Beratung älterer suchtkranker Menschen, den ausführlichen Klientenaufnahmebogen nach M.E. Agronin und einen Auszug aus dem spezialisierten Suchtberatungsangebot für Ältere in Hamburg.

Strukturelle Fragestellungen

Wenn Ihre Beratungsstelle in der 3. Etage liegt und nur ohne Fahrstuhl zu erreichen ist, dann ist sie für alte Menschen nur sehr schlecht geeignet. Überlegen Sie, ob und wie ein alter Mensch sie erreichen kann! Ist Ihr Eingang barrierefrei und gibt es ggf. einen Fahrstuhl? Ist Ihre Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen? Die nächste Haltestelle darf nicht zu weit entfernt sein. Ist es ihnen möglich, ihre Öffnungszeiten dem Lebensrhythmus alter Menschen anzupassen? Diese verlassen nur ungern abends noch die Wohnung oder Einrichtung.

Gruppen müssten tagsüber angeboten werden. Es kann sein, dass Sie von Altenhilfeeinrichtungen oder Angehörigen kontaktiert und um einen Hausbesuch gebeten werden. Stellen Sie fest, ob Ihre Beratungsstelle Kapazitäten für aufsuchende Arbeit bereitstellen kann.

Beratung- und Behandlung

Für alte Menschen sind lange Gesprächstermine u.U. überfordernd. Haben Sie die personellen Kapazitäten, häufiger kürzere Termine anzubieten? Manchmal gibt es sehr banale Kommunikationsbarrieren. Vergewissern Sie sich, dass Ihr Gesprächspartner Sie gut verstehen kann. Vielleicht ist er schwerhörig und braucht ein Hörgerät oder hat sein Hörgerät nicht richtig eingestellt. Passen Sie Ihr Gesprächstempo der Aufnahmekapazität alter Menschen an und achten Sie darauf, dass Sie auch verstanden worden sind. Es kann sein, dass Ihre Klientin oder Ihr Klient erst im Alter eine Suchterkrankung entwickelt hat und daher zum ersten Mal den Kontakt zu einer Suchtberatung sucht.

Es ist unbedingt zu berücksichtigen, dass Ihr Kontakt- und Gesprächsangebot eine neue Erfahrung für diese Klientel darstellt. Überlegen Sie gut, ob die älteren Klienten in eine bestehende Gruppe integriert sind und ob für die Themen, die alte Menschen betreffen, genug Raum besteht. Vielleicht ist es Ihnen möglich, vormittags eine neue Gruppe für ältere Menschen zu etablieren und diese bekannt zu machen. Gelingt die Anbindung an Ihre Suchtberatungsstelle, so ist für ältere Menschen die zeitliche Begrenztheit der Behandlung problematisch. Nutzen Sie Ihre Verbindungen zur Suchtselfhilfe, um diese zu motivieren, neue Gruppen für ältere und alte Suchtkranke anzubieten, die den Teilnehmenden die Möglichkeit eröffnen, Kontakte zu anderen Betroffenen zu knüpfen und damit der Vereinsamung entgegen zu wirken.

Gesprächsinhalte

Die Haltung den Betroffenen gegenüber muss Achtung und Respekt, auch vor der Lebensleistung, ausdrücken. Alte Menschen haben in Zeiten gelebt, die die Mitarbeitenden in Suchtberatungen lediglich aus einem geschichtlichen Blickwinkel kennen. Kriegs- und Nachkriegserlebnisse und dadurch bedingte Traumata können im Alter wieder an Bedeutung gewinnen. Die Ziele einer Behandlung müssen reflektiert werden. Abstinenz von Suchtmitteln kann, muss aber nicht im Vordergrund stehen, daher ist eine eigene Auseinandersetzung mit dem Abstinenzparadigma notwendig. Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und die Versorgung von eigenen Kindern haben keine Bedeutung mehr, auch stellt sich die Teilhabe am sozialen Leben verändert dar. Auf eine Auseinandersetzung mit schweren Erkrankungen und dem Lebensende müssen sich die Behandelnden vorbereiten.

Krankheitsgeschichte und Medikamenteneinnahme

Anders als im jüngeren Lebensalter ist in einem höheren Alter eine Suchterkrankung aufgrund der steigenden Multimorbidität nur eine Erkrankung unter anderen. Daher ist es besonders wichtig, nach somatischen und psychischen Beschwerden und Diagnosen zu fragen. Gegen chronische Störungen wie Herzkrankheiten, hohen Blutdruck oder einen hohen Cholesterinspiegel, Arthritis, Diabetes oder Krebserkrankungen werden i.d.R. Medikamente eingenommen. Sie sollten über die wichtigsten Medikamente und ihre Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen, auch mit Alkohol, informiert sein.

Älteren Menschen werden häufig Psychopharmaka gegen Schlafstörungen, Trauerreaktionen, depressive Verstimmungen und Erregungszustände verordnet. Mögliche Nebenwirkungen von Psycho-



pharmaka lassen sich von Alterssymptomen nur schwer unterscheiden. Beachten Sie auch, dass kognitive Störungen (z.B. eine beginnende Demenz) vorliegen können.

Vernetzung mit anderen Hilfesystemen

Die Arbeit mit älteren Klienten bedeutet auch, sich mit Akteuren eines komplexen Netzwerkes vertraut zu machen. Sie können sich als beratende Ansprechpartner für Mitarbeitende der Altenhilfe oder pflegende Angehörige anbieten. Der Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten zur Abklärung somatischer Beschwerden kann notwendig werden, ebenso wie die Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern. Achten Sie bei Gesprächen mit Angehörigen auch darauf, ob diese durch die Pflege überfordert sind und evtl. selbst einen problematischen Substanzkonsum entwickelt haben. Denken Sie bitte an die Entbindung von der Schweigepflicht!

Weiterbildung der Mitarbeitenden

Geriatrische Kenntnisse, vertieftes Wissen über Medikamentengebrauch und Nebenwirkungen und die Lebenswelten alter Menschen können bei den Mitarbeitenden der Suchthilfe nicht vorausgesetzt werden. Besuchen Sie zu diesen Themen Schulungen!

Was ist Co-Abhängigkeit?

Das Konzept der Co-Abhängigkeit ist nicht umstritten und nicht jeder, der sich mit Engagement und Gefühl um einen Suchtkranken kümmert, verhält sich damit schon automatisch co-abhängig. Eine Co-Abhängigkeit führt häufig auch den Helfenden an den Rand seiner Belastbarkeit und kann zu körperlichen und psychischen (z.B. Burn-out) Symptomen führen.

