ABSCHLUSSBERICHT

Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Silke Kuhn, Christian Haasen

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

Hamburg, April 2009

Das Projekt wurde gefördert durch das **Bundesministerium für Gesundheit**

Beginn: 01. Oktober 2008

Ende: 31. Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 1

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 2

1 Problemhintergrund 3

2 Entwicklung der Altersstruktur 4

3 Substanzkonsum im Alter 4

3.1 Definitionen 5

3.2 Alkohol im Alter 5

3.3 Medikamente im Alter 7

3.4 Substanzkonsum und Pflegebedürftigkeit 8

4 Fragestellung 9

5 Methodik 9

5.1 Entwicklung des Fragebogens 9

5.2 Durchführung und Auswahl der befragten Einrichtungen 9

6 Ergebnisse 10

6.1 Rücklauf der Fragebögen 10

6.2 Art der Einrichtung 13

6.3 Suchtproblematik in den Einrichtungen 15

6.4 Ausbildung des Pflegepersonals 20

6.5 Handlungsbedarf, Konzepte und Notwendigkeit der Behandlung 22

7 Diskussion 25

8 Literatur 31

Anhang 36

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der angeschriebenen Einrichtungen nach Postleitzahlgebieten 11

Abbildung 1: Verteilung des Rücklaufs nach Postleitzahlen 12

Tabelle 2: Anzahl der Bewohner/zu Pflegende und Frauenanteil in den Einrichtungen 13

Abbildung 2: Alterseinteilung der Bewohner/zu Pflegende in den Einrichtungen 14

Abbildung3: Prozentualer Anteil der Bewohner/zu Pflegende in den Pflegestufen 15

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen dem Anteil an Menschen mit Suchtproblemen in den Einrichtungen und dem Geschlecht sowie Alter 16

Tabelle 4: Frauenanteil an den zu Pflegenden/Bewohnern mit Substanzproblemen 17

Tabelle 5: Unterschiede zwischen den wahrgenommenen Alkohol- und Medikamentenproblemen der zu Betreuenden und den ärztlichen Diagnosen 17

Abbildung 4: Güte der Einschätzung des Erkennens von Suchtmittelproblemen 18

Abbildung 5: Maßnahmen nach Erkennen eines Suchtproblems 19

Abbildung 6: Hilfe bei Suchtproblemen durch das Pflegepersonal 20

Abbildung 7: Ädäquate Ausbildung des Pflegepersonals (ja-nein-unentschieden) und Vorhandensein von Konzepten, Konzeptentwicklung, Handlungsbedarf und Notwendigkeit einer Behandlung von Sucht im Alter 21

Abbildung 8: Unterstützungsbedarf bei der Entwicklung von Konzepten zur Versorgung von zu Pflegenden mit einem Suchtmittelproblem 22

Abbildung 9: Notwendigkeit der Verbesserung der Versorgung von Personen mit Suchtmittelproblemen 23

Abbildung 10: Suchtbehandlung im Alter 24

Tabelle 6: Behandlung von Suchtproblemen im Alter 25

1 Problemhintergrund

Der demographische Wandel bedingt einen immer größer werdenden Anteil an älteren Menschen[1] mit Suchterkrankungen. Die von Joseph Gfroerer und Kollegen durchgeführten Hochrechnungen schätzen für die USA einen Anstieg der Älteren, die einen Substanzmissbrauch betreiben, bis 2020 um 70% (Gfroerer et al. 2003). Dies ist zum einen durch den demografischen Wandel bedingt, die geburtenstarken Jahrgänge werden älter, und zum anderen steigt die allgemeine Lebenserwartung überproportional an. Das Thema Sucht im Alter entwickelt sich auch aus ökonomischer und gesellschaftlicher Sicht zu einem relevanten Thema. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. geht zur Zeit von 400.000 Menschen über 60 Jahren mit einer Alkoholabhängigkeit oder einem Alkoholmissbrauch und weiteren 1-2 Millionen Älteren mit einem problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente aus (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2008). Henry O´Connell et al. (2003) sprechen sogar von der Gefahr einer „silent epidemic“. International und national gibt es noch wenige gesicherte Daten zu diesem Problembereich, auch weil genau diese Altersgruppe bisher häufig explizit aus den Bevölkerungsstudien ausgeschlossen wurde. Obwohl die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen das Jahr 2006 zum Schwerpunktjahr mit dem Thema „Sucht im Alter“ erklärt hatte, bleibt die Behandlung älterer substanzabhängiger Menschen ein vernachlässigter Bereich (Rumpf & Weyerer 2006). Diese Personengruppe stellt das Versorgungssystem vor neue Herausforderungen, da diagnostische Verfahren und Behandlungsstrategien, die in der Regel an jüngeren Patientengruppen erprobt wurden, sich nicht problemlos auf ältere Suchtkranke übertragen lassen (Hillemacher & Bleich 2008). Diese leiden auch stärker unter den negativen Auswirkungen der Sucht und so können Symptome wie Zittern, Schwindel, Konzentrationsprobleme, Ängste, Schlaf- und Gangstörungen und Stürze fälschlicherweise als typische Alterssymptome diagnostiziert werden (Lieb et al. 2008). Gerade in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen fehlen allgemein akzeptierte Behandlungskonzepte und Leitlinien für den Umgang mit suchtkranken Bewohnern bzw. zu Pflegenden, obwohl sich gerade hier hohe Prävalenzraten finden lassen (Weyerer & Zimber 1997).

[1] Bei allem Bemühen um eine Sprache, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt, wird aus Gründen der Lesbarkeit an einigen Stellen dieses Berichtes nur die männliche Ausdrucksform gewählt. Diese schließt natürlich auch immer die weibliche Personen mit ein.

2 Entwicklung der Altersstruktur

Die Altersstruktur in Deutschland hat sich und wird sich auch weiterhin deutlich verändern. Es ist mit einer steigenden Zahl älterer Menschen zu rechnen, was sowohl an den älter werdenden geburtenstarken Jahrgängen, als auch an der steigenden Lebenserwartung liegt. Daher wird das Lebensalter nicht mehr in drei Lebensabschnitte eingeteilt, sondern in vier Abschnitte. Das „Alter“ wird nochmals in zwei Abschnitte unterteilt, in ältere Menschen und Hochaltrige ab ca. 80 Jahre. Zur Zeit sind ca. 22,4 % der Einwohner in Deutschland älter als 60 Jahre, 1990 waren es nur 8%. Der Anteil der Hochaltrigen an der Bevölkerung wird sich von zur Zeit 3,5% auf 6,6% in 2020 erhöht haben. Es zeigt sich auch ein deutlicher Geschlechtsunterschied. Während zwei Drittel der Menschen über 65 Jahre weiblich sind, sind es fast drei Viertel der über 80-Jährigen (Kruse et al. 2005).

Altern ist verbunden mit altersphysiologischen Veränderungen und der grundsätzlichen Abnahme der Vitalkapazität. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes geht auch auf die psychologische und soziale Dimension ein. Während unter den psychischen Störungen Demenzen, Verwirrtheitszustände, depressive Störungen und Angststörungen sowie Belastungsstörungen und somatoforme Störungen ausführlicher behandelt werden, finden Abhängigkeitserkrankungen oder der problematische Umgang mit Substanzen wie Alkohol, Medikamente und Nikotin keine Erwähnung (Kruse et al. 2005).

3 Substanzkonsum im Alter

Da das Hauptaugenmerk dieser Untersuchung auf den Bereichen des problematischen Umgangs mit Alkohol und Medikamenten lag, werden diese Substanzen gesondert betrachtet. Da zu erwarten war, dass ältere Drogenabhängige (noch) nicht in einem messbaren Ausmaß unter den Bewohnern von Pflegeheimen oder in der ambulanten Pflege anzutreffen sind, wurden sie auch nicht explizit berücksichtigt. Einen umfassenden Überblick zu den Lebenslagen und der Gesundheit älterer Drogenabhängiger bietet der Literaturbericht von Irmgard Vogt (2009).

3.1 Definitionen

Eindeutige Definitionen von substanzgebundenen Süchten finden sich in den Klassifikationssystemen ICD und DSM. Im Rahmen einer engen Zusammenarbeit von WHO und APA bei der Weiterentwicklung dieser Klassifikationssysteme ist es zu einer weitgehenden Kongruenz gekommen. Sie weisen beide eine gute Reliabilität und Validität auf (Freyberger & Stieglitz 1996). Im Abhängigkeitskonzept unterscheiden sich *ICD-10* und *DSM-IV* wenig elementar. Es gilt in beiden Systemen das typische Beschaffungs- bzw. Einnahmeverhalten als charakteristisch für die psychische Abhängigkeit, während die körperliche Abhängigkeit im Wesentlichen über das Entzugssyndrom definiert wird (Freyberger & Stieglitz 2001). Die Kriterien sind substanzübergreifend gültig und kommen in verschiedensten Ländern der Welt in vergleichbarer Weise vor, was für die transkulturelle Validität des so definierten Abhängigkeitsbegriffes spricht.
Das Missbrauchskonzept (DSM-IV) schließt soziale und zwischenmenschliche Probleme explizit mit ein und ist kultur- und subkulturabhängig. Hierbei muss ein nachweislicher Schaden durch den Alkohol eingetreten sein, ebenso wie bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs (ICD-10). Diese wird gestellt, wenn bereits schon körperliche oder psychische Gesundheitsschädigungen vorliegen, eine Abhängigkeit aber noch nicht nachweisbar ist.

3.2 Alkohol im Alter

Betrachtet man nur die eindeutig nach den vorliegenden Kriterien definierte Alkoholabhängigkeit oder einen Alkoholmissbrauch, so sinken die Prävalenzen mit zunehmendem Alter deutlich und liegen bei den über 60-Jährigen bei etwa 1% und bei den über 69-Jährigen in Deutschland bei ca. 0,5%-0,7% (Fichter 1990, Dilling & Weyerer 1984, Helmchen et al. 1996a).

Auch wenn keine alkoholbezogenen Störungen im Sinne einer Definition einer Abhängigkeit, eines Missbrauchs oder eines schädlichen Konsums vorliegen, beinhaltet ein übermäßiger Konsum von Alkohol hohe Risiken. Ab welcher Tagestrinkmenge es sich um einen übermäßigen bzw. schädlichen Konsum handelt, differiert in den bisher veröffentlichten Studien. Zudem ist es fraglich, ob die so festgelegten Richtlinien auch für ältere Menschen zutreffen. Selten wurden die Grenzwerte für Menschen über 65 Jahre angepasst. So setzen das National Institute of Alcoholism an Alcohol Abuse (1995) sowie die American Geriatrics

Society (2003) als Grenzwert für Männer und Frauen einheitlich eine Obergrenze von einem alkoholischen Getränk (= 14g reinen Alkohol = 0,35 l Bier) pro Tag oder mehr als drei alkoholische Getränke pro Trinkanlass fest. Zu bedenken ist dabei auch, dass die Schädlichkeit einer definierten Trinkmenge auch abhängig ist von (altersbedingten) Erkrankungen und/oder der Einnahme von Medikamenten (Fink et al. 2002). Häufig werden in Studien die reinen Alkoholmengenangaben ergänzt durch den Einsatz von sogenannten Screeninginstrumenten, die möglichst anhand weniger Fragen Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum identifizieren können. Häufig eingesetzte Instrumente sind dabei der CAGE (**c**ut down on drinking, **a**ngry about criticism, **g**uilty feeling, **e**ye-opener) oder der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). Rumpf (2006) gibt jedoch zu bedenken, dass diese Tests, die an Erwachsenen unter 65 Jahren validiert wurden, nicht bedenkenlos und ohne Herabsetzung des Cut-offs bei älteren Menschen angewandt werden sollten.

