

Andreas Kutschke

Sucht – Alter – Pflege

Praxishandbuch für die
Pflege suchtkranker alter Menschen



Andreas Kutschke
Sucht – Alter – Pflege

Verlag Hans Huber
Programmbereich Pflege

Beirat Wissenschaft

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund

Silvia Käppeli, Zürich

Doris Schaeffer, Bielefeld

Beirat Ausbildung und Praxis

Jürgen Osterbrink, Salzburg

Christine Sowinski, Köln

Franz Wagner, Berlin

HUBER



Andreas Kutschke

Sucht – Alter – Pflege

Praxishandbuch für die Pflege
suchtkranker alter Menschen

Verlag Hans Huber

Andreas Kutschke, Pflegewissenschaftler (BScN),
Krankenpfleger für geriatrische Rehabilitation, Qualitätsmanagement
Hochstraße 23
41189 Mönchengladbach
E-Mail: kutschke.saez@t-online.de

Lektorat: Jürgen Georg, Dr. Susanne Lauri
Herstellung: Daniel Berger
Titelillustration: pinx. Winterwerb und Partner, Design-Büro, Wiesbaden
Umschlag: Claude Borer, Basel
Satz: punktgenau gmbh, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat: Pflege
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
E-Mail: juergen.georg@hanshuber.com
Internet: www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2012

© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN 978-3-456-95067-9)

ISBN 978-3-456-85067-2

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	11
Geleitwort	13
Abkürzungsverzeichnis	15
Einleitung	17
1. Eine Herausforderung: Sucht im Alter	27
1.1 Geriatrische und gerontopsychiatrische Pflege	28
1.2 «Das ist doch ein Penner» – Ein Fallbeispiel	30
2. Missbrauch und Abhängigkeit im Alter	33
2.1 Pflegerische Bedeutung von Abhängigkeitserkrankungen im Alter ..	34
2.1.1 Fachberatung und Therapie	35
2.1.2 Eingeschränkte Fachkenntnisse bei Alkoholabhängigkeit	36
2.1.3 Fehlende Konzepte und Strukturen	36
2.1.4 Körperliche und soziale Probleme	38
2.2 Epidemiologie	39
2.3 Begriffsbeschreibung: Sucht, Abhängigkeit, Missbrauch, Sucht im Alter	46
2.4 Klassifikationen der Suchterkrankungen	48
2.5 Entzugssymptome erkennen und adäquat reagieren	51
2.5.1 Delir	52
2.6 Pflegediagnosen im Zusammenhang mit einer Abhängigkeit oder einem Missbrauch	59
2.7 Wie kommt es zu einer Abhängigkeit?	54
2.7.1 Neurowissenschaftliches Modell	54
2.7.2 Biologisches Modell	57

2.7.3	Psychologisches Modell	57
2.7.4	Soziokulturelles Modell	58
2.7.5	Entwicklung einer Abhängigkeit	60
3.	Alkohol	61
3.1	Alkohol im Überblick	62
3.1.1	Allgemeine Auswirkungen von Alkohol	64
3.1.2	Körperliche Folgen des Alkoholkonsums	65
3.1.3	Auswirkungen von Alkohol auf den älteren Körper	66
3.2	Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf Pflege und Betreuung	68
3.2.1	Früher (early onset) und später Beginn (late onset)	68
3.2.2	Angehörige als Mitbetroffene	71
3.2.3	Gesundheitliche und soziale Folgen	72
3.2.4	Das Korsakow-Syndrom	77
3.3	Umgang mit dem Rückfall (Relaps)	80
3.3.1	Unterstützende Angebote	81
3.3.2	Einschätzung bei einem Rückfall	82
3.4	Verfahren zur Erkennung von Alkoholabhängigkeit	82
3.4.1	Risikoabschätzung und Screening-Verfahren	83
3.5	Pflegekonzepte und Strategien im pflegerischen Umgang	89
3.5.1	Leitlinien und Ziele in der Behandlung älterer Alkoholkranker	89
3.5.2	Konzepte zur Begleitung älterer Alkoholkranker	92
3.5.3	Alkoholabhängige Bewohner im Altenheim	96
3.5.4	Alkoholkonsum im Altenheim	98
3.5.5	Konzept: Sucht im Alter	100
3.5.6	Ambulante Betreuung und Pflege	104
3.5.7	Case Management (Fallmanagement)	105
3.5.8	Motivation herstellen	107
3.5.9	Entwöhnung	107
3.6	Pflege	108
3.6.1	Pflegeinterventionen bei Entzugstherapien	108
3.6.2	Pflegebeziehung	109
3.6.3	Leitlinien im pflegerischen Umgang	110
3.6.4	Regeln in der Begleitung	116
3.7	Kommunikation	123

3.7.1 Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) . . .	123
4. Medikamentenabhängigkeit und Missbrauch	129
4.1. Alter und Medikamentenabhängigkeit	130
4.1.1 Pflegerische Wahrnehmung des Problems	131
4.2 Warum werden so oft und so viele Psychopharmaka verordnet?	132
4.3 Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial	134
4.4 Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit	137
4.5 Wirkung und Auswirkung von Medikamenten auf den älteren Körper	138
4.6 Gesundheitliche und soziale Folgen bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit	140
4.7 Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten erkennen und einschätzen	141
4.7.1 Pflegediagnosen	143
4.8 Symptome bei einem Benzodiazepinentzug	147
4.9 Leitlinien und Ziele in der Behandlung einer Benzodiazepin-Abhängigkeit	149
4.9.1 Allgemeine Maßnahmen	150
4.9.2 Stages of Change (Stufen der Veränderung)	153
4.9.3 Beratung	155
4.9.4 Pflegerische Begleitung bei der Medikamentengabe	156
4.9.5 Serial Trial Intervention	157
4.9.6 Allgemeine pflegerische Maßnahmen zur Reduktion von BZD	159
4.9.7 Selbsthilfegruppen als wichtige Begleitung	160
4.9.8 Die aktive Rolle des Patienten	161
4.10 Prophylaxe der Medikamentenabhängigkeit	161
4.11 Medikamente in eigener Sache	162
5. Nikotinabhängigkeit	165
5.1 Wirkstoffe des Tabaks	166
5.2 Wirkung von Tabak auf den Organismus älterer Menschen	167
5.2.1 Erektionsstörungen	169