Wichtig für Sie:

Durch co-abhängiges Verhalten helfen Sie den zu Pflegenden nicht!

Co-Abhängigkeit entwickelt sich schleichend und in Phasen. In der ersten Phase erfahren die Suchtkranke viel Zuwendung und Mitgefühl. Die Hoffnung besteht, dass sie sich selbst aus der Sucht befreien können. Gelingt ihnen dies nicht, beginnt die Kontrollphase. Auch ihre Gedanken beginnen, um das Suchtmittel zu kreisen. Sie kontrollieren die Schränke, die Einkäufe, markieren die Flaschen, zählen die Tabletten. In Phasen, in denen es den Suchtkranken gelingt, ihre Sucht besser zu kontrollieren, fühlen sie sich gut und sind voller Hoffnungen. Ihr Selbstwertgefühl leidet, wenn der Suchtkranke wieder mehr konsumiert.

Sie haben die Kontrolle verloren. Dieses beständige Kreisen ohne eine Weiterentwicklung führt letztendlich zu Aggressionen und Vorhaltungen den Suchtkranken gegenüber, ohne dass es Ihnen gelingt, sich aus der Beziehungsdynamik zu befreien.

Wenn Sie einen suchtkranken Menschen pflegen, ist es wichtig, sich im Kollegenkreis auszutauschen und sich zu verdeutlichen, wo Ihre Verantwortung, aber auch Ihre Belastbarkeitsgrenzen sind.

Bedenken Sie, dass sich oftmals Angehörigen der zu Pflegenden co-abhängig verhalten und sich in unterschiedlichen Phasen, von Bagatellisieren über Verleugnen bis hin zu verbal aggressivem Verhalten auch Ihnen gegenüber befinden können.

Diese Situation können Sie nur im Team unter Einbezug ihrer Leitung und möglichst mit Unterstützung einer Suchtberaterin oder eines Suchtberaters gut bewältigen.



Ethik und Recht

Es lohnt sich immer, das Problem zu erkennen, anzusprechen und Unterstützung anzubieten!

Bei der Betrachtung von Suchtproblemen im Alter werden die Betroffenen und die Pflege- oder Betreuungskräfte mit negativen persönlichen und gesellschaftlichen Erfahrungen und Meinungen konfrontiert. Childress und Beauchamp haben vier ethisch-moralische Prinzipien beschrieben, die im Bereich des heilberuflischen Handelns ethische Orientierung bieten und mittlerweile als klassische Prinzipien der Medizinethik gelten. Die folgenden Prinzipien stehen zunächst gleichberechtigt nebeneinander, im Einzelfall müssen sie jeweils gegeneinander abgewogen werden.

<p>Respekt vor der Autonomie des zu Pflegenden</p> <p>Das Autonomieprinzip gesteht jeder Person Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Förderung der Entscheidungsfähigkeit zu. Es beinhaltet die Forderung des informierten Einverständnisses vor jeder diagnostischen und therapeutischen Maßnahme und die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten</p>	<p>Nicht Schaden - Schadensvermeidung</p> <p>Das Prinzip der Schadensvermeidung fordert, schädliche Eingriffe zu unterlassen. Dies scheint zunächst selbstverständlich, kommt aber bei eingreifenden Therapien (z.B. Chemotherapie) häufig in Konflikt mit dem Prinzip der Fürsorge</p>
<p>Fürsorge, Hilfeleistung</p> <p>Das Prinzip der Fürsorge verpflichtet den Behandler zu aktivem Handeln, das das Wohl des Patienten fördert und ihm nützt. Das Fürsorgeprinzip steht häufig im Konflikt mit dem Prinzip der Schadensvermeidung (s.o.). Hier sollte eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Schaden einer Maßnahme unter Einbeziehung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten vorgenommen werden.</p>	<p>Gleichheit und Gerechtigkeit</p> <p>Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen. Gleiche Fälle sollten gleich behandelt werden, bei Ungleichbehandlung sollten moralisch relevante Kriterien konkretisiert werden</p>

Grundlage jeder Überlegung ist die Überzeugung, dass jeder Mensch Autonomie besitzt, also selber für sein Tun und Lassen verantwortlich ist. Häufig sind sich Betroffene ihrer Autonomie nicht bewusst. Dieses Bewusstsein gilt es zu fördern und zu stärken, denn ein möglicher Wunsch nach Veränderung des Konsums muss von dem/der Betroffenen kommen und gewollt sein. Der Betroffene wird selber zum Akteur.



Es gilt, den Betroffenen umfassend aufzuklären und zu informieren, gemeinsame Ziele zu formulieren, Vereinbarungen zu treffen und Konsequenzen für den Fall festzulegen, wenn Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

Die vereinbarten Ziele müssen im Sinne des zu Pflegenden/Betreuten, nicht der Pflege- oder Betreuungskräfte sein.

Was ist aber zu tun, wenn der Betroffene keine Bereitschaft zur Veränderung seines Konsumverhaltens hat? Es ist zu bedenken, dass jeder Mensch das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat. Die Freiheit der Person ist unverletzlich (Art. 2 GG). Jeder Mensch hat das Recht, ein Leben seiner Wahl zu führen. Dies schließt auch eine Lebensführung ein, die Risiken birgt, wie zum Beispiel Tabakkonsum. Somit darf auch jeder Mensch Alkohol konsumieren, auch wenn er so viel trinkt, dass er Schaden nimmt. Dies trifft auch grundsätzlich für zu Pflegende oder Bewohner einer Seniorenreinrichtung zu.

Ist seine Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt, stehen die Betreuenden und Pflegenden in der Pflicht, seiner Selbstschädigung entgegenzuwirken, genauso wie der Gastwirt in der Pflicht ist, seinem sichtlich betrunkenen Gast die Autoschlüssel abzunehmen, sollte dieser noch fahren wollen. Alle Gesundseinrichtungen stehen demnach in der Pflicht, Defizite im Autonomiebereich ihrer Bewohner durch geeignete Schutzmaßnahmen unter Ausschluss eines erkennbaren Gefahrenpotentials sicher auszugleichen.

Was heißt das in der Praxis? Verlässt beispielsweise ein stark angetrunkener Bewohner einer Seniorenwohnung mit einem Rollstuhl die Wohnanlage und ist sichtbar nicht in der Lage, sicher am Straßenverkehr teilzunehmen, gefährdet er sich und andere. Erhalten Mitarbeitende der Wohnanlage davon Kenntnis, sind sie verpflichtet, den Betroffenen am Verlassen der Wohnanlage mit angemessenen Mitteln zu hindern.

