



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Substanzabhängigkeit und –missbrauch im Alter

Eine Übersichtsarbeit über Behandlungsansätze für
abhängige bzw. suchtgefährdete alte Menschen

Verfasserin

Elsa Neuwirth

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.^a)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057/122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	IDS Pflegewissenschaft
Betreuerin / Betreuer:	Dr. Evelin Burns, MN

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere:

Dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient habe.

Dass ich dieses Diplomarbeitsthema weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

DANKE...

- ... an Dr. Evelin Burns, MN, für die nicht nur fachlich kompetente sondern auch persönliche Diplomarbeitsbetreuung und -begleitung

- ... an Mag. Elisabeth Haslinger-Baumann, die mir die Thematik des Evidence-based Nursing nähergebracht hat und stets ein offenes Ohr bei Fragen und Unklarheiten meinerseits hatte

- ... an das Team der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege der Barmherzigen Brüder Wien für ihr Entgegenkommen und die beispielhafte Verknüpfung von Pflegewissenschaft und Praxis

- ... an meine Familie, die mir eine Ausbildung nach meinen Wünschen und Vorstellungen ermöglicht hat und mit ihrer Liebe und Unterstützung immer für mich da war

- ... an meine Freunde, für das Verständnis, die Geduld und Motivation in der für mich teilweise belastenden Zeit

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Ziel der Arbeit	3
2	THEORETISCHER HINTERGRUND.....	6
2.1	Allgemeines	6
2.2	Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit	9
2.2.1	Allgemeines	9
2.2.2	Begriffsklärungen.....	10
2.2.3	Screeninginstrumente.....	12
2.3	Nikotinabhängigkeit	15
2.3.1	Allgemeines	15
2.3.2	Begriffsklärungen.....	16
2.3.3	Assessmentinstrumente	18
2.4	Benzodiazepinmissbrauch und –abhängigkeit.....	21
2.4.1	Allgemeines	21
2.4.2	Begriffsklärungen.....	22
2.4.3	Screeninginstrumente.....	23
3	METHODIK	26
3.1	Allgemeines	26
3.2	Auftragsklärung	27
3.3	Formulierung der Fragestellung	28
3.4	Literaturrecherche.....	28
3.5	Kritische Beurteilung.....	29

3.6	Implementierung und Adaption	30
3.7	Evaluation	31
4	ÜBERSICHTSARBEIT	32
4.1	Literaturrecherche und kritische Beurteilung.....	32
4.2	Tabellarische Darstellung der Literatur.....	35
4.3	Studienbeschreibungen	45
4.3.1	Lee, H.S., Mericle, A.A., Ayalon, L., Areán, P.A. (2009): Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 24(1), S. 54-60.....	45
4.3.2	Gordon, A.J., Conigliaro, J., Maisto, S.A., McNeil, M., Kraemer, K.L., Kelley, M.E. (2003): Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. In: Substance Use & Misuse, 38(8), S. 1017-1035.....	46
4.3.3	Fink, A., Elliott, M.N., Tsai, M., Beck, J.C. (2005): An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. In: Journal of the American Geriatrics Society, 53:11, S. 1937-1943.....	48
4.3.4	Oslin, D.W., Grantham, S., Coakley, E., Maxwell, J., Miles, K., Ware, J., Blow, F.C., Krahn, D.D., Bartels, S.J., Zubritsky, C., Olsen, E., Kirchner, J.E., Levkoff, S. (2006): PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. In: Psychiatric Services, 57(7), S. 954-958.....	50
4.3.5	Oslin, D.W., Slaymaker, V.J., Blow, F.C., Owen, P.L., Colleran, C. (2005): Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. In: Addictive behaviors, 30(7), S. 1431-1436.....	51
4.3.6	Zanjani, F., Mavandadi, S., TenHave, T., Katz, I., Durai, N.B., Krahn, D., Llorente, M., Kirchner, J., Olsen, E., Van Stone, W., Cooley, S., Oslin, D.W. (2008): Longitudinal course of substance treatment benefits in older male veteran at-risk drinkers. In: The journals of gerontology: medical sciences, 63(1), S. 98-106.....	52
4.3.7	Mundt, M.P., French, M.T., Roebuck, M.C., Manwell, L.B., Barry, K.L. (2005): Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. In: Journal of Studies on Alcohol, 66(3), S. 389-394.....	53

4.3.8	Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (1998): Substance Abuse Among Older Adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26. DHHS Publication No. (SMA) 98-3179. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.	55
4.3.9	Australian Government Department of Health and Ageing (DoHA) (2009): Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Canberra: DoHA.	58
4.3.10	Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN) (2008): Substance misuse and alcohol use disorders. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. New York: HIGN.	59
4.3.11	Health Canada (2002): Best practices treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Ottawa: Health Canada.	61
4.3.12	American Psychiatric Association (APA) (2006): Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second edition. Arlington: APA.	64
4.3.13	Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2006): Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.	66
4.3.14	Abdullah, A.S., Lam, T.H., Chan, S.K., Leung, G.M., Chi, I., Ho, W.W., Chan, S.S. (2008): Effectiveness of a mobile smoking cessation service in reaching elderly smokers and predictors of quitting. In: BMC Geriatrics, 8(25).....	68
4.3.15	Tait, R.J., Hulse, G.K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N.T., Jamrozik, K., Almeida, O.P. (2007): Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. In: Addiction, 102(1), S. 148-155.	70
4.3.16	Tait, R.J., Hulse, G.K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N.T., Jamrozik, K., Almeida, O.P. (2008): Two-year outcomes from a cessation of smoking intervention in older adults. In: Journal of Smoking Cessation, 3(2), S. 101-109.	71
4.3.17	Joyce, G.F., Niaura, R., Maglione, M., Mongoven, J., Larson-Rotter, C., Coan, J., Lapin, P., Morton, S. (2008): The effectiveness of covering smoking cessation services for medicare beneficiaries. In: Health Services Research, 43(6), S. 2106-2123.....	72
4.3.18	Action on Smoking and Health (ASH Scotland) (2010): Tobacco and older adults: a literature review. Edinburgh: ASH Scotland.....	73

4.3.19	University of Michigan Health System (UMHS) (2006): Smoking cessation. Ann Arbor, Michigan: UMHS.	74
4.3.20	U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (2008): Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.	77
4.3.21	Miller, N., Frieden, T.R., Liu, S.Y., Matte, T.D., Mostashari, F., Deitcher, D.R., Cummings, K.M., Chang, C., Bauer, U., Bassett, M.T. (2005): Effectiveness of a largescale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. In: Lancet, 365(9474), S. 1849-1854.	79
4.3.22	Petrovic, M., Pevernagie, D., Mariman, A., Van Maele, G., Afschrift, M. (2002): Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. In: European journal of clinical pharmacology, 57(11), S. 759-764.	80
4.3.23	Curran, H.V., Collins, R., Fletcher, S., Kee, S.C.Y., Woods, B., Iliffe, S. (2003): Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. In: Psychological Medicine, 33(7), S. 1223-1237.	81
4.3.24	Petrovic, M., Pevernagie, D., Van Den Noortgate, N., Mariman, A., Michielsen, W., Afschrift, M. (1999): A programme for short-term withdrawal from benzodiazepines in geriatric hospital inpatients: success rate and effect on subjective sleep quality. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 14(9), S. 754-760.	83
4.3.25	Brymer, C., Rusnell, I. (2000): Reducing substance dependence in elderly people: The side effects program. In: The Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 7(3), S. 161-166.	83
4.3.26	Salzman, C., Fisher, J., Nobel, K., Glassman, R., Wolfson, A., Kelley, M. (1992): Cognitive improvement following benzodiazepine discontinuation in elderly nursing home residents. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 7(2), S. 89-93.	85
4.3.27	Gilbert, A., Owen, N., Innes, J.M., Sansom, L. (1993): Trial of an intervention to reduce chronic benzodiazepine use among residents of aged-care accommodation. In: Australian and New Zealand journal of medicine, 23(4), S. 343-347.	86
4.4	Ergebnisse	88
4.4.1	Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	88

4.4.2	Nikotinabhängigkeit.....	93
4.4.3	Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit.....	99
5	DISKUSSION.....	102
5.1	Beantwortung der Forschungsfrage.....	102
5.2	Limitationen der Arbeit.....	109
5.3	Anregungen für weiterführende Forschung.....	110
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	112
7	ANHANG.....	123

1 EINLEITUNG

1.1 Problemstellung

Substanzabhängigkeit und Suchtgefährdung im Alter ist eine Thematik, die bisher kaum Beachtung erfahren hat. Nicht nur die demographische Entwicklung der Gesellschaft und die steigenden Kosten für das Gesundheitssystem, sondern auch der Aspekt der Gesundheitsförderung spricht dafür, sich näher mit der Problematik zu beschäftigen. Der Missbrauch von illegalen Drogen kommt im höheren Alter sehr selten vor (Menninger, 2002). Allerdings wird der Konsum von legalen Substanzen wie Alkohol, Nikotin oder Medikamenten von unserer Gesellschaft häufig als selbstverständlich angesehen. Dabei ist der Übergang von einem unproblematischen Gebrauch zu Missbrauch und Abhängigkeit oftmals fließend. Die Abhängigkeit von legalen Drogen wird meist mit dem Schwerpunkt auf Jugendliche und Erwachsene mittleren Alters thematisiert, wobei sie bei älteren Menschen ebenfalls eine Rolle spielt.

Mit dem Konzept des „Active Aging“ wendet sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von dem Bild des alten Menschen als passives Objekt ab und betont, dass ihm – wie auch den jüngeren Altersgruppen – in allen Lebensbereichen das gleiche Recht auf Chancen und Behandlung zugesprochen wird. Unter aktivem Altern versteht man *„den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten“* (WHO, 2002, S.12). Zu den unterschiedlichen Faktoren, die das aktive Altern beeinflussen gehört auch das individuelle Verhalten des alten Menschen. Es besteht fälschlich der Mythos, dass es im Alter zu spät für eine Änderung des Gesundheitsverhaltens und der Lebensgewohnheiten ist. Jedoch kann ein Verzicht auf Tabak- und Alkoholkonsum wie auch ein reflektierter Einsatz von Medikamenten vorbeugend gegen Erkrankungen und Funktionsverlust wirken (WHO, 2002).

Die Unterstützung von gesundheitsfördernden Verhalten hat auch bei Menschen im höheren Alter Relevanz, vor allem, wenn es um die Erhaltung von Selbstständigkeit,

Mobilität und Lebensqualität geht. In gesundheitlichen Fragen im extramuralen Bereich sind vor allem Hausärzte* und Pflegepersonen die zentralen Ansprechpersonen älterer Menschen. Oft liegt es an der Einstellung gegenüber dem Älterwerden und dem eigenen Gesundheitsverständnis dieser Berufsgruppen, inwiefern sie ihre Rolle auch in der Gesundheitsförderung wahrnehmen (Walter et al., 2006). Steinbach (2007, S.13) beschreibt Gesundheitsförderung als *„alle Maßnahmen, deren Ziel es ist, Gesundheit zu erlangen, zu verbessern und über einen möglichst langen Zeitraum aufrecht zu erhalten“*, wobei der Begriff Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens gesehen wird.

Obwohl im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §11 die *„gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“* (Weiss-Faßbinder, 2010) in dem Berufsbild verankert wurden, macht man in der Praxis die Erfahrung, dass eine Substanzabhängigkeit bei älteren Menschen vom Gesundheitspersonal entweder nicht erkannt, ignoriert oder verharmlost wird. Da die Multimorbidität für Menschen höheren Alters charakteristisch ist, lassen sich manche Symptome nicht mehr eindeutig einer bestimmten Störung zuordnen. Dies kann dazu führen, dass beispielsweise Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit sehr leicht falsch interpretiert und mit häufigen alterstypischen Erkrankungen verwechselt bzw. von ihnen überlagert werden (Menninger, 2002).

Gerade alte Menschen gelten als Risikogruppe für einen Substanzmissbrauch, da sie mehr als andere Altersgruppen mit Erkrankungen, Todesfällen, Isolation und Einsamkeit, Hilflosigkeit, Langeweile oder finanziellen Einbußen konfrontiert sind (Havemann-Reinecke et al., 1998). Dabei sind nicht nur die Folgekosten für unser Gesundheitssystem (durch Stürze, Folgeerkrankungen, Pflegebedürftigkeit etc.) und die geminderte Lebensqualität der Abhängigen zu beachten, sondern auch die Belastungen für Angehörige sowie Pflege- und Betreuungspersonen.

* Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit die männliche Form verwendet, wobei beide Geschlechter im gleichwertigen Sinn gemeint sind

Die Entwicklung einer Abhängigkeit wird im Wesentlichen von drei Bereichen beeinflusst: Der Persönlichkeit, der Substanz selbst und dem sozialen Milieu. Am Beispiel der Medikamentenabhängigkeit lässt sich veranschaulichen, inwiefern das Umfeld – in diesem Fall das Gesundheitspersonal, das unreflektiert mit dem Einsatz von Benzodiazepinen umgeht – zu der Entstehung einer Sucht beitragen kann. Pflege- und Betreuungspersonen können genauso wie Angehörige oder Freunde in typische Verhaltensweisen, die sogenannte Co-Abhängigkeit, fallen. Man versucht dem Patienten/ Klienten/ Bewohner zu helfen und unterstützt dabei ungewollt dessen Sucht. Es wird Nachsicht mit dem Substanzkonsum geübt, man sucht nach Erklärungen für das Verhalten und zeigt Verständnis. Zuwendung und Mitgefühl können im weiteren Verlauf zu Mitleid, Verachtung, Überwachung und Kontrolle des Süchtigen führen (Thiel et al., 2006).

Da ältere Menschen mit Substanzmissbrauch als schwer erreichbar gelten und aufgrund ihrer Lebenslage womöglich spezifische Therapie und Rehabilitation benötigen (Zeman, 2009), stellt sich die Frage, mit welchen Ansätzen das Gesundheitspersonal alten Abhängigen helfen kann, eine Substanzentwöhnung oder -reduktion zu erreichen. In der Literatur wird der Begriff „Alter“ nicht einheitlich definiert. In der vorliegenden Arbeit wird von alten bzw. älteren Personen gesprochen, wobei damit Menschen mit einem Alter von ≥ 65 Jahren gemeint sind. Diese Grenzsetzung ergibt sich durch die Annahme, dass Personen in diesem Alter aus dem Erwerbsleben ausscheiden bzw. bereits ausgeschieden sind und sich damit in einem neuen Lebensabschnitt befinden.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Übersichtsarbeit ist, das Bewusstsein und das Verständnis von Pflegepersonen für das Phänomen Sucht im Alter zu erhöhen und sie dadurch zu einem aufmerksameren Umgang mit abhängigen oder suchtfährdeten alten Menschen in der Praxis zu sensibilisieren. Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, das ihre Patienten/ Klienten/ Bewohner in einem ganzheitlichen Sinn betreuen möchte, muss einerseits über Kenntnisse bezüglich Erkennung, Behandlungs- und Begleitungsmöglichkeiten von abhängigen Menschen verfügen, sowie auch daran interessiert sein,

diese Kenntnisse in ihrem Arbeitsfeld umzusetzen. Durch die nähere Beschäftigung mit der Thematik soll einem Negieren oder Herunterspielen von Substanzmissbrauch bei älteren Menschen ein Stück weit entgegengewirkt werden. Der Schwerpunkt der vorliegenden Übersichtsarbeit liegt auf dem Aspekt der Substanzentwöhnung bzw. -reduktion in der speziellen Population der abhängigen oder suchtgefährdeten Menschen ≥ 65 Jahre. Es soll ein Überblick über die aktuelle Literatur bezüglich effektiver Interventionen und Programme in diesem Themenbereich erstellt werden.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

“Welche Behandlungsansätze führen bei abhängigen bzw. suchtgefährdeten Menschen ≥ 65 Jahre zu einer effektiven Substanzentwöhnung bzw. -reduktion?”

Aufgrund der unterschiedlichen Substanzarten, die häufig von älteren Menschen konsumiert werden, ergeben sich weitere drei Subfragen:

“Welche Behandlungsansätze können bei alkoholabhängigen bzw. suchtgefährdeten Menschen ≥ 65 Jahre den Alkoholkonsum effektiv reduzieren?”

“Welche Ansätze der Raucherentwöhnung führen bei Rauchern ≥ 65 Jahre zu einer erfolgreichen Abstinenz bzw. einer Reduktion der gerauchten Zigaretten/Tag?”

“Welche Behandlungsansätze führen bei von Benzodiazepinen abhängigen oder suchtgefährdeten Menschen ≥ 65 Jahre zu einem erfolgreichen Absetzen der Medikation?”

Einschlusskriterien

- Zielgruppe:
Personen beider Geschlechter, im Alter von ≥ 65 Jahre und in allen Settings (Hauskrankenpflege, Langzeitpflegeeinrichtungen, Akutpflege, keine Pflege), bei denen eine Abhängigkeit oder eine Suchtgefährdung hinsichtlich Nikotin, Alkohol oder Benzodiazepine besteht.
- Intervention:
Alle Ansätze einer Substanzentwöhnung oder -reduktion in Form von psychosozialen oder medikamentösen Einzelinterventionen, Therapien, Programmen oder Kombinationen daraus.
- Outcome:
Als Ergebnis(se) werden Abstinenzraten und/oder eine Reduktion der jeweiligen Substanz mit eingeschlossen.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Allgemeines

In folgendem Kapitel wird allgemein auf Hintergründe und Fakten bezüglich der Abhängigkeit von den Substanzen Alkohol, Nikotin und Benzodiazepine eingegangen, um ein besseres Verständnis der Thematik zu gewährleisten. Ausgehend von den allgemeinen Begriffsdefinitionen nach DSM-IV-TR und ICD-10 werden Eigenheiten im Zusammenhang mit der jeweiligen Substanz diskutiert. Des Weiteren sollen auch Screening- und Assessmentinstrumente genannt werden, wobei zu erwähnen ist, dass nur für die Erfassung des Alkoholabusus spezifische Instrumente für die Population der ≥ 65 -Jährigen in der Literatur zu finden sind.

Das DSM-IV-TR teilt Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen allgemein in die Gruppe der Störungen durch Substanzkonsum (Abhängigkeit, Missbrauch) und in die der substanzinduzierten Störungen (u.a. Intoxikation, Entzug, Delir) ein. Der Begriff Substanz bezieht sich auf „*eine missbräuchlich eingesetzte Droge, ein Medikament oder eine toxische Substanz*“ (Saß et al., 2003, S.231), wobei zu beachten ist, dass auch viele verschreibungspflichtige sowie rezeptfreie Medikamente Störungen auslösen können (Saß et al., 2003). Auch die Weltgesundheitsorganisation beschreibt in der ICD-10 Kapitel V(F) Störungen, die durch den Gebrauch psychotroper Substanzen ausgelöst werden (Dilling et al., 2010).

Substanzabhängigkeit bzw. Abhängigkeitssyndrom

Abhängigkeit wird nach dem DSM-IV-TR als ein Muster von drei oder mehr der folgenden Symptome beschrieben, die innerhalb von 12 Monaten auftreten (Saß et al., 2003):

- Kriterium 1: Toleranz

Die Substanzmenge muss deutlich erhöht werden um den gewünschten Effekt oder eine Intoxikation zu erzielen. Eine Toleranzentwicklung muss jedoch von der individuellen Empfänglichkeit für Substanzeffekte abgegrenzt werden.

- Kriterium 2: Entzugssymptome
 Auftreten physiologischer und kognitiver Begleiterscheinungen, die für die jeweilige Substanz typisch sind. Um die Symptome zu mildern oder zu vermeiden, wird die entsprechende Substanz erneut konsumiert.
- Kriterium 3: Einnahme der Substanz in größerer Menge oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt.
- Kriterium 4: Wunsch oder erfolglose Versuche die Substanzeinnahme zu kontrollieren oder zu reduzieren.
- Kriterium 5: Es wird viel Zeit in die Beschaffung und Konsumation der Substanz sowie in die Erholung von ihren Wirkungen investiert.
- Kriterium 6: Frühere soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums reduziert oder ganz unterlassen.
- Kriterium 7: Fortsetzung des Substanzkonsums, obwohl erkannt wird, dass er körperliche und psychische Probleme verursacht oder verstärkt.