5.3	Einschätzen der Nikotinabhängigkeit	170
5.4	Reduzieren des Nikotinkonsums und Rauchstopp	174
5.4.1	Rauchstopp in der Altenhilfe	175
5.4.2	Beratung für einen Raucherstopp	176
5.4.3	Zwangsrauchstopp oder das Einteilen von Zigaretten	181
5.5	Medikamentöse Behandlung der Tabakabhängigkeit	182
5.5.1	Nikotinersatztherapie	182
5.5.2	Weitere Unterstützungsmaßnahmen	184
5.6	Nichtraucherschutz	186
5.7	Brandgefahr durch Rauchen im Altenheim und andere Alltagsfragen in der stationären Altenhilfe	186
6.	Opiatabhängigkeit	189
6.1	Einleitung	189
6.2	Häufige Erkrankungen älterer Opiatabhängiger	190
6.3	Betreuung und Pflege älterer opiatabhängiger Menschen	191
7.	Übergreifende Strategien	195
7.1	Interprofessionelle Zusammenarbeit	195
7.2	Prävention	195
7.3	Abhängigkeit und Pflegende	196
	Exkurs: Ethische Aspekte in der Behandlung suchtkranker älterer Menschen <i>Dirk Bethke</i>	199
	Einleitung	199
	Begriffsklärungen	200
	– Moral	200
	– Ethik	200
	– Moralität	201
	– Moralische Kompetenz	202
	Die Pflege-Charta	202
	– Präambel	203
	– Die acht Artikel der Charta	203

Moralische Konflikte oder Dilemmata	205
Methoden zur Entscheidungsfindung	206
Weiterführende Informationen	212
Glossar	215
Literaturempfehlungen	219
Literaturverzeichnis	221
Autorenverzeichnis	231
Sachwortverzeichnis	233
Medikamentenverzeichnis	237

Danksagung

Ich danke Dirk Bethke für die Ergänzungen im Buch, Monika Roth für Schreibarbeiten und die kritische Auseinandersetzung mit den Texten und meiner Frau für ihre große Geduld. Persönlich freut mich, dass Dr. Klaus Perrar das Geleitwort geschrieben hat. Mein Dank gilt auch den Mitarbeitern verschiedener Altenpflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, die bereitwillig an der Befragung teilgenommen haben. Margret Boeck von der Caritas in Düsseldorf, die ihr Praxiskonzept für dieses Buch zur Verfügung gestellt hat, und mit der ich einen angeregten Praxisdiskurs zum Thema Sucht im Alter führen konnte. Ich bedanke mich auch bei den Mitarbeitern der Deutsche Hauptstelle für Sucht (DHS) für die umfangreichen Artikel und Arbeiten zum Thema. Ein besonderer Dank gilt außerdem den Mitarbeitern des Verlags Hans Huber, insbesondere Dr. Susanne Lauri und Jürgen Georg, für die Reflexion und Bearbeitung der Texte.

Geleitwort

«Ich habe bei meiner Arbeit mit den schwächsten, ältesten, hoffnungslosesten Menschen zu beginnen.»

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

Es gibt Veröffentlichungen, bei denen man sich wundert, warum sie nicht schon lange zuvor auf den Markt gekommen sind. Zu diesen gehört sicher auch das Ihnen hier vorliegende Werk. In einer immer älter werdenden Gesellschaft sind auch immer mehr alte Menschen alkohol-, nikotin-, medikamenten- und auch drogenabhängig. Und doch waren es eher die alten Menschen mit einer Demenz oder Depression, die in den letzten Jahren im vorrangigen Fokus zahlreicher pflegerischer und medizinischer Betrachtungen standen. So sehr die Thematisierung dieser beiden Krankheitsbilder zu einer Verbesserung des Wissensstandes und der Lebenssituation der Betroffenen beigetragen hat, so sehr schienen die suchtkranken Alten bislang durch das Versorgungsnetz zu fallen. Wie soll man mit den zahlreichen benzodiazepinabhängigen Heimbewohnern umgehen? Wieviel Alkohol darf ein alter Mensch (noch) konsumieren? Ist Drogenkonsum im Seniorenheim überhaupt denkbar? Wer kennt nicht «disziplinarische» Einweisungen zur Entgiftung in eine psychiatrische Klinik, wenn der Bewohner sich nicht an die vorgegebenen Regeln gehalten hatte oder halten konnte?

Zugegeben: Menschen mit einer Suchtproblematik – zumal wenn sie aus ihren ursprünglichen sozialen Bezügen herausgefallen sind – zählen in der Regel nicht zu einem angenehmen und anhaltend dankbaren Klientel. Sucht verändert und sie verändert besonders die Beziehungsfähigkeit dieser Menschen. Spezielle Konzepte zu ihrer Versorgung sind in der stationären Altenpflege entwickelt und wieder verworfen worden. Wohngruppen für Menschen mit einem Korsakow-Syndrom sollten den besonderen Herausforderungen dieser Bewohnergruppe gerecht werden und konnten doch nicht aufrechterhalten werden. Und sind diese Menschen nicht eigentlich an ihrem Schicksal selbst Schuld?

Natürlich verkürzen diese Aussagen provokant. Die gelebte Wirklichkeit und das daraus abzuleitende Wissen haben sich in der letzten Zeit sehr wohl weiterentwickelt. Sucht ist eine Erkrankung – auch im Alter! Es ist das große Verdienst des

Pflegewissenschaftlers Andreas Kutschke, sich mit der Gruppe der suchtkranken Alten schon seit über anderthalb Jahrzehnten intensiv in Praxis und Theorie aus pflegerischer Sicht auseinanderzusetzen. So ist dieses Buch nur das folgerichtige Ergebnis seines Engagements für diese Menschen und seiner umfangreichen Erfahrungen in deren Betreuung.

Meine berechtigte Hoffnung ist, dass dieses Buch eine weite Verbreitung finden wird:

- als Beitrag zum besseren Verständnis suchtkranker alter Menschen
- als praxisnahes Nachschlagewerk für deren professionelle Versorgung
- als Fundgrube für Pflegende, die sich auf den aktuellen Stand des Wissens bringen wollen
- als Ratgeber für Einrichtungen, die sich dem Thema fundiert widmen wollen
- als Grundlage für eine nachhaltige Verbesserung des Lebens dieser manchmal schwachen und hoffnungslosen alten Menschen.