Auf welcher Rechtsgrundlage ist dieses möglich?

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“ (§ 34 Strafgesetzbuch - Rechtfertigender Notstand) Trinkt ein zu Pflegender täglich abends eine Flasche Wein, ist dies auf Dauer ungesund. Als Folge muss er beispielsweise morgendliche Kopfschmerzen ertragen. Dies ist kein Grund, seitens des Pflegedienstes so weit einzugreifen, dass der Konsum verhindert wird. Vielmehr kann der zu Pflegende möglicherweise motiviert werden, sich bei der Reduktion seines Konsums helfen zu lassen.

Wie steht es um die rechtliche Verantwortung, wenn zu Pflegende/Betreute durch übermäßigen Alkohol- oder Medikamentengebrauch Gesundheitsschäden erleiden?

Hier kommt es darauf an, dass die Abhängigkeitserkrankung (soweit vorliegend) erfasst wird und dem Betroffenen nachweisbar Hilfeangebote unterbreitet werden. Hierzu kann auch das Anregen einer gesetzlichen Betreuung beim Betreuungsgericht gehören. Grundsätzlich unterliegen vermeidbare Gesundheitsschäden durch Substanzmittel-Missbrauch der Prüfung straf- und zivilrechtlicher Haftung des Pflegedienstes.

In haftungsrechtlicher Prüfung jedoch gilt:

- Die Pflegekraft schuldet dem zu Pflegenden lediglich das sorgfältige Bemühen um Hilfe und Heilung. (BGH VersR 1991, S. 310)
- Der Pflegedienst hat aus Vertrag und tatsächlicher Garantenstellung (Mit-) Verantwortung für die Gesundheit der zu Pflegenden. Die grundsätzlichen Beziehungen werden ohne die Pflegekräfte zwischen Träger und zu Pflegenden vertraglich festgelegt. Ausgeführt werden die Bestimmungen jedoch nicht durch den Träger, sondern durch die Mitarbeitenden des Pflegedienstes. Der Arbeitgeber haftet grundsätzlich für Schäden, welche durch Mitarbeitende verursacht wurden, es sei denn, dass der Schaden durch eine grobe Fahrlässigkeit des Mitarbeitenden verursacht wurde.
- Schulhaft im Sinne von zumindest „fahrlässig“ handelt nur „wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt“ (§ 276,2 BGB).
- Der zu Pflegende hat einen Anspruch auf eine sichere Versorgung nach den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft.
- Dabei entspricht es der rechtlichen Verpflichtung, sich über neue Erkenntnisse bis zur Grenze des Zumutbaren fortzubilden.

Die Dokumentation ordnungsgemäßen Handelns gilt in der Praxis als kaum zu erschütternder Nachweis sicherer Versorgung. **Deshalb sind alle Schritte im Verlauf ordentlich zu dokumentieren!**

Alkohol

Welcher Konsum ist risikoarm?

Neuere Empfehlungen der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen gehen inzwischen bei erwachsenen Personen mittleren Alters von 12 Gramm reinem Alkohol bei Frauen und 24 Gramm bei Männern als Wert aus, bei dem der Alkoholkonsum risikoarm ist. Für ältere Menschen gibt es noch keine Normwerte. Das amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) empfiehlt, ab 65 Jahre täglich nicht mehr als 10g Alkohol zu trinken. Diese Empfehlung gilt für Frauen und Männer.



Wieviel Gramm Alkohol ist in alkoholischen Getränken?

Alkoholische Getränke enthalten unterschiedlich viel Vol% Alkohol, auch Bier ist nicht gleich Bier. Es gibt eine einfache Formel, mit der man die Grammzahl bestimmen kann:

Gramm Alkohol = (Vol%)/100 x Menge in ml x 0,8
Ein Rechenbeispiel für eine 0,3l-Flasche Bier mit 5 Vol%: 5 durch 100 mal 300 mal 0,8=12

0,3l-Flasche Bier	=	12g
0,5l-Flasche Bier	=	20g
0,25l Wein	=	24g (mit 12 Vol%)
0,04l Schnaps	=	12,8g (mit 40 Vol%)

Warum sollen ältere Menschen weniger Alkohol trinken?

Ältere Menschen sind durch einen geringeren Flüssigkeitsanteil im Körper einem höheren Wirkungsgrad der Substanz ausgesetzt und durch die Verlangsamung der Körperprozesse wird der Abbauprozess verlängert. Ihr Körper verträgt weniger Alkohol.

Wann spricht man von Sucht?

Alkoholabhängigkeit entwickelt sich über einen langen Zeitraum. Sie wird dann diagnostiziert, wenn während des letzten Jahres mindestens drei der nachfolgend aufgeführten sechs Kriterien des ICD 10 erfüllt sind:

- Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms.
- Es kann eine Toleranzsteigerung nachgewiesen werden, d.h. es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen.
- Andere Aktivitäten und Interessen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt.
- Der Alkoholkonsum wird trotz nachweisbarer eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt.

Soll ich älteren Menschen den Alkohol wegnehmen?

Wenn ältere Personen beim unschädlichen Konsum bleiben, besteht kein Problem. Bei erhöhtem Alkoholkonsum werden jedoch die Lebensqualität eingeschränkt und altersbedingte Einschränkungen wie die Sturzgefahr und Vereinsamung verstärkt. Auch wenn eine dauerhafte Abstinenz möglicherweise wünschenswert ist, ist dies nicht das vorrangige Ziel. Im Vordergrund steht die Sicherung des Überlebens, sowie die Reduzierung des Konsums oder der Trinkexzesse und damit verbunden die Verlängerung der Zeiten, in denen die ältere Person keinen Alkohol trinkt.

Ist Sucht im Alter behandelbar?

Ja! Es gibt Hinweise darauf, dass das mindestens so erfolgreich möglich ist, wie im mittleren Lebensalter, nur geschieht dies viel zu selten.

Ab wann muss ich handeln?

Wenn ein Nicht-Handeln für den Betroffenen oder für seine Umgebung zu Schäden führt. Bei fehlender Einsicht und anhaltender Selbst- und Fremdgefährdung muss eine Betreuung eingerichtet werden.

Ab wann endet persönliche Freiheit und sind haftungsrechtliche Fragen zu beachten?