Das ICD-10 beschreibt das Abhängigkeitssyndrom als *„eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholten Substanzgebrauch entwickeln“* (Dilling et al., 2010, S.76). Für eine Diagnosestellung sollten mindestens drei der folgenden Kriterien mindestens ein Monat lang bestanden haben. Sie werden hier aufgrund der Ähnlichkeit zu den Kriterien des DSM-IV nur kurz genannt (Dilling et al., 2010):

1. Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz einzunehmen
2. Verminderte Kontrolle des Substanzkonsums
3. Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms
4. Toleranzentwicklung
5. Vernachlässigung wichtiger Bereiche aufgrund des Substanzkonsums
6. Wiederholter Substanzkonsum trotz der möglichen Kenntnis schädlicher Folgen

Substanzmissbrauch bzw. schädlicher Gebrauch

Um einen Substanzmissbrauch gemäß DSM-IV-TR definieren zu können, muss mindestens eines der folgenden vier Kriterien innerhalb von zwölf Monaten wiederholt auftreten oder durchgehend vorhanden sein (Saß et al., 2003):

- Kriterium 1: Die Person kann durch den wiederholten Substanzkonsum wichtige Verpflichtungen bei Arbeit, Schule oder zu Hause nicht mehr erfüllen.
- Kriterium 2: Wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es zu körperlicher Gefährdung kommen kann.
- Kriterium 3: Immer wieder auftretende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum.
- Kriterium 4: Immer wieder auftretende soziale und zwischenmenschliche Probleme, die durch den Substanzkonsum ausgelöst oder verstärkt werden.

Dabei ist zu beachten, dass die Diagnose Substanzmissbrauch von der Diagnose Substanzabhängigkeit abgelöst wird, sobald die Symptome deren Kriterien erfüllen. Gemäß der ICD-10 benötigt man zur Feststellung eines schädlichen Gebrauchs psychotroper Substanzen einen deutlichen Nachweis, dass körperliche und psychische Schäden sowie negative Konsequenzen im sozialen Bereich auf den Substanzkonsum zurückzuführen sind (1). Zudem sollte man die Art der Gesundheitsschädigung klar definieren können (2). Dieses Muster des Substanzkonsums muss mindestens einen Monat lang oder mehrmals in den letzten zwölf Monaten auftreten (3) und darf nicht auf die Kriterien anderer Störungen zutreffen (4) (Dilling et al., 2010).

2.2 Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit

2.2.1 Allgemeines

Alkohol zählt in vielen Kulturen zu den am häufigsten gebrauchten Beruhigungsmitteln und stellt eine beträchtliche Ursache für Morbidität und Mortalität dar (Saß et al., 2003). Gemäß Uhl et al. (2009) nimmt die Anzahl der Personen in Österreich, welche täglich Alkohol trinken mit steigendem Alter kontinuierlich zu. Bei einer Repräsentativ-erhebung im Jahr 2004 gaben 24 % der 70 bis 99-jährigen Männer und 10 % der gleichaltrigen Frauen an, in den letzten drei Monaten täglich Alkohol konsumiert zu haben. In der Altersgruppe der 60 bis 69-Jährigen missbrauchen 23 % der Männer und 10 % der Frauen Alkohol, bei den 70 bis 99-Jährigen sinken die Werte auf 11 % und 5 %. Generell muss davon ausgegangen werden, dass das Alkoholproblem bei älteren Menschen unterschätzt wird (Uhl et al., 2009).

Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit tritt bei Männern häufiger als bei Frauen auf, jedoch beginnen Frauen erst später in ihrem Leben mit einem starken Konsum (Menninger, 2002; Saß et al., 2003). Ältere Menschen sind besonders häufig belastenden Ereignissen und Veränderungen ausgesetzt. Pensionierung, Langeweile, Depression, Isolation, der Verlust von Familienmitgliedern und Freunden, die allgemeine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Mobilität sowie eine Beeinträchtigung der Selbstfürsorge gelten neben einer positiven Familienanamnese und psychischen Erkrankungen als Risikofaktoren für die Entwicklung von Alkoholproblemen im Alter (Health Canada, 2002; Menninger, 2002; Dar, 2006). Zu beachten ist, dass Alkoholabhängigkeit und -missbrauch oft gemeinsam mit anderen Störungen des Substanzkonsums wie etwa Nikotinabhängigkeit oder Missbrauch von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika auftreten (Saß et al., 2003).

Altersbedingte körperliche Veränderungen bewirken einen geringeren Anteil an Körperflüssigkeit sowie eine verringerte Lebermetabolisierungsrate, wodurch sich bei Alkoholkonsum rasch höhere Blutalkoholkonzentrationen zeigen. Daher kann es bei alten Menschen bereits durch eine geringe Substanzeinnahme zu Intoxikationen und

gesundheitlichen Folgen kommen (CSAT, 1998; Saß et al., 2003; Menninger, 2002). Übermäßiger und/oder wiederholter Alkoholkonsum wird im Allgemeinen mit einer Vielzahl an Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, des kardiovaskulären Systems sowie des Nervensystems assoziiert. Dementsprechend ist unter anderem das Risiko für das Auftreten von Stürzen, kognitiven Beeinträchtigungen, Verwirrtheit, Schlafstörungen, Unter- oder Mangelernährung, Gastritis, gastrointestinale Blutungen, Leberzirrhose, Hypertonie, Osteoporose, Aszites, Pankreatitis und Krebserkrankungen erhöht. Ferner weist das Gehirn im Alter eine erhöhte Anfälligkeit für die depressogenen Wirkungen von Alkohol auf (CSAT, 1998; Saß et al., 2003; Menninger, 2002; Health Canada, 2002).

Beullens und Aertgeerts (2004) weisen darauf hin, dass 2/3 der Alkoholprobleme älterer Menschen unbemerkt bleiben. Sie erklären sich diesen Umstand damit, dass die Menge des konsumierten Alkohols aufgrund der bereits erwähnten körperlichen Veränderungen im Alter keine zuverlässige Messgröße darstellt. Auch die Symptome eines Alkoholmissbrauchs oder einer Abhängigkeit erweisen sich bei alten Patienten als unspezifisch und sind oftmals schwer von den typischen Problemen, die mit dem Älterwerden einhergehen, zu unterscheiden (Beullens u. Aertgeerts, 2004). Als geläufige Hinweise für eine Abhängigkeit können täglicher Alkoholkonsum, amnestische Perioden, Fortsetzen des Trinkens trotz der Aufforderungen aufzuhören, veränderte kognitive Fähigkeiten, Anämie, veränderte Leberwerte, häufige Stürze oder Verletzungen und das Auftreten von Krampfanfällen dienen (Menninger, 2002). Oft nehmen Ärzte irrtümlich an, dass Alkoholabhängigkeit und -missbrauch bei älteren Patienten schwer zu behandeln sind (Saß et al., 2003) oder tolerieren einen übermäßigen Alkoholkonsum als gerechtfertigte Reaktion auf das Älterwerden (Menninger, 2002).

2.2.2 Begriffsklärungen

Eine Alkoholabhängigkeit wird mittels der bereits beschriebenen Kriterien für eine Substanzabhängigkeit nach dem DSM-IV-TR definiert. Für einen Alkoholmissbrauch müssen weniger Kriterien erfüllt werden, er sollte jedoch nur diagnostiziert werden, wenn eine Abhängigkeit ausgeschlossen werden kann (Saß et al., 2003). Mehrere

Autoren weisen darauf hin, dass vor allem die ersten drei Kriterien eines Substanzmissbrauchs die ältere Population nur bedingt betreffen und sich daher generell die Definitionen nach DSM-IV-TR als suboptimal für die Beurteilung alter Menschen mit Alkoholproblemen herausstellen (Beullens & Aertgeerts, 2004; CSAT, 1998; Dar, 2006; Menninger, 2002).

Symptome einer Alkoholintoxikation manifestieren sich aufgrund Veränderungen des Verhaltens und der Psyche (unangemessenes oder aggressives Verhalten, Beeinträchtigung des Urteilsvermögens etc.) während oder kurz nach dem Alkoholkonsum. Das DSM-IV-TR (Saß et al., 2003, S. 256) beschreibt als Merkmale eine „*verwaschene Sprache, Koordinationsstörungen, unsicherer Gang, Nystagmus, Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen, Stupor oder Koma*“.

Bei einem Alkoholentzug kommt es zur Entwicklung eines charakteristischen Entzugssyndroms, wobei gemäß der Definition des DSM-IV-TR mindestens zwei der folgenden Symptome eintreten müssen: vegetative Hyperaktivität, Handtremor, psychomotorische Agitiertheit, Übelkeit oder Erbrechen, Halluzinationen oder Illusionen, Angst, Schlaflosigkeit und Grand-Mal-Anfälle. Die Entzugssymptome setzen etwa 4 bis 12 Stunden nach der Beendigung oder Reduktion von starkem oder langanhaltendem Alkoholkonsum ein und sind aufgrund der Halbwertszeit der Substanz am zweiten Tag der Abstinenz am stärksten. Manche Symptome können auch in einem geringen Ausmaß bis zu sechs Monate anhalten.

Riskantes Trinken wird von der WHO als Konsummuster definiert, das das Risiko von nachfolgenden nachteiligen physischen, mentalen oder sozialen Konsequenzen erhöht (WHO, 2011). Im Gegensatz dazu besteht ein schädlicher Alkoholkonsum bei Personen, bei denen sich durch ihr Trinkverhalten bereits gesundheitliche Beschwerden entwickelt haben (WHO, Dilling et al., 2010). Berks und McCormick (2008) weisen darauf hin, dass für die Beschreibung eines gesundheitsschädlichen oder riskanten Alkoholkonsums bei älteren Menschen neben der Quantität und Trinkfrequenz auch Komorbidität und Medikation berücksichtigt werden müssten.

Das National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) empfiehlt für gesunde Personen > 65 Jahre einen Alkoholkonsum von nicht mehr als drei Getränken pro Tag bzw. sieben Getränken pro Woche. Ein Standardgetränk entspricht etwa 350 ml Bier, 1/8 Wein oder 44 ml gebrannte Getränke. Besteht bei einem Patienten eine Medikation, bei der Wechselwirkungen mit Alkohol bekannt sind oder ein Gesundheitszustand, der sich durch Alkoholkonsum verschlechtern kann, werden dementsprechend niedrigere Limits empfohlen (NIAAA, 2005).

Generell werden zwei Formen des Trinkens bei älteren Menschen unterschieden, die sich aus dem Zeitpunkt der Entstehung des Alkoholproblems ergeben: Sogenannte „Early-onset drinker“ haben schon im mittleren Erwachsenenalter mit einem Alkoholmissbrauch begonnen und machen etwa zwei Drittel der alten Alkoholiker aus. Sie haben meistens bereits Behandlungsversuche hinter sich und weisen eher alkoholbedingte gesundheitliche Probleme auf. Das restliche Drittel besteht aus den „Late-onset drinker“, die häufig aufgrund von belastenden Ereignissen erst später im Leben ein Alkoholproblem entwickeln. Da sie eher die mildereren Fälle mit weniger körperlichen und psychischen Erkrankungen repräsentieren, sprechen sie einerseits besser auf Behandlungen an, werden jedoch meist vom Gesundheitspersonal übersehen (CSAT, 1998; Menninger, 2002; Health Canada, 2002).

2.2.3 Screeninginstrumente

Nachdem ältere Menschen vor allem über die medizinische Grundversorgung Kontakt zum Gesundheitswesen haben, stellt der Hausarzt die beste Umgebung für die Implementierung eines Alkoholscreenings dar (Berks u. McCormick, 2008; Johnson-Greene et al., 2009; Fink et al., 2005). Ziel eines Screening ist es, das Vorhandensein und den Schweregrad alkoholbedingter Probleme zu identifizieren und über weiteres Assessment zu entscheiden (Dar, 2006). Überdies kann ein effektives Screening im weiteren Verlauf die Planung von angemessenen Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen unterstützen (Philpot et al., 2003). Prinzipiell hängt die Effektivität eines Screenings immer von den jeweiligen Kriterien ab, die von einem Instrument festgestellt werden (Johnsin-Green et al., 2009). Die meisten Screeninginstrumente

wurden für Erwachsene im mittleren Alter entwickelt und getestet. Daher betonen Beullens und Aertgeerts (2004) die Notwendigkeit der Erarbeitung eines kurzen, praktikablen und effektiven Instruments, das speziell auf die Problembereiche älterer Personen zugeschnitten ist.

Als große Limitation von Screeninginstrumenten sieht Health Canada (2002), dass sie auf die Selbstberichte der Patienten vertrauen müssen. Es muss immer beachtet werden, dass absichtliche oder unabsichtliche (z.B. bei dementen Patienten) fälschliche Angaben zu dem jeweiligen Alkoholkonsum die Ergebnisse verfälschen können (Philpot et al., 2003). Da sich das Screening der gesamten Patientenpopulation in der Primärversorgung als kosteneffektiv herausstellen könnte, schlagen Berks und McCormick (2008) vor, lediglich auf höhere Risikogruppen abzielen. Dafür müssten jedoch zuerst Prädiktoren für einen problematischen Alkoholkonsum gefunden und getestet werden (Berks u. McCormick, 2008). Demgegenüber betont Dar (2006), dass die vorliegende hohe Inzidenz, alkoholbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen, die dadurch verringerte Lebensqualität sowie das Vorhandensein von effektiven und kostensparenden Behandlungen ein Routinescreening rechtfertigen.

Alcohol-related Problem Survey (ARPS)

Für den ARPS wurden die speziell für die ältere Population entwickelten Stufen des Alkoholkonsums mit Informationen bezüglich Gesundheitszustand und Medikation kombiniert, um Kategorien für riskantes und schädliches Trinken zu entwickeln. Er besteht aus 18 Fragen mit 60 Items und muss aufgrund seiner Komplexität mit einem Computer ausgewertet werden. Der ARPS scheint mit seiner hohen Sensitivität und den für alte Menschen spezifischen Definitionen den anderen Assessmentinstrumenten überlegen zu sein (Berks u. McCormick, 2008).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Der AUDIT wurde im Auftrag der WHO für die Zielgruppe der jungen Erwachsenen erarbeitet und besteht aus zehn Fragen (Beullens u. Aertgeerts, 2004). Er scheint bei der

Feststellung von riskantem und schädlichem Alkoholkonsum nach den herkömmlichen Definitionen dem CAGE und den verschiedenen Variationen des MAST überlegen zu sein (Berks u. McCormick, 2008). Philpot et al. (2003) zeigten in ihrer Studie mit über 65-jährigen psychiatrischen Patienten, dass der AUDIT und seine Kurzversion AUDIT-5 im Alkoholscreening für Risikotrinker dem CAGE überlegen sind. Beullens u. Aertgeerts (2004) beschreiben den AUDIT jedoch aufgrund seiner für die jüngere Population entwickelten Items als ungeeignet für Personen >65 Jahre.

CAGE

Der Name CAGE besteht aus dem Akronym seiner vier Schlüsselbegriffe cut-down, annoyed, guilty und eye-opener und wurde für junge Menschen und Erwachsene mittleren Alters entwickelt. Er ist ein verbreiteter und rasch durchführbarer Test, um Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeit festzustellen (Berks u. McCormick, 2008), zeigt eine angemessene Sensitivität und scheint daher im klinischen Alltag praktikabler als der deutlich längere MAST-G (Beullens u. Aertgeerts, 2004).

Michigan Alcohol Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)

Der MAST-G ist eine Version des MAST mit 24, speziell auf ältere Menschen zugeschnittenen Alternativvorgaben (Berks u. McCormick, 2008). Er wird als ein sehr sensibles Instrument im Alkoholscreening älterer Menschen beschrieben, wobei man jedoch einige fälschlich positive Ergebnisse in Betracht ziehen muss (Beullens u. Aertgeerts, 2004). In einem Vergleich der Kurzversion SMAST-G mit CAGE fanden Moore et al. (2002) heraus, dass bei dem SMAST-G mehr Frauen und ältere Personen im Screening positiv waren, während der CAGE eher männliche jüngere Probanden identifizierte. Sie empfehlen daher eine Kombination der zwei Screeninginstrumente, um die Erkennung von Patienten mit alkoholbedingten Störungen zu verbessern (Moore et al., 2002).

2.3 Nikotinabhängigkeit

2.3.1 Allgemeines

Nikotinkonsum wird von dem U.S. Departement for Health and Human Services (1990, 2004) als die wichtigste vermeidbare Ursache für Mortalität und Morbidität in unserer Gesellschaft bezeichnet. Nach Saß et al. (2003) zeigen ältere Menschen die höchste Lebenszeitprävalenz für Nikotinkonsum. Laut der Gesundheitsbefragung 2006/7 rauchen 9,1% der über 60-Jährigen täglich im Schnitt 15,7 Zigaretten. Von ihnen wurden nur 50,7% vom Arzt geraten, eine Raucherentwöhnung durchzuführen. Auch hier gilt wie bei dem Alkoholmissbrauch der Übermortalitätsbias (Statistik Austria, 2007). Da bei Zigarettenkonsum die Wirkung des Nikotins relativ schnell einsetzt, kann es zu einer intensiven Gewohnheitsbildung kommen (Saß et al., 2003). Saß et al. (2003) schätzen, dass bei etwa 80 bis 90% der regelmäßigen Raucher eine Abhängigkeit vorliegt.

Rauchen schädigt nahezu jedes Körperorgan und zeigt sich somit verantwortlich für die Entstehung von Krankheiten sowie einer Abnahme des allgemeinen Gesundheitszustandes (DHHS, 2004). Leiden, die mit Tabakkonsum assoziiert werden, sind unter anderem chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, unterschiedliche Krebserkrankungen, Osteoporose und ein damit verbundenes Risiko von Knochenbrüchen, Parodontitis, Augenerkrankungen, Geschwüre sowie kardiovaskuläre und cerebrovaskuläre Erkrankungen (DHHS, 2004; Saß et al, 2003; Sheahan, 2002). Des Weiteren ist zu erwähnen, dass unachtsames Rauchen als die häufigste Ursache für Brände mit Todesfolge für ältere Menschen angegeben wird (TCSG, 2001). Die WHO (2008) nimmt an, dass etwa die Hälfte aller Raucher aufgrund ihrer Abhängigkeit verstirbt.

Nach Saß et al. (2003) hegen über 80% der Raucher den Wunsch aufzuhören. 35% versuchen jährlich einen Rauchstopp, wobei dies weniger als 5% ohne Hilfe von außen gelingt (Saß et al., 2003). In einer qualitativen Studie von Kerr et al. (2006) berichtete die Mehrheit von 13 Rauchern ≥ 65 Jahre über den gesundheitsschädlichen Einfluss ihrer Sucht, jedoch herrschte unter den Probanden die Ansicht, dass sie zu einem

Rauchstopp nicht fähig wären. Fünf Personen betonten sogar, dass sie nichts und niemand von ihrem Zigarettenkonsum abbringen könnte (Kerr et al., 2006). Es wird generell angenommen, dass vor allem ältere Raucher wenig motiviert sind, von ihrer Sucht loszukommen. Gründe hierfür könnten bereits mehrere gescheiterte Versuche eines Rauchstopps in der Vergangenheit sein oder die fälschliche Annahme, dass gesundheitliche Schäden im Alter nicht mehr auftreten bzw. bereits irreversibel sind (DHHS, 1990). Die gleichen Missverständnisse scheinen auch das Gesundheitspersonal davon abzuhalten, ältere Raucher als Zielgruppe von Rauchentwöhnungsmaßnahmen zu sehen (Kerr et al., 2002).

Ein Rauchstopp hat unmittelbare sowie langfristige gesundheitliche Vorteile, wodurch Gesundheitsrisiken gesenkt und der allgemeine Gesundheitszustand verbessert werden können (DHHS, 2004). Dies gilt für Raucher jeden Alters, daher müssen vor allem ältere Abhängige darüber aufgeklärt werden, dass es für eine Raucherentwöhnung nie zu spät ist (DHHS, 1990). Bereits nach den ersten 24 Stunden nach einem Rauchstopp verringert sich das Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden. In den ersten ein bis neun Monaten verbessern sich der Kreislauf und die Lungenfunktion, die Kurzatmigkeit und der sogenannte „Raucherhusten“ nehmen ab. Nach 15 Jahren Abstinenz besteht das gleiche Risiko eine koronare Herzerkrankung zu erleiden wie bei einem Nichtraucher (TCSG, 2001). Als für manche Personen negativ bewertete Konsequenz eines Rauchstopps kommt es im ersten Jahr zu einer durchschnittlichen Gewichtszunahme von 2 bis 3 Kilogramm (Saß et al., 2003).

2.3.2 Begriffsklärungen

Für die Diagnose einer Nikotinabhängigkeit werden ebenfalls die Kriterien einer allgemeinen Substanzabhängigkeit nach DSM-IV-TR herangezogen. Eine Nikotintoleranz zeigt sich nicht nur durch einen wiederholten Konsum, sondern auch durch eine verstärkte Wirkung der ersten Zigarette am Tag und das Ausbleiben von Schwindel und Übelkeit nach mehrmaligem Rauchen. Die Diagnose des Missbrauchs wird bei Nikotin nicht gestellt (Saß et al., 2003).