Aufgrund erheblicher methodischer Unterschiede zwischen den Studien zu riskantem Alkoholkonsum im Alter bedingt duch unterschiedliche Altersgrenzen und differierende Grenzwerte oder Alkoholgebrauchsmuster lassen sich keine gesicherten Prävalenzen angeben. Eine gute Übersicht findet sich bei Schäufele (2009).

Der akutelle Epidemiologische Suchtsurvey ermittelte für Deutschland einen Alkoholmissbrauch (nach DSM-IV) von 3,8% (6,4% Männer, 1,2% Frauen) und eine Alkoholabhängigkeit von 2,4% (3,4% Männer, 1,4% Frauen) (Gassmann et al. 2009). Allerdings wurden wiederum nur Personen im Alter bis 64 Jahre befragt. Genauer ist die Datenlage, betrachet man das Konsumverhalten oberhalb der Grenzwerte für einen ungefährlichen Konsum, die in den letzten Jahren immer wieder nach unten korrigiert wurden. Ein Alkoholkonsum von über 20g/Tag bei Männern und über 10g/Tag bei Frauen gilt als gesundheitsgefährdend. Am häufigsten trinken Männer im Alter zwischen 45-54 Jahren oberhalb der definierten Grenzwerte Alkohol (39%). Dieser Wert sinkt im Alter von 65-79 Jahren im Durchschnitt auf knapp 30% ab. Bei den Frauen ist es ebenfalls die Altersgruppe der 45-54Jährigen, von denen im Mittel 22% einen zu hohen täglichen Alkoholkonsum aufweisen, während lediglich noch 10% der 65-79jährigen Frauen diesen Grenzwert überschreiten (Burger & Mensink 2003).

Hier zeigt sich das durchgängig in Studien gefundene Muster: Auch ältere Männer weisen ein erheblich riskanteres Konsummuster auf als ältere Frauen. Werden jedoch nicht unselektierte Stichproben betrachtet, sondern ausschließlich ältere Menschen mit regelmäßigem riskanten

Konsum, so finden sich wesentlich geringere Geschlechtsunterschiede im Trinkverhalten (Fink et al. 2002).
Schäufele (2009) weist darauf hin, dass die gefundenen Prävalenzraten das Ausmaß des problematischen Alkoholtrinkens im Alter möglicherweise unterschätzen, da bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z.B. ältere Pflegebedürftige, unterrepräsentiert sind. Eine repräsentative Umfrage in Mannheimer Altenpflegeheimen ermittelte einen Anteil von 10% der Bewohner mit einer ärztlichen Alkoholdiagnose nach ICD-10 (Weyerer et al. 2006).

3.3 Medikamente im Alter

Arzneimittel mit einem eigenen Suchtpotenzial, dies sind ca. 4-5% aller verordneten Arzneimittel, sind in der Regel rezeptpflichtig und unterliegen somit der ärztlichen Kontrolle. Zu den rezeptpflichtigen psychotropen Arzneimitteln gehören Schlafmittel und Benzodiazepine, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulantien. Schätzungen gehen davon aus, dass ein Drittel dieser Mittel nicht wegen akuter Probleme verschrieben wird, sondern Entzugserscheinungen und Suchtverlangen aufgrund lang andauernder Einnahme kaschieren (Glaeske 2008). Wolter-Henseler (1999) weisen auf zwei Problembereiche in der gerontopsychiatrischen Praxis hin, die schleichende Intoxikation und den protrahierten Entzug, deren Symptomatik häufig übersehen wird. Der Autor verweist auch auf die Empfehlung der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA), die bei dysphorischen und subdepressiven Störungen die Risiken einer Benzodiazepinbehandlung höher einschätzen als deren Nutzen.

Frauen (71,3 %) und Personen höherer Altersgruppen nahmen mehr Medikamente ein als Männer (57,0 %) oder jüngere Personen und tendierten häufiger zu einem problematischen Umgang mit Arzneimitteln (Frauen: 5,6 %; Männer: 4,0 %). (Rösner et al. 200ß). Es ist methodisch sehr schwierig, den Missbrauch von Medikamenten genau zu quantifizieren. Zu vielfältig sind die Medikamentengruppen, deren Dosierung und das Einnahmeverhalten. Auch muss dabei eine Unterscheidung in verschriebene und nicht verschriebene Arzneimittel vorgenommen werden. In der Regel beziehen sich Angaben auf Beruhigungsmittel (Benzodiazepine), Schmerzmittel und Schlafmittel. Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys von 2003 (Augustin et al. 2005) stellte einen Medikamentenmissbrauch bei 4,3% der befragten Personen im Alter von 18-59 Jahren fest. Nach dem aktuellen Suchtsurvey (Rösner et. al 2008) betreiben 4,7% der Bevölkerung einen problematischen Gebrauch von

Medikamenten. In der Berliner Altersstudie lag der Anteil der über 69-Jährigen mit einer Medikamentenabhängigkeit bei 0,5% (Helmchen et al. 1996b). Allerdings nahmen ca. 20% der Befragten regelmäßig Benzodiazepine ein. (Linden et al. 2004). Eine Hochdosisabhängigkeit ist im Alter eher seltener. Meistens handelt es sich um eine sogenannte Low-dose-Abhängigkeit. Medikamentenverschreibungen werden fortgesetzt, ohne genaue oder mit falscher Indikationsstellung. Zudem werden Dosierungen nicht an das Alter der Patienten angepasst und Wechselwirkungen mit anderen verschriebenen Medikamenten nicht beachtet (Förster & Thomas 2009).

3.4 Substanzkonsum und Pflegebedürftigkeit

Laut der neuesten Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2007) waren im Dezember 2007 2,25 Menschen in Deutschland pflegebedürftig, davon waren 35% 85 Jahre und älter. 504.000 (32%) Pflegebedürftige wurden in Privathaushalten zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut, 709.000 ältere Menschen (32%) wurden in Pflegeheimen versorgt. Bei 68% der Pflegebedürftigen wurde keine außerfamiliäre Hilfe benötigt. Im Vergleich zu 2005 hat die Zahl der Pflegebedürftigen um 5,6%, im Vergleich zu 1991 um 11,4% zugenommen.

Wie oben ausgeführt, sinkt in Bezug auf Alkohol der Anteil der Abhängigkeitserkrankten an der Bevölkerung mit zunehmendem Alter. Dies mag auch daran liegen, dass die Mortalität unter den Abhängigkeitserkrankten relativ hoch ist und ein höheres Alter dadurch nicht erreicht wird. Auch die Einnahme von Medikamenten bei chronischen Beschwerden führt aufgrund der Kreuztoleranz zu einer höheren Alkoholabstinenzrate. Die wenigen, bisher vorliegenden Studien in Einrichtungen der stationären Altenhilfe kommen zu einem gegenteiligen Ergebnis.
US-Amerikanische Studien kamen auf einen Anteil von bis zu 26% alkoholabhängiger Bewohner (Brennan 2005, Oslin et al. 1997, Joseph 1995, Joseph et al. 1995a,b). Im deutschsprachigen Raum hat sich lediglich das Zentralinstitut für seelische Gesundheit dieser Fragestellung angenommen. Drei Querschnittsuntersuchungen im Zeitraum zwischen 1995 bis 2003 in Mannheimer Altenpflegeheimen erbrachten stabile Ergebnisse über die Zeit. Es wurden ca. 10% aller Bewohner (ca. 25 % der Männer und 5% der Frauen) ärztlicherseits als alkoholkrank diagnostiziert. Das Pflegepersonal schätzte den Prozentsatz Alkoholkranker unter den von ihnen zu Betreuenden erheblich niedriger ein (zwischen 2,2% und 4,2%). Die Autoren gehen darüber hinaus davon aus, dass von den Ärzten nur schwere Verläufe erkannt wurden und die Dunkelziffer möglicherweise noch höher liegt. Das Heimeintrittsalter lag bei den

alkoholkranken Bewohnern im Durchschnitt bei 62 Jahren, dass der nicht alkoholkranken Bewohnern bei etwa 78 Jahren (Weyerer & Zimber 1997, Weyerer et al. 2006).

4 Fragestellung

Es sollte das Ausmaß des Suchtproblems in den Pflegeeinrichtungen ermittelt und erhoben werden, welche Probleme im Umgang mit den suchtkranken Bewohnern/ zu Pflegenden von den Einrichtungen gesehen werden und ob und welchen Hilfebedarf diese haben.
Die gewonnenen Erkenntnisse können zur Entwicklung von Weiterbildungsmaßnahmen, Konzepten zur Vernetzung von Sucht- und Pflegehilfe sowie für Pilotprojekte genutzt werden.

5 Methodik

5.1 Entwicklung des Fragebogens

Als Erhebungsinstrument wurde ein 2seitiger Fragebogen erarbeitet. Dieser Fragebogen enthielt Fragen zur Größe der Einrichtung, zum Anteil suchtkranker Menschen unter den zu Pflegenden, Fragen zum Umgang mit diesen und zu einrichtungsinternen Konzepten und Vernetzungen sowie Fragen zu Unterstützungsbedarfen. Dabei wurden Genderaspekte gesondert berücksichtigt. Die Kürze des Fragebogens sollte die Rücklaufquote erhöhen. Dabei wurde bewusst darauf verzichtet, explizit nach Abhängigkeit oder Missbrauch per Definition zu fragen, da davon auszugehen ist, dass diese Konstrukte nicht allgemein bekannt sind und es dadurch zu Pseudogenauigkeiten gekommen wäre. Es wurden bewusst umgangsprachliche Begriffe wie „Suchtprobleme“ oder „Probleme mit Alkohol oder Medikamenten“ gebraucht. Das Hauptaugenmerk, auch bedingt durch die erforderliche Kürze des Fragebogens, lag dabei auf dem Konsum von Alkohol und Medikamenten.

5.2 Durchführung und Auswahl der befragten Einrichtungen

Die Adressen der ambulanten Pflegedienste und der vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden der BKK-Pflegedatenbank PAULA® des BKK Bundesverbandes (Dachorganisation aller Betriebskrankenkassen) entnommen. Diese Datenbank listet für die ambulante Pflege

12.446 Adressen und für die vollstationäre Pflege 9.738 Adressen auf. Aus beiden Adressenpools wurden per Zufall jeweils 2.500 Adressen ausgewählt, so dass an 5.000 Einrichtungen bundesweit ein zweiseitiger Fragebogen verschickt wurde. Die Adressen der Einrichtungen wurden aufbereitet und in Serienbriefe eingebunden. Es wurde jeweils ein Fragebogen pro Einrichtung sowie ein frankierter Rückumschlag verschickt und explizit an die Einrichtungsleitung adressiert. Die zufällige Auswahl und die große Anzahl der Einrichtungen gewährleistet eine möglichst repräsentative Auswahl an Pflegeeinrichtungen, die sowohl Ballungszentren als auch ländliche Strukturen, sowie alte und neue Bundesländer gleichermaßen berücksichtigt.
Der anonymisierte Rücklauf wurde in das Statistikprogramm SPSS eingegeben. Die Auswertung der Daten erfolgte ebenfalls mit dem Statistik-Programm SPSS. Der Rohdatensatz wurde einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden ebenfalls in SPSS eingegeben. Es erfolgte á posteriori eine Einteilung in neu gebildete Kategorien.

6 Ergebnisse

Die postalische Befragung fand ab Oktober 2008 statt. Es wurden alle ausgefüllten und zurückgeschickten Fragebögen berücksichtigt, auch diejenigen, die erst im Februar 2009 eintrafen.