Persönliche Freiheit endet immer bei der Freiheit Anderer. Grundsätzlich hat jeder Mensch das Recht, sich zu schädigen. Wird allerdings beispielsweise ein Betrunkener nicht an der Teilnahme am Straßenverkehr gehindert, kommt derjenige, der ihn hätte aufhalten können, in die Mithaftung. Das therapeutische Team schuldet dem Betroffenen lediglich das sorgfältige Bemühen und die Hilfe zur Heilung.

Wie rede ich mit dem Betroffenen?

Das gesamte Pflegeteam sollte sich auf eine gemeinsame Handlungsstrategie einigen. Es bedarf einer Risikoeinschätzung, aus der die Folgen des Konsums für den Betroffenen und das Umfeld hervorgeht. Dabei gilt, dass nichts gegen den Betroffenen erreichbar ist, sondern nur zusammen mit ihm. Die Ziele sollten dabei niedrigschwellig gehalten werden. Es bedeutet schon viel, wenn jemand bereit ist, offen über seine Suchtgefährdung zu reden.

Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es im Suchtbereich?

Das Suchthilfesystem ist sehr vielfältig. Der erste Anlaufpunkt sind in der Regel die lokalen Suchthilfeeinrichtungen. Dort können Sie sich kostenlos und unverbindlich beraten lassen. Die Entgiftung von dem Suchtmittel erfolgt meist stationär unter ärztlicher Kontrolle in einem Krankenhaus. Ein so genannter „Qualifizierter Entzug“ dauert i.d.R. drei Wochen, die reine Entgiftung wenige Tage. Entwöhnungsbehandlungen können sich anschließen, die ambulant oder stationär erfolgen und mehrere Wochen dauern. Es gibt auch geriatrische Einrichtungen, die auf Sucht spezialisiert sind. Selbsthilfegruppen für Alkoholkranke sind weit verbreitet und können „nass“ oder „trocken“ besucht werden. Selbsthilfegruppen bei Medikamentenmissbrauch oder –abhängigkeit sind leider nicht so häufig.

Medikamente

Was sind Psychopharmaka?

Psychopharmaka sind Arzneimittel, die hauptsächlich auf das Zentrale Nervensystem wirken und dort biochemische und physiologische Vorgänge beeinflussen. Dadurch werden Denken, Gefühle und das Verhalten eines Menschen verändert. Psychopharmaka werden bei psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen verordnet, aber auch, um Symptome organischer Krankheiten zu behandeln.

Sie lassen sich in folgende Gruppen einteilen:

- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Tranquillizer
- Phasenprophylaktika (z.B. Lithium)
- Psychostimulatoren
- Halluzinogene
- Antidementiva

Warum werden Psychopharmaka verschrieben?

Antidepressiva wirken bei Depressionen stimmungsaufhellend, antriebssteigernd oder angstmindernd. Neuroleptika werden bei Psychosen gegen Halluzinationen und Wahnideen verordnet, aber auch bei Schlafstörungen eingesetzt. Tranquillizer sind Beruhigungsmittel, wirken also beruhigend, angstlösend und schlafanstoßend.



Zu dieser Gruppe gehören die Benzodiazepine und Z-Substanzen. Psychopharmaka sind bei der Behandlung schwerer psychischer Störungen wie Schizophrenien, akuten Ängsten, schweren depressiven Störungen mit akuter Suizidalität unentbehrlich. Sie beseitigen allerdings nicht die eigentliche Erkrankung, lindern aber deren Beschwerden.

Kann ich Psychopharmaka in der Apotheke kaufen?

Nein. Psychopharmaka sind verschreibungspflichtige Arzneimittel. Sie bekommen sie in der Apotheke nur auf Rezept.

Haben Psychopharmaka Nebenwirkungen?

Es ist wichtig zu wissen, dass Psychopharmaka häufig ihre Wirkung erst nach einigen Wochen Einnahme zeigen. Möglicherweise verschlimmern sich anfangs sogar die Symptome. Um zu beurteilen, ob und wie ein spezielles Medikament wirkt, muss man dieses eine gewisse Zeit einnehmen. Es gibt auch nicht ein bestimmtes Medikament gegen eine bestimmte Erkrankung, da jeder Mensch anders darauf reagiert. Antidepressiva können zu Verstopfungen, Gewichtszunahme, niedrigem Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Zittern, Potenzstörungen, Halluzinationen und trockenen Schleimhäuten führen.

Neuroleptika können ähnliche Nebenwirkungen wie Antidepressiva hervorrufen und darüber hinaus zu Bewegungsstörungen (Dyskinesien), d.h. Zungenschlund- und Blickkrämpfen führen. Auch kann es zu einem starken Bewegungsdrang oder Parkinsonsymptomen kommen.

Die Nebenwirkungen von Tranquillizern sind Müdigkeit, Schwindel, Benommenheit, eingeschränktes Reaktionsvermögen oder auch besonders bei Älteren Erregungszustände und Verwirrtheit. Werden sie über eine längere Zeit eingenommen, so führt dies zu einer Abhängigkeit.

Kann ich von Tranquillizern/Benzodiazepinen abhängig werden, wenn ich sie nach ärztlicher Vorgabe einnehme?