Beendet oder reduziert man langandauernden, täglichen Nikotinkonsum entwickelt sich ein charakteristisches Entzugssyndrom, das sich innerhalb von 24 Stunden durch „*dysphorische oder depressive Stimmung, Schlaflosigkeit, Ablenkbarkeit, Enttäuschung oder Ärger, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten, Unruhe, verminderte Herzfrequenz, gesteigerter Appetit oder Gewichtszunahme*“ (Saß et al., 2003, S. 309) äußert und zwischen dem ersten und vierten Tag seinen Höhepunkt erreicht. Ein weiteres wichtiges Merkmal im Zusammenhang mit einem Nikotinentzug ist das „Craving“, das als starkes Verlangen nach dem Rauchen einer Zigarette beschrieben wird (Dilling et al., 2010).

Mittels standardisierten klinischen Interviews, wie dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI), dem Diagnostic Interview Schedule (DIS) oder dem Tobacco Dependence Screener (TDS), können die Kriterien einer Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV-TR bzw. ICD-10 erfasst werden (Etter, 2005). Etter (2005) und International Agency for Research on Cancer (IARC) (2008) geben zu bedenken, dass die klinischen Interviews persönlich sowie durch eigens geschultes Personal durchgeführt werden müssen und sich daher als zeit- und kostenintensiv herausstellen.

Aktuelle Studien sprechen dafür, dass die die Charakterisierung einer Nikotinabhängigkeit wie durch DSM-IV und ICD-10 durch die bisherige Literatur in keiner Weise als angemessene Definition bestätigt werden kann (DiFranza & Ursprung, 2010; DiFranza et al., 2010). Die Tatsache, dass das Diagnostic and Statistical Manual in einer Mehrheit der Raucher, die sich selbst als süchtig beschreiben und bereits mehrere Rauchstoppversuche hinter sich haben, die Diagnose einer Abhängigkeit nicht stellte, lässt die Autoren das Konzept hinterfragen. Dem Ansatz des DSM-IV, dass sich Nikotinabhängigkeit als ein Syndrom darstellt wird widersprochen, wobei auf die Idee des DSM-III hingewiesen wird, einen periodisch wiederkehrenden Zwang zu Tabakkonsum als Hauptcharakter der Störung zu definieren. Basierend auf diesem einzelnen Symptom sollte eine Diagnosestellung letztendlich möglich sein (DiFranza et al., 2010).

2.3.3 Assessmentinstrumente

Ein valides Instrument zur Messung einer Nikotinabhängigkeit ist nicht nur für die Gestaltung einer effektiven Behandlung, sondern auch für Prävention und Forschung von größter Bedeutung (Stavem et al., 2008). Etter (2005) sieht die Entwicklung eines validen Messinstruments skeptisch, da Uneinigkeit über eine genaue Definition der Nikotinabhängigkeit bzw. in welchen Dimensionen sie zu messen ist herrscht. Stavem et al. (2008) betonen, dass kein „Gold Standard“ für das Konstrukt einer Nikotinabhängigkeit existiert und sich daher die Überprüfung der Assessmentinstrumente als schwierig herausstellt. Etter (2008) gibt zu bedenken, dass generell keines der folgend beschriebenen Instrumente als valide angesehen werden kann. Er empfiehlt viel mehr, unterschiedliche Tests in der Praxis zu kombinieren, um eine möglichst umfassende Einschätzung gewährleisten zu können (Etter, 2005). Für die International Agency for Research on Cancer (IARC) (2008) muss das ideale Assessmentinstrument die Natur der Nikotinabhängigkeit wiedergeben und wichtige Folgen wie z.B. die Wahrscheinlichkeit eines Rauchstopps vorhersagen können, sowie kurz und damit schnell durchzuführen sein.

Die traditionellen, eindimensionalen Messungen (FTND, HSI, CDS-12) fokussieren auf die Endprodukte der Nikotinabhängigkeit und geben keinen Einblick in die Beschaffenheit des Phänomens. Neuere, multidimensionale Assessmentinstrumente (NDSS, WISDM) hingegen versuchen mutmaßliche Theorien und Mechanismen einer Abhängigkeit zu identifizieren, um eventuelle Charakterisierungen festlegen zu können (Piper et al., 2008). Piper et al. (2008) weisen darauf hin, dass multidimensionale Instrumente prinzipiell für die Forschung gedacht sind, schließen jedoch eine mögliche Anwendung in der klinischen Praxis nicht aus. Die IARC (2008) schlägt vor, ein oder mehrere Assessmentinstrumente stets nach der jeweiligen Zielsetzung und Fragestellung auszuwählen.

Fagerström test for nicotine dependence (FTND)

Der FTND ist eine weit verbreitete Revision des Fagerström tolerance questionnaire (FTQ), der 1978 zur Messung der physischen Nikotinabhängigkeit entwickelt wurde (Heatherton et al., 1991; Stavem et al., 2008). Sein Ziel ist es, in einem Raucherentwöhnungsprogramm individuell auf den jeweiligen Grad der Abhängigkeit eingehen zu können (Etter, 2005). Heatherton et al. (1991) beschreiben den FTQ als valides Instrument, um Personen mit einem hohen Zigarettenkonsum und somit größeren gesundheitlichen Risiken zu identifizieren. Da beide Messinstrumente vor der Erarbeitung der DSM-IV Definitionen herausgegeben wurde, erfassen sie einige der dort beschriebenen Kriterien einer Abhängigkeit nicht (Etter, 2005). Als Limitationen können einerseits die fragliche Anwendung bei moderaten Rauchern angegeben werden, sowie die Annahme, dass der FTND vielmehr den bereits erwähnten Schweregrad des Zigarettenkonsums als den einer Nikotinabhängigkeit misst (Etter, 2005; IARC, 2008).

Heaviness of smoking index (HSI)

Der HSI ist eine Kurzversion des FTND, der aus den zwei Items „Number of cigarettes smoked“ und „Time to first cigarette in the morning“ besteht (IARC, 2008; Stavem et al., 2008). In Studien wurde gezeigt, dass sowohl der FTND als auch der HSI einen Rauchstopp prognostizieren können, wobei sich der HSI als der effizientere Prädiktor herausstellte (IARC, 2008).

Cigarette Dependence Scale (CDS)

Die CDS wurde als kurzes, eindimensionales Messinstrument erstellt, das außer der „Toleranz“ alle Kriterien einer Abhängigkeit nach DSM-IV und ICD-10 mit seinen 12 Items abdeckt (Etter, 2005 & 2008). Ein höheres Ergebnis bei der CDS-12 Auswertung zeigte sich in einer Untersuchung von Etter (2008) als Prädiktor für einen Rauchstopp, was durch die Assoziation einiger Items mit der Motivation zu einer Raucherentwöhnung erklärt wird. Die IARC (2008) wünscht weitere Untersuchungen, um eine aussagekräftige Evaluation des CDS zu ermöglichen.

Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS)

In dem Versuch die einer Abhängigkeit zugrundeliegenden Mechanismen besser verstehen zu können, wurden multidimensionale Assessmentinstrumente wie die NDSS oder der WISDM entwickelt. Der NDSS besteht aus insgesamt 19 Items in den fünf theoretisch-abgeleiteten Subskalen „Drive“, „Priority“, „Tolerance“, „Continuity“ und „Stereotypy“ (Piper et al., 2008). Etter (2008) weist darauf hin, dass in dem NDSS ebenfalls einige von DSM-IV und ICD-10 definierten Kriterien einer Nikotinabhängigkeit nicht berücksichtigt werden. Gemäß der IARC (2008) lässt sich dies durch die Intention erklären, dass der NDSS die traditionellen Messinstrumente lediglich ergänzen soll. Eine Anwendung des Instruments in einer großen Population könnte sich aufgrund seiner Komplexität und dem Erfordernis einer hohen Lesestufe als problematisch herausstellen (IARC, 2008).

Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM)

Der WISDM beinhaltet 68 Items um in folgenden 13 Bereichen aus unterschiedlichen Motivationstheorien die Gründe für eine Nikotinabhängigkeit beurteilen zu können: „Affiliative Attachment“, „Automaticity“, „Control“, „Behavioral Choice/Melioration“, „Cognitive Enhancement“, „Cravings“, „Cue Exposure/Associative Processes“, „Negative Reinforcement“, „Positive Reinforcement“, „Social/Environmental Goals“, „Taste/Sensory Properties“, „Tolerance“ und „Weight Control“ (Piper et al., 2008). Die IARC (2008) macht darauf aufmerksam, dass die zugrundeliegenden Theorien die Validität des Instruments in einigen Kulturen beeinflussen könnten und betont erneut, dass wie bei den anderen „jungen“ Assessmentinstrumenten CDS und NDSS weitere Forschung von Nöten ist.

2.4 Benzodiazepinmissbrauch und –abhängigkeit

2.4.1 Allgemeines

Benzodiazepine finden in der Praxis als Tranquilizer, Hypnotika oder Antiepileptika Verwendung. Sie lösen Angst- und Spannungszustände und wirken je nach Präparat mehr oder weniger sedierend, sowie muskelrelaxierend und antiepileptisch. Tranquilizer werden in der Praxis meist unkritisch zur allgemeinen Problembewältigung herangezogen und zählen zu den am häufigsten missbräuchlich verwendeten Medikamenten (Schmid et al., 2007). Es lässt sich feststellen, dass in Österreich mit 14,9% die Altersgruppe der über 60-Jährigen mit Abstand die meisten Schlaftabletten einnimmt (Statistik Austria, 2007). Bei den meisten Hypnotika nimmt die Wirksamkeit bereits nach kurzer Zeit ab, wodurch viele Patienten ihre Dosis erhöhen (Schmid et al., 2007). Studien weisen darauf hin, dass sich nach 30 Tagen kontinuierlicher Einnahme die Effektivität der Benzodiazepine dem eines Placebos angleicht (Voyer et al., 2010b). Obwohl die Empfehlungen bezüglich einer Benzodiazepineinnahme für eine Kurzzeittherapie sprechen, zeigen Erhebungen, dass ältere Patienten das Medikament über mehrere Jahre hinweg konsumieren (Puustinen et al., 2007).

Benzodiazepinen wurden ursprünglich bis in die frühen 1970er keine süchtig machenden Eigenschaften zugeschrieben (Baillie, 2001). Abgesehen von der Gefahr einer Gewöhnung können *„Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel sowie Einschränkungen des Denkvermögens und der Leistungsfähigkeit“* auftreten (Schmid et al., 2007, S.98). Vor allem bei älteren Menschen kann es aufgrund der veränderten Pharmakodynamik und Pharmakokinetik zu Koordinationsstörungen, Verwirrung, paradoxen Erregungszuständen und einer verstärkten Sedierung kommen, die eine Sturzgefahr erhöhen. Da Benzodiazepine die Dauer des Tiefschlafes verkürzen, führt ein Absetzen der Medikation zu einer Verlängerung der REM-Phasen, dem sogenannten Rebound-Effekt (Schmid et al., 2007).

Das Erkennen einer Benzodiazepinabhängigkeit stellt eine große Herausforderung für das Gesundheitspersonal dar. Studien zeigen, dass viele Ärzte dazu tendieren, die

Problematik bei älteren Personen zu übersehen, ihre Wichtigkeit herunterspielen oder trotz besseren Wissens die Thematik einer möglichen Abhängigkeit bei ihren Patienten erst gar nicht ansprechen (Voyer et al., 2010b). In einer qualitativen Studie von Cook et al. (2007a) stellte sich heraus, dass keiner der 33 teilnehmenden Ärzten eine Benzodiazepineinnahme als ernstzunehmendes gesundheitliches Problem ansah. Einige gaben an, bei älteren Personen „nachsichtiger“ in der Verschreibung des Medikaments zu sein und werteten mögliche Nebenwirkungen ab. Eine Langzeittherapie wurde durch die Einfachheit der Anwendung und die Effektivität des Medikamentes gerechtfertigt. Bezüglich eines Entzugs herrschte auf der einen Seite die Annahme bei den Patienten auf Widerstand zu stoßen und andererseits, dass ein Versuch das Medikament zu reduzieren keine Vorteile für den Patienten in sich birgt und viel mehr die Arzt-Patienten-Beziehung gefährden könnte (Cook et al., 2007a). In einer ähnlichen Befragung von 50 älteren Personen, die regelmäßig Benzodiazepine einnehmen, zeigte sich die Mehrheit von dem Medikament psychologisch abhängig. Sie gaben an, dass die Tabletten einen wesentlichen Teil in ihrem Leben ausmachen und ihnen dabei helfen mit Stress, Ängsten und Schlafproblemen besser umzugehen. Nur wenige Patienten wurden von ihren Ärzten über mögliche Nebenwirkungen informiert und niemand der Probanden hatte jemals ein Problem damit, ein neues Rezept zu erhalten. Viele der älteren Menschen sahen einen Entzug als unnötiges Leiden an und drückten ihre Unsicherheit bezüglich anderer Alternativen zu den Benzodiazepinen aus (Cook et al., 2007b). Aufgrund dieser Ergebnisse betonen Cook et al. (2007a u. 2007b) die Wichtigkeit von Ärzteschulungen sowie verbesserte Präventionsstrategien und Frühinterventionen, um eine Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen zu verhindern.

2.4.2 Begriffsklärungen

Im DSM-IV-TR werden Missbrauch und Abhängigkeit von Benzodiazepinen unter dem Kapitel „Störungen durch Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikakonsum“ näher erläutert. Für die Definition einer Abhängigkeit bzw. eines Missbrauchs in dieser Substanzgruppe werden ebenfalls die allgemeinen Kriterien einer Substanzabhängigkeit herangezogen (Saß et al., 2003). Das starke Verlangen nach der Substanz, wie sie im ICD-10 beschrieben wird, könnte bei Benzodiazepinabhängigen eher als ein Gefühl der

Ohnmacht beschrieben werden. Wird man bei dem Versuch das Medikament abzusetzen mit Entzugssymptomen konfrontiert, so sehen manche eine weitere Einnahme als einzige Alternative (Baillie, 2001).

Je nach Halbwertszeit der Substanz führt die Reduktion oder Beendigung der Medikamenteneinnahme nach Stunden bis Tagen zu einem charakteristischen Entzugssyndrom. Dies ist gemäß DSM-IV-TR durch folgende Symptome gekennzeichnet: „*Hyperaktivität des vegetativen Nervensystems, Tremor der Hände, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, flüchtige optische, taktile oder akustische Halluzinationen oder Illusionen, psychomotorische Erregung, Ängste, Grand-Mal-Krampfanfälle*“ (Saß et al., 2003, S.334). Da manche Symptome eines Entzuges den ursächlichen Verschreibungsgründen des Medikamentes ähneln, ist es oft schwierig herauszufinden, ob der Patient die Benzodiazepine aufgrund seiner gesundheitlichen Problematik oder zur Vermeidung bzw. Abschwächung der Entzugssymptome einnimmt (Baillie, 2001).

Generell kann davon ausgegangen werden, dass einige der Kriterien nach DSM-IV-TR fraglich relevant für die Bestimmung einer Abhängigkeit bei älteren Patienten sind. Überdies darf nicht außer Acht gelassen werden, dass deren Diagnosekriterien für eine generelle Substanzabhängigkeit entwickelt wurden (Voyer et al., 2010a u. 2010b). Aus diesen Gründen wurden von Voyer et al. (2010a) aus den Ergebnissen mehrere Forschungsteams sieben mögliche Anzeichen einer Benzodiazepinabhängigkeit erarbeitet: Demnach werden die Patienten nach ihrem subjektiven Gefühl abhängig zu sein und dem Wunsch die Substanz abzusetzen gefragt. Weiters werden die Gründe für die Medikamenteneinnahme, die Ansicht, ob das Medikament süchtig machen kann und ob es unrealistischen Kräfte in sich birgt sowie das Aufbewahren einer Reserve und das Herunterspielen der Wirkung erhoben (Voyer et al., 2010a).

2.4.3 Screeninginstrumente

Mittels strukturierten diagnostischen Interviews lassen sich die Kriterien nach DSM-IV-TR oder ICD-10 kategorisch erheben. Baillie (2001) plädiert jedoch für eine

umfassendere Sicht der Benzodiazepinabhängigkeit. Er sieht in ihrer Erfassung folgende Vorteile: Einerseits würde sie zu dem Verständnis der einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen zugrunde liegenden Mechanismen beitragen. Andererseits könnte die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Absetzens der Medikation vorhergesagt werden und dem Gesundheitspersonal in der Entscheidung und der Durchführung eines Entzuges behilflich sein (Baillie, 2001).

Kan et al. (1999) weisen darauf hin, dass das Hauptproblem in dem fehlenden Konsens über eine genaue Definition der Benzodiazepinabhängigkeit liegt. Da keine „Biomarker“ für die Feststellung einer Abhängigkeit von dieser Substanz besteht, müssen unterschiedliche Konzepte operationalisiert werden und kontinuierlich bezüglich ihrer Anwendbarkeit, Genauigkeit und Relevanz getestet werden (Voyer et al., 2010a). Die Erkennung einer Abhängigkeit ist der erste wichtige Schritt um ältere Menschen bei einem Entzug unterstützen zu können (Voyer et al., 2010b).

Voyer et al. (2010b) kritisieren die derzeitigen Screeninginstrumente als zu lang um in der Praxis gut umsetzbar zu sein und verweisen auf die fehlende Validität bezüglich der Altersgruppe ≥ 65 Jahre. In ihrer Studie erarbeiteten sie zwei Fragen, mit denen vor allem das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal schnell und einfach eine mögliche Benzodiazepinabhängigkeit unter selbstständig lebenden älteren Menschen erheben kann. Durch die Fragen „*Over the past 12 months, have you noticed any decrease in the effect of this medication?*“ und „*Have you tried to stop taking this medication?*“ konnten 97% der positiven (Sensitivität) und 95% der negativen Fälle (Spezifität) richtig identifiziert werden. Sie merken jedoch an, dass sie im Gegensatz zu den folgenden Instrumenten keine Aussage über den Schweregrad der Abhängigkeit machen können (Voyer et al., 2010b).

Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep SRQ)

Der Bendep SRQ versucht mit seinen vier Skalen auf unterschiedliche Dimensionen einer Abhängigkeit einzugehen: „Problematic Use“ erhebt den Grad des Bewusstseins für eine problematische Benzodiazepineinnahme. Die Skalen „Preoccupation“ und

„Withdrawal“ erfassen die klassischen Aspekte einer Abhängigkeit. „Lack of Compliance“ soll eine neue Dimension darstellen und basiert auf dem medizinischen Kontext der Medikamentenverschreibung. Da die einzelnen Skalen separat voneinander bewertet werden, kann die für manche Patienten ungeeignete Dimension des „Withdrawal“ weggelassen werden. Jedoch wird ein komplettes Profil nur durch eine Erfassung aller Dimensionen gewährleistet (Kan et al., 1999).

Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ)

Der BDEPQ versucht mit seinen drei Subskalen und 30 Items alle Aspekte einer Abhängigkeit zu erfassen. Er ist an sich selbstständig auszufüllen, jedoch könnten vor allem ältere Personen Unterstützung bei der Anwendung benötigen. Während man hierfür keine Schulung benötigt, sollten die Ergebnisse nur von Psychologen interpretiert werden. Prinzipiell können von höheren Ergebnissen auf ein größeres Risiko für das Auftreten von Entzugssymptomen und eine langandauernde Benzodiazepineinnahme geschlossen werden. (Baillie, 2001).

Severity of Dependence Scale (SDS)

Die SDS wurde ursprünglich als einfach und schnell anzuwendender Fragebogen zur Erfassung des Abhängigkeitsgrades von unterschiedlichen illegalen Drogen konzipiert. Ihre fünf Items beziehen sich auf psychologische Komponenten einer Abhängigkeit und wurden von De las Cuevas et al. (2000) für die Erfassung von Benzodiazepinabhängigkeit modifiziert und an Probanden einer ambulanten psychiatrischen Versorgung getestet. Aus der Studie ging die SDS als valides Messinstrument mit hoher Spezifität und Sensitivität hervor (De las Cuevas et al., 2000).