6.1 Rücklauf der Fragebögen

Der Tabelle 1 können sowohl die Anzahl der angeschriebenen Einrichtungen als auch die Anzahl der beantworteten Fragebögen entnommen werden, während die Abbildung 1 den bundesweiten Rücklauf der Fragebögen graphisch verdeutlicht. Auch wenn die Einteilung nach Postleitzahlgebieten nicht deckungsgleich mit den Bundesländern ist, so veranschaulicht sie doch eine geographische Verteilung des Rücklaufs. Ein niedriger Rücklauf der Fragebögen von nur 7,64% liegt für das Postleitzahlgebiet mit der ersten Ziffer „1“ vor. Dieses Gebiet umfasst Mecklenburg-Vorpommern, sowie Berlin und Teile Brandenburgs und Sachsen-Anhalts. Ein hoher Rücklauf von 21,82% wurde im Postleitzahlgebiet „2“ erreicht, welches Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen und Teile Niedersachsens umfasst. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich auch bei der separaten Betrachtung der Ballungsgebiete Berlin, Hamburg und München.

Während in Berlin lediglich 7,77% der angeschriebenen Einrichtungen den Fragebogen beantworteten, waren dies in Hamburg 30,63%. Die Antwortquote in München ist mit 14,89% deckungsgleich mit den meisten ausgewiesenen Postleitzahlgebieten.

Tabelle 1: Verteilung der angeschriebenen Einrichtungen nach Postleitzahlgebieten

Postleitzahl-gebiete	Anzahl der angeschriebenen Einrichtungen	Rücklauf mit Angabe der ersten beiden Ziffern der Postleitzahl	
	N=5.000	N=735	prozentualer Rücklauf
0	572	61	10,66
1*[1]	239	18	7,53
2*[2]	477	90	18,87
3	603	90	14,93
4	619	74	11,95
5	529	89	16,82
6	360	62	17,22
7	421	62	14,73
8*[3]	352	52	14,77
9	441	67	15,19

*[1] außer Berlin; *[2] außer Hamburg; *[3] außer München

Ballungsräume

Berlin	180	14	7,77
Hamburg	160	49	30,63
München	47	7	14,89

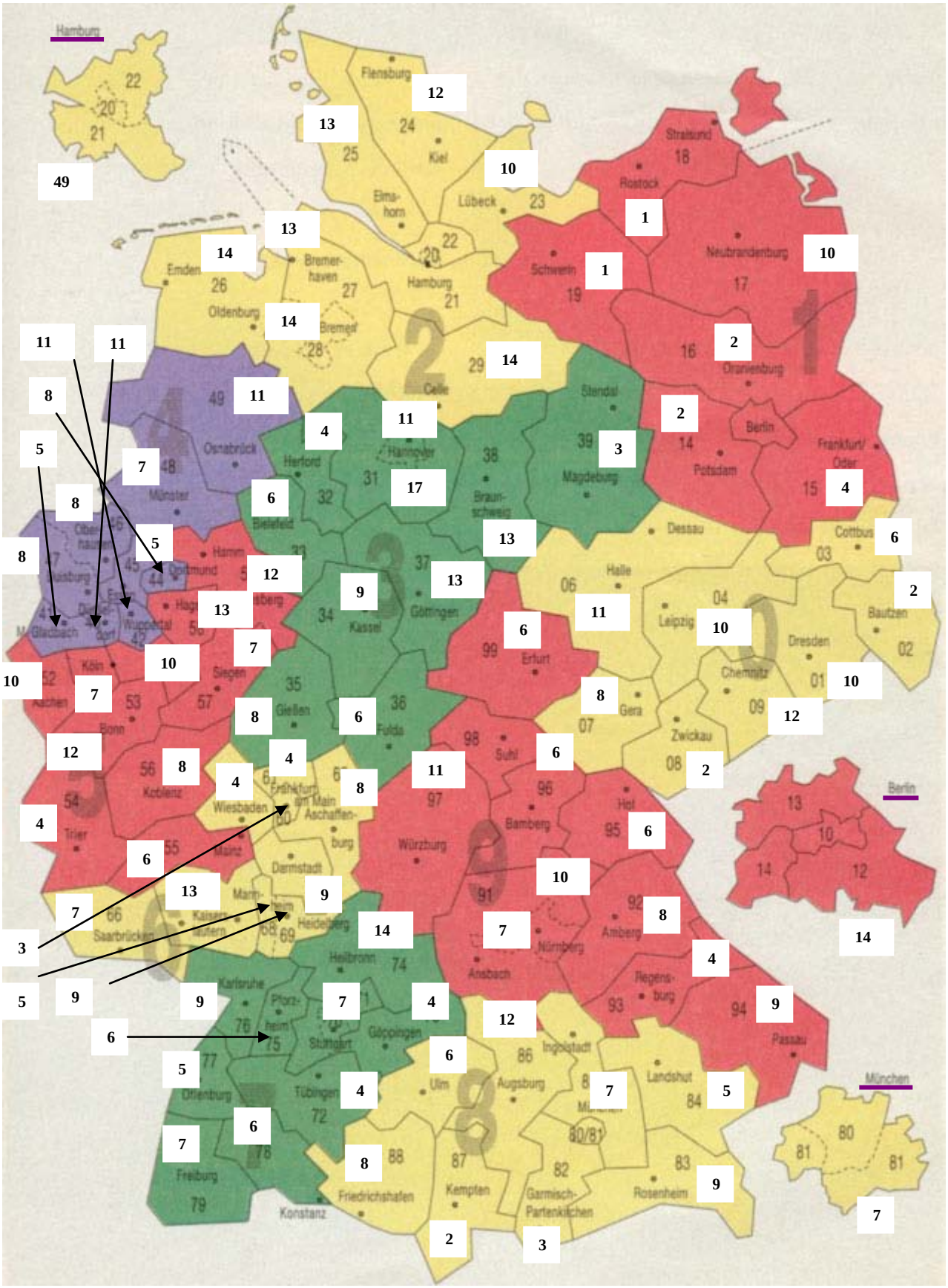


Abbildung 1: Verteilung des Rücklaufs nach Postleitzahlen/Anzahl der Einrichtungen

6.2 Art der Einrichtung

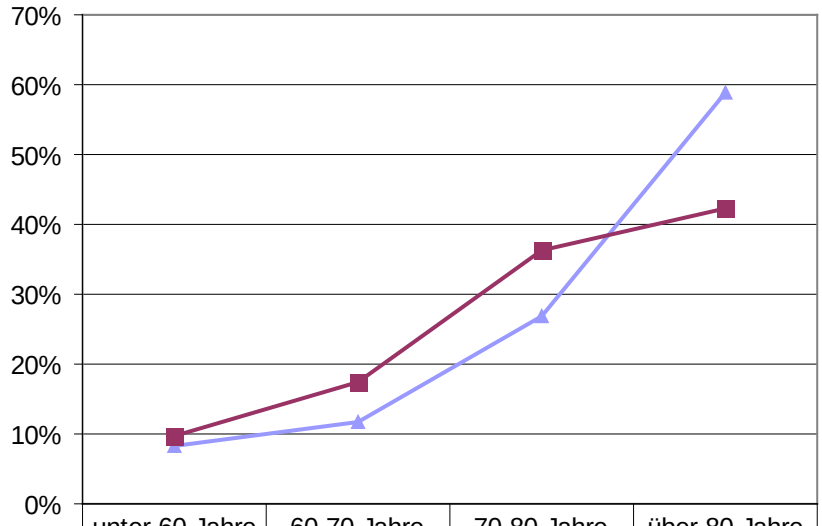
Von 20% aller angeschriebenen Einrichtungen (N=1002) liegt ein ausgefüllter Fragebogen vor. Von den angeschriebenen Einrichtungen der vollstationären Pflege nahmen 550 Einrichtungen und von denen der ambulanten Pflege 436 Einrichtungen an der Befragung teil. Elf Einrichtungen konnten nicht sicher diesen beiden Pflegeformen zugeordnet werden (Kinderkrankenpflege (2), betreutes Wohnen (3), Eingliederungshilfe SGB (2), Wohngemeinschaft (1), teilstationäre Pflege (1), ambulante sozialpädagogische Betreuung (1) und private Pflege (1)) und weitere fünf Fragebögen erhielten unklare Angaben zur Art der Einrichtung. Diese Fragebögen wurden von den weiteren Auswertungen ausgeschlossen.

Die stationären und ambulanten Einrichtungen unterscheiden sich nicht in ihrer durchschnittlichen Anzahl an Bewohnern bzw. zu Pflegenden. Die Anzahl der zu betreuenden Frauen ist erwartungsgemäß höher als die der Männer, jedoch in beiden Betreuungsformen annährend gleich groß (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl der Bewohner/zu Pflegende und Frauenanteil in den Einrichtungen

Mittelwerte	Stationäre Einrichtungen (Mittelwert, N)	Ambulante Einrichtungen (Mittelwert, N)
Anzahl der Bewohner/ zu Pflegenden	86,9 (546)	88,7 (424)
Anteil der Frauen (in Prozent)	72,9 (507)	70,5 (389)

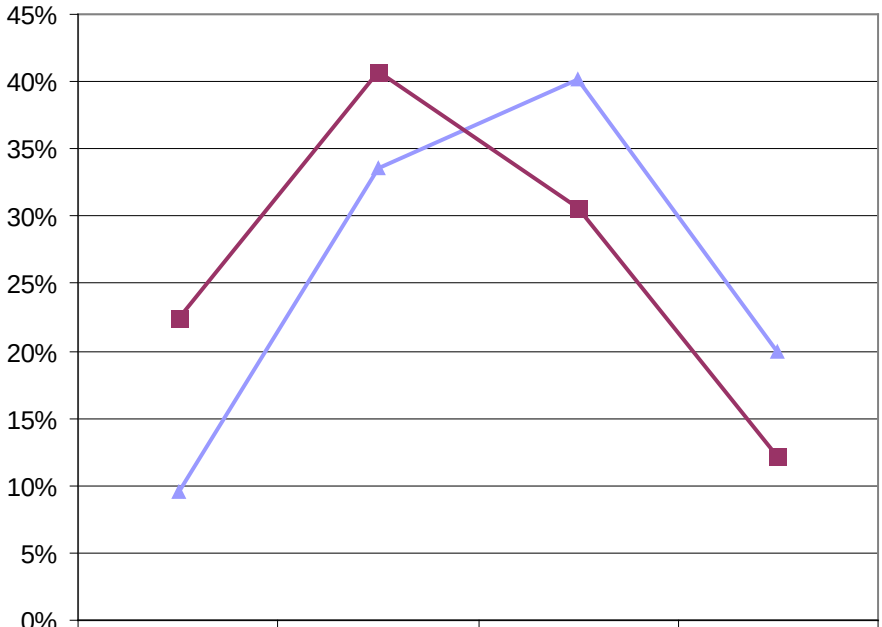
Die Pflegebedürftigkeit alter Menschen steigt mit zunehmendem Alter an (s. Abbildung 2). So finden sich in den stationären Einrichtungen deutlich mehr Menschen in einem Alter über 80 Jahre und in den ambulanten Pflegeeinrichtungen mehr Personen unter 80 Jahre (unter 60 Jahre: t=1,37, df=665, p=0,171; 60-70 Jahre: t=6,40, df=828, p=0,000; 70-80 Jahre: t=7,77, df=923, p=0,000; über 80 Jahre: t=10,22, df=916, p=0,000).



	unter 60 Jahre	60-70 Jahre	70-80 Jahre	über 80 Jahre
Stationäre Einrichtungen	8,2%	11,7%	26,8%	58,8%
Ambulante Einrichtungen	9,6%	17,4%	36,4%	42,4%

Abbildung 2: Alterseinteilung der Bewohner/zu Pflegende in den Einrichtungen

Während ambulante Pflegeeinrichtungen häufiger Menschen mit der Pflegestufe 0 oder 1 betreuen, so finden sich in den stationären Einrichtungen überzufällig häufig Bewohner mit einer Pflegestufe 2 oder 3 (Pflegestufe 0: t=10,63, df=663, p=0,000; Pflegestufe 1: t=7,28, df=936, p=0,000; Pflegestufe 2: t=9,60, df=931, p=0,000; Pflegestufe 3: t=10,54, df=897, p=0,000)(s. Abbildung 3).