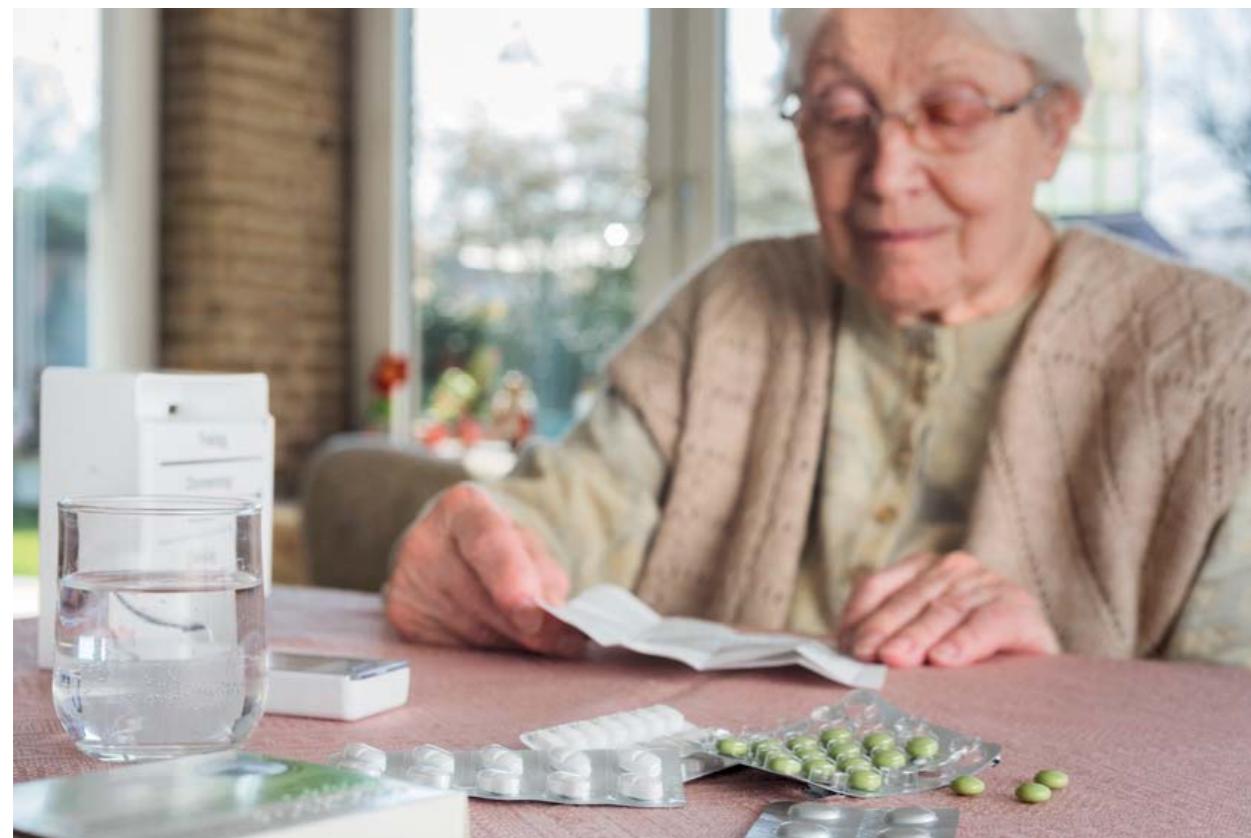
Ja. Sie sollten nicht länger als 4- 8 Wochen eingenommen werden. Eine Einnahme über Monate hinweg macht auch bei einer niedrigen Dosierung abhängig.

Wie kann ich den Unterschied zwischen altersbedingten Störungen oder Auffälligkeiten und einem missbräuchlichen Substanzkonsum erkennen?

Häufige Stürze, Gangstörungen, Schwindel, Benommenheit, Gedächtnisprobleme, Antriebsminderung und Interesselosigkeit können sowohl altersbedingt als auch Nebenwirkungen eines längeren Benzodiazepinkonsums sein.

Erheben Sie genau, welche Medikamente Ihre zu Pflegende bzw. Ihr zu Pflegender einnimmt und achten Sie auf folgende Anzeichen:

- Schläfrigkeit bis in den späten Vormittag
- Steigerung der Dosis, um die gewünschte Wirkung zu erzielen
- Rezepte werden von verschiedenen Ärzten geholt
- Häufiger Wechsel der Ärzte
- Häufiger Wechsel der Apotheke
- Heimliche Einnahme der Medikamente
- Heimliches Anlegen einer Reserve
- Unruhe und Angst, wenn nur noch wenige Tabletten verfügbar sind



Was kann ich tun, wenn ich bei einem älteren Menschen einen nicht angemessenen Gebrauch von Medikamenten vermute?

Erheben Sie genau, was der ältere Mensch einnimmt. Erstellen Sie dazu eine Medikamentenliste. Achten Sie auch auf leere Medikamentenverpackungen, deren Verschreibungsweg Sie nicht einordnen können.

Vergleichen Sie die Medikamente mit der Priscus-Liste. Machen Sie ggf. Ihre Leitung oder den behandelnden Arzt darauf aufmerksam, dass Ihr zu Pflegender Medikamente erhält, die nach der Priscus-Liste für ältere Menschen nicht geeignet sind. Manchmal ist eine Umstellung auf ein anderes Präparat problemlos möglich. Auch die Einbeziehung von Angehörigen kann hilfreich sein.

Kann ich einem älteren Menschen seine Benzodiazepine oder andere Psychopharmaka wegnehmen, wenn ich sicher bin, dass diese falsch angewendet werden?

Nein, auf keinen Fall. Hat jemand über lange Zeit Benzodiazepine eingenommen, so müssen diese langsam herunterdosiert und ggf. entzogen werden. Ein abruptes Absetzen kann zu lebensbedrohlichen Entzugssymptomen führen. Ein Benzodiazepinentzug sollte nur in Absprache mit dem Betroffenen und dem behandelnden Arzt erfolgen. Beobachten Sie Nebenwirkungen durch die Einnahme von Antidepressiva oder Neuroleptika, teilen Sie diese dem behandelnden Arzt mit. Möglicherweise gibt es Alternativpräparate, die bei diesem Menschen weniger Nebenwirkungen haben.

Was kann ich tun, wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt das Gespräch mit mir verweigert?

Geben Sie die von Ihnen erstellte Medikamentenliste an Ihre Leitung weiter, damit diese sich mit den behandelnden Ärzten in Verbindung setzt. Ihr Apotheker ist sicher gerne bereit, die verordneten Medikamente daraufhin zu begutachten, ob sie für ältere Menschen geeignet sind und welche Wechselwirkungen zwischen ihnen bestehen.

Gibt es Gründe, warum eine langjährige Verschreibung von Benzodiazepinen aufrechterhalten wird?

Ja. Es gibt Patienten, z.B. mit Angsterkrankungen, die erst durch die Verschreibung von Benzodiazepinen wieder aktiv am Leben teilnehmen und ihren Alltag bewältigen können. Häufig ist es auch so, dass die neu in die Pflege aufgenommenen älteren Menschen schon über einen langen Zeitraum Benzodiazepine einnehmen. Dann ist es im ersten Schritt wichtig zu überprüfen, dass sie kein Präparat erhalten, welches laut Priscus-Liste wegen zu langer Halbwertzeiten für diese Menschen ungeeignet ist. Eine Risikoanalyse der Einnahme und Gespräche mit den zu Pflegenden und den behandelnden Ärzten entscheiden darüber, ob ein Absetzversuch nötig und möglich ist.