In diesem Sinne wünsche ich dem Buch viele engagierte Leserinnen und Leser.

Dr. med. Klaus Maria Perrar
Facharzt für Psychiatrie
Psychotherapie | Palliativmedizin | Suchtmedizin

Lehrbeauftragter der Dt. Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

Personaloberarzt des Zentrums für Palliativmedizin
Uniklinik Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker
BASDEC	Brief Assessment Schedule Depression Cards
BESD	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSMO	Business Solutions Medicine Online
BZD	Benzodiazepine
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CAGE	«Cut-down on drinking», «Angry about criticism», «Guilty feeling», «Eye-opener»
CAM	Confusion Assessment Method
CMA	Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DemTect	Demenz Detection Test/Demenz Screening Verfahren
DGSM	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIRA	Diagnostisches Inventar zum Rückfall Alkoholabhängiger
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DSM IV	Vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Handbuch Psychischer Störungen
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)
ENSH	Global Network for Tobacco Free Health Care Service
GDS	General Detoriation Skala
GDS	Geriatric Depression Scale
ICD-10 GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IFT	Institut für Therapieforschung

KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
LAST	Lübecker Alkoholismus Screening Test
MALT	Münchener Alkohol Test
MAST-G	Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version
MMST	Mini Mental Status Test
MNA	Mini Nutritional Assessment (MNA)
RKI	Robert Koch Institut
SoC	Stages of Change
STI	Serial Trial Intervention
TFDD	Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung
VRS	Verbal Rating Scale
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZüFAM	Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs
ZNS	Zentrales Nervensystem

Einleitung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser

Dieses Buch ist mir eine Herzensangelegenheit. In meiner Arbeit nehme ich täglich wahr, dass das Problem Sucht im Alter für Pflegende außerhalb von speziellen Einrichtungen kaum ein Thema ist. In der Folge ist der Alltag in der Begegnung mit älteren Suchtkranken oft durch Überforderung, fehlendes Wissen und Mangel an praxistauglichen Konzepten geprägt. In der Standardliteratur für Altenpflege finden sich nur rudimentäre Hinweise auf die Pflege und Betreuung von älteren Suchtkranken, und oft werden Techniken und Überlegungen aus der psychiatrischen Suchtpflege übernommen. Dieses Vorgehen stößt vor allem in der stationären Altenpflege oft auf Probleme in der Umsetzung. Früher oder später stellen Pflegende fest, dass diese Zugänge für multimorbid erkrankte Menschen im fortgeschrittenen Leben nicht passen.

Dieses Buch soll ein kleiner Beitrag zu einer intensiveren Wahrnehmung des Problems sein; es werden Möglichkeiten aufgezeigt, mit Sucht in der Pflege umzugehen, und einige Probleme oder Sichtweisen herausgearbeitet.

Um zu eruieren, wie es im Augenblick um die fachliche Pflege alter Suchtkranke in der stationären Altenpflege bestellt ist, habe ich bei den Vorüberlegungen zu diesem Buch Berufskollegen zum Thema Sucht im Alter befragt. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass die Ausführungen möglichst nahe an der Pflegepraxis orientiert sind. Die Fragen orientierten sich an einer Untersuchung der Amerikaner Klein und Jess (2002). Die beiden Autoren sind Sozialarbeiter; ihre Untersuchung wurde von der National Association of Social Workers veröffentlicht. Die Ergebnisse der Studie von Klein und Jess haben mich neugierig gemacht.

In ihrer Studie stellen sie verschiedene Haltungen und Herangehensweisen im Umgang mit Alkoholproblemen in amerikanischen Altenheimen dar. Sie gehen davon aus, dass der Umgang mit Alkohol in Altenheimen nicht einheitlich ist; in einigen Einrichtungen würden Pflegende Cocktail-Hours durchführen, in anderen hingegen nicht; manche Pflegende würden den Besitz von Alkohol erlauben oder den Arzt befragen, ob die Bewohner Alkohol trinken dürfen, andere nicht. Die Autoren halten die Identifikation von Alkoholabhängigkeit im Alter für schwierig, weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass kaum eine andere Personengruppe so engmaschig begleitet wird wie Altenheimbewohner. Ob die Bedingun-

gen im Umgang mit Alkohol in Altenheimen in Deutschland ähnlich sind? Um Antworten auf diese Frage zu finden, habe ich, wie bereits erwähnt, Pflegefachkräfte und Leitungskräfte in verschiedenen Altenheimen befragt. Da es im vorliegenden Buch jedoch nicht nur um Alkoholabhängigkeit geht, sondern ebenfalls um die Abhängigkeit von Medikamenten, Nikotin und Opiaten, zielten meine Fragen auch auf diese Themenbereiche.

Befragung der Pflegefachkräfte und Leitungskräfte in der stationären Altenpflege zum Thema Sucht im Altenheim

Es wurden 55 Fragebögen an Pflegefachkräfte und 35 Fragebögen an Leitungskräfte aus der stationären Altenpflege ausgegeben. 34 Fragebögen der Pflegefachkräfte und 18 Fragebögen der Leitungskräfte konnten ausgewertet werden. An der Befragung nahmen pflegerische Angestellte aus acht Seniorenheimen in Nordrhein-Westfalen teil, außerdem Mitarbeiter von Wohnbereichen mit einem gerontopsychiatrischen Schwerpunkt. Bevor die Fragebögen den Mitarbeitern ausgehändigt wurden, wurde mittels eines Pretests mit vier Testpersonen ermittelt, ob die Fragen verständlich sind. Die Fragen und Antwortmöglichkeiten wurden entsprechend dem Ergebnis modifiziert

Die in den folgenden Tabellen vorgestellten Ergebnisse der Befragung können nicht verallgemeinert werden, da sie aufgrund der kleinen Stichprobe nicht repräsentativ sind. Sie stellen eher ein Stimmungsbild zum Thema Sucht im Alter, bezogen auf die stationäre Altenpflege, dar. Außerdem können die Fragen und Antworten Anlass zu weiteren Untersuchungen und Überlegungen geben und die Basis für einen pflegerischen Diskurs über die Rolle dieser Altenheimbewohner sowie über die Anforderungen einer adäquaten Betreuung und Pflege darstellen.