	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Stationäre Einrichtungen	9,5%	33,6%	40,1%	19,9%
Ambulante Einrichtungen	22,4%	40,7%	30,6%	12,2%

Abbildung 3: Prozentualer Anteil der Bewohner/zu Pflegende in den Pflegestufen

6.3 Suchtproblematik in den Einrichtungen

Obwohl sich die stationäre und die ambulante Pflege darin unterscheidet, wie alt die zu Pflegenden sind und welcher Pflegestufe sie angehören, gibt es keine Unterschiede zwischen den Betreuungsformen hinsichtlich der Einschätzung von Suchtproblemen. Jeweils 79,3% (434 stationär und 345 ambulant) der befragten Einrichtungen geben an, dass es in ihren Einrichtungen Bewohner bzw. zu Pflegende mit Suchtproblemen gibt. Auch auf die Frage, wie hoch der prozentuale Anteil von Menschen mit Suchtproblemen in den jeweiligen Einrichtungen geschätzt wird, antworten stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen identisch im Mittel mit 14%. Am häufigsten schätzten die Einrichtungen den Prozentsatz auf 10%.

Es zeigt sich ein zum Teil deutlicher Zusammenhang zwischen dem Anteil an Menschen mit Suchtproblemen und der Geschlechter- bzw. der Altersverteilung in den Einrichtungen (s. Tabelle 3). Je höher der Frauenanteil in den Einrichtungen ist, desto niedriger wird der Anteil an Menschen mit Suchtproblemen eingeschätzt. Eine differenzierte Betrachtung zeigt jedoch,

dass dies nur für stationäre Einrichtungen gilt. Einrichtungen mit einem großen Anteil an Bewohnern oder zu Betreuenden unter 70 Jahren geben einen höheren Anteil an Menschen mit Suchtproblemen an. Diejenigen Einrichtungen, die eher Menschen im Alter von 70 Jahren und aufwärts betreuen, berichten über einen niedrigeren Anteil an Menschen mit Suchtproblemen. Diese Zusammenhänge gelten im besonderen Maße für die vollstationären Einrichtungen. Die Anmerkungen einiger Einrichtungen illustrieren diese Ergebnisse gut, z.B. „…bei hochgradiger Demenz erledigen sich vielfach Suchtprobleme (vergessen Alkohol)“ oder „bei zunehmender Demenz verliert sich die Abhängigkeit“.

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen dem Anteil an Menschen mit Suchtproblemen in den Einrichtungen und dem Geschlecht sowie Alter

Anteil von Menschen mit Suchtproblemen r (p)	Frauenanteil in der Einrichtung	Alter unter 60 Jahre	Alter 60-70 Jahre	Alter 70-80 Jahre	Alter über 60 Jahre
alle Einrichtungen	-0,27 (0,000)	0,33 (0,000)	0,22 (0,000)	-0,026 (0,498)	-0,22 (0,000)
Vollstationäre Einrichtungen	-0,41 (0,000)	0,35 (0,000)	0,34 (0,000)	0,03 (0,600)	-0,30 (0,000)
Ambulante Einrichtungen	0,021 (0,716)	0,31 (0,000)	0,09 (0,110)	-0,09 (0,105)	-0,12 (0,039)

Werden Alkoholprobleme vom Pflegepersonal festgestellt, so sind davon 39% der weiblichen zu Pflegenden betroffen, bei der Frage nach einem Medikamentenmissbrauch vertauscht sich das Geschlechterverhältnis. Knapp 73% aller Personen mit einem Medikamentenmissbrauch sind Frauen. Vollstationäre und ambulante Einrichtungen unterscheiden sich nur marginal (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Frauenanteil an den zu Pflegenden/Bewohnern mit Substanzproblemen

	Frauenanteil in % der zu Pflegenden mit Alkoholproblemen	Frauenanteil in % der zu Pflegenden mit Medikamentenmissbrauch
alle Einrichtungen	39%	73%
Vollstationäre Einrichtungen	37%	78%
Ambulante Einrichtungen	41%	67%

Eine deutliche Diskrepanz besteht zwischen der Anzahl der vom Pflegepersonal wahrgenommenen zu Pflegenden mit Alkohol- und Medikamentenproblemen und denjenigen mit einer ärztlichen Diagnose einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit (vgl. Tabelle 5). Über beide Betreuungsformen hinweg ist die Anzahl der zu Pflegenden mit einem Alkohol- oder Medikamentenproblem nach Einschätzung des Pflegepersonals signifikant höher als die Anzahl der Personen mit einer ärztlicherseits gestellten Diagnose.

Tabelle 5: Unterschiede zwischen den wahrgenommenen Alkohol- und Medikamentenproblemen der zu Betreuenden und den ärztlichen Diagnosen

	Alkohol			Medikamente		
	eigene Einschätzung	ärztliche Diagnose	t *	eigene Einschätzung	ärztliche Diagnose	t *
alle Einrichtungen	9,76	6,57	9,48	8,97	2,59	12,63
Vollstationäre Einrichtungen	9,70	7,63	6,58	6,78	2,00	8,52
Ambulante Einrichtungen	9,83	5,19	7,16	11,75	3,34	9,49

* Signifikanz (p) > 0,000

In der Ausbildung der Pflegekräfte kommt dem Erkennen von Suchtproblemen bei den zu Pflegenden kein hoher Stellenwert zu. Daher ist es sehr erfreulich, dass ein hoher Prozentsatz an Pflegekräften Alkohol- und Medikamentenprobleme ihrer Patienten gut erkennen kann. Gleichwohl gibt es Unterschiede zwischen den Substanzen und den Einrichtungsformen (vgl. Abbildung 4). Grundsätzlich zeigte sich, dass die Pflegekräfte Alkoholprobleme besser erkennen können als problematischen Medikamentenkonsum. Bei einer Einteilung von „1“ (sehr gut) bis „5“ (sehr schlecht) wurde auf die Frage, wie zuverlässig Pflegekräfte Alkoholprobleme erkennen können, eine 2,0 vergeben, auf die Frage nach zuverlässigem Erkennen von Medikamentenproblemen wurde eine 2,2 gegeben (t=7,24, df=967, p=0.000). Ebenfalls signifikante Unterschiede finden sich zwischen den Betreuungsformen hinsichtlich der eigenen Einschätzung des Erkennens von Suchtproblemen. Im Mittel werden in vollstationären Einrichtungen Suchtprobleme zuverlässiger erkannt als in ambulanten Einrichtungen (Alkohol: 19,97 vs. 2,10, t=2,62, df=971, p=0,008; Medikamente: 2,14 vs. 2,33, t=3,319, df=967, p=0,001).

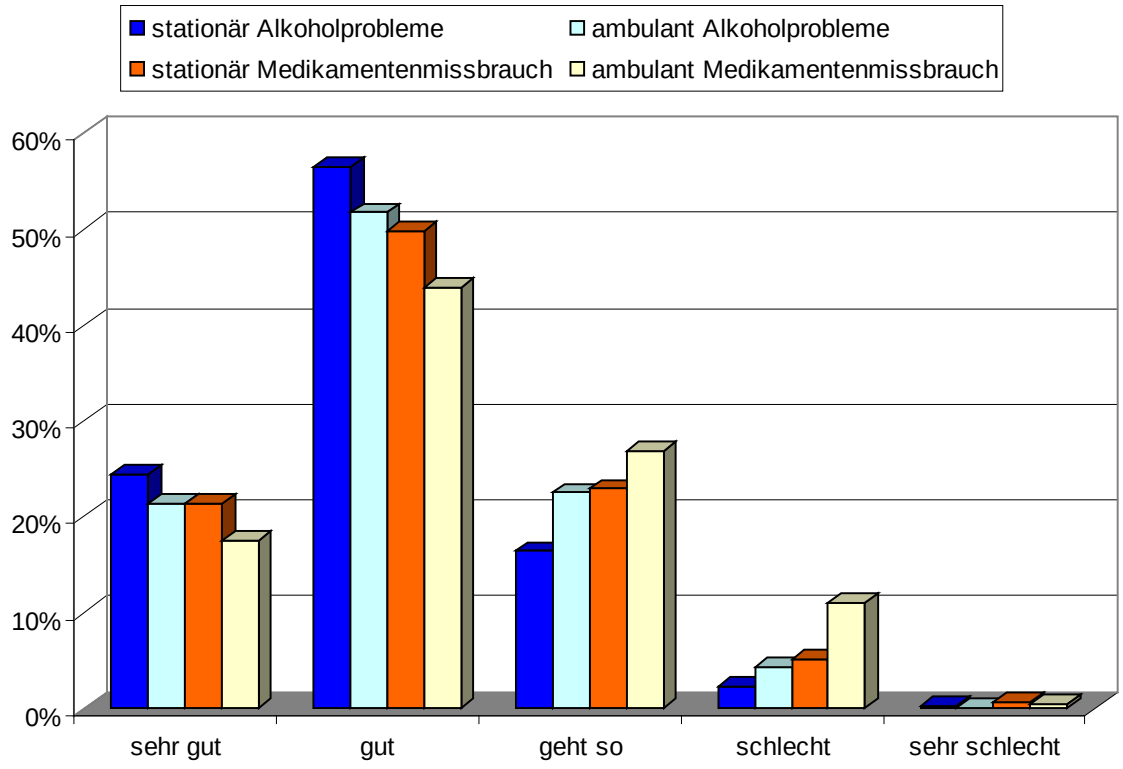


Abbildung 4: Güte der Einschätzung des Erkennens von Suchtmittelproblemen

Ist ein Suchtproblem bei einem zu Pflegenden erkannt, dann halten es fast alle Einrichtungen für ihre Pflicht, auch darauf zu reagieren und zu handeln. Nur ca. 1% aller Einrichtungen geben an, dass Suchtprobleme nicht in ihren Verantwortungsbereich gehören. In einem hohen Ausmaß wird ein Suchtproblem wahrgenommen und dokumentiert, sowie Kontakt zu Ärzten und Angehörigen aufgenommen. Vergleichsweise selten wird jedoch mit dem Suchthilfesystem Kontakt aufgenommen (vgl. Abbildung 5).