Stolpersteine

Die Begegnung zweier sehr unterschiedlich agierender Hilfesysteme kann zu einem erweiterten Verständnis des beruflichen Alltags der jeweils anderen Akteure führen. Eine Bereicherung nicht nur auf beruflicher, sondern auch auf einer persönlichen Ebene ist ein mögliches Ergebnis. Diese Erfahrung wurde in den Modellprojekten sehr häufig gemacht. Dabei ist es hilfreich, die differierenden rechtlichen Rahmenbedingungen zu kennen und das unterschiedliche professionelle Hilfeverständnis zu akzeptieren.



Altenhilfe ist nicht gleich Altenhilfe

Die Strukturen der Altenhilfe sind sehr komplex und die Mitarbeitenden unterschiedlich intensiv ausgebildet. Neben sehr gut und sehr lange ausgebildeten Pflegekräften sind in der Altenhilfe auch angelernte Kräfte beschäftigt, deren Ausbildungzeit nur wenige Wochen beträgt. Mitarbeitende der Hauswirtschaft und Alltagsbegleiterinnen und –begleiter haben häufig einen engen Kontakt zu den zu Pflegenden. Ambulante und stationäre Einrichtungen sowie betreute Wohnformen sind unterschiedlichen Anforderungen ausgesetzt. Die Bewohnerinnen und Bewohner gerontopsychiatrischer Einrichtungen haben häufiger eine Suchtbiografie, gleichwohl sind diese Einrichtungen personell besser ausgestattet. Dies gilt es bei der Planung von Schulungen oder anderen Maßnahmen zu berücksichtigen.

Suchthilfe trifft Altenhilfe – fremde Welten begegnen sich

Um eine erfolgreiche Vernetzung dieser beiden Hilfesysteme zu gewährleisten ist eine Reflexion über die unterschiedlichen Strukturen und Arbeitsweisen unumgänglich. Eine privatwirtschaftlich orientierte Arbeitsweise mit rigorosen Vorgaben durch die Krankenkassen und Druck durch Betreute und Angehörige begegnet einem System, welches vor-

dergründig freier und reflektierter innerhalb ihrer „Komm-Strukturen“ arbeiten kann. Eine pragmatische Handlungsweise trifft auf ein zur Selbstreflexion und Veränderung anregendes Konzept. Die Pflege erwartet konkrete Handlungsideen, die sie im praktischen Umgang mit den Betroffenen schnell umsetzen kann. Diese hohen Erwartungen kann die Suchthilfe nicht erfüllen. Dies kann jedoch auch zu einer Entlastung der Mitarbeitenden der Altenhilfe über die Erkenntnis „doch nicht alles falsch gemacht zu haben“ führen.

Sprache

Unterschiedliche Ausbildungswege der Mitarbeitenden der Sucht- und Altenhilfe bedingen eine unterschiedliche Sprache. Sprachliche Kommunikation auch auf einer abstrakten Metaebene ist Bestandteil des Arbeitsalltags der Suchthilfe. Im Kontakt mit den Mitarbeitenden der Altenhilfe geht es jedoch weniger darum, therapeutische Ansätze zu reflektieren, sondern diese in konkrete Handlungsanleitungen zu übersetzen. Nur so kann die Suchthilfe wertvolle Hilfestellungen geben, die sich auch in den Pflegealltag integrieren lassen.

Abstinenzparadigma

In der Begegnung mit der Altenhilfe und der Problematik „Sucht im Alter“ kann ein enges Blickfeld der Suchtberatung auf ein Abstinenzparadigma eine konstruktive Zusammenarbeit behindern. Abstinenz ist im Alter nicht das vorrangige Ziel. Erst eine „Risikoanalyse“ kann darüber entscheiden, ob ein akuter Handlungsbedarf besteht.

„Suchtpolitik“ in Einrichtungen der Altenhilfe

Eine „Suchtpolitik“ bedeutet die Erarbeitung einer gemeinsamen Grundhaltung. In Diskussionen müssen von allen Mitarbeitenden getragene Verhaltensrichtlinien festgelegt werden. Darin kann z.B. festgelegt werden, dass grundsätzlich auf die Verwendung von Alkohol im Essen verzichtet wird und wieviel Alkohol für die zu Pflegenden eingekauft werden darf, da es dazu keine Richtlinien gibt. Das entlastet den einzelnen Mitarbeitenden, der in seinem eng getakteten Alltag mit solchen Fragen überfordert ist. Außerdem signalisiert es den zu Pflegenden, dass das Team als Einheit handelt.

„Alterspolitik“ in Einrichtungen der Suchthilfe

Eine „Alterspolitik“ bedeutet nicht nur, sich mit den Bedürfnissen und Lebenslagen alter Menschen auseinander zu setzen, sondern auch seine Strukturen diesen Bedürfnissen anzupassen. Dazu gehören z.B. eine mögliche Veränderung der Öffnungszeiten, das Angebot von Gruppensitzungen auch an den Vormittagen bzw. nicht ausschließlich in den Abendstunden, Barrierefreiheit und das Angebot von aufsuchenden Terminen, auch wenn dies nach der Erfahrung der Modellprojekte (noch) nicht häufig angefragt wird. Sofern die Suchthilfeeinrichtung über ein spezielles Angebot für ältere Menschen verfügt, sollte dieses offensiv „beworben“ werden. Die Erfahrung der Modellprojekte zeigt, dass ein Bedarf besteht, es aber auch einige Zeit braucht, um dieses Angebot bekannt zu machen.

Medikamentenmanagement

Problematischer Alkoholkonsum und problematischer Medikamentengebrauch unterscheiden sich gerade im Alter deutlich voneinander. Liegt z.B. eine Benzodiazepinabhängigkeit vor, so kann diese nur durch die weitere Vergabe auf Rezept aufrechterhalten werden. Fachkräfte der Suchthilfe sind hier nicht die ersten Ansprechpartner, sondern die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Während manche die Hinweise und Beobachtungen der Altenhilfemitarbeitenden als Unterstützung zum Wohle der Patienten verstehen, werden andere sich diese vermeindliche Einmischung in ihre Verschreibungsautonomie verbeten. Gerade für Mitarbeitende in der ambulanten Pflege ist es zudem schwierig und zeitaufwändig, die Ärzte zu erreichen und das hierarchische Gefälle zwischen Ärzteschaft und Pflege verhindert häufig eine offene Kommunikation. Dann ist es die Aufgabe der Leitungen mit den Ärzten zu kommunizieren.

Tipp: Veranstalten Sie eine „Medikamentencheckwoche“ mit engagierten Apothekerinnen und Apothekern!