Befragung der Pflegefachkräfte

Die Ergebnisse der 34 ausgewerteten Fragebögen werden in **Tabelle 0-1** dargestellt. Unterhalb der Frage steht jeweils eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse.

Tabelle 0-1: Fragebogen für Mitarbeiter aus der Pflege

34 ausgewertete Fragebögen	ja	nein	zum Teil
Kennen Sie sich mit dem Thema Sucht im Alter aus?	5	14	15
<i>Nur 5 von 34 Mitarbeitern geben an, sich mit dem Thema Sucht im Alter auszukennen; 14 Mitarbeiter geben an, dass sie sich nicht auskennen.</i>			

34 ausgewertete Fragebögen	ja	nein	zum Teil
Kennen Sie Assessments, mit denen eine Abhängigkeit erkannt werden kann? <i>6 von 34 Mitarbeitern kennen Assessments zum Erkennen von Abhängigkeit.</i>	6	27	1
Würden Sie Bier oder Wein, beispielsweise einen Frühschoppen oder für einen Stammtisch, mehrmals in der Woche an Bewohner ausschenken? <i>15 Mitarbeiter würden Alkohol zu bestimmten Gelegenheiten ausschenken, 9 würden dies nicht tun und 10 würden es manchmal tun.</i>	15	9	10
Wie oft überprüfen Sie mit dem Arzt die verordneten Medikamente auf ihre Notwendigkeit? Jeden Monat 9 einmal pro Quartal 8 einmal pro halbes Jahr 1 «bei Visiten» 5 <i>Die Überprüfung der Medikamente auf ihre Notwendigkeit wird von 23 der 34 Teilnehmer regelmäßig durchgeführt, wobei die meisten Überprüfungen zwischen einem Monat und drei Monaten stattfinden.</i>			
Haben Sie schon einmal eine Fortbildung zum Thema Sucht im Alter besucht? <i>Nur 4 von 31 Pflegefachkräften haben eine Fortbildung zum Thema Sucht besucht.</i>	4	27	
Denken Sie, dass das Thema Sucht im Alter eine große Bedeutung 14 mittlere Bedeutung 6 kaum Bedeutung 5 hat? <i>14 von 25 Mitarbeitern denken, dass das Thema eine große Bedeutung hat.</i>			
Denken Sie, dass die Ver- oder Ausgabe von Suchtmitteln im Altenheim beschränkt werden sollte? <i>15 Mitarbeiter denken, dass die Vergabe von Suchtmitteln eingeschränkt werden sollte, 10 meinen dies nicht.</i>	15	10	6
Führen Sie bei Bewohnern, die regelmäßig Alkohol, Medikamente oder Nikotin konsumieren, Beratungsgespräche durch, die das Ziel haben, den Konsum zu reduzieren? <i>15 Teilnehmer geben an, keine gezielten Beratungsgespräche durchzuführen; 13 geben an, diese Beratungen durchzuführen.</i>	13	15	5
Spielt Missbrauch und Abhängigkeit in Ihrem Arbeitsfeld im Altenheim eine Rolle für Sie? <i>Für zehn Mitarbeiter spielt Abhängigkeit und Missbrauch eine Rolle, für zehn nicht. Dazu zwei Kommentare aus den Fragebögen: 1. «es kommt auf die Situation und auf den Bewohner an» 2. «eher weniger und dann immer individuell».</i>	10	10	1

34 ausgewertete Fragebögen

ja nein zum
Teil

Diese Folgefragen wurden kommentiert:

Wenn ja, welche? [Bei welchen Themen ist die Einsicht in die Problematik hilfreich? Welche Themen stehen im Zentrum?]

1. «um Reaktionen von Bewohnern ggf. nachvollziehen zu können, wie beispielsweise Stimmungsschwankungen»
2. «vor allem Medikamentenabhängigkeit mit Schlafmitteln»
3. «es sollte kein Tabu-Thema sein, der Betroffene sollte seine neue Chance bekommen und nicht abgestempelt werden»
4. «Alkoholabusus, gutes Handling, positive Erfahrungen»
5. «Konfliktsituationen kommen auf, wer ist dafür verantwortlich, die Suchtmittel zur Verfügung zu stellen? Es ist oft das Einzige, was dem Menschen bleibt»
6. «im Zusammenhang mit Medikamenten»
7. «trockene Alkoholiker»
8. «ehemalige suchtkranke Bewohner»
9. «Alkohol und Medikamente gleich Sturz»
10. «einige Bewohner versorgen sich selbst und trinken täglich viel»
11. «Verantwortung der Pflegekräfte, Gewohnheiten zu erhalten und Situationen nicht eskalieren zu lassen»
12. «Alkohol, Nikotin und Medis».

Wie müsste mit den Betroffenen umgegangen werden?

1. «Gespräche führen, genaue Beobachtung und Unterstützung beim Entzug»
2. «Gespräche, Placebo-Effekt ausnutzen und Neustrukturierung des Tagesablaufes»
3. «Gespräche führen und das Umfeld dem Bewohner anpassen»
4. «Akzeptanz, Toleranz, offene Gespräche, individuelle Betreuung»
5. «den Betroffenen wie einen Menschen behandeln, vernünftig, genau so wie andere Menschen»
6. «verständnisvoll, und die Privatheit der Abhängigen achten»
7. «mit besonderer Gesprächsführung»
8. «Auseinandersetzung mit dem Bewohner über Sucht und Gesprächsrunden, wenn gewünscht»
9. «Gespräche führen»
10. «normaler Umgang, alkoholfreie Weine, Bier und Sekt anbieten»
11. «Sucht offen ansprechen und thematisieren, Betroffenen als mündige Person behandeln, keine Diskussionen oder Belehrungen, Alkohol nicht wegschütten, aber auch keinen Alkohol besorgen»
12. «Alkohol kontrolliert verteilen»
13. «Beratungsgespräche mit den Betroffenen, Schulungen für das Personal, ggf. Unterbringung in einer Suchteinrichtung und nicht im Altenheim»
14. «wertschätzend»
15. «nicht verharmlosen, aber meistens müssen die Personen erst auf die Nase fallen, bis Sie aufwachen!»
16. «Alternativen suchen, wie Angebote und Beschäftigung»
17. «diskret und individuell».