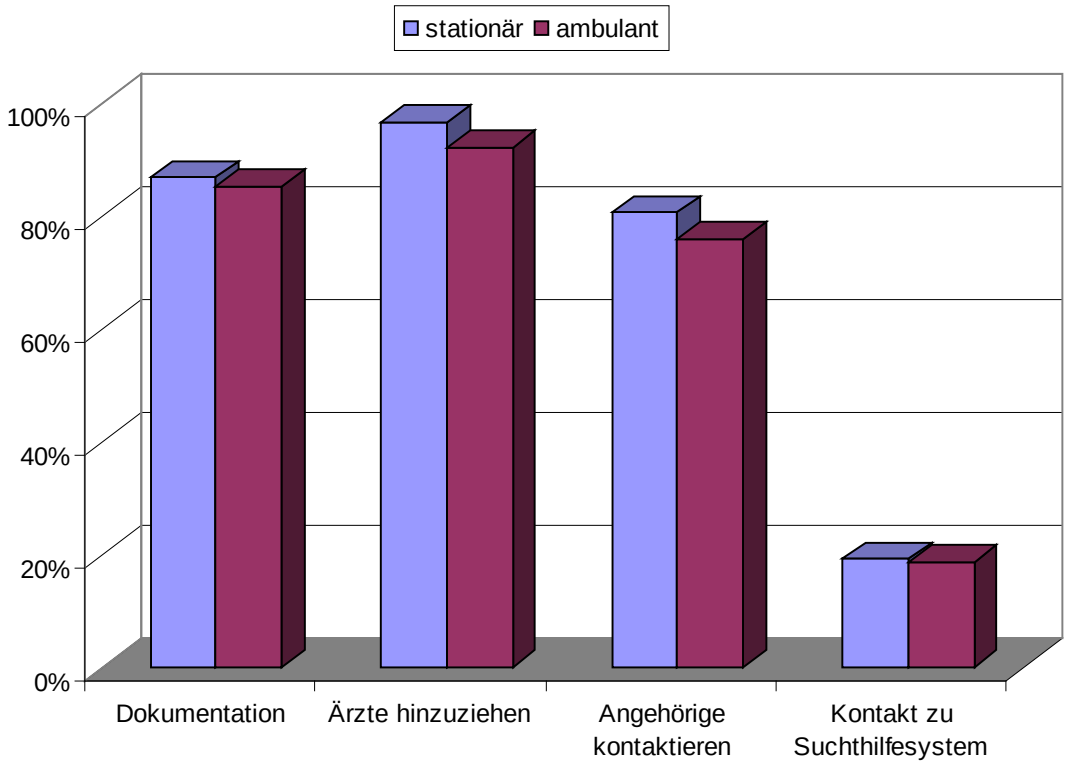


Abbildung 5: Maßnahmen nach Erkennen eines Suchtproblems

Die Einrichtungen hatten bei der Frage nach den Konsequenzen aus dem Erkennen eines Suchtproblems auch die Möglichkeit, offen zu antworten. Am häufigsten wird das Gespräch direkt mit den Betroffenen gesucht oder auch mit deren Betreuern. Fallbezogene Besprechungen werden an dritter Stelle genannt. Einige Antworten machen schon an dieser Stelle deutlich, dass manche Einrichtungen über Erfahrungen mit dem Suchthilfesystem verfügen. So kommen zum Beispiel Gruppen der Anonymen Alkoholiker ins Haus oder es werden Kontakte zu Beratungsstellen oder Entgiftungsbehandlungen vermittelt. Es wird aber

auch ein Problembereich angesprochen – den der Schweigepflicht. Manchmal macht sich aber erst einmal nach der Erkenntnis eine „gewisse Ratlosigkeit“ breit.

6.4 Ausbildung des Pflegepersonals

Um erkennen zu können, ob und in welchem Ausmaß ein Bewohner oder zu Betreuender Probleme im Umgang mit Suchtmitteln hat, muss das jeweilige Personal für dieses Thema sensibilisiert sein. Daher wurde nach der Einschätzung gefragt, ob das Pflegepersonal gut genug ausgebildet ist, um Personen mit Suchtproblemen adäquat helfen zu können. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen. Lediglich ca. ein Viertel der Einrichtungen halten ihr Personal für gut genug ausgebildet, um den zu Pflegenden mit Suchtproblemen angemessen helfen zu können, während annähernd 50% sich in ihrer Einschätzung nicht sicher sind (s. Abbildung 6).

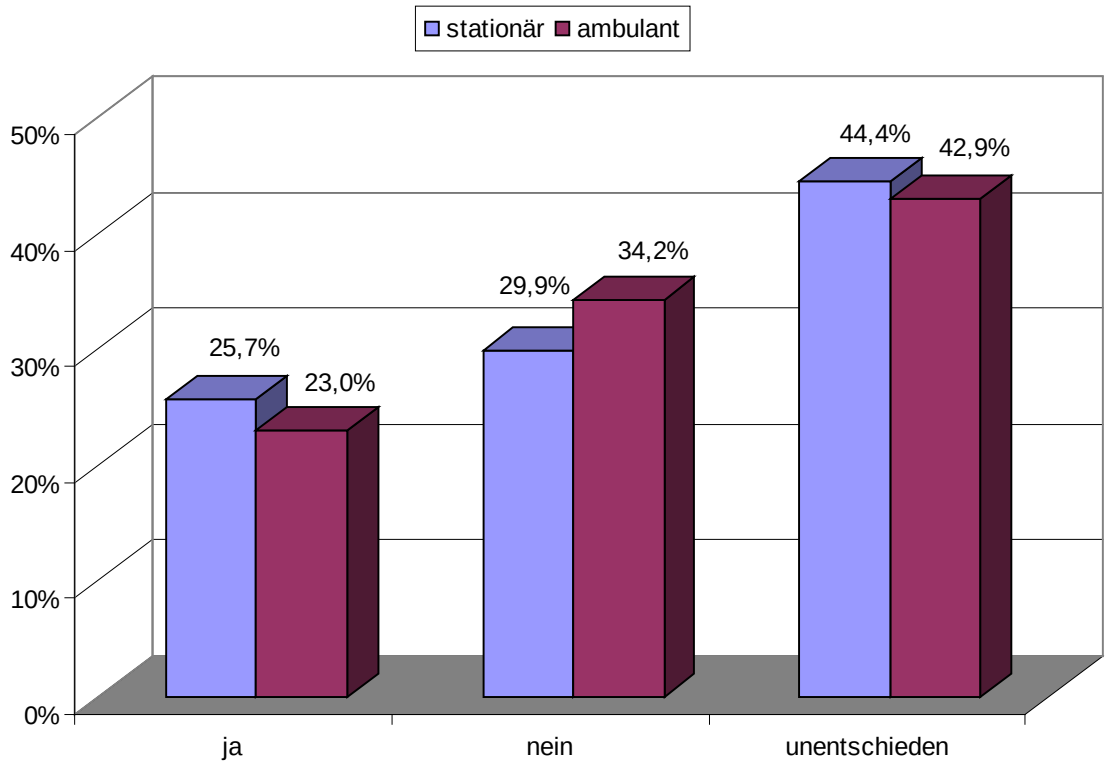


Abbildung 6: Hilfe bei Suchtproblemen durch das Pflegepersonal

Wie gut der Ausbildungsstand des Pflegepersonals ist steht in einem Zusammenhang mit der grundsätzlichen Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeit von Suchtproblemen im Alter und der Konzeptentwicklung in den Einrichtungen (s. Abbildung 7).

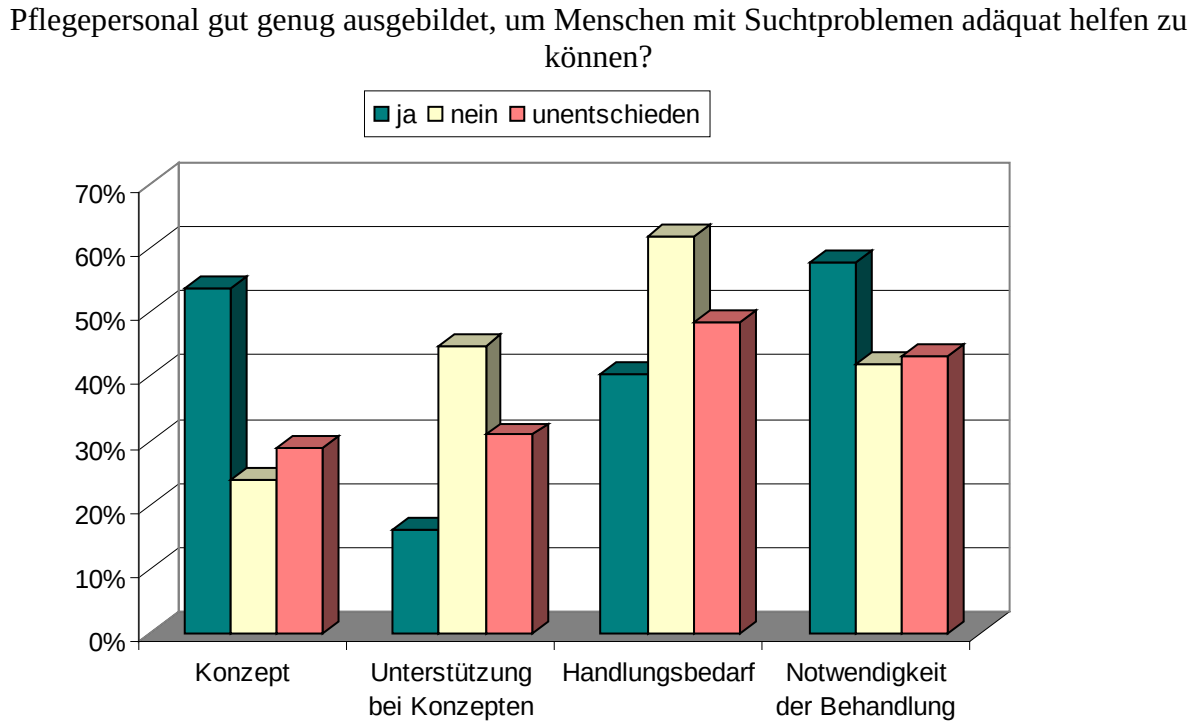


Abbildung 7: Adäquate Ausbildung des Pflegepersonals (ja-nein-unentschieden) und Vorhandensein von Konzepten, Konzeptentwicklung, Handlungsbedarf und Notwendigkeit einer Behandlung von Sucht im Alter

Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen, in denen das Pflegepersonal adäquat mit Suchtproblemen umgehen kann, hat ein festgelegtes Konzept oder eine Handlungsanweisung für den Umgang mit zu Pflegenden mit einem Suchtmittelproblem. Demgegenüber bejahen nur knapp ein Viertel der Einrichtungen ohne ausreichende Ausbildung ihres Pflegepersonals diese Frage. Folgerichtig brauchen diejenigen Einrichtungen mit einer guten Suchtausbildung ihres Personals und häufigem Vorliegen von Konzepten auch seltener eine Unterstützung bei der Entwicklung von Konzepten für den Umgang mit zu Pflegenden mit Suchtproblemen als Einrichtungen mit in Suchtfragen weniger gut ausgebildetem Personal. Gleichzeitig sind sie häufiger der Meinung, dass man Suchtprobleme im Alter behandeln sollte.

6.5 Handlungsbedarf, Konzepte, Notwendigkeit der Behandlung

Immerhin 38,4% der vollstationären Einrichtungen und 26,9% der ambulanten Altenpflegeeinrichtungen verfügen über festgelegte Konzepte zum Umgang mit Personen mit einem Suchtmittelproblem. Der Unterschied zwischen den Einrichtungsformen ist signifikant (Chi^2=14,42, df=2, p=0,000). Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich auch darin, ob sie Hilfe bei der Entwicklung von Konzepten oder Handlungsanweisungen benötigen (Chi^2=7,83, df=2, p=0,020) (vgl. Abbildung 8).