3 METHODIK

3.1 Allgemeines

Die Thematik wird anhand der Schritte von Evidence-based Nursing (EBN) bzw. Evidence-based Practice (EBP) bearbeitet. Beide Begriffe werden in der Literatur ähnlich definiert und verwendet. Nach Behrens und Langer (2010, S.25) wird EBN folgendermaßen beschrieben: *„Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden.“* Sie ist jedoch nicht nur als Methode der Pflegeforschung zu sehen, sondern wird als Ethos der Pflegepraxis bezeichnet, da professionell Pflegenden durch die Übernahme der Verantwortung für ihr eigenes Handeln die Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft begründen. Eine pflegerische Entscheidung basiert auf der Expertise der Pflegenden, den Zielen und Vorstellungen des Pflegebedürftigen, den Ergebnissen der Pflegeforschung und den Umgebungsbedingungen. Dabei wird in der individuellen Entscheidungsfindung jeder Komponente unterschiedlich viel Gewicht beigemessen (Behrens & Langer, 2010).

Ähnlich definieren Melnyk und Fineout-Overholt (2010, S.575) EBP als *„paradigm and lifelong problem-solving approach to clinical decision-making that involves the conscientious use of the best available evidence [...] with one’s own clinical expertise and patient values and preferences to improve outcomes for individuals, groups, communities, and systems.“*

Der englische Begriff “evidence” wird als *“collection of facts that are believed to be true”* (Melnyk & Fineout-Overholt, 2010, S.4) beschrieben. Im Gegensatz dazu steht das deutsche Wort “Evidenz” für *“unmittelbare und vollständige Einsichtigkeit, Deutlichkeit, Gewissheit”* (Duden, 1999). Aufgrund dieses Bedeutungsunterschiedes schlagen Behrens und Langer (2010) im deutschen Sprachgebrauch die Verwendung des englischen Begriffs vor. Externe Evidence ist das *„bestmöglich gesicherte Wissen, das wir aus der Erfahrung Dritter ziehen können“* (Behrens & Langer, 2010, S.116) und

besteht außerhalb der Kommunikation zwischen Pflegeperson und Patient. Im Gegensatz dazu besteht die interne Evidence aus dem Wissen, den Erfahrungen und Überzeugungen, die aus der Kommunikation mit dem jeweiligen Pflegebedürftigen entstehen (Behrens & Langer, 2010).

EBP soll Gesundheitspersonal befähigen, externe Evidence in die klinische Praxis zu übertragen und mit der internen Evidence abzustimmen um damit die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern (Melnik & Fineout-Overholt, 2010). Als Schritte des EBN nach Behrens und Langer (2010) lassen sich folgende sechs Punkte nennen:

- Auftragsklärung
- Fragestellung
- Literaturrecherche
- Kritische Beurteilung
- Implementierung und Adaption
- Evaluation

Melnik und Fineout-Overholt (2010) fügen dem noch den Schritt der Verbreitung oder Weitergabe der dadurch erreichten Erkenntnisse hinzu.

Die Formulierung der Fragestellung und die Durchführung der Literaturrecherche sowie der kritischen Beurteilung werden im Rahmen dieser Arbeit stattfinden und sind in Kapitel 4 näher erläutert. Die Schritte der Auftragsklärung, der eventuellen Implementierung und der Evaluation obliegen dem Auftraggeber.

3.2 Auftragsklärung

Als Auftraggeber fungiert immer der jeweilige pflegebedürftige Patient/ Bewohner/ Klient. Die Pflegeperson klärt gemeinsam in der Begegnung mit ihm den pflegerischen Auftrag und baut somit interne Evidence auf. Am Auftrag lässt sich das Problem erkennen, er ist die Grundlage für die nachfolgende Fragestellung. Auf der Mesoebene

hat die Institution die Aufgabe, die dafür nötige Infrastruktur zur Verfügung zu stellen, aber auch sich selbst die Frage zu stellen, was ihr eigener „primary task“ ist. Kann wissenschaftliche externe Evidence die Hauptaufgabe der Einrichtung besser erfüllen als die bisher eingewöhnten Routineabläufe, so muss sie demnach Konsequenzen setzen (Behrens & Langer, 2010).

3.3 Formulierung der Fragestellung

Aus der während der Auftragsklärung ermittelten internen Evidence wird eine Frage an die externe Evidence entwickelt. Ohne eine gut formulierte Forschungsfrage im Hintergrund kann es während der Recherche leicht passieren, nach falschen, zu vielen oder irrelevanten Informationen zu suchen. Die Erstellung einer beantwortbaren Frage ist somit der schwierigste Schritt im EBP/EBN-Prozess. Das sogenannte PIKE-Schema kann dabei helfen, eine klare Fragestellung auszuformulieren:

- P = Pflegebedürftiger/Person
- I = Intervention
- K = Kontrollintervention
- E = Ergebnismaß

Da dieses Schema die zentralen Schlüsselbegriffe eines Pflegeproblems enthält, erleichtert es somit die darauffolgende, fokussierte Literaturrecherche, verbessert ihre Ergebnisse und vermindert die Recherchezeit (Behrens & Langer, 2010; Melnyk & Fineout-Overholt, 2010).

3.4 Literaturrecherche

Um bei einer Literaturrecherche möglichst viele relevante Quellen zu finden, muss sie sehr gründlich und systematisch durchgeführt werden. Sie ist ein iterativer Prozess, der in einem sogenannten Flussdiagramm abgebildet werden kann. Im Vorfeld sollten Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt werden, damit man während der Suche nicht von der

Thematik abkommt. Sie ergeben sich aus der Forschungsfrage und umfassen Entscheidungen bezüglich Population, Interventionen, Endpunkte und Design der Studien bzw. Art der Literatur. Zu Beginn erfolgt die Darstellung der breit angelegten Literatursuche, danach wird aufgezeigt, wie viele Quellen nach Überprüfung der Abstracts ausgeschlossen wurden. Für die potentiell relevante Literatur werden die Volltexte beschafft und es erfolgt ein erneuter Auswahlprozess. In den Bibliographien der bereits inkludierten Quellen kann weitere Literatur gefunden werden, wodurch sich die vorhergehenden Schritte wiederholen. Schlussendlich wird die Anzahl der eingeschlossenen Texte dokumentiert (Kunz et al., 2009).

Das Wissen um verschiedene Suchstrategien wie Trunkierung, logische Operatoren, Thesaurus etc. kann die Recherche in Datenbanken vereinfachen und effizienter gestalten (Behrens & Langer, 2010; Kunz et al., 2009; Melnyk & Fineout-Overholt, 2010).

3.5 Kritische Beurteilung

Behrens und Langer (2010) beschreiben die kritische Bewertung der Ergebnisse der Literatursuche hinsichtlich Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit als zentralen Punkt von EBN. Als Leitfäden für diesen Schritt sollten Beurteilungsbögen bzw. Checklisten hinzugezogen werden, da je nach Studiendesign andere Aspekte im Vordergrund stehen (Behrens & Langer, 2010; Kunz et al., 2009). Die „strength of evidence“ ergibt sich gemeinsam aus dem Grad und der Güte der Evidence. Um die „Stärke“ des inkludierten Datenmaterials bewerten zu können, sollte man deren Qualität, Quantität und Konsistenz in Betracht ziehen (Melnyk & Fineout-Overholt, 2010). Evidenzhierarchien bestimmen eine Rangfolge für die unterschiedlichen Studiendesigns. Ob jedoch eine Quelle als geeignet betrachtet werden kann, bestimmt nach Behrens und Langer (2010) die Forschungsfrage mit ihrem Handlungskontext. Sie weisen überdies auf zwei Ebenen von Bewertungskriterien hin: Auf der ersten Ebene wird eine Beurteilung bezüglich der Eignung der Literaturquelle, externe Evidence zu erzeugen, gefordert. In der zweiten Bewertungsebene wird der Frage nachgegangen, inwiefern diese externe Evidence der Pflegeperson in der Entscheidungsfindung mit ihrem einzigartigen Patienten helfen kann.

3.6 Implementierung und Adaption

Im fünften Schritt des EBN-Prozesses erfolgt die Implementierung der Erkenntnisse in die Praxis bzw. die Adaption der Arbeitsorganisation. Dabei ist zu beachten, dass man aus externer Evidence nie auf den Einzelfall, den jeweiligen Patienten und sein Pflegeproblem, schließen darf (Behrens & Langer, 2010). Wie bereits erwähnt, ist die wissenschaftlich belegte Erfahrung Dritter nur ein Teilaspekt in der Entscheidungsfindung. Somit kann es vorkommen, dass eine empfohlene Maßnahme für einen bestimmten Pflegebedürftigen nicht akzeptierbar ist (Melnik & Fineout-Overholt, 2010). Weiters muss man sich die Frage stellen, ob eine Arbeitsorganisation erst adaptiert werden muss, damit man evidence-basierte Pflege überhaupt umsetzen kann. Implementierungsmodelle sehen meist einen Kreislauf von Forschung, Entwicklung von Standards und Leitlinien, Weiterbildung des Personals und Qualitätsaudits vor (Behrens & Langer, 2010). Melnyk und Fineout-Overholt betonen überdies die Notwendigkeit eine „EBP-Kultur“ aufzubauen und eine Umgebung zu schaffen, die diese auch fördert. Dazu benötigt man eine Vision, den Wunsch Dinge zu ändern, sich stetig zu verbessern und eine optimale Qualität in der Patientenversorgung anbieten zu können. Dies kann bereits durch in EBP ausgebildete Einzelpersonen (Pflegeexperten, Mentoren) erfolgen, die ihre Vision mit den Mitarbeitern einer Organisation teilen (Melnik & Fineout-Overholt, 2010). Nach Behrens und Langer (2010) ist es auch möglich, dass Gruppen, wie Qualitätszirkel, Auszubildende oder Aktionsgemeinschaften, zur Einführung von evidence-basierter Pflege ihren Beitrag leisten. Essentiell ist, nicht nur alle Mitarbeiter in die Idee von EBN/EBP mit einzubeziehen, sondern auch Barrieren zu identifizieren und diese abzubauen. Nur wenn die Evidence stark ist, die Umgebung offen für Änderung und die Änderungsprozesse in Folge erleichtert werden, kann eine Integration erfolgreich sein (Melnik & Fineout-Overholt, 2010).

3.7 Evaluation

Der sechste Schritt ist jener, der den EBN-Prozess dynamisch erhält. An ihm lässt sich erkennen, ob in den vorhergehenden Schritten tatsächlich der Fokus auf den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen lag (Behrens & Langer, 2010). Die Evaluation der Resultate einer Implementierung müssen ein selbstverständlicher Teil in der bereits erwähnten EBP-Umgebung sein, ohne den man nicht bestimmen kann, ob die in die Praxis umgesetzte externe Evidence ähnliche Ergebnisse zeigt wie auf dem Papier. Da Ergebnisse aber nicht nur am Ende eines Prozesses auftreten, ist es essentiell sie an unterschiedlichen Zeitpunkten zu messen, um genaue Aussagen über den Einfluss der Implementierung machen zu können (Melnyk & Fineout-Overholt, 2010). Geht man zurück auf die Mikroebene mit der Pflegeperson und ihrem individuellen Pflegebedürftigen, so kann nur er entscheiden, welche Ergebnisse in bzw. nach einem Prozess für ihn wirklich wichtig sind (Behrens & Langer, 2010).

4 ÜBERSICHTSARBEIT

4.1 Literaturrecherche und kritische Beurteilung

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum Mai 2010 bis Juli 2010 in den Datenbanken MedLine via PubMed, in CINAHL, Academic Search Elite, AgeLine und Abstracts in Social Gerontology via EBSCOhost, DIMDI, Carelit und der Cochrane Library. Zudem wurde nach Guidelines auf Clinical Practice Guidelines Online (AHRQ), National Guideline Clearinghouse, Institute for Clinical Excellence (NICE), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Health Canada, British Columbia Ministry of Health Services, Registered Nurses' Association of Ontario, sowie dem Joanna Briggs Institute gesucht. Um weitere eventuell relevante Quellen identifizieren zu können, wurde zusätzlich mittels der Suchmaschinen Google und Google Scholar recherchiert. Die Literatursuche begrenzt sich auf Publikationen im Zeitraum von 2000 - 2010 in englischer und deutscher Sprache. Da einige Guidelines und Übersichtsarbeiten ältere Studien inkludiert haben, sollte dieser Zeitraum das Thema der Sucht im Alter abdecken. Bei der "TIP 26: Substance Abuse Among Older Adults" des Centers for Substance Abuse Treatment aus dem Jahre 1998 wurde jedoch eine Ausnahme gemacht, da es sich um ein Grundlagewerk handelt. Bei der Thematik der Benzodiazepine wurde der Publikationszeitraum auf 1990 – 2010 erweitert, nachdem die Datenlage ansonsten noch geringer ausgefallen wäre.

Folgende MeSH-Begriffe wurden verwendet:

Aged, Substance-Related Disorders, Alcohol-Related Disorders, Alcoholism, Tobacco Use Disorder, Smoking, Opioid-Related Disorders, Heroin Dependence, Morphine Dependence, Benzodiazepines, Prescription Drugs, Central Nervous System Depressants, Smoking cessation, treatment outcome, rehabilitation, psychotherapy, behavior therapy, cognitive therapy, nursing, drug therapy

Weiter Suchbegriffe:

elderly, senior, old*, substance, nicotine, alcohol, drug, abuse, misuse, dependence, addiction, treatment, withdrawal, Alter, Sucht, Abhängigkeit, Alkoholismus, Behandlung, Entzug, Medikamente, Benzodiazepine, Opioide, Schmerzmittel, Psychopharmaka

Sie wurden bei der Suche mittels Boole'scher Operatoren verknüpft. Des Weiteren konnten unter anderem bei PubMed und EBSCOhost Limits betreffend Publikationsdatum, Altersgruppen und Designs gesetzt werden. Zu Beginn der Literaturrecherche lag der Fokus auf Guidelines, systematischen Übersichtsarbeiten, randomisierten kontrollierten Studien sowie kontrollierten Studien. Nachdem der Begriff des „alten Menschen“ in der Forschungslandschaft sehr unterschiedlich definiert wird, mussten sehr viele Studien aufgrund von inkludierten Probanden < 65 Jahren ausgeschlossen werden. Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass die Thematik der Sucht im Alter in der Forschung bisher wenig Aufmerksamkeit erhalten hat. Da die Ergebnisse aus diesen Gründen sehr begrenzt waren, wurden auch andere Studiendesigns wie z.B. Vorher-Nachher-Studien in Betracht gezogen. Weiters wurden vereinzelt Literaturübersichten miteinbezogen, die ihre Literaturrecherche beschrieben haben und/oder als öfters zitierte Quellen ein umfassendes Bild der Thematik zeigen. Doppelte Literaturquellen und jene, die die Einschlusskriterien der Fragestellung nicht erfüllten wurden sofort ausgeschlossen. Für jene Treffer, bei denen man aufgrund des Abstracts keine genaueren Aussagen diesbezüglich machen konnte, wurden die Volltexte angefordert. Überdies wurden die Literaturangaben inkludierter und einiger exkludierter Volltexte auf weitere relevante Studien durchsucht.

Schlussendlich wurden fünf randomisiert kontrollierte Studien (RCT's), eine Sekundäranalyse einer RCT, eine kontrollierte Studie (CT), zwei randomisierte Vergleichsstudien sowie zwei Sekundäranalysen randomisierter Vergleichsstudien, sieben Vorher-Nachher-Studien, sieben Practice-Guidelines und zwei Literaturübersichten für die folgende Übersichtsarbeit identifiziert. Die inkludierten Artikel wurden einer kritischen Beurteilung unterzogen und gemäß den „Levels of Evidence“ des Centre for Evidence Based Medicine eingestuft (siehe Anhang 2). Dabei orientierte

sich die Autorin an den in Behrens und Langer (2010) beschriebenen Kriterien für die Bewertung von Interventionsstudien (siehe Anhang 3). Des Weiteren wurden die Literaturübersichten nach den “Richtlinien zur Kritik von Forschungsliteraturübersichten” nach Polit, Beck und Hungler (2004) begutachtet. Im Folgenden wird die ausgewählte Literatur erst tabellarisch dargestellt und im Einzelnen kurz beschrieben, bevor die Ergebnisse zusammengefasst, miteinander verglichen und diskutiert werden.

4.2 Tabellarische Darstellung der Literatur

Literaturquelle	Lee et al. (2009)
Design	Sekundäranalyse einer randomisierten Vergleichsstudie
Stichprobe/Studien	34
Interventionen/Themen	1: integrierte Gesundheitsversorgung 2: Zuweisung zu Spezialisten <i>follow-up</i> : 6 Monate <i>Validation</i> : -
Ergebnisse	Anzahl der Standardgetränke in der letzten Woche zum Zeitpunkt des follow-up Anzahl der Komatrink-Episoden in den letzten 3 Monaten zum Zeitpunkt des follow-up Werte des SMAST-G
Bewertung	2b

Literaturquelle	Gordon et al. (2003)
Design	Sekundäranalyse einer RCT
Stichprobe/Studien	45
Interventionen/Themen	Kurzinterventionen 1: Motivationssteigerung 2: kurze Beratung 3: Kontrollgruppe <i>follow-up</i> : 1, 3, 6, 9, 12 Monate <i>Validation</i> : -
Ergebnisse	Anzahl der Standardgetränke im letzten Monat Anzahl der Standardgetränke/Tag wenn getrunken wird Anzahl der Tage an denen 1 -6 Standardgetränke konsumiert werden Tage der Abstinenz im letzten Monat
Bewertung	2b

Literaturquelle	Fink et al. (2005)
Design	RCT
Stichprobe/Studien	665
Interventionen/Themen	1: Feedback über Trinkverhalten für Patient und Arzt 2: Feedback über Trinkverhalten für Patient 3: Kontrollgruppe <i>follow-up</i> : 12 Monate <i>Validation</i> : -
Ergebnisse	Veränderungen in der Klassifikation des Alkoholkonsums Anzahl der Standardgetränke/Woche
Bewertung	2b

Literaturquelle	Oslin et al. (2006)
Design	randomisierte Vergleichsstudie
Stichprobe/Studien	560
Interventionen/Themen	1: integrierten Gesundheitsversorgung 2: Zuweisung zu Spezialisten <i>follow-up</i> : 3 und 6 Monate <i>Validation</i> : -
Ergebnisse	Anzahl der Standardgetränke/Woche Anzahl der Komatrink-Vorfälle in den letzten 3 Monaten
Bewertung	2b

Literaturquelle	Oslin et al. (2005)
Design	Vorher-Nachher-Studie
Stichprobe/Studien	877
Interventionen/Themen	Entzugsprogramm der Hanley-Hazelden und Center City Hazelden <i>follow-up</i> : 1 Monat <i>Validation</i> : -
Ergebnisse	Abstinenz Inanspruchnahme von ambulanter Nachbetreuung
Bewertung	4

Literaturquelle	Zanjani et al. (2008)
Design	Sekundäranalyse einer randomisierten Vergleichsstudie
Stichprobe/Studien	258
Interventionen/Themen	1: integrierten Gesundheitsversorgung 2: Zuweisung zu Spezialisten <i>follow-up</i> : 3, 6 und 12 Monate <i>Validation</i> : -
Ergebnisse	Anzahl der Standardgetränke/Woche Anzahl der Komatrink-Vorfälle in den letzten 3 Monaten Risikotrinker-Status
Bewertung	2b

Literaturquelle	Mundt et al. (2005)
Design	RCT
Stichprobe/Studien	158
Interventionen/Themen	1: Kurzintervention 2: Kontrollgruppe <i>follow-up</i> : 3, 6, 12 und 24 Monate <i>Validation</i> : -
Ergebnisse	Vorkommen von übermäßigem Trinken/1 Monat Anzahl der Standardgetränke/Woche Vorkommen von exzessiven Trinken/Woche
Bewertung	2b

Literaturquelle	HIGN (2008)
Design	Guideline
Stichprobe/Studien	Literaturrecherche in CINAHL, MEDLINE, PsycInfo und Cochrane Database of Systematic Reviews
Interventionen/Themen	Assessment und Behandlungsansätze Alkoholabusus und Missbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten
Ergebnisse	
Bewertung	1a - 5

Literaturquelle	CSAT (1998)
Design	Best Practice Guideline
Stichprobe/Studien	basierend auf der Konsensmeinung einer Expertengruppe wissenschaftliche Literatur
Interventionen/Themen	Assessment, Behandlungsansätze Alkohol, Nikotin, Heroin, Opioide
Ergebnisse	
Bewertung	5

Literaturquelle	DoHA (2009)
Design	Guideline
Stichprobe/Studien	Update der Guideline aus 2003 RCTs und bestmögliche wissenschaftliche Erkenntnisse Expertenmeinungen
Interventionen/Themen	Assessment, Entzug, Behandlungsansätze
Ergebnisse	
Bewertung	1a - 5