Fazit und Diskussion der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Das Thema Sucht wird von den Pflegefachkräften in der stationären Altenhilfe zwar nur als durchschnittlich häufig, aber als von großer Bedeutung wahrgenommen. Der Kenntnisstand am Beispiel von entsprechenden Assessments oder Fortbildungsveranstaltungen ist eher gering bzw. variiert zwischen den verschiedenen Mitarbeitern. Interessant ist die unterschiedliche Wahrnehmung, ob Alkohol regelmäßig ausgeschenkt werden soll oder nicht. Ob beispielsweise ein Bewohner zum Abendessen Bier bekommt, hängt im Wesentlichen davon ab, welcher Mitarbeiter im Dienst ist oder in welchem Wohnbereich der Betroffene lebt. Dies könnte bedeuten, dass der Umgang mit und die Ausgabe von Alkohol rein zufällig ist. Verstärkt wird diese Hypothese von Klein und Jess (2002), die in ihrer Studie über die verschiedenen Taktiken im Umgang mit Alkoholproblemen in Altenheimen in den USA zu einem ähnlichen Ergebnis gelangen. Für die Autoren ist es ein «unzweifelhaftes Problem», dass die Begriffe «alcoholism», «abusive drinking» oder «problem drinking» nicht einheitlich verwendet werden. Diese Uneinlichkeit wirke sich außerdem auf den Umgang mit den Bewohnern aus.

Die Antworten der hier vorgestellten Befragung deuten auf ein ähnliches Ergebnis hin.

Sehr differenziert ist der Bereich der hauptsächlichen Beratungen dargestellt; bei einer Folgebefragung könnten die jeweiligen Beratungsinhalte erfragt und ausgewertet werden. Aufschlussreich ist überdies, dass ein überwiegender Teil der Befragten sich für eine Einschränkung der Ausgabe von Suchtmitteln (Medikamente, Alkohol und Tabak) ausspricht. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, wie dies mit dem Wunsch nach Biografieorientierung und persönlicher Freiheit korreliert. Diese Gratwanderung wird für Mitarbeiter ein Spannungsfeld darstellen; einerseits die persönliche Freiheit und Autonomie des Betroffenen sicherzustellen und andererseits seinen Schutz vor Alkoholabhängigkeit. Facettenreich sind die Aussagen zum Umgang mit abhängigen oder missbrauchenden Bewohnern. Diese werden dominiert von Verständnis, Toleranz und aktiven Gesprächsangeboten für die Betroffenen – eine Tendenz, die auf eine überwiegend positive und konstruktive Grundhaltung hinweist.

Befragung der Leitungskräfte

Die Ergebnisse der 18 ausgewerteten Fragebögen werden in **Tabelle 0-2** dargestellt.

Tabelle 0-2: Fragebogen für Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung oder Einrichtungsleitung

18 teilnehmende Leitungskräfte	ja	nein	zum Teil
1. Werden in Ihrer Einrichtung Assessments zur Identifikation von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit verwendet? <i>Die Leitungskräfte gehen davon aus, dass keine Assessments zur Identifikation von Substanzmissbrauch verwendet werden.</i>		18	
2. Wenn ja, welche? <i>Konnte nicht ausgefüllt werden, da keine Assessments verwendet werden.</i>			
3. Hat in Ihrem Altenheim jeder Bewohner die Möglichkeit Alkohol zu trinken, wenn er dies möchte? <i>Die Hälfte der Bewohner hat die Möglichkeit Alkohol zu trinken, wenn sie dies möchten; einige haben keinen Zugang und manche zeitweise.</i>	9	3	6
4. Welchen Zugang zu Alkohol haben demenziell Erkrankte, die in der Kommunikation eingeschränkt sind? <i>Antworten zitiert:</i> 1. «keinen direkten und selbstständigen Zugang» 2. «sie haben keinen direkten Zugang, nur über das Pflegepersonal» 3. «über Pflegepersonal» 4. «für den Privatgebrauch im eigenen Zimmer» 5. «auf Station in der Küche, Alkoholausgabe nach Ess-Trink-Biografie» 6. «auf Nachfrage bei den Angehörigen» 7. «über den biografischen Hintergrund» 8. «wird bei Festen angeboten» 9. «kein selbstständiger Zugang» 10. «kein Zugang» 11. «bei Festen und Feiern, beim Abendkaffee und an Buffettagen» (2x) 12. «einmal im Monat wird zum Abendbrot Bier angeboten» 13. «bei Festen und Feiern». <i>Die Antworten sind heterogen, von «kein Zugang zu Alkohol» über «wird bei Festen angeboten» bis zu «über biografischen Hintergrund».</i>			
5. Finden Sie es sinnvoll, dass Bewohner Zugang zu Alkohol haben? <i>Diese Frage wird sehr unterschiedlich bewertet.</i>	7	4	6
6. Wird bei Festen an Bewohner Alkohol ausgegeben? <i>Diese Frage wurde überwiegend mit ja beantwortet.</i>	13		5
7. Wenn kein Alkohol ausgegeben wird, welche Gründe werden dafür angegeben? 1. «Einnahme von Medikamenten» 2. «Sturzgefahr» 3. «ungewisse Reaktionen auf die Verträglichkeit» 4. «Alkoholabusus oder bestimmte Medikamente» (6x)			