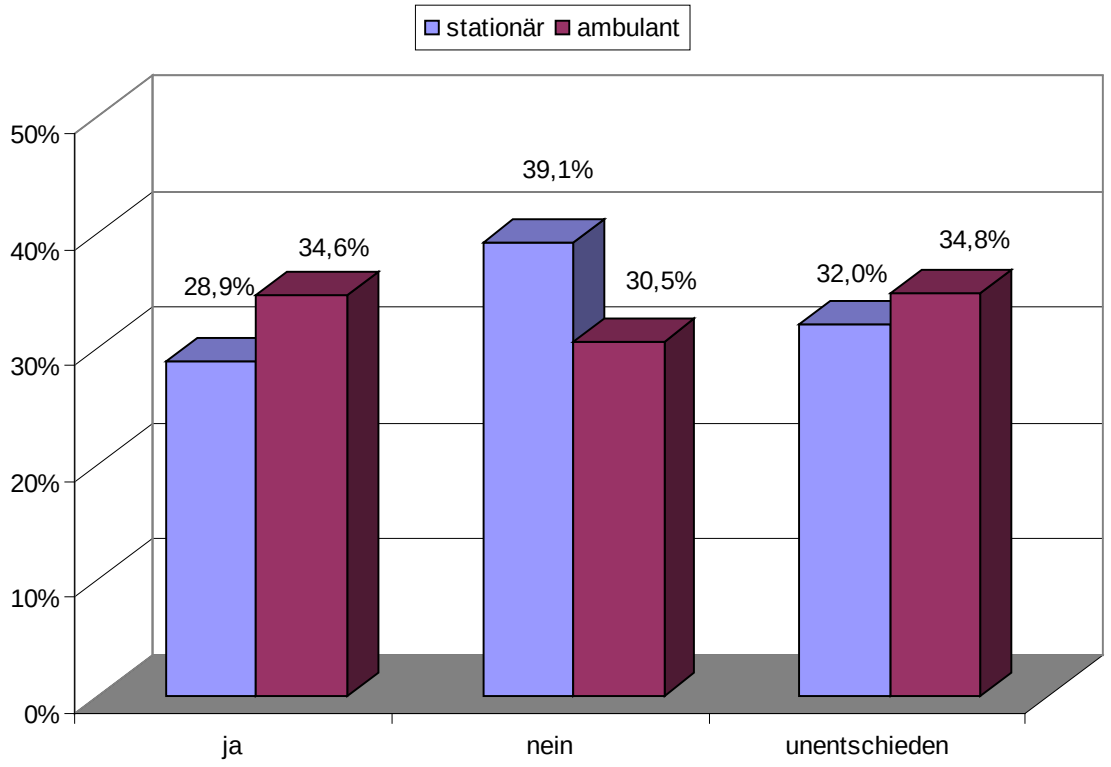


Abbildung 8: Unterstützungsbedarf bei der Entwicklung von Konzepten zur Versorgung von zu Pflegenden mit einem Suchtmittelproblem

Ambulante Pflegeeinrichtungen geben signifikant häufiger an, Unterstützung bei der Konzeptentwicklung zum angemessenen Umgang mit Menschen mit Suchtproblemen zu benötigen. Der Unterstützungsbedarf in beiden Einrichtungsformen ist unabhängig davon, wie groß die Einrichtungen sind, wie hoch der jeweilige Frauenanteil oder die Altersstruktur ist. Sie

sehen folgerichtig für sich auch einen erhöhten Handlungsbedarf, um die Versorgung von zu Pflegenden mit einem Suchtmittelproblem zu verbessern (Chi^2=14,54, df=2, p=0,001). Aber auch 45,9% der stationären Einrichtungen sehen für sich die Notwendigkeit der Verbesserung ihrer Versorgung für diese Personengruppe (s. Abbildung 9).

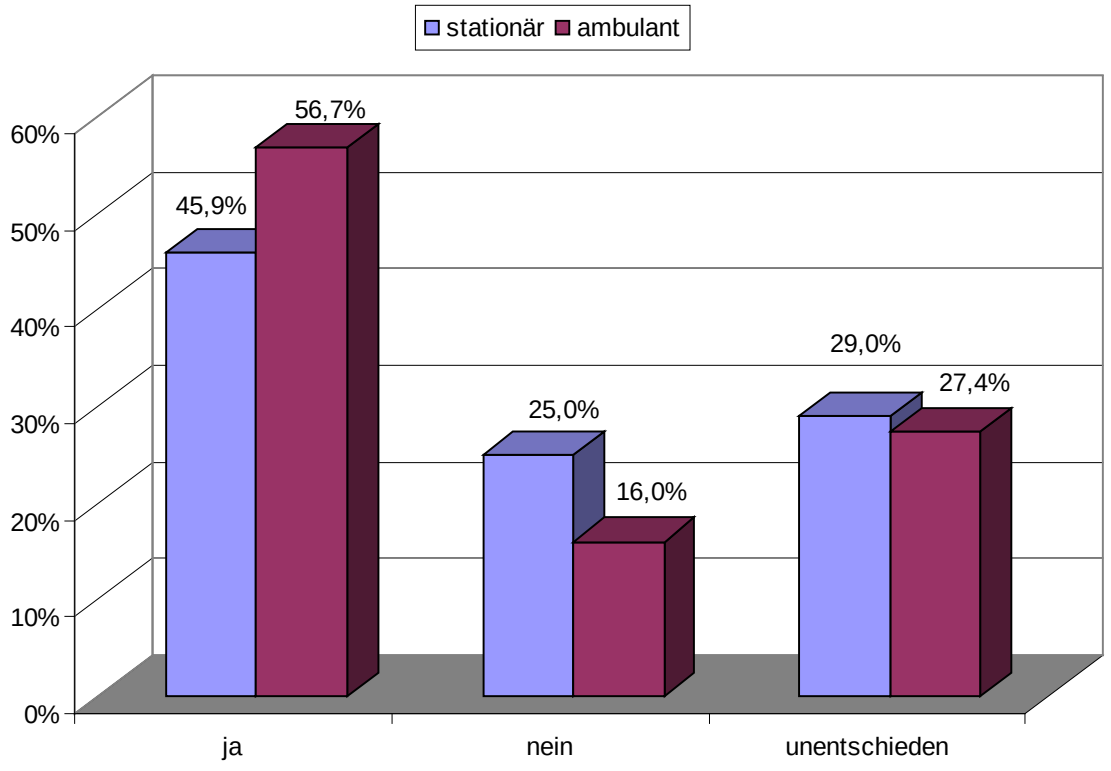


Abbildung 9: Notwendigkeit der Verbesserung der Versorgung von Personen mit Suchtmittelproblemen

Vor allem die ambulanten Pflegeeinrichtungen haben zu wenig Zeit, um sich angemessen auch um Suchtprobleme kümmern zu können. Während 74,8% der ambulanten Einrichtungen angeben, zu wenig Zeit zu haben, sind es bei den stationären Einrichtungen 50% (Chi^2=60,85, df=1, p=0,000).

Bei einer abschließenden Einschätzung der Notwendigkeit einer Suchtbehandlung auch im Alter waren knapp 45% der Einrichtungen in ihrer Meinung unentschieden (s. Abbildung 10).

Ambulante Einrichtungen waren häufiger der Ansicht, dass eine Suchtbehandlung auch noch im Alter durchzuführen sei (Chi^2=7,38, df=2, p=0,025).

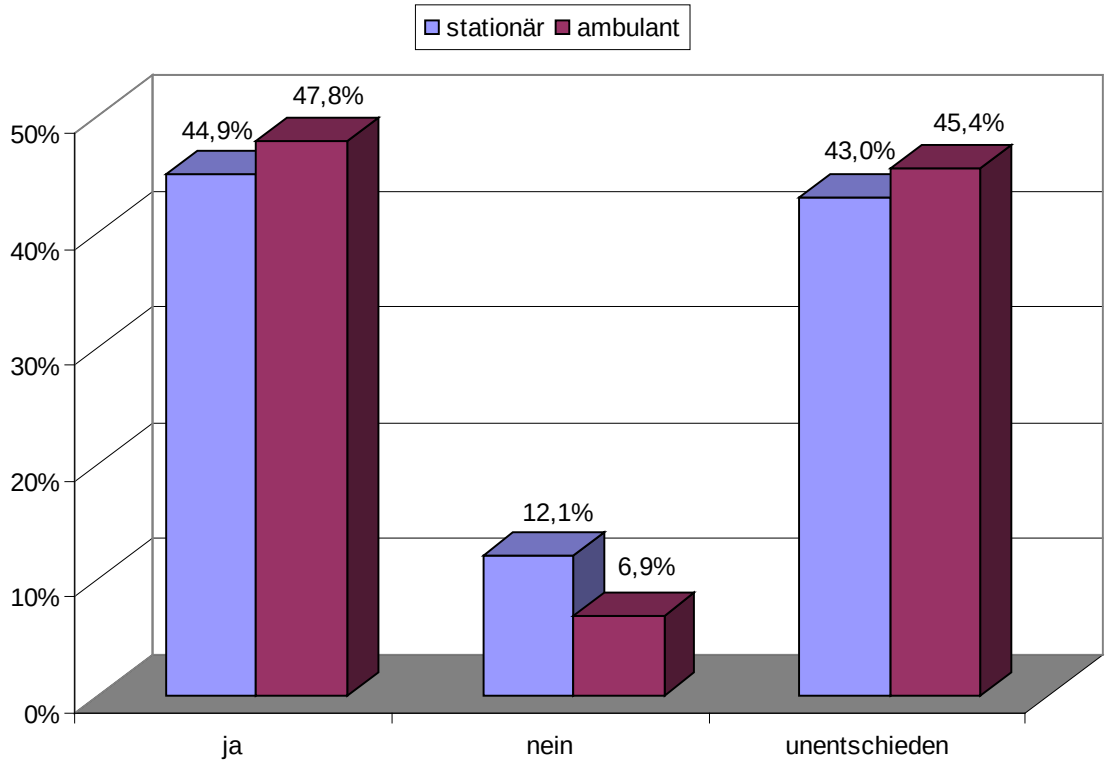


Abbildung 10: Suchtbehandlung im Alter

Diejenigen Einrichtungen mit einem höheren Anteil an Patienten mit einem Alkoholproblem sowie mit einem höheren Prozentsatz an jüngeren Bewohnern/zu Pflegenden sehen eine größere Notwendigkeit der Behandlung von Suchtproblemen (s. Tabelle 6). Die Größe der Einrichtung und der Frauenanteil haben für die Einschätzung der Notwendigkeit keine signifikante Bedeutung.

Tabelle 6: Behandlung von Suchtproblemen im Alter

Notwendigkeit einer Behandlung	ja	nein	unentschieden	
Anteil an Pat. mit Alkoholproblemen	11,32%	8,93%	8,15%	F=4,43, p=0,012
zu Pflegende/ Bewohner unter 60 Jahre	10,27%	6,58%	7,74%	F=3,97, p=0,019

Knapp 400 Einrichtungen nutzten die Möglichkeit, individuelle Anmerkungen zu dokumentieren, die sich in der Mehrzahl darauf bezogen, ob und wann Suchtprobleme im Alter zu behandeln sind. In der Mehrzahl wurde darauf hingewiesen, dass es einer individuellen Sichtweise bedarf, um älteren und alten Menschen mit Suchtproblemen adäquat begegnen zu können. Dabei geht es in der Regel darum, die Lebensqualität der zu Betreuenden zu erhalten oder zu erhöhen. Dies kann auch darin bestehen, z.B. einem 95Jährigen den Zugang zu Alkohol oder Nikotin zu ermöglichen. Gerade ambulante Pflegedienste weisen darauf hin, dass ihr Einfluss auf ein mögliches Suchtverhalten aufgrund der Zeitvorgaben für die Pflege gering ist. Viele Bemerkungen bezogen sich auch auf die problematische Kooperation mit Angehörigen und Ärzten. Gerade bei der Vergabe von Medikamenten weisen die Pflegeeinrichtungen sehr häufig auf die mangelnde Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten hin. Aber auch die mangelnde Einsicht bzw. Einsichtsfähigkeit der Betroffenen wird häufig als Problem angegeben.

7 Diskussion

Von den 5.000 angeschriebenen ambulanten Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen haben 20% einen auswertbaren Fragebogen zurückgeschickt. Aufgrund der Tatsache, dass es sich dabei um eine unselektierte Stichprobe aller bundesdeutschen Einrichtungen handelt, ist der Rücklauf als ausreichend anzusehen, zumal die Einrichtungen sowohl mit dem Thema als auch mit der Art der Umfrage nicht vertraut sein dürften. Gleichwohl erstaunt der nicht gleich verteilte Rücklauf bezogen auf die Postleitzahlgebiete. Mecklenburg-Vorpommern, Berlin sowie Teile Brandenburgs und Sachsen-Anhalts

(Postleitzahlgebiet 1) sind deutlich unterrepräsentiert, während der Großraum Hamburgs durch den hohen Rücklauf als überrepräsentiert angesehen werden muss. Möglicherweise liegt dies daran, dass als durchführende Einrichtung das in dieser Umgebung bekannte Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erkennbar war.