Screeninginstrumente

Der Begriff „Screening“ kommt aus dem Englischen und bedeutet so viel wie „Aussieben“ oder „Selektion“. Screening-Instrumente sind Tests, die aus wenigen Fragen bestehen und schnell zu beantworten sind. Sie können Ihnen dabei helfen herauszufinden, ob bei Ihnen zu Pflegenden ein problematischer Alkoholkonsum oder ein Medikamentenmissbrauch vorliegt. Sie ersetzen jedoch nicht eine ausführliche Diagnostik, die von einer Ärztin oder einem Arzt oder dafür ausgebildeten Mitarbeitenden der Suchthilfe durchgeführt werden kann. Es ist nicht Ihre Aufgabe, eine Diagnose zu erstellen!

Die folgenden Tests sollen von den Betroffenen selbst ausgefüllt werden. Jeder der 5 Tests ist gebräuchlich und gut untersucht.

Vielleicht kommen Sie zu dem Ergebnis, dass eine routinemäßige Anwendung von Screening-Instrumenten in Ihrem Pflegealltag nicht möglich und sinnvoll ist. Die Fragen bzw. Aussagen der Tests können Ihnen selbst jedoch Anhaltspunkte dafür geben, welche Fragen Sie stellen könnten. Die Screening-Instrumente bestehen jeweils aus zwei Seiten. Die erste Seite enthält den Fragebogen und die zweite Seite Hinweise zur Auswertung und Interpretation. Zusätzlich finden Sie dort Links zu Artikeln oder näheren Erklärungen. Diese Seiten sind jedoch häufig in englischer Sprache.

Alkohol

- **AUDIT-C:** Dieses Instrument besteht aus 3 Fragen, die die Trinkgewohnheit und die konsumierte Alkoholmenge abfragen. Die Befragten sind in der Regel problemlos dazu bereit, diese Fragen zu beantworten.
- **CAGE:** Dieses Akronym setzt sich zusammen aus Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener. Der Fragebogen enthält 4 Fragen, die offensichtlicher auf einen problematischen Alkoholkonsum hindeuten. Fragen zur konkreten Trinkmenge werden nicht gestellt.
- **SMAST-G:** Der „Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric“ ist mit seinen 10 Fragen deutlich länger als der AUDIT-C oder der CAGE. Er wurde speziell für ältere Menschen entwickelt.

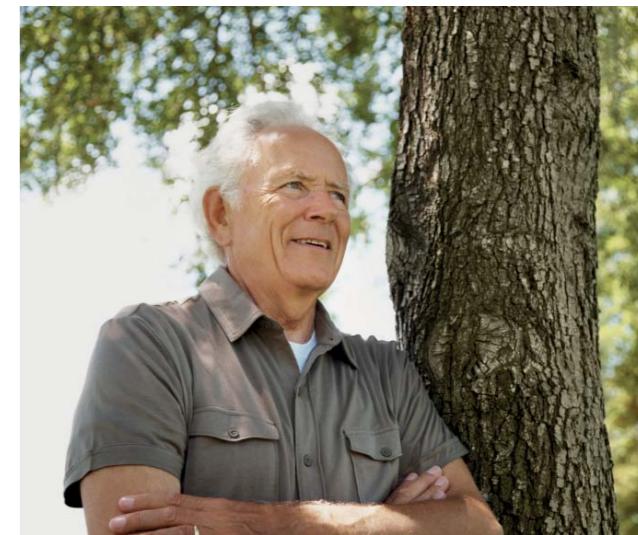
Medikamente

- **KFM:** Der „Kurzfragebogen für Medikamentengebrauch“ beinhaltet 12 Fragen und bezieht sich auf Medikamente, die eingenommen werden gegen Schmerzen, um besser schlafen zu können, ruhiger und leistungsfähiger zu werden und/oder um die eigene Stimmung zu verändern.
- **LBC:** Der „Lippstädter Benzo-Check“ (12 Fragen) fragt ganz konkret nach den Wirkungen und den Nebenwirkungen eingenommener Benzodiazepine oder Z-Substanzen.

Diese Instrumente stehen Ihnen auf der Internetseite www.alter-sucht-pflege.de als Download unter Handlungsempfehlungen/Download zur Verfügung.

Von den Modellprojekten entwickelte Instrumente:

- **Biografiebogen:** Er kann bei der systematischen Abfrage von Trinkgewohnheiten bei der Aufnahme in die ambulante oder stationäre Pflege eingesetzt werden. (Word)
- **Beobachtungsbogen:** Mithilfe dieses Bogens ist eine schnelle Dokumentation von sozialen, emotionalen und körperlichen Auffälligkeiten möglich. (Word)
- **Medikamentenliste:** In diese Liste können alle verordneten bzw. eingenommenen Medikamente für eine umfassende Bestandsaufnahme eingetragen werden. (Word)
- **Dokumentationsbogen** für die Dokumentation der Gespräche mit dem/der Betroffenen (Word)
- **Fallbesprechung:** Dokumentation der kollegialen Fallbesprechungen (Word)
- **Risikoeinschätzung:** Dieser Bogen hilft Ihnen zu entscheiden, ob und in welcher Form Sie handeln müssen, wenn bei Ihnen zu Pflegenden ein Substanzgebrauch vorliegt. (Word)
- **AEDL-nach-Krohwinkel:** Das Modell der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen (AEDL) nach M. Krohwinkel gibt Ihnen Hinweise darauf, welche Pflegeziele durch Suchterkrankungen beeinträchtigt sind und zeigt praktische Beispiele für die Umsetzung im Alltag auf. (Word)
- **Pflegeleitbild:** Beispielhaft sind Grundsätze oder Aussagen zum Umgang mit substanzgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern aufgelistet, die Sie Ihrem Pflegeleitbild hinzufügen können. (Word)
- **Schweigepflichtentbindung:** Sie ist die Grundlage für einen Informationsaustausch zwischen unterschiedlichen Institutionen und beteiligten Personen. (Word)
- **Priscus-Liste-Kurzform:** Die Priscus-Liste für den Schreibtisch bietet Ihnen eine Übersicht über die 83 Wirkstoffe, die als potentiell inadäquat für ältere Personen bewertet wurden. (PDF)



Diese Instrumente stehen Ihnen auf der Internetseite www.alter-sucht-pflege.de als Download unter Handlungsempfehlungen/Download zur Verfügung. Lediglich der Biografiebogen, der Beobachtungsbogen, die Medikamentenliste und die Risikoeinschätzung wurden in die Broschüre übernommen.