Literaturquelle	Health Canada (2002)
Design	Literaturübersicht
Stichprobe/Studien	Literaturrecherche in EBSCO, PsycInfo, DrugInfo, CCSADOCS, CANBASE, Novanet, Eloize Expertenmeinungen Zeitraum: 1990 - ?
Interventionen/Themen	Assessment, Behandlungsansätze Alkohol, illegale Drogen, verschreibungspflichtige Medikamente
Ergebnisse	
Bewertung	5

Literaturquelle	APA (2006)
Design	Guideline
Stichprobe/Studien	Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Cochrane Library Zeitraum: 1995 - 2002 RCTs, RTs, Meta-Analysen
Interventionen/Themen	Behandlungsansätze Alkohol, Nikotin, Opioide
Ergebnisse	
Bewertung	5

Literaturquelle	CSAT (2006)
Design	Best Practice Guideline
Stichprobe/Studien	basierend auf der Konsensmeinung einer Expertengruppe wissenschaftliche Literatur
Interventionen/Themen	Entzug Alkohol, Nikotin, Opioide, Benzodiazepine
Ergebnisse	
Bewertung	5

Literaturquelle	Abdullah et al. (2008)
Design	Vorher-Nachher-Studie
Stichprobe/Studien	365
Interventionen/Themen	Mobiles Raucherentwöhnungsservice: individuelle Beratung, Informationsgespräche, Nikotinpflaster für 4 Wochen, Beratungsanrufe nach 1 Woche, 1 Monat und 3 Monaten <i>follow-up</i> : 6 Monate <i>Validation</i> : Urintest
Ergebnisse	7-Tage und 24-Stunden-Abstinenz zum Zeitpunkt des follow-up Abstinenz seit 6 Monaten Reduktion der gerauchten Zigaretten/Tag
Bewertung	4

Literaturquelle	Tait et al. (2007)
Design	Vorher-Nachher-Studie
Stichprobe/Studien	215
Interventionen/Themen	1: individuelle Beratung und Schulung, Informationsmaterial, Liste lokaler Anbieter einer Raucherentwöhnung, Nikotinplaster für max. 12 Wochen, Beratungsanrufe alle 2 Wochen bis inkl. Woche 12 2: keine Intervention <i>follow-up</i> : 6 Monate <i>Validation</i> : Kohlenmonoxid-Atemlufttest
Ergebnisse	30-Tage-Abstinenz zum Zeitpunkt des follow-up Abstinenz seit 6 Monaten
Bewertung	4

Literaturquelle	Tait et al. (2008)
Design	Vorher-Nachher-Studie
Stichprobe/Studien	215
Interventionen/Themen	1: individuelle Beratung und Schulung, Informationsmaterial, Liste lokaler Anbieter einer Raucherentwöhnung, Nikotinplaster für max. 12 Wochen, Beratungsanrufe alle 2 Wochen bis inkl. Woche 12 2: keine Intervention <i>follow-up</i> : 12 und 24 Monate <i>Validation</i> : Kohlenmonoxid-Atemlufttest
Ergebnisse	30-Tage-Abstinenz zum Zeitpunkt des follow-up Abstinenz seit 12 bzw. 24 Monaten
Bewertung	4

Literaturquelle	Joyce et al. (2008)
Design	randomisierte Vergleichsstudie
Stichprobe/Studien	7354
Interventionen/Themen	1: "Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence" 2: 4 kurze Beratungsgespräche 3: 4 kurze Beratungsgespräche, Nikotinpflaster oder Bupropion für max. 24 Wochen 4: telefonische Beratung (proaktiv: 5 Anrufe/12 Wochen, reaktiv: unlimitierte Anrufe), "Clear Horizons"-Handbuch, Nikotinpflaster für max. 24 Wochen <i>follow-up</i> : 6 und 12 Monate <i>Validation</i> : -
Ergebnisse	7-Tage-Abstinenz zum Zeitpunkt des follow-up
Bewertung	2b

Literaturquelle	ASH Scotland (2010)
Design	Literaturübersicht
Stichprobe/Studien	365
Interventionen/Themen	Update der Literaturübersicht von 2004 Suche in der Datenbank PubMed, der ASH Scotland Bibliothek, im Internet und auf www.globalink.org Zeitraum: 2003 - 2010 relevante publizierte und nicht publizierte Literatur
Ergebnisse	medikamentöse Therapie, maßgeschneiderte Ansätze, Rolle der im Gesundheitsbereich tätigen Personen
Bewertung	5

Literaturquelle	UMHS (2006)
Design	Guideline
Stichprobe/Studien	basierend auf der Literatursuche der Guideline von Fiore et al. (2000), Suche in der Datenbank Medline Zeitraum: 1999 - 2006 Guidelines und kontrollierte Studien
Interventionen/Themen	medikamentöse Therapie, "3-A's and Refer"- Modell, "5 R's" zur Motivationssteigerung
Ergebnisse	
Bewertung	1b - 5

Literaturquelle	DHHS (2008)
Design	Guideline
Stichprobe/Studien	Update der Guideline von Fiore et al. (2000) Zeitraum: 1975 - 2007 RCTs oder Berichte über RCTs aus peer-reviewed journals, relevante Artikel
Interventionen/Themen	medikamentöse Therapie, "4-A's"-Modell, "5 R's" zur Motivationssteigerung, Beratungsgespräche
Ergebnisse	
Bewertung	1b, 2b, 5

Literaturquelle	Miller et al. (2005)
Design	Vorher-Nachher-Studie
Stichprobe/Studien	Gesamtstichprobe: 1305, Subgruppe (≥ 65 Jahre): 85
Interventionen/Themen	Nikotinplaster für 6 Wochen (jeweils 2 Wochen 21 mg, 14 mg und 7 mg), Selbsthilferatgeber, Liste lokaler Anbietern einer Raucherentwöhnung, Beratungsanrufe nach 3 und 14 Wochen <i>follow-up</i> : 6 Monate <i>Validation</i> : keine
Ergebnisse	7-Tage-Abstinenz zum Zeitpunkt des follow-up
Bewertung	4

Literaturquelle	Petrovic et al. (2002)
Design	RCT
Stichprobe/Studien	40
Interventionen/Themen	schneller Benzodiazepinentzug mit 1: Lormetazepam 1 mg 2: Placebo <i>follow-up</i> : 30 Tage, 1 Jahr
Ergebnisse	erfolgreicher Entzug Schlafqualität Entzugssymptome
Bewertung	2b

Literaturquelle	Curran et al. (2003)
Design	RCT
Stichprobe/Studien	138
Interventionen/Themen	Entzug 1: Reduktion des Benzodiazepins (2,5 mg/2 Wochen) 2: 12 Wochen normale Medikation, dann Reduktion (s.o.) 3: Kontrollgruppe <i>follow-up</i> : 24 u. 52 Wochen
Ergebnisse	erfolgreicher Entzug SF-36 Schlafqualität
Bewertung	2b

Literaturquelle	Petrovic et al. (1999)
Design	Vorher-Nachher-Studie
Stichprobe/Studien	56
Interventionen/Themen	schneller Benzodiazepinentzug mit 1: Lormetazepam 1 mg 2: Trazodon 50 mg <i>follow-up</i> : sechs Wochen
Ergebnisse	erfolgreicher Entzug Schlafqualität
Bewertung	4

Literaturquelle	Brymer, Rusnell (2000)
Design	Vorher-Nachher-Studie
Stichprobe/Studien	55
Interventionen/Themen	Assessment und Erstellung eines Behandlungsplans Informationen, Beratungen und Zielsetzungen <i>follow-up</i> : sechs Monate
Ergebnisse	Reduktion der verschriebenen Medikamente, Betäubungsmittel und Benzodiazepine funktionaler Status, Lebensqualität Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung
Bewertung	4

Literaturquelle	Salzman et al. (1992)
Design	CT
Stichprobe/Studien	25
Interventionen/Themen	1: schrittweise Reduktion des Benzodiazepins 2: Kontrollgruppe <i>follow-up</i> : 2-3 Wochen, 12 Monate
Ergebnisse	Gedächtnisleistung Abstinenz
Bewertung	2b

Literaturquelle	Gilbert et al. (1993)
Design	RCT
Stichprobe/Studien	60
Interventionen/Themen	1: Beratung von Ärzten, Pflegepersonen, Patienten; Entspannungstraining 2: Kontrollgruppe <i>follow-up</i> : 4 und 12 Wochen
Ergebnisse	MMSE-Werte und subjektive Gesundheitsbewertung Abstinenz
Bewertung	2b

4.3 Studienbeschreibungen

4.3.1 Lee, H.S., Mericle, A.A., Ayalon, L., Areán, P.A. (2009): Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), S. 54-60.

Die Autoren der Sekundäranalyse der PRISM-E Studie untersuchten die Effektivität der Behandlungsmodelle einer integrierten Gesundheitsversorgung und einer Zuweisung zu Spezialisten. Dazu wurde der Standort einer geriatrischen Gesundheitseinrichtung in Alameda County ausgewählt. "Risikotrinken" wurde wie folgend definiert: Konsumation von mehr als 14 Standardgetränke/Woche für Männer, 12 Standardgetränke/Woche für Frauen bzw. vier oder mehr Standardgetränke viermal oder öfters in den letzten drei Monaten. Aufgrund von möglichen Wechselwirkungen wurde die Einnahme von Benzodiazepinen oder Opioiden mit einer Konsumation von sieben oder mehr Standardgetränke/Woche ebenfalls in die Definition miteingeschlossen.

14 Probanden wurden dem Modell der integrierten Gesundheitsversorgung zugeordnet (Gruppe 1). Es folgt dem Prinzip der Schadensminimierung und wurde für ältere Personen mit Alkoholmissbrauch entwickelt. Sozialarbeiter boten in einem Gesundheitszentrum drei Beratungssitzungen an, in denen mittels der Strategie der motivierenden Gesprächsführung gemeinsam Gesundheitsrisiken und Gründe für eine Reduzierung des Alkoholkonsums besprochen wurden. Des Weiteren wurden in diesem Rahmen Ziele gesetzt und die Patienten in ihrem Vorhaben unterstützt. Die restlichen 20 Studienteilnehmer nahmen an einem achtwöchigen Programm für Trinker über 55 Jahre teil, das sich an dem "12 Schritte"-Modell zur Abstinenz orientiert (Gruppe 2). In Einzel- oder Gruppensitzungen wurden mit Ärzten und Pflegepersonen Pläne bezüglich einer Genesung diskutiert, überdies gab es das Angebot einer psychiatrischen Betreuung, Suchtberatung und eines Case-Management. Um den Zugang zu den Behandlungen zu erleichtern, wurden einerseits Transportservices eingerichtet, andererseits Zentren ausgewählt, die in der Gesellschaft als angesehen gelten.

153 Personen ≥ 65 Jahre wurden in die Analyse inkludiert, davon zeigten sich 34 (22 %) als Risikotrinker. Sie waren eher männlich ($p = 0,007$), verheiratet oder in einer Partnerschaft ($p = 0,003$), Raucher ($p = 0,004$) und hatten laut eigener Aussage einen besseren Gesundheitszustand ($p = 0,001$). Nach sechs Monaten hatten nur 20 (59 %) der 34 Probanden die Angebote der Zentren in Anspruch genommen, 93 % der Gruppe 1 und 35 % der Gruppe 2 ($p = 0,001$). Zum Zeitpunkt des follow-up reduzierte sich in der Gruppe der integrierten Gesundheitsversorgung die Anzahl der konsumierten Standardgetränke in der letzten Woche - im Vergleich zum Ausgangswert - um einen mittleren Wert von 16,8 ($p = 0,005$). In dem Modell der Zuweisung konnten jedoch mit einer Reduktion um 0,6 Standardgetränke keine signifikanten Ergebnisse ermittelt werden. Ebenso verringerte sich die Anzahl der Komatrink-Vorfälle in Gruppe 1 signifikant ($p = 0,003$), während in Gruppe 2 die Vorfälle sogar leicht anstiegen. Die Probanden des ersten Modells konnten verglichen mit denen des zweiten Ansatzes dementsprechend die Anzahl der Standardgetränke/Woche ($p = 0,022$) sowie die Vorfälle von Komatrinken ($p = 0,033$) verringern. Bezüglich der Werte des SMAST-G zeigten sich keine signifikanten Veränderungen innerhalb der sechs Monate, wie auch zwischen den Gruppen.

Laut Autoren lässt sich aus dem Ergebnis schließen, dass ein Ansatz der Schadensminimierung, bei dem vor allem gesundheitliche Aspekte diskutiert werden, ältere Menschen eher anspricht, als ein Programm, das ihr Trinkverhalten als Sucht ansieht und eine totale Abstinenz verlangt. Sie verweisen jedoch auch auf die geringe Anzahl der Probanden und die daraus resultierende fehlende Generalisierbarkeit.

4.3.2 Gordon, A.J., Conigliaro, J., Maisto, S.A., McNeil, M., Kraemer, K.L., Kelley, M.E. (2003): Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. In: Substance Use & Misuse, 38(8), S. 1017-1035.

Folgende Sekundäranalyse einer RCT untersuchte die Effektivität von Kurzinterventionen bezüglich einer Reduktion des Alkoholkonsums von Personen ≥ 65 Jahre. 45 Personen mit einem gefährlichen Alkoholkonsum wurden in Warteräumen

von Arztpraxen rekrutiert und in eine von drei Gruppen eingeteilt. Als "gesundheitsschädigendes" Trinken wurde ein Wert von ≥ 8 bei AUDIT oder eine Konsumation von mindestens 16 Standardgetränke/Woche für Männer bzw. 12 Standardgetränke/Woche für Frauen definiert.

15 Probanden erhielten eine 10 bis 15-minütige Beratung, bei der den Patienten ein Feedback bezüglich ihres Assessment gegeben wurde und über soziale sowie gesundheitliche Folgen des Trinkens aufgeklärt wurde. Des Weiteren wurden sie angehalten, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren bzw. zu beenden (Gruppe 1). Weitere 18 Personen wurden in die Gruppe der Motivationssteigerung eingeteilt, in der in einer 40 bis 60-minütigen Sitzung gemeinsam über den individuellen Alkoholkonsum und dessen Folgen diskutiert wurde. Die Probanden wurden ermutigt, sich Ziele bezüglich einer Reduktion oder Abstinenz zu setzen und in einer 10 bis 15-minütigen Sitzung nach jeweils zwei und sechs Wochen nochmals in ihrem Vorhaben unterstützt (Gruppe 2). Die Beratungen beider Gruppen wurden von einem eigenen Personal am Ort der Grundversorgung durchgeführt. Die Ärzte der Probanden wurden nicht über die Randomisierung ihrer Patienten aufgeklärt. Sie wurden jedoch über Auszüge aus den Assessments der Patienten informiert. Die restlichen 12 Probanden kamen in eine Kontrollgruppe, in der sie keine gezielte Intervention erhielten. Über die Standardbehandlung ihrer Ärzte (Überweisung in spezialisierte Kliniken, Medikation oder Gespräch über Alkoholkonsum) konnte keine Auskunft gegeben werden.

Nach sechs und zwölf Monaten zeigte sich verglichen zu den Ausgangswerten sowohl in den zwei Interventionsgruppen, als auch in der Kontrollgruppe eine Reduktion des Alkoholkonsums (Anzahl der Standardgetränke/Monat). Zwischen den verschiedenen Gruppen ergaben sich jedoch keine signifikanten Ergebnisse. Ein Vergleich der 45 älteren Probanden mit einer Gruppe von 256 Personen < 65 Jahren, zeigte keine Unterschiede in den Ergebnissen zwischen den Altersgruppen.

Die Limitationen der Studie betreffen laut Autoren einerseits die kleine Studienpopulation, andererseits die Annahme, dass die regelmäßigen Erhebungen des Alkoholkonsums für die follow-up Daten in der Kontrollgruppe an sich schon eine Art

Intervention war. Weiters empfehlen sie eine Implementierung von Kurzinterventionen in die Routinebehandlung der Mediziner, um den Alkoholkonsum der Patienten effektiv reduzieren zu können. Die Ergebnisse lassen weiter darauf schließen, dass Kurzinterventionen nicht äußerst intensiv sein müssen (wie in Gruppe 1), um den gewünschten Effekt zu zeigen. Auch eine speziell an ältere Menschen angepasste Vorgehensweise scheint überflüssig, da beide Altersgruppen ähnliche Ergebnisse lieferten.

4.3.3 Fink, A., Elliott, M.N., Tsai, M., Beck, J.C. (2005): An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. In: Journal of the American Geriatrics Society, 53:11, S. 1937-1943.

Ziel der RCT war es, herauszufinden, ob das Anbieten von individualisierten Feedbacks über Alkoholkonsum und Risiken für Patienten und ihre Hausärzte gesundheitsschädlichen und gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum reduzieren kann. Dafür wurden drei Standorte einer Gemeinschaftspraxis im südlichen Kalifornien ausgewählt, die drei Gruppen zugeteilt wurden: 212 Patienten der ersten Gruppe und ihre Ärzte erhielten jeweils einen Bericht über die Einschätzung des Alkoholkonsums der Probanden, sowie die diesbezüglichen Risiken und Probleme. Basierend auf diesem Feedback bekamen die Patienten zusätzlich eine individuelle Aufklärung. In der zweiten Gruppe wurde ausschließlich den inkludierten 261 Patienten das Feedback übermittelt und individuelle Informationen dazu angeboten. Die 238 Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten weder einen Bericht noch eine Aufklärung.

Aus "gesundheitsschädlichem" Alkoholkonsum resultieren gesundheitliche Probleme. Er wird beschrieben als drei oder mehr Standardgetränke mindestens zweimal die Woche in Kombination mit einem Gesundheitszustand, der bei Alkoholkonsum zu Verschlechterungen neigt. "Gesundheitsgefährdendes" Trinken birgt Risiken in sich, wie z.B. tägliches Trinken und die Einnahme von Sedativa mindestens einmal die Woche. Mittels des ARPS wurden die Probanden zu Beginn und nach zwölf Monaten entsprechend ihres Alkoholkonsums in die drei Gruppen des ungefährlichen,

gesundheitsschädlichen und gesundheitsgefährdenden Trinkens eingeteilt. Das Programm erstellte zudem die speziell auf ältere Menschen zugeschnittenen schriftlichen Feedbacks und personalisierten Informationen für Ärzte und Patienten.

21 % der 665 Probanden wurden zu Beginn der Studie als gesundheitsschädliche und 26 % als gesundheitsgefährdende Trinker klassifiziert. Nach 12 Monaten wurden die Teilnahme in den zwei Interventionsgruppen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit eines risikoärmeren Alkoholkonsums in Verbindung gebracht, als in der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). In Gruppe 2 konnte gesundheitsschädliches Trinken signifikant reduziert und ungefährliches Trinkverhalten erhöht werden ($p < 0,05$). Gruppe 1 zeigte eine höhere mittlere Abnahme des Alkoholkonsums/Woche und eine Verbesserung der Konsumationseinstufung, verglichen mit der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Im Vergleich mit Gruppe 2 bezüglich einer Verbesserung in den Trinkklassifikationen zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse.

Daraus schließen die Autoren, dass ältere Patienten effektiv ihren gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum reduzieren können, wenn sie Informationen über ihr Trinkverhalten und ihren Gesundheitsstatus erhalten. Werden auch die Ärzte in dieses Feedback miteinbezogen, kann zwar die Anzahl der Standardgetränke signifikant reduziert werden, dennoch verbessert sich nicht die Abnahme der damit assoziierten Risiken. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass individuelle Feedbacks und Aufklärung präventiv bei Patienten mit einem ungefährlichen Alkoholkonsum wirken. Diese Annahme stützt sich auf dem Ergebnis, dass während des Studienverlaufs signifikant weniger Probanden in den zwei Interventionsgruppen zu "neuen" gesundheitsschädlichen und -gefährdenden Trinkern wurden als in der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Als Limitationen der Studie wird einerseits der Umstand betont, dass die Aussagen der Probanden bezüglich ihres Alkoholkonsums nicht objektiv überprüft wurden, andererseits konnte auch nicht geklärt werden, inwiefern die Ärzte der drei Standorte miteinander kommunizierten. Zudem wurde bedauert, dass die Mehrheit der Patienten einen exzellenten oder sehr guten Gesundheitszustand angab, und daher die Charakteristika der Studienpopulation limitiert wurden.

4.3.4 Oslin, D.W., Grantham, S., Coakley, E., Maxwell, J., Miles, K., Ware, J., Blow, F.C., Krahn, D.D., Bartels, S.J., Zubritsky, C., Olsen, E., Kirchner, J.E., Levkoff, S. (2006): PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. In: *Psychiatric Services*, 57(7), S. 954-958.