Die Erhebung unterliegt methodischen Einschränkungen, die bei der Erstellung des Fragebogens aufgrund der gebotenen Kürze nicht lösbar waren. Es wurde nicht nach den Diagnosen einer Abhängigkeit, eines Missbrauchs oder eines schädlichen Gebrauchs von Substanzen, sondern nach übermäßigem Konsum und Problemen durch diesen gefragt. Sichere Diagnosen sind nur durch entsprechend geschultes Personal zu stellen und es ist unbekannt, inwieweit die Kenntnisse in den Einrichtungen vorausgesetzt werden können. Auch wurden bei der Frage nach einem möglichen zu hohen Medikamentenkonsum oder Missbrauch von Medikamenten keine Medikamentengruppen explizit abgefragt. In weiteren Erhebungen sollten deshalb gezielt ausgesuchte Medikamente, wie z.B. Benzodiazepine, erhoben werden. Es wurde auch nicht der Problembereich des Rauchens bzw. der Abhängigkeit von Tabak angesprochen. Viele Anmerkungen der Einrichtungen wiesen darauf hin, so dass weitere Studien diese Substanzgruppe gleichberechtigt neben Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen erfragen sollten.

Knapp 80% aller Einrichtungen gaben an, Personen mit Suchtproblemen zu betreuen, wobei der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl der Bewohner oder zu Pflegenden im Mittel mit 14% angegeben wurde. Dabei gab es keine Unterschiede zwischen den Pflegeformen. Auf dem Hintergrund sinkender Prävalenzzahlen für Abhängigkeitserkrankungen im Alter erstaunt diese hohe Prozentangabe. Sie stimmt aber recht gut mit den Ergebnissen der Untersuchung in Mannheimer Pflegeeinrichtungen überein, die nur bezogen auf die gesicherte Diagnose einer Alkoholabhängigkeit einen Anteil von 10% Alkoholkranker unter den Bewohnern ermittelt haben (Weyerer & Zimber 1997, Weyerer et al. 2006). Dabei liegen diese Prozentangaben noch deutlich unter denen amerikanischer Studien, die Anteile von bis zu 26% alkoholkranker Bewohner in Pflegeheimen diagnostiziert haben.
Hierbei ist jedoch die Alters- und Geschlechtsverteilung besonders in den stationären Einrichtungen von großer Bedeutung. Je jünger die Bewohner sind und je mehr Männer betreut werden, desto höher wird der Anteil an Personen mit Suchtproblemen eingeschätzt. Es sind also vor allem Menschen im so genannten 3. Lebensalter, denen die Aufmerksamkeit bezogen auf Probleme im Umgang mit Suchtmitteln gelten muss. Dabei wurden auch hier die bekannten

Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestätigt: 61% aller zu Pflegenden mit Alkoholproblemen sind Männer und 73% aller zu Pflegenden mit einem Medikamentenmissbrauch sind Frauen.

Um Abhängigkeiten im Alter zu erkennen, ist es für die Behandler notwendig, diese auch im Blickwinkel ihrer Betrachtung zu haben und die richtige Diagnose zu stellen. Dabei dient die Diagnostik nicht dem Selbstzweck oder der Erzeugung von Insiderwissen, sondern ist Grundlage der Beratung, der Zuweisung zu bestimmten (therapeutischen) Maßnahmen, der Begutachtung und der Prognosebestimmung. Bei diesem Prozess sind unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt, die ihr Vorgehen miteinander abstimmen müssen. In der vorliegenden Studie zeigen sich große Unterschiede in der Wahrnehmung von Suchtproblemen durch das Pflegepersonal im Vergleich zur Diagnose der Ärzte. Das Pflegepersonal nimmt in einem deutlich höheren Maße Probleme mit Alkohol oder Medikamenten bei ihren zu Pflegenden wahr, als dies von ärztlicher Seite her diagnostiziert wird, wobei die Unterschiede zwischen den Einschätzungen in Bezug auf Medikamente noch weiter auseinandergehen als beim Alkohol. Auch wenn das Pflegepersonal keine genaue Diagnostik vornimmt, verdient dieses Ergebnis eine besondere Aufmerksamkeit, zumal sich sehr viele Anmerkungen genau auf diesen, zum Teil spannungsgeladenen Bereich, bezogen. Sehr häufig wurde die mangelnde Kooperationsbereitschaft der Ärzte angesprochen und z.T. auch die Verordnungspraxis der Mediziner in Frage gestellt. Der Einsatz von kurzen Screeninginstrumenten scheint in diesem Zusammenhang überdenkenswert zu sein. Sinnvoll scheint auch die Erweiterung des Blickwinkels zu sein, nicht mehr Diagnosen sollten im Vordergrund stehen, sondern die Symptome bzw. die Probleme, die ein zu hoher Alkohol- oder Medikamentenkonsum mit sich bringt. Typische Altersbeschwerden wie Gangunsicherheiten und Stürze, aber auch sozialer Rückzug, Vereinsamung und Depressionen sollten auf dahinter liegende Konsumgewohnheiten untersucht werden. Pittrow und Kollegen (2002, 2003) weisen darauf hin, dass die Verschreibung von Arzneimitteln generell für Patienten in einer ambulanten Pflege weit über der Verschreibung für Patienten in Einrichtungen der stationären Altenpflege liegt. Allerdings erhielten die Heimbewohner sehr viel häufiger Psychopharmaka.

Die Pflegekräfte geben sich selbst gute Noten im Erkennen von Suchtproblemen, wobei die Pflegekräfte stationärer Einrichtungen dies zuverlässiger können als die Mitarbeiter in ambulanten Pflegeeinrichtungen und Alkoholprobleme sicherer erkannt werden als ein Medikamentenmissbrauch. Der Unterschied zwischen den Einrichtungsformen erklärt sich

möglicherweise vor allem aus der Enge des Kontaktes zwischen den Pflegenden und den zu Pflegenden. Ambulante Pflegedienste geben häufig an, zu wenig Zeit für ihre Patienten zu haben oder zu selten vor Ort zu sein, um zu einer sicheren Einschätzung zu gelangen. In diesem Segment ist auch der Kontakt zu den Angehörigen von größerer Bedeutung. Mangelnde Kooperation der Angehörigen und Verschleiern des tatsächlichen Umfangs des Problems durch diese wurden sehr häufig angemerkt.

Lediglich ein Viertel aller Einrichtungen halten ihr Personal für gut genug ausgebildet, um Pflegenden mit Suchtproblemen helfen zu können. Dabei erstaunt es, dass die Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem in der Wahrnehmung des Pflegepersonals kaum verankert ist. Das Suchthilfesystem als eigenständige Möglichkeit, Hilfe für die Betreuten zu bekommen und Verantwortung abzugeben, wird nicht wahrgenommen und/oder nicht genutzt.
Einer relevanten Patientengruppe bleibt somit der Zugang zu einer adäquaten Behandlung verschlossen. Ältere Suchtkranke sind selten in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zu finden, obwohl Interventionsstudien und klinische Erfahrungen die Prognosen der Behandlung als gut einschätzen (Weyerer 2003, Schnorz et al. 2006). Eine Vernetzung von Suchthilfe und Altenpflege fehlt völlig. Angebote von Seiten des Suchthilfesystems müssen auf die Bedarfe sowohl des Pflegepersonals als auch der zu pflegenden älteren Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum zugeschnitten werden, z.B. aufsuchende Angebote in Heimen. Allerdings suchen ältere Menschen mit einem riskanten Alkoholmuster weniger häufig ihren Hausarzt auf oder ihr Trinkverhalten wird von den Ärzten nicht gesehen (Khan et al. 2002), was gerade die ambulanten Pflegedienste vor Herausforderungen stellt.

Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass sich auch die Einrichtungen der Suchthilfe nur zögerlich der Behandlung älterer und alter Menschen zuwenden und davon auszugehen ist, dass die Vorbehalte gegenüber therapeutischen Maßnahmen bei Älteren weiterhin bestehen. Die Skepsis der Behandler weicht nur langsam einer realistischen Einschätzung des Nutzens einer auf die Sucht ausgerichteten Therapie. Vielfach findet im Alter eine Fortsetzung oder auch Akzentuierung von bisherigen Konsummustern statt. Gerade aber bei den Späteinsteigern, denjenigen also, die erst im Alter ein Suchtproblem entwickeln, ist die Schamgrenze hoch. Dabei besteht kein Grund zur Resignation, wobei bestehende und bewährte therapeutische Konzepte an die Erfahrungswelt der älteren Patienten adaptiert werden müssen (Poppele & Anders 2009, Vossmann & Geyer 2006, Oslin et al. 2005). Altern ist ein Prozess, der

unterschiedliche Bereiche umfasst. Neben der biologisch-physiologischen Dimension, die lange Zeit im Focus stand, wird zunehmend auch die psychologische Dimension des Alterns gesehen. Neben Defiziten, wie eine langsamere Informationsverarbeitung, können Ältere jedoch auch wirkliche Stärken vorweisen. Sie verfügen über Erfahrungen, Fertigkeiten und Kompetenzen in der Bewältigung von Belastungen und somit auch in der Überwindung problematischer Konsummuster.

Nur ca. ein Drittel aller befragten Einrichtungen geben an, Unterstützung bei der Entwicklung von Konzepten zur Versorgung von zu Pflegenden mit einem Suchtmittelproblem zu benötigen, obwohl zwei Drittel der Einrichtungen über kein festgelegtes Konzept verfügen. Dies kann an der grundlegenden Skepsis gegenüber Suchtbehandlungen im Alter liegen. Nur etwa die Hälfte der Einrichtungen gab an, Suchtbehandlungen auch im Alter als sinnvoll zu erachten. Möglicherweise besteht auch Sorge, weitere Komponenten zur umfangreichen Pflegedokumentation hinzufügen zu müssen und damit den Pflegealltag noch weiter einzuengen. Die sehr häufige Anmerkung, einen individuellen Umgang mit Personen mit Suchtproblemen anzustreben, weist darauf hin. Dabei wird deutlich, dass die Pflegekräfte, bei durchaus unterschiedlichen Ansichten zur Behandlung, ihre Patienten als Individuum wahrnehmen. Einige Anmerkungen mögen dies illustrieren: „Es kommt darauf an, ob es die Lebensqualität einschränkt“, „Suchtprobleme im Alter nicht heilen, sondern Lebensqualität und Selbstbestimmung fördern“, „totale Abstinenz nicht um jeden Preis“. Gerade ambulante Pflegedienste bemängeln die Zeitnot und die Gefahr, dass der zu Pflegende beim Ansprechen seines Suchtproblems den Pflegeanbieter wechseln könnte.

Die Balance zu halten zwischen der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts im Alter und der Reaktion auf süchtiges Verhalten ist gerade dann am schwierigsten, wenn alte Menschen nicht mehr alleine für sich selbst sorgen können, sondern auf ambulante oder stationäre Pflege angewiesen sind. In den Pflegeeinrichtungen herrscht Unsicherheit und Uneinigkeit über das Vorgehen des Pflegepersonals. Vor allem die Antworten auf die offenen Fragen machen deutlich, wie unterschiedlich dieser Problembereich in der ambulanten und stationären Pflege alter Menschen gesehen wird und wie viele Unklarheiten bezogen auf mögliche Interventionen bestehen. Das Konzept der vollständigen Abstinenz oder des Entzugs von Psychopharmaka findet keine uneingeschränkte Zustimmung. Eher werden Interventionen angesprochen, die unter der Überschrift Schadensvermeidung und Schadensminimierung zu subsumieren sind. Das Suchthilfesystem ist aufgefordert, solche Konzepte zu entwickeln und Zugangswege zu

ebnen. Dabei ist es unerlässlich, dies in Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen zu tun. Sowohl die Altenpflege als auch die Suchthilfe verfügen über langjährige Erfahrung und bewährte Angebote, die miteinander verbunden werden müssen. Viele Fragen bleiben aber derzeit unbeantwortet: Welche diagnostischen Verfahren können angewandt werden? Sind die bisherigen diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV ausreichend oder sollte verstärkt auf die individuellen Konsummuster geschaut werden? Welche konkreten Weiterbildungskonzepte benötigen die Pflegeeinrichtungen? Sind die Suchthilfeeinrichtungen auf die Versorgung älterer Menschen eingestellt? Welchen Weiterbildungsbedarf haben diese und wie könnte eine vertrauensvolle Zusammenarbeit aufgebaut werden? Weitere Forschung und die Initiierung von Pilotprojekten sowie die Unterstützung aber auch Vernetzung regionaler Projekte ist überfällig.