Biografiebogen

„Welche Rolle spielt der Alkohol in Ihrem Leben?“

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer persönlichen Biografie:

1. Leben Sie zurzeit abstinenz, d.h. komplett ohne Alkoholkonsum? ja nein

2. Welche alkoholischen Getränke nehmen Sie bevorzugt zu sich?

3. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie Alkohol? an _____ Tagen

4. Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie dann üblicherweise? _____ Gläser

(1 Glas = 0,3 l Bier oder 0,15 l Wein/Sekt oder 0,04 l Brantwein)

5. Welche festen Trinkgewohnheiten bestehen? (z.B. „ein Glas Wein zum Abendbrot“ o.ä.)

6. Welche Trinkanlässe gibt es? (z.B. Feiertage, Geburtstag etc.)

7. Nutzen Sie gelegentlich alkoholhaltige Stärkungsmittel, z.B. Ginseng-Tonikum oder Klosterfrau-Melissengeist?

ja nein

8. Nehmen Sie auch manchmal Alkohol zu sich, wenn Sie z.B. Langeweile haben oder sich über etwas Sorgen machen?

ja nein

9. Kennen Sie Zeiten stärkeren Trinkens, z.B. in früheren Lebenssituationen, im eigenen häuslichen Umfeld?

ja nein

10. Haben Sie einmal Hilfe beim Arzt oder im Krankenhaus in Anspruch genommen, weil Sie größere Mengen Alkohol konsumierten? Wenn ja, wann? Welche Behandlungen?

ja nein

11. Gibt es gesundheitliche Probleme, die Sie in Zusammenhang mit Alkohol sehen?

Wenn ja, welche?

Sonstiges/Anmerkungen:

Beobachtungsbogen

Datum: _____ Pflegekraft: _____ Betroffene(r): _____

Häusliches Umfeld

- Vernachlässigung der Körperhygiene
- Nachlässigkeit in Bezug auf Ordnung
- Vermehrt Flaschen oder Medikamentenpackungen (Vorräte, Verstecken von Alkohol, Medikamenten)
- Verdorbene Lebensmittel
- Sonstiges:

Soziales Verhalten/Beziehungen

- Zunehmender Rückzug
- Auffallende Abwertungen, Schuldzuweisungen und Beschimpfungen von Angehörigen und Bekannten
- Aggressives Verhalten im Kontakt
- Apathische Reaktion auf Ansprache
- Wechsel des Bekanntenkreises
- Hilflosigkeit
- Antriebslosigkeit
- Sonstiges:

Emotional

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anhaltende Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gemüts- & Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Aggressivität, Ungeduld, Unausgeglichenheit |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Aufgereg/hibbelig, Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit | <input type="checkbox"/> Angespannt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Verhalten

- bittet oder verlangt die Besorgung von alkoholischen Getränken/höhere Dosis von Beruhigungsmitteln
- wechselt den Arzt
- vernachlässigt die Hobbys/geliebte Beschäftigungen
- vermeidet jegliche Veränderungen
- gerät in finanzielle Engpässe
- Sonstiges:

Körper

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alkoholgeruch | <input type="checkbox"/> erhöhte Leberwerte |
| <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Vermehrte Stürze | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Nachlassen der geistigen Leistungskraft |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> zunehmende Verwirrtheit/Orientierungslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Störung des Tag-Nachtrhythmus |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Übersicht aller derzeit verordneten und eingenommenen Medikamente

(Bestandsaufnahme)

Mit dieser Übersicht können Sie dazu beitragen, Über- oder Untermedikation zu vermeiden und eventuell auftretende Nebenwirkungen zu erklären. Bitte tragen Sie alle verordneten oder gekauften Medikamente und ihre Dosierung in die folgende Tabelle ein. Vermerken Sie weiterhin, gegen welche Beschwerden sie eingenommen werden und wie ihre Wirkung bewertet wird und ob es zu Nebenwirkungen kommt.

Gibt es einen Arzt, der den gesamten Umfang der Medikation kennt? Wenn nicht, legen Sie diesen Plan zur Begutachtung beim nächsten Arztbesuch vor. (s. DHS: www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=66)

Name des Medikaments	Grund der Einnahme/ Verordnung	verordnet durch:	Dosierung/ Häufigkeit der Einnahme	Einnahme seit:	Beobachtete Nebenwirkungen

Risikoeinschätzung

Die Risikoeinschätzung dient Ihnen als Entscheidungshilfe, ob und in welcher Form Sie handeln müssen. Wenn Sie zu der Einschätzung gelangen, dass eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, d.h. der/die Betroffene suizidgefährdet ist oder durch aggressives Handeln andere gefährdet, müssen Sie sofortige Maßnahmen einleiten. Gefährdet der/die Betroffene sich längerfristig durch den Konsum von Alkohol oder einen Medikamentenmissbrauch, müssen Sie ihm/ihr Hilfen anbieten. Sie können auch Ihre Angaben im Beobachtungsbogen zu Hilfe nehmen.

1. Selbstgefährdung:

- ist verwirrt
- Atembeschwerden
- stürzt häufig
- schafft es nicht mehr ins Bett
- wird betrunken aufgefunden
- _____
- _____

2. Fremdgefährdung/Verhaltensauffälligkeiten

- verhält sich anderen gegenüber aggressiv
- wird verbal aggressiv gegenüber Mitbewohnern/ Nachbarn
- ist aufdringlich (auch sexuell) gegenüber Mitbewohnern/ Nachbarn
- stört die Nachtruhe anderer
- _____
- _____
- _____

3. Mitarbeiter

- wird aggressiv unter Alkohol
- ist aufdringlich unter Alkohol
- öffnet nicht die Tür
- lässt sich häufig nicht mehr versorgen
- _____
- _____
- _____

4. Pflegeauftrag

- Pflegeauftrag kann nicht mehr erfüllt werden
- Pflegeauftrag kann nur noch eingeschränkt erfüllt werden
- Pflegeauftrag kann voll erfüllt werden

Impressum

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
c/o UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinstr. 52
20246 Hamburg

Ansprechpartner
Dr. Silke Kuhn
Diplompsychologin/appr. Psychotherapeutin
Tel.: 0049 (0) 40 / 7410 – 57905
Fax: 0049 (0) 40 / 7410 – 58351
E-Mail: skuhn@uke.de

Satz & Layout
Fa. pixelside
Claudia Seeger
Fotos: © Fotolia GmbH; iStockPhotos