In folgender randomisierter Vergleichsstudie wurde die Auswirkung zweier Modelle der Gesundheitsversorgung auf den Alkoholkonsum von Risikotrinkern untersucht. Die verwendete Definition von "Risikotrinken" wurde bereits in der Sekundäranalyse von Lee et al. (2009) beschrieben. 560 Probanden, die in Arztpraxen rekrutiert wurden, teilte man in folgende zwei Gruppen ein: Im Modell der integrierten Gesundheitsversorgung erhielten die 280 Probanden Leistungen bezüglich psychischer Gesundheit und Substanzmissbrauch. Diese inkludierten drei 20 bis 30-minütige persönliche Beratungsgespräche über Gründe bzw. Auslöser für Alkoholkonsum und, warum man ihn reduzieren oder ganz beenden sollte (Gruppe 1). Die anderen 280 Risikotrinker wurden an spezialisierten Kliniken überwiesen (Gruppe 2). Nach drei und sechs Monaten erfolgte mittels telefonischen oder persönlichen Interviews ein follow-up.

81 % der Probanden in Gruppe 1 und 85 % der Probanden in Gruppe 2 konnten für die Datenerhebung nach sechs Monaten erreicht werden. Während 65 % der Risikotrinker im Modell der integrierten Gesundheitsversorgung Leistungen in Anspruch nahmen, machten nur 38 % der Patienten von der Überweisung in eine Klinik Gebrauch. Auch die Anzahl der Konsultationen war in der Gruppe der integrierten Versorgung höher ($p = 0,001$). In beiden Gruppen konnten sich die Anzahl der Standardgetränke/Woche (von 18,1 bzw. 17,4 auf 11,8 bzw. 11,4) und die Komatrink-Vorfälle (von 20,3 bzw. 21,6 auf 11,6 bzw. 11,2) signifikant ($p < 0,001$) reduzieren. Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich keine.

Die Autoren verweisen auf die Limitation der Studie, dass keine Kontrollgruppe untersucht wurde und daher keine Aussagen darüber getätigt werden können, ob die Veränderungen in den sechs Monaten einzig auf die durchgeführten Maßnahmen zurückzuführen sind. Für die geringe Inanspruchnahme der Therapien wird die Auswahl

von Patienten, die keine Hilfe bezüglich ihres Alkoholproblems suchten, verantwortlich gemacht.

4.3.5 Oslin, D.W., Slaymaker, V.J., Blow, F.C., Owen, P.L., Colleran, C. (2005): Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. In: Addictive behaviors, 30(7), S. 1431-1436.

Folgende Vorher-Nachher-Studie untersuchte die Effektivität von zwei Entzugsprogrammen für Alkoholabhängige und verglich dabei die Ergebnisse von Alkoholikern mittleren und höheren Alters. 1358 Patienten wurden in zwei Entzugskliniken bezüglich ihrer Alkoholabhängigkeit behandelt. Die Entzugsprogramme basieren dabei auf der "12 Schritte"-Philosophie der anonymen Alkoholiker und setzen sich das Ziel der totalen Abstinenz. Die Behandlungen inkludierten Gruppen- und Einzeltherapien, Diskussionen, Vorträge, Hausaufgaben, Selbsthilfegruppen sowie gemeinschaftliche Treffen. Ein Standort war speziell auf ältere Patienten ausgerichtet und bot einen barrierefreien Zugang, einen langsameren Ablauf der Programme und altersgerechte Gruppen, die auf Problemthemen von Senioren ausgerichtet wurden. 78,8 % der älteren Alkoholiker wurden auf diesen Standort zugeteilt.

Nach einem Monat konnten nur 877 (64,4 %) der 1358 Probanden telefonisch für ein follow-up erreicht werden. 85,1 % der Patienten mittleren Alters und 84 % der älteren Patienten gaben zu dem Zeitpunkt an, abstinent zu sein. Die Population der älteren Alkoholiker tendiert jedoch dazu, signifikant weniger Nachbetreuung in Anspruch zu nehmen ($p = 0,039$) und Kontakte zu Kostenträgern zu suchen ($p = 0,022$).

Die Studie zeigt, dass ältere Personen die gleichen Abstinenzraten erreichen können wie die mittleren Alters. Dennoch zeigen sich die Autoren besorgt, ob eine Abstinenz auch längerfristig aufrechterhalten werden kann, nachdem die ältere Studienpopulation weniger Nachbetreuungen in Anspruch genommen haben. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass ältere Menschen diesbezüglich Probleme mit den logistischen Barrieren haben. Auf der anderen Seite benötigen sie vielleicht auch länger als ein

Monat für eine Kontaktaufnahme mit Nachbetreuungsstellen und wurden deshalb nicht mehr erfasst.

4.3.6 Zanjani, F., Mavandadi, S., TenHave, T., Katz, I., Durai, N.B., Krahn, D., Llorente, M., Kirchner, J., Olsen, E., Van Stone, W., Cooley, S., Oslin, D.W. (2008): Longitudinal course of substance treatment benefits in older male veteran at-risk drinkers. In: The journals of gerontology: medical sciences, 63(1), S. 98-106.

Folgende Sekundäranalyse der PRISM-E Studie wollte die Behandlungseffekte der Gesundheitsversorgungsmodelle in den zwei Gruppen der problematischen Risikotrinker und der unproblematischen Risikotrinker untersuchen. Dazu wählten sie drei Standorte der originalen Studie aus, an denen auch nach zwölf Monaten Daten erhoben wurden. 258 Risikotrinker wurden in die Untersuchung inkludiert, wobei der Begriff des „Risikotrinkens“ wie in den bereits erwähnten Studien von Lee et al. (2009) und Oslin et al. (2006) definiert wurde. Die Probanden wurden noch einmal geteilt: 111 Personen hatten einen SMAST-G Wert ≥ 3 und wurden somit als problematische Risikotrinker klassifiziert. „Problemtrinken“ wird im Gegensatz zu „Risikotrinken“ als ein gesundheitsschädlicherer Alkoholkonsum beschrieben. 125 der Risikotrinker kamen in die Gruppe der integrierten Gesundheitsversorgung (Gruppe 1): Im Rahmen der Primärversorgung wurden psychische Gesundheitsdienste und Leistungen bezüglich Substanzmissbrauch angeboten, die Kurzinterventionen für Risikotrinker beinhalten mussten. 133 Probanden wurden an spezialisiertes Fachpersonal überwiesen (Gruppe 2). Da sie von der Primärversorgung örtlich getrennt waren, wurde für die Bereitstellung eines Transportes gesorgt.

Im Vergleich zu den 147 unproblematischen Trinkern zeigten sich die Problemtrinker unter anderem eher als Raucher ($p = 0,005$), geistig beeinträchtigt ($p < 0,001$), mit der Zweitdiagnose einer Depression ($p < 0,001$) und limitierten Finanzen ($p = 0,003$). Ungefähr 80 % der Probanden konnten nach drei, sechs und zwölf Monaten für ein follow-up erreicht werden. Die Zuteilung zur Gruppe der integrierten Gesundheitsversorgung führte nach drei ($p = 0,04$) und sechs ($p = 0,03$) Monaten zu einer höheren Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen. Bei den Problemtrinkern zeigte sich

nach zwölf Monaten eine signifikante Reduktion der Komatrink-Vorfälle, verglichen mit den unproblematischen Risikotrinkern ($p = 0,03$). Generell kam es bei den problematischen Risikotrinkern zu einer Verringerung der Standardgetränke/Woche sowie einer Abnahme der Komatrink-Vorfälle nach drei, sechs und zwölf Monaten ($p < 0,01$). Auch in der Gruppe der unproblematischen Trinker konnten sich die Standardgetränke/Woche nach drei, sechs und zwölf Wochen reduzieren, bei den Komatrink-Vorfällen zeigten sich jedoch nur nach sechs Monaten signifikante Werte ($p < 0,05$). Die Studie zeigte, dass ältere Probanden ihren Alkoholkonsum über zwölf Monate effektiv reduzieren können, etwa zwei Drittel der Stichprobe erfüllten nicht mehr die Kriterien des Risikotrinkens. Trotz diesen Ergebnissen blieb der Alkoholkonsum immer noch über der Grenze, ab der er als gesund bezeichnet werden könnte.

Obwohl sich beide Interventionen im gleichen Maße effektiv zeigten, beteiligten sich mehr Probanden an dem Modell der integrierten Gesundheitsversorgung. Die Autoren verweisen auf die Limitation, dass es sich bei der Stichprobe ausschließlich um Veteranen handelte, und daher die Ergebnisse schwer generalisiert werden können. Des Weiteren bedauern sie das Fehlen einer Kontrollgruppe.

4.3.7 Mundt, M.P., French, M.T., Roebuck, M.C., Manwell, L.B., Barry, K.L. (2005): Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. In: Journal of Studies on Alcohol, 66(3), S. 389-394.

Vorliegende Studie ist eine Erweiterung der RCT von Fleming et al. (1999) und schließt eine erneute Datenerhebung nach 24 Monaten mit ein. 158 Patienten über 65 Jahre wurden in 24 Gesundheitszentren in Wisconsin rekrutiert. Männer mussten die Voraussetzung eines Alkoholkonsums von mehr als 11 Standardgetränke/Woche und Frauen mehr als 8 Standardgetränke/Woche erfüllen, um in die Studie inkludiert zu werden. 87 Probanden wurden in die Interventionsgruppe eingeteilt. Sie erhielten eine Informationsbroschüre über allgemeine Gesundheitsthemen und zwei Termine für eine Kurzintervention bei ihren Hausärzten. In den 10 bis 15-minütigen Beratungsgesprächen wurde ein individuelles Feedback über das Trinkverhalten des Patienten

gegeben und über Auslöser bzw. Gründe für Alkoholkonsum und dessen gesundheitliche Folgen informiert. Des Weiteren wurde ein Abkommen verfasst, das Trinken zu reduzieren und Kalendereinträge über den Konsum zu verfassen. Zwei Wochen nach der Sitzung wurde ein Telefonanruf von einer Pflegekraft durchgeführt, um die Patienten in ihrem Vorhaben zu bestärken. Die 71 Probanden in der Kontrollgruppe (2) bekamen außer der Informationsbroschüre keinerlei Interventionen.

72 (83 %) der 87 Patienten in der Interventionsgruppe hielten beide Termine für die Kurzinterventionen ein, 12 (14 %) vollendeten einen Termin und drei erhielten keine Intervention. Nach 24 Monaten konnten insgesamt 139 Personen (88 %) für das follow-up erreicht werden. Bei der Datenerhebung nach drei Monaten zeigte sich, dass sich der Alkoholkonsum in der Interventionsgruppe um 40 % reduzierte, in der Kontrollgruppe jedoch nur um 6 % ($p = 0,001$). Verglichen mit der Kontrollgruppe gaben die Probanden der Interventionsgruppe nach zwölf und 24 Monaten signifikant weniger Standardgetränke/Woche ($p < 0,001$ bzw. $p < 0,05$) und exzessives Trinken (beide $p < 0,01$) an. "Exzessives Trinken" innerhalb der letzten sieben Tage wurde als ein Konsum von mehr als 21 Standardgetränke/Woche für Männer und 14 Standardgetränke/Woche für Frauen definiert. Nach zwölf Monaten zeigten sich in der Interventionsgruppe noch signifikant weniger Vorfälle von übermäßigem Trinken im letzten Monat als in der Kontrollgruppe ($p < 0,001$), nach 24 Monaten waren die Ergebnisse nicht mehr signifikant. "Übermäßiges Trinken" wird als eine Konsumation von mehr als 4 Standardgetränke/Tag für Männer und 3 Standardgetränke/Tag für Frauen beschrieben.

Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass Kurzinterventionen durch Ärzte einen effektiven und kostengünstigen (\$ 236/Patient) Ansatz darstellen, den Alkoholkonsum von älteren Menschen zu reduzieren, gesundheitliche Folgen des Alkoholmissbrauch zu vermindern und Lebensqualität zu erhöhen. Als Limitationen der Studie erwähnen sie einerseits die geringe Stichprobengröße, sowie das Vertrauen in die Angaben der Probanden bezüglich ihres Alkoholkonsums.

4.3.8 Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (1998): Substance Abuse Among Older Adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26. DHHS Publication No. (SMA) 98-3179. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Für folgende Best-Practice Guideline wurden von einer Expertengruppe anhand ihres eigenen Wissens (V) und wissenschaftlicher Literatur (I-IV) Empfehlungen für die Behandlung von älteren Menschen, die Alkohol oder verschreibungspflichtige Medikamente missbräuchlich verwenden, erarbeitet. Die Guideline wird trotz des Publikationsdatums hier beschrieben, da sie ein Grundlagenwerk auf dem Gebiet "Sucht im Alter" darstellt und auf die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem abzielt.

Leistungserbringer im Gesundheitswesen tendieren dazu, einen Substanzabusus bei älteren Menschen zu übersehen. Darum sollte jeder Patient im Rahmen seiner körperlichen Untersuchung auf Alkohol- und Medikamentenmissbrauch überprüft werden (V). Ein Assessment sollte als Möglichkeit gesehen werden, den Patienten aufzuklären und zu beraten, um Verständnis für die Thematik und Kooperation zu fördern.

In der Behandlung älterer Patienten, sollten weniger intensive Interventionen zuerst versucht werden (I-IV). Kurzinterventionen gefolgt von Interventionen und motivierenden Gesprächen können bereits ausreichend sein, aber auch als eine Art Vorbehandlung auf eine spezielle Therapie vorbereiten. Des Weiteren können diese Strategien von den verschiedenen Berufsgruppen (Mediziner, Pflegepersonen, Psychologen, Sozialarbeiter) auch bei den Patienten zu Hause angeboten werden. Kurzinterventionen werden bei einem Alkoholmissbrauch eingesetzt und sollten unterstützend sowie nicht konfrontierend sein. Sie werden beschrieben als eine oder mehrere Beratungen, die ein Assessment, Feedback, Informationen, Selbsthilfematerialien und Zielsetzungen inkludieren. Überdies sollten Strategien zur Verhaltensänderung eingesetzt werden. Kurzinterventionen sollten an die Belange ältere Menschen angepasst sein und folgende Schritte beinhalten (V):

- individuelles Feedback über die erhobenen Trinkmuster und andere Gewohnheiten wie Rauchen, Ernährung etc.
- Diskussion über Gründe für den Alkoholkonsum, damit der Arzt die Rolle des Alkohols im Leben des Patienten verstehen kann
- physische, psychische und soziale Konsequenzen von übermäßigem Alkoholkonsum
- Diskussion über Gründe, mit dem Trinken aufzuhören oder den Alkoholkonsum einzuschränken
- Vermittlung von Strategien für das Aufhören oder Reduzieren der Trinkmenge
- Schriftliches Abkommen zwischen Arzt und Patient
- Vermittlung von Bewältigungsstrategien von riskanten Situationen
- Wiederholung der wichtigsten Inhalte der Beratungseinheit

Sprechen ältere Patienten auf diesen Ansatz nicht an, sollten der Ansatz der motivierenden Gesprächsführung und eine Intervention gewählt werden. Bei einer Intervention wird der Patient mit wichtigen Menschen in seinem Leben konfrontiert, die über ihre Erfahrungen mit seinem Abusus sprechen. In einer vorhergehenden schrittweisen Interaktion mit den Familienmitgliedern oder Freunden des Patienten, informiert der Arzt über Substanzmissbrauch und hilft ihnen ihre Gedanken auf eine neutrale, nicht beschuldigende Art zu formulieren. Bezüglich älterer Menschen wird empfohlen, höchstens zwei nahestehende

Personen dafür auszuwählen (V). Die Technik der motivierenden Gesprächsführung berücksichtigt die Bereitschaft des Patienten, eine Änderung zu wagen und holt ihn dort ab, wo er sich gerade befindet.

Ein Entzug wird generell bei älteren Patienten als risikoreicher eingestuft, weshalb er stationär durchgeführt werden sollte (V). Für die Handhabung von Entzugssymptomen sollten etwa mit einem Drittel bis der Hälfte der normalen Medikamentendosis begonnen und für 24 bis 48 Stunden beibehalten werden. Danach kann sie unter sorgfältiger Beobachtung des Patienten schrittweise reduziert werden (I-IV). Programme in speziellen Entzugskliniken, die langsamer und repetierend gestaltet sind, können vor allem Menschen hilfreich sein, denen ein soziales Netz fehlt. Für ältere

medikamentenabhängige Patienten sollten flexible, gemeinschaftsorientierte Programme mit Case-Management traditionellen, standardisierten Einrichtungen vorgezogen werden (V).

Folgende sechs Merkmale sollten in jeder seniorenzentrierten Behandlung für Alkoholmissbrauch vorkommen (I-IV):

- unterstützender und nicht konfrontierender Ansatz um das Selbstwertgefühl der Patienten aufzubauen
- Fokus auf die Bewältigung von Depressionen, Einsamkeit, Verlusten
- Fokus auf den Auf- bzw. Ausbau des sozialen Netzwerks der Patienten
- Anpassung des Tempos und der Inhalte von Behandlungsprogrammen an den älteren Menschen
- Personal, das in der Arbeit mit alten Menschen erfahren und spezialisiert bzw. daran interessiert ist
- Verknüpfung der medizinischen Services und Institutionen, sowie Case-Management

Als allgemeine Prinzipien in der Arbeit mit abhängigen älteren Menschen lassen sich ein altersspezifisches Setting, Respekt, ein ganzheitlicher Ansatz und die Notwendigkeit von flexiblen Programmen nennen (V). Folgende Herangehensweisen werden als effektive Behandlungsmöglichkeiten angesehen (V): Kognitive Verhaltenstherapie, Einzel- und Gruppentherapien, medizinische bzw. psychiatrische Ansätze, Mit-einbeziehung von Angehörigen und Case-Management. Bei der Präsentation von Informationen sollten auch visuelle Sinne angesprochen und wichtige Inhalte wiederholt werden (V).

Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung von Alkoholmissbrauch wird von der Verwendung von Disulfiram abgeraten. Naltrexon hingegen zeigte sich als gut verträglich und kann Rückfälle reduzieren (I-IV). Treten über einen Zeitraum von mehreren Wochen nach der Beendigung des Trinkens depressive Symptome auf, sollten diese speziell behandelt werden (I-IV). Bei Patienten, die in die ambulante Behandlung

entlassen werden, sollte nach drei Monaten, wenn möglich bis zwölf Monate, regelmäßig Assessments erfolgen, da laut Autoren 60 – 80 % nach drei bis vier Monaten rückfällig werden (I-IV).

Der Missbrauch von Medikamenten birgt einige Gefahren in sich, vor allem wenn die Einnahme mit Alkohol kombiniert wird. Benzodiazepine sollten generell nicht länger als vier Monate eingenommen werden (V). Obwohl sie kurzzeitig für die Besserung von Schlafproblemen sinnvoll eingesetzt werden können, zeigt sich rasch eine Toleranz und Abhängigkeit. Ärzte sollten daher ältere Menschen bezüglich einer guten Schlafhygiene beraten, bevor sie Medikamente verschreiben (I-IV). Oftmals passiert eine missbräuchliche Verwendung unabsichtlich, wenn die Patienten nicht über die genaue Handhabung und die Wirkungsweise aufgeklärt wurden oder aufgrund von Gedächtnisproblemen nicht fähig sind, die Medikamente richtig einzunehmen. Andererseits muss zuerst der Grund für die fehlende Compliance herausgefunden werden, bevor man Interventionen setzen kann. Stellt sich heraus, dass ein Patient wissentlich ein Medikament falsch einnimmt, könnten zuerst psychosoziale Ansätze angebracht sein. Abgesehen davon sollte jedoch mit dem Patienten diskutiert werden, ob die Medikation reduziert, abgesetzt oder gegen ein anderes, weniger süchtig machendes Mittel ausgetauscht werden muss. Des Weiteren werden alle bereits genannten Behandlungsansätze für Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit als sinnvoll erachtet.

4.3.9 Australian Government Department of Health and Ageing (DoHA) (2009): Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Canberra: DoHA.

Folgende Guideline ist ein Update des gleichnamigen Dokuments aus 2003 und basiert auf einer Literaturliteraturarbeit und Expertenmeinungen. Dabei wurden gut durchgeführte RCTs und - wenn diese nicht vorhanden waren - die bestmöglichen wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt. Die Evidenzhierarchie wurde demnach festgelegt: (Ia) Meta-Analysen oder RCT, (Ib) mind. eine RCT, (IIa) mind. eine kontrollierte Studie, (IIb) mind. eine quasi experimentelle Studie, (III) beschreibende Studien, (IV) Expertenmeinungen.