18 teilnehmende Leitungskräfte	ja	nein	zum Teil
5. «bekannte Verhaltensauffälligkeiten» 6. «persönlich schlechte Erfahrungen gemacht mit Familienangehörigen». <i>Als häufigster Grund für das Nichtausgeben von Alkohol wird die Einnahme bestimmter Medikamente angegeben, aber auch die Sturzgefahr und persönliche Erfahrungen.</i>			
8. Darf in den Bewohnerzimmern geraucht werden? <i>Die überwiegende Anzahl der BewohnerInnen darf in den Zimmern rauchen.</i>	10	3	4
9. Gibt es eine Regelung im Heimvertrag, wo geraucht werden darf? <i>In den meisten Heimverträgen gibt es zum Thema Rauchen im Zimmer eine Regelung.</i>	13	3	
10. Werden auch demenziell erkrankten Bewohnern Zigaretten angeboten? (z. B. weil diese früher geraucht haben) <i>Zwei Drittel der Befragten geben an, dass demenziell erkrankten Bewohnern, die früher geraucht haben, Zigaretten angeboten werden.</i>	12	5	1
11. Gibt es Rauchentwöhnungstraining für Bewohner? <i>Ein Rauchentwöhnungstraining für Bewohner gibt es in keiner Institution der Befragten.</i>		18	
12. Wie häufig werden Medikamente bei den Bewohnern auf ihre Aktualität und Notwendigkeit hin überprüft? <ul style="list-style-type: none"> • monatlich 10 • vierteljährlich 3 • jährlich 1 • bei der Arztvisite 4 			
13. Sind alle ausgebildeten Pflegekräfte im Umgang mit Psychopharmaka geschult? <i>Der überwiegende Teil der Pflegekräfte ist im Umgang mit Psychopharmaka geschult.</i>	9		7
14. Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil der Bewohner, die entweder regelmäßig und täglich ein Benzodiazepin (z. B. Valium® (Diazepam), Tavor® (Lorezepam), Praxiten® (Oxazepam) o. a.) oder ein Neuroleptikum (z. B. Risperdal® (Risperidon), Eunerpan® (Melperon) einnehmen)? <ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepin: <i>Kleinster Wert 5 Prozent, größter 70 Prozent, Median 24 Prozent Von 12 eingeschätzt.</i> • Neuroleptika: <i>Kleinster Wert 5 Prozent, größter 70 Prozent, Median 36 Prozent Von 13 eingeschätzt.</i> <i>Die prozentuale Spanne zwischen dem kleinsten und größten eingeschätzten Wert beträgt in beiden Fällen 5 bis 70 Prozent. Der Median beträgt bei den Benzodiazepinen 24 Prozent und bei den Neuroleptika (auch Antipsychotika) 36 Prozent.</i> 			

18 teilnehmende Leitungskräfte	ja	nein	zum Teil
Spielt Sucht und Abhängigkeit in Ihrem Arbeitsfeld im Altenheim eine Rolle für Sie?	8	5	2
<p><i>Bei über der Hälfte der Befragten spielt Abhängigkeit eine Rolle:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. «spielt eine große Rolle» 2. «spielt keine Rolle» 3. «Es ist bei Bewohnern mit bekanntem Alkoholabusus streng darauf zu achten, dass dieser keinen Alkohol bekommt. Meines Erachtens ist das Bewusstsein, dass auch Medikamente Sucht auslösen können, nur wenig ausgeprägt.» 			
<p>Wenn ja, welche?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. «Der Umgang mit den Betroffenen ist sehr erschwert. Man kann schlecht abschätzen, wie sie in verschiedenen Situationen reagieren, wann sie für sich oder für das Umfeld eine Gefahr darstellen.» 2. «man beobachtet die Bewohner mit dem Eindruck, dass man nicht helfen kann» 3. «übermäßiger Alkoholgenuss wird thematisiert; auch in Zusammenarbeit mit Betreuern und Ärzten» 4. «wie gehe ich mit den Betroffenen um?» 5. «Alkoholmissbrauch» 6. «Substanzmissbrauch der Bewohner, aber auch der Pflegenden». 			
<p>Wie müsste mit den Betroffenen umgegangen werden?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. «Nicht den Eindruck machen, dass die Betroffenen schuldig sind, dass sie was Schlechtes machen, sensibel bleiben und offen darüber sprechen. Kontakt zu Fachärzten, besonders gut beobachten. Wenn Alkohol getrunken wird, Rücksprache halten.» 2. «Suchtberatung sollte stattfinden und Entwöhnung sollte in Zusammenarbeit mit den Ärzten stattfinden» 3. «enge Zusammenarbeit mit den Ärzten und Angehörigen» 4. «Beratungsgespräche anbieten» 5. «Zusammenarbeit mit den Ärzten und Betreuern» 6. «einfühlsam sein und langsames Absetzen über langen Zeitraum» 7. «individuell Suchtmittelgabe kontrollieren und Gespräche mit den Angehörigen» 8. «wertschätzend» 9. «Früherkennung, therapeutische Hilfen, Entzugstherapie und psychotherapeutische Hilfen». 			

Fazit und Diskussion der Befragung der Leitungskräfte

Assessments zur Identifizierung von Alkoholabhängigkeit werden nicht verwendet. Nur etwa bei der Hälfte der Bewohner steht Alkohol zur Verfügung, wenn diese es wünschen. Ähnlich wie bei der Befragung der Pflegekräfte scheint die Abgabe von Alkohol nicht konzeptionell verankert zu sein und von den jeweiligen Mitarbeitern oder Teams abzuhängen.

In den Antworten wird deutlich, dass die meisten Bewohner mit einer Demenz keinen direkten und selbstständigen Zugang zu Alkohol haben. Allerdings wird einigen Alkohol zur Verfügung gestellt, wenn dies durch die Biografie oder die Aussagen der Angehörigen gerechtfertigt scheint. Einige Bewohner wiederum haben gar keinen Zugang zu alkoholischen Getränken.

Ein häufiger Grund, alkoholische Getränke auszugeben, sind Feste und Feiern. Die sehr unterschiedliche Handhabung spiegelt sich auch in der heterogenen Einschätzung wider, ob Bewohner prinzipiell Zugang zu Alkohol haben sollten. Das Nichtausgeben von Alkohol wird unterschiedlich begründet; am häufigsten wird auf die negativen Wechselwirkungen mit Medikamenten hingewiesen.

Eine Frage, die sich vor diesem Hintergrund aufdrängt, ist: Darf einem hilfebedürftigen Menschen, der im Altenheim lebt und nach Alkohol oder Zigaretten fragt, dieser Wunsch abgeschlagen werden? Ist dies rechtlich und ethisch vertretbar? Kapitel 8 wird sich näher mit dieser Thematik befassen.