8 Literatur

Augustin R, Semmler C, Rösner S, Kraus L (2005) Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. Sucht 51: 49-57.

Brennan PJ (2005) Functioning and health service use among elderly nursing home residents with alcohol use disorders. American Journal of Geriatric Psychiatry 13: 475-483.

Burger M, Mensink G (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Saladruck.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2008) Unabhängig im Alter – Zahlen und Fakten. http://www.unabhaengig-im-alter.de/web/zahlenfakten/index.htm.

Dilling H, Weyerer S (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In: Dilling H, Weyerer S, Castell R (Hrsg.) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke; 1-122.

Förster M, Thomas C (2009) Aspekte der Substanzabhängigkeit im Alter aus geriatrisch-gerontopsychiatrischer Sicht. Suchttherapie 10: 12-16.

Fichter MM (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin: Springer.

Fink A, Morton SC, Beck JC et al. (2002) The Alcohol Related Problems Survey - Identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. Journal of the American Geriatrics Society 50: 1717-1722.

Freyberger HJ, Stieglitz R-D (2001) Klassifikatorische Diagnostik von Störungen durch psychotrope Substanzen. Suchttherapie 1: 2-8.

Freyberger H.J, Stieglitz R-D (1996) Editorial. European Addiction Research 2: 123.

Gassmann R, Kaldewei D, Lindemann F (2009) Jahrbuch Sucht 2009, Geesthacht: Neuland.

Gfoerer J, Penne M, Pemberton M, Folsom R (2003) Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. Drug and Alcohol Dependence 69: 127-135.

Glaeske G (2008) Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland Verlag, 73-95.

Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B, Kanowski S et al.(1996a) Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag; 185-219.

Helmchen H, Linden M, Wernicke T (1996b) Psychiatrische Morbidität bei Hochbetagten. Nervenarzt 67: 739-750.

Hillemacher T, Bleich S (2008) Zukünftige Herausforderungen in der Versorgung alkoholabhängiger Patienten. Fortschr. Neurol Psychiat 76: 67-68.

Joseph CL (1995) Alcohol and drug misuse in the nursing home. The International Journal of the Addictions 30: 1953-1984.

Joseph CL, Atkinson RM, Ganzini L (1995a): Problem drinking among residents of a VA nursing home. Int J Geriatr Psychiatry 10:243–248.

Joseph CL, Ganzini L, Atkinson RM (1995b) Screening for alcohol use disorders in the nursing home. J Am Geriatr Soc 43:368–373.

Khan N, Davis P, Wilkinson TJ, Sellman JD, Graham P (2002) Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? New Zealand Medical Journal 22, 72-75.

Kruse A, Gaber E, Heuft G, Oster P, Re S, Schulz-Nieswandt F (2005) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit im Alter. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Heft 10. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut.

Lieb B, Rosien M, Bonnet U, Scherbaum N (2008) Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. Fortschr. Neurol Psychiat 76: 67-68.

Linden M, Bar T, Helmchen H (2004) Prevalence and appropriateness of psychotropic drug use in old age: results from the Berlin Aging Study (BASE). Int Psychogeriatr 16: 461-80.

National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (1995) The physicians guide to helping patients with alcohol problems. NIH Publications no. 95-3769.

O`Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor B (2003) Alcohol use disorders in elderly people- redefining an age old problem in old age. British Medical Journal 327: 664-667.

Oslin DW, Slaymaker VJ, Blow FC, Owen PL, Colleran C (2005) Treatment outcome for alcohol dependence among middle-aged and older adults. Addictive Behaviors 30, 1431-1436.

Oslin DW, Streim JE, Parmelee P, et al (1997) Alcohol abuse: a source of reversible functional disability among residents of a VA nursing home. Int J Geriatr Psychiatry 12:825–832

Pittrow D, Krappweis J, Rentsch A, Schindler C, Bramlage P, Kirch W (2003) Pattern of prescriptions issued by nursing home-based physicians versus office-based for frail elderly patients in German nursing homes. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 12: 595-599.

Pittrow D, Krappweis J, Kirch W (2002) Arzneimittelanwendungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern im Vergleich zu Patienten in ambulanter Pflege bzw. ohne Pflegebedarf. Dtsch Med Wochenzeitschr 127: 1995-2000.

Poppele G, Anders H (2009) Qualifizierter Entzug 60plus-Patientinnen und Patienten-Entwicklungen, Erfahrungen und Perspektiven eines altersspezifischen Motivationsangebots. Suchttherapie 10: 28-31.

Rösner S, Steiner S, Kraus L (2008) Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54: 47-56.

Rumpf HJ (2006) Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19:201-206.

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

Schäufele M (2009) Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter: eine Übersicht. Suchttherapie 10: 4-11.

Schnoz D, Salis Gross C, Grubenmann D, Uchtenhagen A (2006) Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, Bericht Nr. 0221. http://www.zuefam.ch/pdf/Forschungsbericht_ISGF.pdf.

Statistisches Bundesamt (2007) Bericht: Pflegestatistik 2007. Bonn: Autor.

The American Geriatrics Society. (2003). Clinical guidelines for alcohol use disorders in older Adults. Retrieved March, 2009, from http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml.

Vogt I (2009) Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. Suchttherapie 10: 17-24.

Vossmann U, Geyer D (2006) Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19:221-227.

Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I (2006) Alkoholmissbrauch und – abhängigkeit bei Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19: 229-235.

Weyerer S (2003) Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen im höheren Alter. SuchtMagazin 4. http://www.suchtmagazin.ch/text4-03.html.

Weyerer S, Zimber A (1997) Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen. In: Watzl H, Rockstroh B (Hrsg.) Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe, 159-184.

Wolter-Henseler DK (1999) Benzodiazepine: Verordnung, Einnahme, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie & - psychiatrie 12: 115-128.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ZIS

Sucht im Alter

Sollte Ihre Einrichtung mehrere Pflegeformen anbieten, entscheiden Sie sich bitte für den zahlenmäßig größeren Bereich und beziehen Sie Ihre Antworten auf diesen Bereich!

Bitte geben Sie die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl ihrer Einrichtung an : ☐☐		
(1) Art Ihrer Einrichtung: **(bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)**	☐ ☐ ☐	**Vollstationäre Pflege** **Ambulante Pflege** **Anderes: …….**
(2) Größe Ihrer Einrichtung:	**…..%** **...…%**	**Anzahl der Bewohner/ zu Pflegenden** **Anteil der Frauen an den Bewohnern/den zu Pflegenden**
(3) Alterseinteilung der von Ihnen betreuten Personen (ca.) ***(zusammen 100%)***	**…..%** **...…%** **…..%** **...…%**	**unter 60 Jahre** **60 – 70 Jahre** **70 – 80 Jahre** **über 80 Jahre**
(4) Prozentualer Anteil der zu Pflegenden in den Pflegestufen (ca.) ***(zusammen 100%)***	**…..%** **...…%** **…..%** **...…%**	**Pflegestufe 0** **Pflegestufe 1** **Pflegestufe 2** **Pflegestufe 3**
(5) Gibt es in Ihrer Einrichtung zu Pflegende mit Suchtproblemen? ***(bitte ankreuzen)***	☐ ☐	**ja** **(wenn <u>ja</u>, weiter mit Frage 6)** **nein** **(wenn <u>nein</u>, weiter mit Frage 10)**
(6) Wie hoch schätzen Sie den Anteil von Menschen mit Suchtproblemen in ihrer Einrichtung?	**……%**	
(7) Welche Suchtmittel werden hauptsächlich genommen? Bewerten Sie diese mit einer Priorität von 1-4, wobei 1 das höchste und 4 das niedrigste Vorkommen darstellt: ☐ **Alkohol** ☐ **Medikamente** ☐ **Nikotin** ☐ **illegale Drogen**		
(8) Wie hoch ist der prozentuale Anteil unter den zu Pflegenden mit Alkoholproblemen?	**...…%** **……%** **……%**	**geschätzte Anzahl insgesamt** **Wie viele davon sind Frauen?** **Wie viele der zu Pflegenden haben eine Diagnose (Missbrauch/Abhängigkeit)?** ***Frauen und Männer zusammen***
(9) Wie hoch ist der prozentuale Anteil unter den zu Pflegenden mit einem zu hohen Medikamentenkonsum? ***(Medikamentenmissbrauch, auch von verordneten Medikamenten)***	**....…%** **……%** **……%**	**geschätzte Anzahl insgesamt** **Wie viele davon sind Frauen?** **Wie viele der zu Pflegenden haben eine Diagnose (Missbrauch/Abhängigkeit)?** ***Frauen und Männer zusammen***

(10) Was meinen Sie, wie zuverlässig die Pflegekräfte Alkoholprobleme erkennen können? ***(bitte nur ein Feld ankreuzen.)***	☐ **sehr gut** ☐ **gut** ☐ **geht so** ☐ **schlecht** ☐ **sehr schlecht**
(11) Was meinen Sie, wie zuverlässig die Pflegekräfte einen zu hohen Medikamentenkonsum ***(Medikamenten-missbrauch)*** erkennen können? ***(bitte nur ein Feld ankreuzen)***	☐ **sehr gut** ☐ **gut** ☐ **geht so** ☐ **schlecht** ☐ **sehr schlecht**
(12) Was geschieht in Ihrer Einrichtung, wenn ein Suchtproblem erkannt wird? ***(bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich)***	☐ **Ist nicht unser Verantwortungsbereich** ☐ **Behandelnde Ärzte hinzuziehen** ☐ **Mit dem Suchthilfesystem Kontakt aufnehmen (z.B. Beratungsstellen)** ☐ **Mit den Angehörigen sprechen**
(13) Ist das Pflegepersonal gut genug ausgebildet, um Personen mit Suchtproblemen adäquat helfen zu können?	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ **unentschieden**
(14) Gibt es bei Ihnen festgelegte Konzepte/Handlungsanweisungen für den Umgang mit zu Pflegenden mit einem Suchtmittelproblem?	☐ **ja** ☐**nein**
(15) Wenn ja, welche? *(z.B. grundsätzliches Verbot, kontrollierte Abgabe von Alkohol etc.)*	
(16) Brauchen Sie Unterstützung bei der Entwicklung von Konzepten/ Handlungsanweisungen?	☐ **ja** ☐**nein**
(17) Besteht Ihrer Meinung nach ein Handlungsbedarf, um die Versorgung von zu Pflegenden mit einem Suchtmittelproblem zu verbessern?	☐ **ja** ☐**nein**
(18) Wo sehen Sie Probleme beim Umgang mit den zu Pflegenden mit einem Suchtmittelproblem?	☐ **zu wenig Zeit** ☐ **zu geringe Pflegestufe** ☐ **zu geringe Kenntnisse der Pflegenden** ☐ **Anderes:……..**
(19) Meinen Sie, dass man ein Suchtproblem im Alter noch behandeln sollte?	☐ **ja** ☐ **nein** ☐ **unentschieden**

Anmerkungen/Ergänzungen: Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

_____

_____

_____

Bitte nutzen Sie bitte den frankierten Rückumschlag, um den Fragebogen zu versenden!