Bezüglich der Population der älteren Trinker werden folgende Empfehlungen gegeben: Alte Menschen sollten sorgfältig auf Alkoholkonsum und den damit in Zusammenhang stehenden Gefahren wie z.B. Medikamentenwechselwirkungen, Gewalt, Traumen oder sich verschlechternde Erkrankungen untersucht werden (IV). Eine Abstinenz kann mit Verbesserungen der physischen und kognitiven Gesundheit einhergehen, andererseits könnte der Alkoholkonsum andere Grunderkrankungen überdeckt haben. Deshalb sollte ein Patient einige Wochen bis Monate nach einem Trinkstopp bezüglich seiner körperlichen und geistigen Einschränkungen untersucht werden (IV). Ein schlechter Ernährungszustand, Immobilität und Komorbidität können ältere Menschen sensibler gegenüber Komplikationen eines Entzugs reagieren lassen. Dementsprechend sollten sie sorgfältig überwacht, sowie Ergänzungsnahrung angeboten werden. Die Anwendung von Diazepam könnte bei älteren Patienten zu einer zu tiefen Sedierung führen und sollte dementsprechend vorsichtig durchgeführt werden. Kurzwirksame Benzodiazepine sollten bei einem Alkoholentzug im Gegensatz zu langwirksamen bevorzugt eingesetzt werden (IV). Bezüglich der psychologischen und pharmakologischen Behandlung von älteren Alkoholabhängigen gibt es laut Autoren nur wenige Studien. Dennoch wird empfohlen diese Ansätze an die körperliche und psychische Verfassung alter Menschen anzupassen (IV). Kurzinterventionen zeigten sich als wirksame Behandlung und sollten bei älteren Risikotrinkern angewendet werden (Ia).

4.3.10 Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN) (2008): Substance misuse and alcohol use disorders. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. New York: HIGN.

Für folgende Guideline wurden in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, PsycInfo und der Cochrane Database of Systematic Reviews recherchiert mit dem Ziel die beste pflegerische Praxis für ältere Menschen mit Drogen-, Nikotin-, und Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit zusammenzufassen. Als Evidenzhierarchie wurde festgelegt: (I) Systematische Übersichtsarbeiten, (II) RCT's, (III) quasi-experimentelle Studien, (IV) nicht-experimentelle Studien, (V) Literaturbeschreibungen oder Programm-evaluationen, (VI) Expertenmeinungen.

Alle älteren Menschen sollten bezüglich des Konsums von Alkohol, Drogen, Medikamenten und Nikotin überprüft werden. Dazu sollte das Krankenpflegepersonal empathisch und wertfrei Fragen über den Substanzkonsum mit gesundheitlichen Themen verbinden (III). Als "Risikotrinken" wird täglich ein Drink sieben Tage die Woche oder mehr als drei Standardgetränke zu einem Zeitpunkt beschrieben (VI). Trifft diese Definition auf einen Patienten zu, sollte seine Bereitschaft zu einer Änderung gemäß dem transtheoretischen Modell nach Prochaska u. DiClemente ermittelt werden (II). Individuelles Feedback und Informationen über Risikotrinken können zu einer Reduktion des Alkoholkonsums bei älteren Menschen führen (III). Bei einer Kurzintervention kann sich das Krankenpflegepersonal an die Schlüsselemente halten, die in dem "FRAMES"-Modell zusammengefasst sind (VI):

- individuelles Feedback über das Trinkverhalten, Risiken und Konsequenzen. Besprechen der Gründe für den Alkoholkonsum und dessen Rolle im Leben des Patienten (FEEDBACK)
- Betonung der Eigenverantwortung und Entscheidung des Patienten den Alkoholkonsum zu reduzieren (RESPONSIBILITY)
- Beratung des Patienten (ADVICE)
- Information über Strategien bezüglich Erkennen und Umgehen mit Risikosituationen (MENU)
- Durchführung der Interventionen auf eine warme, verständnisvolle und reflektierende Art und Weise (EMPATHY).
- Erhöhung der Selbstwirksamkeit, des Glaubens an die eigenen Ressourcen (SELFEFFICACY).

Anzeichen von Entzugserscheinungen sollten mit kurzwirksamen Benzodiazepinen behandelt werden (III). Die Anwendung von Naltrexone als kurzzeitige Behandlung einer Alkoholabhängigkeit sollte überwacht werden und gemeinsam mit psychosozialen Interventionen geschehen (I). Um einen Rückfall zu vermeiden sollten die älteren Patienten zu den "Anonymen Alkoholikern" überwiesen und zu einer Teilnahme motiviert werden. Weiters sollten der Patient und seine Angehörigen über Anzeichen

eines Rückfalls und eines riskanten Alkoholkonsums informiert werden. Eine Schulung in der Entwicklung von Bewältigungsstrategien sollte folgende Themen enthalten: das Vorhersehen und Umgehen von Versuchungen, kognitive Strategien um mit schlechten Launen und dem Verlangen nach Alkohol umzugehen, Änderung des Lebensstils, Aufbau bzw. Ausbau des sozialen Netzes.

Zur Raucherentwöhnung wird die Anwendung des "5-A's"-Modell empfohlen, dass bei UMHS (2006) ausführlich beschrieben wird. Als medikamentöse Unterstützung werden Bupropion und Nikotinersatztherapie (NRT) genannt, wobei eine Psychoedukation unentbehrlich ist. Des Weiteren sollten Patienten zu körperlichen Bewegung mit moderater Belastungsintensität bestärkt werden, um das Verlangen nach Nikotin zu reduzieren (II). Ein follow-up sollte persönlich oder telefonisch in der ersten Woche nach dem Rauchstopp durchgeführt werden, während für Patienten, die das Nikotinpflaster anwenden, eine fortdauernde telefonische Beratung angeboten werden sollte (III). Bezüglich der Rückfallprävention für Menschen mit einer Medikamenten- oder Nikotinabhängigkeit gelten die gleichen Empfehlungen betreffend Schulung und Entwicklung von Bewältigungsstrategien, die bereits zur Thematik des Alkoholmissbrauchs genannt wurden.

4.3.11 Health Canada (2002): Best practices treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Ottawa: Health Canada.

Die Autoren wollten mit ihrer Literaturübersicht die bestmöglichen Vorgehensweisen in der Behandlung von Senioren mit Substanzmissbrauch beschreiben. Dazu führten sie eine Literaturrecherche in den Datenbanken PsycInfo, DrugInfo, CCSADOCS, CANBASE, EBSCO, Novanet und Eloize durch, um relevante Artikel mit einem Publikationsdatum ab 1990 zu identifizieren. Des Weiteren wurden 29 Experten aus dem Fachgebiet interviewt.

Generell ist es wichtig, dass ältere Menschen, Angehörige und Betreuungspersonen die Zeichen eines problematischen Gebrauchs von Substanzen erkennen. Die Menge und Häufigkeit von den eingenommenen Medikamenten sollte genau überwacht werden.

Oftmals ist ein Substanzmissbrauch nicht das primäre Problem eines alten Menschen, deshalb sollten Behandlungsprogramme individuell angepasst sein und die verschiedenen Stressoren berücksichtigen, die mit dem höheren Alter in Verbindung gebracht werden. Es gibt mehrere Ansätze in der Behandlung von älteren Süchtigen, die oft kombiniert werden:

Gruppentherapien basieren auf der Annahme, dass Menschen mit ähnlichen Problemen voneinander lernen können und sich gegenseitig unterstützen. Abgesehen davon kann in Selbsthilfegruppen die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte gefördert werden. Kurzinterventionen können die Motivation zu einer Änderung des Verhaltens erhöhen und werden für Patienten empfohlen, die einen milden bis mittelmäßigen Substanzabusus aufzeigen. Ein Vorteil dieser Interventionen ist, dass sie von den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen angewendet werden können. Kurzinterventionen zeigten sich in der Literatur als effektive Methode.

Der Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie geht auf die Überzeugungen, Überlegungen und Emotionen des Patienten ein, die dem Substanzmissbrauch zugrunde liegen. Psychosoziale Interventionen haben das Ziel, die Selbstwirksamkeit und das soziale Netz des alten Menschen zu erhöhen. Erst danach wird das Problem des Abusus gemeinsam bearbeitet. Um auf den Patienten individuell eingehen, sein Umfeld miteinbeziehen und eventuelle Barrieren, eine Therapie in Anspruch zu nehmen überwinden zu können, sollte man Assessment und Behandlung bei dem alten Menschen zu Hause anbieten. Prinzipiell empfiehlt sich das Prinzip der Schadensminimierung, bis der Patient seinen eigenen Abusus als essentielles Problem ansieht. Es konzentriert sich auf die Reduktion der Gefahren, die von einem Substanzmissbrauch ausgehen und weniger auf die zugrundeliegende Sucht an sich. Dabei wird das Stadium der Bereitschaft zur Veränderung, in der sich der alte Mensch befindet, akzeptiert und die Behandlungsmethoden darauf abgestimmt. Medikamentöse Therapien einer Alkoholabhängigkeit mit Disulfiram, Naltrexon oder Acamprosat zeigen sich zwar in Studien mit Probanden mittleren Alters als effektive Ansätze, adäquate Ergebnisse in der älteren Population fehlen jedoch.

Bezüglich einer Medikamentenabhängigkeit werden psychosoziale Ansätze und das Prinzip der Schadensminimierung empfohlen. Des Weiteren wird eine Teilnahme an Selbsthilfegruppen als sinnvoll angesehen.

Aus den Experteninterviews ergeben sich folgende Empfehlungen:

Ein klientenzentrierter Ansatz ist gemächlich, nicht konfrontierend, nicht einschüchternd, toleriert die Lebensumstände und respektiert die Würde des Patienten. Er vertritt die Ansicht, dass alte Menschen wertvoll für unsere Gesellschaft sind. Die Ziele der Behandlung werden vom Patienten bestimmt und inkludieren nicht nur die Suchtthematik, sondern auch die Lebensqualität. Programme, die Probleme des täglichen Lebens ansprechen (Isolation, Ängste, etc.), können ältere Menschen vermehrt ansprechen. Sie sollten ganzheitlich sein und auf dem Prinzip der Schadensminimierung basieren. Die unterschiedlichen Programme und Angebote sollten an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sein (kleine Gruppen, kürzere Einheiten, Informationsmaterial in größerer Schrift etc.), Komponenten zum Aufbau von sozialen Netzen enthalten und untereinander verbunden sein. Familienmitglieder, Betreuungspersonal und andere Bezugspersonen spielen eine wichtige Rolle in der Unterstützung des Patienten und sollten daher in Beratungen und Interventionen inkludiert werden. Um kulturelle Differenzen meistern zu können, empfiehlt sich die Miteinbeziehung von Personen mit demselben kulturellen Hintergrund, die mit dem Gesundheitspersonal zusammenarbeiten. Auch "Buddy"-Systeme, in denen sich Senioren ähnlicher Herkunft gegenseitig unterstützen können, werden vorgeschlagen. Das Personal im Gesundheitswesen muss über alle Angebote in der Region informiert sein und sollte in der Thematik des Substanzmissbrauchs und Gerontologie ausgebildet sein. Besonders wichtig sind die Zusammenarbeit eines multidisziplinären Teams aus erfahrenen, speziell ausgebildeten Personal, sowie ein gut funktionierendes Case-Management. Viele Senioren profitieren von Dienstleistungen, die in einer höheren Intensität beginnen und dann langsam abnehmen, laufende Unterstützung und follow-ups anbieten und zeitlich unbegrenzt sind. Berater sollten leicht erreichbar sein und Interventionen bei dem Patienten zu Hause ermöglicht werden. Die größte Herausforderung in der Behandlung älterer Substanzmissbraucher ist jedoch das Verhindern, in alte Gewohnheiten, Muster oder Situationen zurückzufallen, die zu dem

Abusus beitragen. Daher müssen Auslöser eines Rückfalls identifiziert und mit dem Patienten Bewältigungsstrategien erarbeitet werden.

4.3.12 American Psychiatric Association (APA) (2006): Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second edition. Arlington: APA.

Die Guideline ist ein Update des gleichnamigen Dokuments aus 1995. Demnach wurde eine erneute Literatursuche in PubMed zwischen 1995 und 2002 bezüglich RCTs, RTs und Metaanalysen durchgeführt. Des Weiteren suchten die Autoren in der Cochrane Datenbank nach relevanten Metaanalysen. Empfehlungen wurden in drei Kategorien eingeteilt: (I) Aussagen basierend auf umfangreicher klinischer Zuversicht, (II) Aussagen basierend auf mäßiger klinischer Zuversicht, (III) theoretische Aussagen, empfohlen unter individuellen Umständen. Aufgrund des Mangels an empirischen Daten bezüglich der Behandlung von Substanzabusus von älteren Personen wird generell angenommen, dass Ergebnisse aus Studien mit jüngeren Populationen auch in dieser Altersgruppe angewendet werden können.

Einige Änderungen verbessern jedoch die Effektivität mancher Therapien, wie ein verlangsamter Ablauf, telefonische follow-ups und schriftliches Informationsmaterial. Weiters wird darauf hingewiesen, dass alte Menschen andere Bedürfnisse bezüglich einer Behandlung haben können. Prinzipiell sollte ein Patient in dem am wenigsten restriktiven Setting, das sicher und effektiv ist, behandelt werden (I). Besteht ein höheres Risiko für schwere Entzugserscheinungen oder erscheint durch eine generelle Komorbidität eine extramurale Entgiftung als zu gefährlich, ist ein Krankenhausaufenthalt zu empfehlen (I). Ein Patient, der eine akute Alkoholentgiftung durchmacht, sollte auf jeden Fall überwacht werden (II). Bei mittleren bis schweren Entzugserscheinungen benötigt man eine Thiamin- und Flüssigkeitssubstitution (I) sowie die Gabe von Benzodiazepinen (I). In der Behandlung von älteren Alkoholikern wird der Einsatz von kurzwirksamen Benzodiazepinen empfohlen. Ist der Patient stabil, können die Benzodiazepine und andere Medikamente wieder reduziert werden, eine weitere Überwachung ist jedoch noch notwendig (I). Naltrexon (I), Acamprosat (I) und

Disulfiram (II) zeigten sich als Medikamente mit mäßiger Effektivität für Alkoholabhängige.

Psychosoziale Ansätze sind essentielle Komponenten einer umfassenden Behandlung (I). Kognitive Verhaltenstherapien (I), Verhaltenstherapien (I) psychodynamische Therapien (III), motivierende Gesprächsführung (I), Kurzinterventionen, Familien- (I) und Gruppentherapien (II) zeigten sich bei einigen Patienten als wirksame Interventionen. Überdies werden die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und der Ansatz des "12-Schritte"-Programms als hilfreich empfunden (I). Generell sollte die Dauer der Behandlung individuell auf den Patienten abgestimmt werden (I). Essentiell ist eine Überwachung in den Phasen, in denen der Patient ein hohes Risiko für einen Rückfall zeigt, wie in den ersten Schritten der Behandlung, Übergangszeiten und im ersten Jahr nach Beendigung der Therapie (I).

Eine Nikotinabhängigkeit wird als eine chronisch rezidivierende Erkrankung beschrieben, daher ist eine gute Arzt-Patienten-Beziehung für mehrere Stoppversuche von Vorteil. Auch alte Raucher sollten zu einer Entwöhnung ermutigt werden, da sie zu einer Steigerung der Gesundheit, sowie einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann. Die Wünsche des Patienten sollten den Behandlungsplan bestimmen, auch der Beginn der Interventionen richtet sich nach dem Status des Patienten.

Eine pharmakologische Behandlung ist für alle Raucher empfehlenswert, die dies wünschen oder einen gescheiterten Stoppversuch ohne Medikation hinter sich haben (I). Die Produkte der Nikotinersatztherapie und Bupropion sind die Medikamente erster Wahl und sollten je nach den Präferenzen des Patienten, Art der Verabreichung und möglichen Nebenwirkungen eingesetzt werden (I). Eine NRT wird auch bei älteren Rauchern als sicher und effektiv angesehen. Aufgrund des potentiellen blutdrucksteigernden Effekts von Bupropion, sollte das Präparat bei alten Menschen mit Vorsicht angewandt werden. Obwohl sich mit einer Kombination von psychosozialen Ansätzen und Medikamenten die besten Ergebnisse erzielen lassen, zeigten sich die Arzneimittel alleine ebenfalls effektiv (I). Clonidin und Nortryptilin werden als Medikamente zweiter Wahl empfohlen, da sie mehr Nebenwirkungen zeigen (II).

Psychosoziale Behandlungen, wie kognitive Verhaltenstherapie (I), Verhaltenstherapie (I), Kurzinterventionen (II) und Motivationsförderung (II) zeigten sich in Einzel- oder Gruppentherapien (I), in telefonischen Diensten (I), als Selbsthilfematerialien (III) oder im Internet (III) als effektive Ansätze.

4.3.13 Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2006): Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Folgende Best Practice Guideline gibt Empfehlungen betreffend der Entgiftung von Personen mit Substanzabusus. Die Aussagen stützen sich auf eine Kombination von wissenschaftlicher Literatur und Expertenmeinungen, eine genaue Evidenzhierarchie ist leider nicht angegeben.

Für die Population der älteren Süchtigen wird ein an das höhere Alter angepasster Ansatz empfohlen, der sowohl unterstützend als auch nicht konfrontierend ist. Für eine Entgiftung ist eine medizinische Umgebung essentiell, da leichter Komplikationen aufgrund von Medikamentenwechselwirkungen und Komorbidität auftreten können. Deshalb ist ebenfalls auf ein gründliches Assessment und eine kontinuierliche Überwachung zu achten. Die in der Guideline beschriebenen Vorgehensweisen für die Entgiftung von Alkohol, Benzodiazepinen und Nikotin scheinen laut den Autoren auch für ältere Menschen anwendbar, solange die erhöhte Sensibilität auf die Medikamente für einen Entzug beachtet werden.

Der Verlauf eines Alkoholentzugs ist unvorhersehbar. Generell gehen die Autoren davon aus, dass bei Patienten mit einem Alkohol- oder Sedativaentzugssyndrom eine stationäre Aufnahme die sicherste Methode darstellt. Benzodiazepine sind das Mittel der Wahl um Entzugssymptome eines Alkoholikers zu vermindern. Dabei ist es wichtig die Medikation rechtzeitig bei den ersten Anzeichen von Entzugssymptomen zu verabreichen, um schwerwiegende Konsequenzen verhindern zu können. Ist der Patient wieder vollkommen stabilisiert, kann mit einer schrittweisen Reduktion der

Benzodiazepine begonnen werden. Eventuell kann eine Unter- oder Überdosierung auftreten, unter anderem abhängig vom Alter, der individuellen Toleranz, einem chronischen Zigarettenkonsum oder der Leberfunktion. Naltrexon und Acamprosat können als zusätzliche Therapie gegen Ende der Behandlung eingesetzt werden. Obwohl sie in der Phase der Entgiftung nicht effektiv sind, können sie helfen, die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Alkoholkonsums zu verringern. Während der Behandlung sollten überdies zwischenmenschliche Unterstützung, eine adäquate Ernährung und Körperpflege angeboten werden.

Ältere Patienten, bei denen ein Benzodiazepinentzug durchgeführt wird, haben ein größeres Risiko zu stürzen oder einen Herzinfarkt und ein Delirium zu erleiden. Eine Behandlung sollte daher immer unter medizinischer Aufsicht erfolgen. Benzodiazepine sollten langsam reduziert werden, ohne Rücksicht auf die vorhergehende Dauer oder Dosierung des Medikaments. Diese Strategie ist bei langwirksamen Benzodiazepinen effektiv, könnte aber bei kurzwirksamen nicht die gewünschte Wirkung zeigen. Daher wird bei Patienten mit kurzwirksamen Benzodiazepinen oft vorher das Medikament durch ein langwirksames ausgetauscht. Wichtig für einen Entzug sind die Vorbereitung des Patienten, dessen Engagement und den Beginn in einer stressfreien Periode festzulegen. Des Weiteren wird geraten, sich einen flexiblen Entgiftungsplan und Strategien zur Behandlung von zugrundeliegenden Angststörungen zurechtzulegen. Es wird vorgeschlagen, dass Techniken betreffend Kognition und Verhalten bei einem Entzug helfen können. Sie können negative Wahrnehmungen ändern und den Patienten unterstützen, seine Ängste abzubauen sowie seinen Schlaf zu verbessern.

Bezüglich eines Nikotinentzugs werden keine bedeutsamen Komplikationen genannt, obwohl viele Patienten einige Stunden nach dem Rauchstopp unangenehme Symptome wahrnehmen. Etwa ein Drittel der Raucher versucht jedes Jahr eine Entwöhnung, 90 % von ihnen ohne medikamentöse oder psychosoziale Unterstützung. Ansätze zur Selbsthilfe wie Anleitungen, Videos, Telefonberatungen oder Gruppentreffen zeigten sich alleine eher wenig erfolgreich, können aber gemeinsam mit anderen Behandlungen sinnvoll sein. Ärztliche Unterstützung und die Entwicklung von Problemlöse- und Bewältigungsstrategien können die Erfolgsraten einer Entwöhnung verbessern.