Die folgende Aussage scheint für das Dilemma, in dem die stationäre Altenhilfe häufig steckt, in gewisser Weise exemplarisch zu sein. Wörtlich sagte ein Befragter: «Es ist bei Bewohnern mit bekanntem Alkoholabusus streng darauf zu achten, dass dieser keinen Alkohol bekommt.» Diese Aussage ist schwierig durchzusetzen, denn wie sollte Alkoholkonsum in einem Seniorenheim sanktioniert werden? Das Verweigern von Alkohol bei bekanntem Alkoholabusus setzt einen therapeutischen Auftrag voraus, der im Altenheim in den meisten Fällen nicht besteht oder nicht umgesetzt werden kann.

Der überwiegende Teil der Befragten gab an, dass in den Zimmern geraucht werden kann und dass dieser Anspruch im Heimvertrag geregelt ist. Den meisten demenziell Erkrankten werden, wenn dies durch die Angehörigen oder die Biografie bekannt ist, Zigaretten angeboten; eine Raucherentwöhnung oder Beratung gibt es praktisch nicht.

«Meines Erachtens ist das Bewusstsein, dass auch Medikamente Sucht auslösen können, nur wenig ausgeprägt.» Diese Aussage trifft wahrscheinlich sowohl auf die Betroffenen als auch auf einige Ärzte und Pflegekräfte zu. Vor allem, wenn die verordneten Medikamente gemeint sind.

Eine gewisse Ratlosigkeit gegenüber dem Umgang mit abhängigen Bewohnern zieht sich durch fast alle Aussagen der Leitungskräfte; Aussagen wie: «Wie gehe ich mit den Betroffenen um?» oder: «Substanzmissbrauch der Bewohner, aber auch der Pflegenden» sind an der Tagesordnung. Dabei handelt es sich wohl mehrheitlich um Fragestellungen zur Situation und Perspektive in der eigenen Institution, wie zum Beispiel der interessante Hinweis auf das Dilemma, dass ein Teil der Mitarbeiter selbst von Abhängigkeit und Missbrauch betroffen ist. Die gleichen Mitarbeiter sollen jedoch positiv auf den älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung einwirken. Die eigenen Suchtanteile werden vor allem bei Nikotingebrauch deutlich, der in der Pflege besonders ausgeprägt ist (siehe Kap. 7).

In den Kommentaren zum Umgang mit den Betroffenen sind jedoch bereits viele Elemente einer positiven und therapeutischen Grundhaltung enthalten: «Nicht den Eindruck machen, dass die Betroffenen schuldig sind, dass sie was Schlechtes machen, sensibel bleiben und offen darüber sprechen. Kontakt zu Fachärzten, besonders gut beobachten. Wenn Alkohol getrunken wird, Rücksprache halten.» In diesen Aussagen werden bereits wesentliche Bereiche der Begleitung und Unterstützung Suchterkrankter angesprochen:

- Suchtberatung
- Entwöhnung sollte in Zusammenarbeit mit den Ärzten stattfinden
- enge Zusammenarbeit mit den Ärzten und Angehörigen
- Beratungsgespräche anbieten
- einfühlsam sein
- langsames Absetzen des Suchtmittels über einen langen Zeitraum
- wertschätzend agieren
- Früherkennung
- therapeutische Hilfen
- Entzugstherapie und psychotherapeutische Hilfen.

Insgesamt ist Abhängigkeit und Sucht ein wesentliches Thema für die stationäre Altenpflege, vor allem im Bereich der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Es werden jedoch nur wenige Fortbildungen angeboten und durchgeführt. Der Kenntnisstand, auch zum Thema Assessments, ist in diesem Bereich niedrig. Es besteht deutlicher Handlungsbedarf.

Der Zugang von Bewohnern zu alkoholischen Getränken in der stationären Altenhilfe ist sehr unterschiedlich und wesentlich von den Mitarbeitern im Wohnbereich abhängig. Der Umgang mit Psychopharmaka wird unterschiedlich eingeschätzt und umgesetzt. Als angenehm, vielleicht jedoch nicht repräsentativ, können die Aussagen zum Umgang mit abhängigen Bewohnern bewertet werden, der überwiegend als zugewandt, sachlich und fachlich beschrieben wird. Neben fehlenden Kenntnissen zum Thema scheint es vor allem an einer einheitlichen Strategie im Umgang mit Abhängigkeit zu mangeln. Eine Beschreibung von Leitlinien oder einer Konzeption ist für die nahe Zukunft vonnöten.

1 Eine Herausforderung: Sucht im Alter

Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Substanzen betrifft fast alle Altersgruppen und sozialen Schichten. Alleine durch die direkten Folgen des Alkoholmissbrauchs sterben in Deutschland jährlich über 42 000 Menschen. Die Suchtmittel sind vielfältig und können wie Alkohol im Geschäft gekauft, wie Benzodiazepine vom Arzt verschrieben oder wie Heroin und Kokain illegal beschafft werden. Augenblicklich spielen die illegalen Drogen noch keine große Rolle in Bezug auf ältere Menschen (was die Anzahl der Betroffenen angeht); dies wird sich wahrscheinlich in absehbarer Zukunft jedoch ändern. Für die Abhängigkeit von Menschen werden neurologische, biologische und psychologische Gründe verantwortlich gemacht. Neben den sozialen und seelischen Problemen, die durch den Substanzmissbrauch entstehen, kommt es oft zu einem körperlichen Verfall, der neben den verschiedensten Organschädigungen zu einer Voralterung von bis zu 15 % führt; dies entspricht ungefähr 10 bis 13 Lebensjahren.

Je nach Auftrag und Konzept der jeweiligen Institution werden Entgiftungen, Entwöhnungs- oder Substitutionsbehandlungen unterstützt. Die Familien der Betroffenen spielen eine wesentliche Rolle und können den Behandlungserfolg stärken oder auch schwächen. Daneben sind Pflegende in den verschiedenen therapeutischen Settings oft für eine längere Zeit direkte Bezugspersonen; die Beziehung zu den Betroffenen sollte klar, sichernd und empathisch sein. Die Kompetenzbereiche von Pflegenden umfassen die Bereiche Beobachtung, Gesprächsführung, Beratung, Gesundheitsfürsorge, Linderung bei chronischen Gebrechen und sozialpflegerische Aspekte. Ausgangspunkt des Pflegeprozesses ist die Pflegediagnostik. Die Pflegediagnostik ist im Bereich der Pflege älterer Abhängiger vielfältig und betrifft fast alle Lebensbereiche. In diesem Buch sollen Anregungen und Kenntnisse generiert werden, die die Pflegediagnostik in Bezug auf Abhängigkeit und Missbrauch von Substanzen verbessern.

Fakt ist, dass Abhängigkeit und Substanzmissbrauch im Alter nicht nur unterschätzt, sondern in vielen Fällen gar nicht wahrgenommen wird. Wird Abhän-

gigkeit jedoch erkannt, bedarf es einer gemeinsam getragenen Strategie, mit ihr umzugehen.

Gewöhnlich wird in jedem Buch über das Alter oder dessen typische Erkrankungen der demografische Wandel dezidiert analysiert, interpretiert und im Anschluss werden verschiedene Prognosen gewagt. Dies werde ich, soweit dies möglich ist, vermeiden; ich gebe Ihnen jedoch gerne Quellen an, in denen Sie sich bezüglich dieser Daten informieren können. Detaillierte Auskunft über die demografische Entwicklung in Deutschland findet man beispielsweise unter dem Link <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>, für Daten der Schweiz können Sie sich auf der Website http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/dos/2_siecles_d_histoire/intro.html informieren und auf http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html für Österreich [letztes Zugriffsdatum: 27.12.2011].

1.1 Geriatrische und gerontopsychiatrische Pflege

In der deutschen Altenhilfe wurde während den 70er- bis 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts vor allem somatische Pflege durchgeführt. Die Psychiatrie-Enquête aus dem Jahr 1975 (Aktion psychisch Kranke 2001) veränderte in Deutschland die Situation gravierend; mit einem Mal wurden auch psychisch erkrankte ältere Menschen in den Altenheimen aufgenommen. Die Entwicklung in der Bewohnerstruktur durch die deutliche Zunahme von psychisch Erkrankten ging deutlich schneller voran als sich die Einrichtungen selber personell und räumlich anpassen konnten. In anderen pflegerischen Bereichen, wie beispielsweise der Intensivpflege, der Rehabilitation oder der Onkologie, kam es vergleichsweise früh zu einer Spezialisierung. Im Bereich der Gerontopsychiatrie ging diese Entwicklung langsamer voran. So kamen im Jahr 2002 im vierten Bericht zur Lage der älteren Generation (BMG) die Autoren zum Schluss, dass es vordringlich sei, gerontopsychiatrische Inhalte in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften und Fachärzten zu etablieren. Außerdem sollte ein *Curriculum* zur Weiterbildung von Pflegefachpersonen für gerontopsychiatrische Pflege entwickelt werden. In den vergangenen Jahren waren die Pflegeausbildungen auf somatische Ansätze ausgerichtet – es wurden nur wenige psychiatrische Inhalte vermittelt. Ein Umlenken auf psychiatrische und psychosomatische Inhalte geschieht erst in den letzten Jahren. Im Augenblick lässt sich konstatieren, dass sich die Bewegung im Fortbildungssektor vor allem in Richtung Demenz bewegt; im Bereich der pflegerischen Betreuung, in dem es auf Verhaltensaspekte und Verhaltenstherapeutische Ansätze ankommt, ist sie jedoch vergleichsweise schwach ausgeprägt.

Insgesamt ist die Pflege von älteren psychisch erkrankten Menschen eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Sauter und Mitarbeiter (2011) betonen nachdrücklich, dass die Gerontopsychiatrie ein herausforderndes und anspruchsvolles

volles Arbeitsfeld ist. Eine bedeutende Anforderung dieser Arbeit besteht darin, die unterschiedlichen Berufsgruppen, die an dem Betreuungs- und Pflegeprozess beteiligt sind, im Sinne der Betroffenen miteinander zu vernetzen. In diese Vernetzung zwischen Therapeuten, Ärzten, Betreuern und Alltagsbegleitern kommt den Pflegenden eine Schlüsselrolle zu, da sie meistens für die Alltagsgestaltung, Begleitung und die Gestaltung des Pflegeprozesses verantwortlich sind.

Sucht im Alter ist nicht nur ein bisher unterschätzter, sondern auch ein besonders anspruchsvoller Erkrankungsbereich. Die Gründe hierfür lassen sich gut darstellen, da die Sucht im Alter in den Bereich der Gerontopsychiatrie und der geriatrischen Pflege fällt. Dieses Pflegefeld beansprucht für sich, dass die dort Arbeitenden

- psychiatrische Symptome aus dem psychischen Befund kennen und erkennen können
- spezielle Assessments kennen und anwenden können; diese spielen in Bereichen, in denen Diagnosen nicht mit Thermometer oder einer Blutanalyse erstellt werden können, eine wesentliche Rolle
- Kenntnisse über Psychopharmaka besitzen, die oft gar nicht primär gegen eine Erkrankung gegeben werden, sondern um sekundäre Symptome zu lindern
- das soziale und physische Umfeld einschätzen und gestalten können, sodass es den Bewohner und seine Krankheit positiv beeinflusst
- mittels ihrer kommunikativen Fähigkeiten einerseits Klarheit und Eindeutigkeit und andererseits Zugewandtheit sowie eine positive und verbindliche Atmosphäre herstellen können.

Eine weitere Anforderung an die Pflegenden besteht in der Selbstreflexion, die eine Voraussetzung ist, um mit abhängigen älteren Menschen zu arbeiten; denn natürlich ist man in gewisser Weise auch selbst betroffen, weil man beispielsweise seinen Nikotingebrauch selbst nicht wirklich kontrollieren kann oder negative Vorurteile hat, wie im Praxisbeispiel in Kapitel 1.2. Außerdem wird die Arbeit mit diesen Menschen gesellschaftlich noch nicht sehr hoch eingeschätzt.

Die Anforderung an die gerontopsychiatrische Pflege besteht nicht nur in der genauen Wahrnehmung psychischer Verhaltensweisen, sondern eben auch in der Beobachtung und Pflege somatischer Altersprobleme; psychiatrische Pflege kann nicht isoliert von geriatrischen Problemen wahrgenommen werden.

Geriatrische Pflege befasst sich mit

- körperlichen Gebrechen
- nachlassender Sinneswahrnehmung
- Konzepten, die die Beweglichkeit erhalten
- dem Vermeiden von Schäden wie beispielsweise Dekubitalgeschwüren, Thrombosen oder Kontrakturen.