Zusätzlich zu dem "5-A's"-Modell sollten Rauchern, die zu einem Rauchstopp bereit sind, medikamentöse Unterstützung angeboten werden, sofern keine medizinischen Kontraindikationen bestehen. Alle Produkte der Nikotinersatztherapie zeigen sich als effektiv und können nach einiger Zeit langsam reduziert werden. Auch Bupropion scheint für einen Entzug hilfreich zu sein und sollte bereits ein bis zwei Wochen vor dem Rauchstopp eingenommen werden, um den therapeutischen Spiegel zu erreichen. Besondere Vorsicht gilt jedoch bei Patienten mit Krampfanfällen, starken Alkoholkonsum, Schädeltrauma, Anorexie oder Bulimie. Clonidin ist ein Antihypertensiva und wird als ein Medikament zweiter Wahl in der Raucherentwöhnung empfohlen.

Prinzipiell sollte man den Patienten unterstützend und nicht-wertend gegenüberstehen. Die Aufgabe des Arztes ist es, den Raucher zu beraten, eine medikamentöse Behandlung einzuleiten, ihn über eventuell auftretende Probleme eines Entzugs aufzuklären und bei seinem Versuch emotional zu unterstützen. Patienten mit einer schweren Nikotinabhängigkeit könnten von einem spezialisierten Entwöhnungsprogramm profitieren. Auch die Kombination von Nikotinersatztherapie und Bupropion, dicht aufeinanderfolgende follow-ups und eine längere Behandlungszeit erscheint sinnvoll. Essentiell ist, dass das Gesundheitspersonal über die verschiedenen Institutionen und Programme Bescheid weiß, um eine Zuweisung veranlassen zu können.

4.3.14 Abdullah, A.S., Lam, T.H., Chan, S.K., Leung, G.M., Chi, I., Ho, W.W., Chan, S.S. (2008): Effectiveness of a mobile smoking cessation service in reaching elderly smokers and predictors of quitting. In: BMC Geriatrics, 8(25).

Folgende Vorher-Nachher-Studie untersuchte die Effektivität eines mobilen Raucherentwöhnungsservices für ältere Raucher. Das Team, bestehend aus einem Koordinator und drei examinierten Pflegepersonen, führte Informationsgespräche und Assessments über den Raucherstatus und den Grad der Abhängigkeit durch. Die Gespräche dauerten jeweils ca. eine Stunde, wobei in der ersten Hälfte verschiedene

Aspekte der Raucherentwöhnung wie z.B. die Gefahren des Aktiv- und Passivrauchens, Vorteile des Aufhörens und Ratschläge hierfür behandelt wurden. Im zweiten Teil wurde Raum für Fragen, Diskussionen und Erfahrungsaustausch gegeben. Weiters wurden eine individuell maßgeschneiderte Beratung und Rezepte für Nikotinersatztherapie (Pflaster) angeboten sowie Arrangements für telefonische oder persönliche follow-ups vereinbart. Die Verwendung der Nikotinersatztherapie wurde für eine Dauer von acht Wochen empfohlen. Kurze Telefonanrufe nach der ersten Woche sollten eventuell auftretende Unsicherheiten mit der Therapie klären und die Probanden ermutigen. Nach einem, drei und sechs Monaten wurden jeweils ca. 20-minütige, telefonische Beratungsgespräche zur Rückfallprävention und Datenerhebung durchgeführt. Das Programm basiert auf der sozial-kognitiven Theorie, wonach sich Umwelt, Individuum und Verhalten gegenseitig beeinflussen.

365 Probanden wurden in die Studie inkludiert, von ihnen konnten 87 % nach sechs Monaten für das follow-up telefonisch erreicht werden. 103 Personen gaben zu diesem Zeitpunkt an, in den letzten sieben Tagen nicht geraucht zu haben, bei 74 (20,3 % der Gesamtpopulation) konnte dies biochemisch mittels Urinest nachgewiesen werden. Weitere 94 Personen (25,8 %) erklärten, ihren Zigarettenkonsum um mindestens 50 % verglichen zum Zeitpunkt der Basiserhebungen reduziert zu haben. Als signifikante, unabhängige Prädiktoren für eine erfolgreiche Raucherentwöhnung wurden einerseits das Rauchen von weniger als elf Zigaretten/Tag ($p < 0,01$) und andererseits die Anwendung der Nikotinersatztherapie für mindestens vier Wochen ($p < 0,001$) identifiziert.

Die Autoren verweisen auf die Limitationen der Studie, wie das Fehlen einer Kontrollgruppe und, dass aufgrund der freiwilligen Teilnahme Personen inkludiert wurden, die eine hohe Motivation bezüglich einer Raucherentwöhnung aufzeigten. Ein mobiles Raucherentwöhnungsservice wird jedoch als effektiverer Ansatz gesehen, die Gruppe der über 65-jährigen Raucher zu erreichen.

4.3.15 Tait, R.J., Hulse, G.K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N.T., Jamrozik, K., Almeida, O.P. (2007): Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. In: Addiction, 102(1), S. 148-155.

Ziele der folgenden Vorher-Nachher-Studie waren, eine Kurzintervention mit Zugang zu Nikotinersatztherapie auf ihre Effektivität in der Zielgruppe der ≥ 68 -jährigen Raucher zu überprüfen und mittels einer Kontrollgruppe potentielle gesundheitliche und soziale Motive der Entscheidung für eine Raucherentwöhnung zu ermitteln. 50 der 215 Probanden, die eine Therapie ablehnten, wurden in eine Kontrollgruppe inkludiert und nach sechs Monaten für ein follow-up kontaktiert. Die Interventionsgruppe erhielt individuelle Beratung betreffend Entwöhnungsstrategien und Rückfallprävention sowie schriftliche Informationen über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens und lokale Dienste. Eine Nikotinersatztherapie in Form von Pflastern wurde für maximal zwölf Wochen angeboten, abhängig von der Anzahl der gerauchten Zigaretten/Tag. Weiters wurden die Probanden dazu motiviert, einen Stichtag innerhalb der kommenden sechs Monate festzulegen, an dem sie mit dem Rauchen aufhören wollen. Nach zwei, vier, sechs, acht, zehn und zwölf Wochen wurde ein Telefonanruf durchgeführt, um die Probanden in ihrem Vorhaben zu unterstützen. Ferner wurde ein Telefonservice eingerichtet, an das sich die Personen bei Fragen wenden konnten.

Nach sechs Monaten konnten für 204 Teilnehmer (95 %) erneut Daten erhoben werden. In der Interventionsgruppe gaben 51 Probanden (31 %) an, in den letzten 30 Tagen nicht geraucht zu haben. Bei 42 (25 %) konnte dies durch einen Kohlenmonoxid-Atemlufttest nachgewiesen werden. 33 (20 %) Personen erklärten bereits seit sechs Monaten abstinent zu sein, was durch den Test bestätigt werden konnte. Vergleichbare Ergebnisse wurden in der Untergruppe der ≥ 75 -Jährigen erreicht (25 % und 19 %).

Die Autoren weisen darauf hin, dass die Verifizierung durch den Atemlufttest aufgrund der kurzen Halbwertszeit von Kohlenmonoxid eigentlich nur simuliert ist und die Teilnehmer dazu motivieren sollte, von sich aus wahre Angaben zu machen. In der Kontrollgruppe hatte bis zu dem Zeitpunkt der follow-up Erhebungen niemand zu rauchen aufgehört. Die Probanden in der Interventionsgruppe waren verglichen mit denen der Kontrollgruppen signifikant jünger ($p < 0,001$), erzielten höhere Werte bei

dem FTND ($p = 0,017$) und hatten mehr Versuche hinter sich, mit dem Rauchen aufzuhören ($p = 0,003$). Auch bei der Bewertung von Gründen für eine Raucherentwöhnung wie z.B. "ein schlechtes Vorbild sein", "Geld sparen" oder "sich um die eigene Gesundheit sorgen", ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($p < 0,0063$).

Laut Autoren zeigen die Ergebnisse, dass ältere Raucher, die am Aufhören interessiert sind, gute Ergebnisse in Raucherentwöhnungsprogrammen erzielen können und betonen, dass sie von Medizinern wie jüngere Patienten behandelt werden sollten.

4.3.16 Tait, R.J., Hulse, G.K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N.T., Jamrozik, K., Almeida, O.P. (2008): Two-year outcomes from a cessation of smoking intervention in older adults. In: Journal of Smoking Cessation, 3(2), S. 101-109.

Für folgende Sekundäranalyse der bereits beschriebenen Vorher-Nachher-Studie von Tait et al. (2007) wurden follow-up Daten nach 12 und 24 Monaten erhoben, um über einen Langzeiterfolg Aussagen treffen zu können. Die Assessments wurden primär mittels persönlicher Interviews durchgeführt, in Ausnahmefällen auch telefonisch.

Nach 12 Monaten konnten 183 (85 %) der 215 Probanden erreicht werden. Bei den 29 Personen (18 %) der Interventionsgruppe, die eine totale Abstinenz seit Beginn der Studie angaben, konnte dies mittels des Kohlenmonoxid-Atemlufttest validiert werden. Weiters zeigten sich 40 Personen der Interventionsgruppe (24 %) seit mindestens 30 Tagen rauchfrei. Für das follow-up nach 24 Monaten konnten für 165 (77 %) Probanden erneut Daten erhoben werden. 21 Personen (13 %) erreichten eine totale Abstinenz, während 39 (25 %) angaben, seit mindestens 30 Tagen nicht mehr zu rauchen. Dies konnte durch den Atemlufttest verifiziert werden. Neun (23 %) dieser 39 Personen berichteten einen schlagartigen, kompletten Rauchstopp, einer reduzierte langsam die Dosis und die restlichen 29 (74%) verwendeten Nikotinersatztherapie.

Die Autoren schließen daraus, dass auch die Methode des abrupten Entzugs in Betracht gezogen und der ältere Raucher auch dementsprechend unterstützt werden sollte.

4.3.17 Joyce, G.F., Niaura, R., Maglione, M., Mongoven, J., Larson-Rotter, C., Coan, J., Lapin, P., Morton, S. (2008): The effectiveness of covering smoking cessation services for medicare beneficiaries. In: Health Services Research, 43(6), S. 2106-2123.

Die Autoren der randomisierten Vergleichsstudie wollten die Effektivität von vier verschiedenen Interventionen zur Raucherentwöhnung in fünf amerikanischen Staaten erfassen. 7354 ältere Leistungsempfänger von Medicare wurden in die Studie inkludiert und nahmen je nach Wohnort in folgenden Programmen teil:

2230 Probanden erhielten eine Version der "Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence" (Gruppe 1). Bei 829 Personen wurden von Ärzten kurze Beratungsgespräche über Raucherentwöhnung durchgeführt. Dabei wurde der jeweilige Grad des Willens zur Veränderung bei den Teilnehmern berücksichtigt. Die Kosten hierfür wurden für maximal vier Gespräche/Jahr übernommen (Gruppe 2). Den 2605 Probanden der dritten Gruppe wurden die bereits erwähnten Beratungsgespräche angeboten, sowie die Kostenübernahme für eine Nikotinersatztherapie (Pflaster) oder Bupropion mit einem jeweiligen Selbstbehalt von \$ 5 (Gruppe 3). 1690 Teilnehmer hatten die Möglichkeit zwischen einer proaktiven und einer reaktiven Telefonberatung zu wählen. Bei ersterem wurden von "Quitline"-Beratern zehn Anrufe innerhalb eines Jahres getätigt. Auf die reaktive Hotline hatten die Probanden ein Jahr lang unlimitierten Zugriff und erhielten entweder vorweg aufgenommene Mitteilungen oder ad hoc Beratung. 95 % der 1690 Personen entschlossen sich für die proaktive Form. Weiters erhielten sie den "Clear Horizons"-Leitfaden für Raucher über 50 Jahre und die Kostenübernahme für Nikotinpflaster mit einem Selbstbehalt von \$ 5 (Gruppe 4). Alle 7354 Probanden erhielten ein Paket mit pädagogischen Ratgebern.

Nach sechs und zwölf Monaten wurden per Mail oder Telefon Daten erhoben, wobei die Rücklaufquote 67,5 % und 60,6 % betrug. Nach sechs Monaten gaben in Gruppe 3 (15,8 %) und 4 (21,2 %) mehr Patienten an, seit sieben Tagen nicht geraucht zu haben,

als in den Gruppen 1 (9,9 %) und 2 (11,9 %) ($p = 0,05$). Die “Quitline” übertraf dabei wiederum die Gruppe 3 statistisch signifikant. Nach einem Jahr erklärten in Gruppe 4 mit 19,3 % immer noch mehr Probanden nicht geraucht zu haben, als die in den drei anderen Studiengruppen, wobei die Gruppe 1 signifikant am schlechtesten abschnitt ($p = 0,05$). Die angegebenen Werte wurden nicht durch einen objektiven Test verifiziert.

Die Autoren merken an, dass sie weder über die Anzahl der in Anspruch genommenen Beratungsgespräche, noch über deren Qualität Auskunft geben können. Obwohl sie eine nationale Telefonberatung als effektiv ansehen, wird jedoch auf den Nachteil hingewiesen, dass Raucher dabei eine erhebliche Eigeninitiative zeigen müssen.

4.3.18 Action on Smoking and Health (ASH Scotland) (2010): Tobacco and older adults: a literature review. Edinburgh: ASH Scotland.

Ziel der Literaturübersicht war, relevante publizierte sowie unpublizierte Literatur zu dem Thema “Tabak und Alter” zusammenzufassen. Folgende Interventionen werden generell für Raucher sowie die ältere Population als angemessen bewertet und empfohlen: kurze Beratungsgespräche, fachgemäße Verhaltensinterventionen (persönlich oder in Gruppen) durch ausgebildete Berater und eine Unterstützung durch Nikotinersatztherapie, Bupropion oder Varenicline.

Die Autoren verweisen jedoch auf Vorsichtsmaßnahmen bezüglich eventueller Medikamentenunverträglichkeiten und Komorbiditäten. Prinzipiell sollte auf eine speziell an ältere Raucher angepasste Vorgehensweise nicht verzichtet werden, um die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Entwöhnung zu erhöhen. Geeignet dafür sind spezialisierte Kliniken, Selbsthilfegruppen, Ratgeber und telefonische Unterstützung. Des Weiteren wird vorgeschlagen, dass für ältere Menschen, die gegenüber Raucherentwöhnungsprogrammen abgeneigt sind, insbesondere Einzelgespräche und telefonische Beratungen als effektivste Lösungen erscheinen. Nikotinersatztherapie wird vor allem für ältere Raucher empfohlen, die eine hohe Nikotinabhängigkeit aufweisen, wobei der Kaugummi für Personen mit Zahnersatz womöglich nicht angemessen ist. Derzeitige klinische Empfehlungen gehen davon aus, dass Nikotinersatztherapie,

Bupropion und Varenicline abhängig vom jeweiligen Gesundheitszustand auch für Menschen mit instabilen Herz-Kreislauf-Erkrankungen verschrieben werden können. Um auf die oft eingefahrenen Sichtweisen alter Raucher eingehen zu können, sollten Motivationsstrategien an deren Gesundheitskonzepte und Kultur angepasst sein. In der Frage, ob bei der Zielgruppe eine totale Entwöhnung oder nur eine Reduktion angestrebt werden sollte, stellte sich heraus, dass eine Reduktion die Wahrscheinlichkeit für eine spätere erfolgreiche Abstinenz erhöht. Dennoch sollte diese Strategie von Gesundheitsexperten nicht befürwortet werden, obwohl sie ein Gebiet für weitere Forschung darstellt. Werbekampagnen sollten Themen wie die Auswirkungen des Rauchens auf andere Personen und die Vorbildwirkung auf jüngere Menschen ansprechen. Überdies sollten die gesundheitlichen Risiken des Rauchens und Vorteile einer Entwöhnung hervorgehoben werden. Klinische Handlungsempfehlungen weisen darauf hin, bei jedem Raucher, ungeachtet seines Alters, den Raucherstatus zu erheben, eine Kurzberatung und die Überweisung an Spezialisten zu gewährleisten. Nachdem Personen über 65 Jahre den meisten Kontakt zum Gesundheitswesen aufweisen, sollten Kurzinterventionen von Seiten des Arztes in eine Routinebehandlung integriert werden.

4.3.19 University of Michigan Health System (UMHS) (2006): Smoking cessation. Ann Arbor, Michigan: UMHS.

Basierend auf der Literatursuche bei der Erstellung der Guideline von Fiore et. al (2000) wurde die Datenbank MEDLINE im Zeitraum von 1999 bis 2005 erneut durchkämmt. Die Evidenzhierarchie wurde folgend festgelegt:

A = RCTs, B = CTs, C = Beobachtungsstudien und D = Meinungen von Fach-ausschüssen.

Bezüglich der Gruppe der älteren Raucher zeigten sich Raucherentwöhnungsinterventionen als effektiv und sollten aufgrund von Verbesserungen der Lungenfunktion und Gehirndurchblutung angeboten werden (A). Die Erfolgsquoten von motivierten älteren Probanden stellen sich ähnlich dar wie die von jüngeren Erwachsenen. Beratungen und soziale Unterstützung dürften bei der Rückfallprävention ein hohes Gewicht beigemessen werden (A). Nachdem eine dreiminütige ärztliche

Beratung als wirkungsvoll in der Raucherentwöhnung gesehen wird (A), sollte das “3-A’s and Refer”-Modell mit der Schlüsselkomponente des Assessments angewendet werden:

- ASK: Zu Beginn sollte bei jedem Patienten systematisch der Rauchstatus erhoben werden.
- ADVISE: Dem Patient sollte in einer eindeutigen, soliden und persönlichen Art und Weise angeraten werden mit dem Rauchen aufzuhören.
- ASSESS: Bei jedem Patienten ist dessen Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören zu ermitteln. Ist der Patient mit dem Versuch eines Rauchstopps einverstanden, gibt es die Möglichkeit ihn weiter zu verweisen oder selbst zu behandeln.
- REFER: Der Patient wird an einen Spezialisten, ein Raucherentwöhnungsprogramm oder eine “Quitline” überwiesen.

Ist ein Raucher nicht zu einer Entwöhnung bereit, sollten folgende “5 R’s” zur Motivationssteigerung eingesetzt werden:

- RELEVANCE: Das Rauchen wird mit dem derzeitigen Gesundheitszustand, Kosten des Tabakkonsums, der sozialen Situation, dem Motivationslevel und dem Einfluss auf andere verknüpft.
- RISKS: Der Patient soll potentielle negative Konsequenzen seines Rauchens benennen können. Dabei wird auf die akuten Risiken (Kurzatmigkeit, Unfruchtbarkeit etc.), langfristige Risiken (COPD, Schlaganfall, Karzinome etc.) und die Risiken für die Umgebung (Passivrauchen, Vorbildwirkung, diverse Erkrankungen bei Kindern etc.) eingegangen.
- REWARDS: Persönliche Vorteile einer Abstinenz und alternative Methoden, um die dadurch entstandene Lücke zu füllen, werden mit dem Patienten diskutiert.
- ROADBLOCKS: Mit dem Patienten wird besprochen, wo er mögliche Schwierigkeiten und Barrieren (Ängste, rauchende Partner etc.) bezüglich einer Raucherentwöhnung sieht.

- REPETITION: Unmotivierte Raucher werden bei jedem Besuch mit den vorherigen Strategien konfrontiert.

Wird ein Raucher nicht weiter überwiesen, sollte er beim dem Versuch aufzuhören unterstützt werden (ASSIST): Es sollte gemeinsam ein Datum für den Rauchstopp festgelegt werden. Dies wird mit einem Langzeiterfolg in Verbindung gebracht (C). Der Patient sollte Freunde und Familie über sein Vorhaben informieren, um sich eine soziale Unterstützung zu sichern. Des Weiteren werden vorhergehende Entwöhnungsversuche und die zu erwartenden Probleme (Entzugssymptome, individuelle Barrieren etc.) besprochen. Da ein intensiver Kontakt die Chancen auf einen Erfolg erhöht (A), werden Patienten zu Gruppen- oder Einzelsitzungen überwiesen, die mindestens einmal wöchentlich für die ersten vier bis sieben Wochen nach dem Rauchstopp stattfinden. Besonders Raucher mit mehrfachen Entwöhnungsversuchen, psychiatrischen Erkrankungen oder Personen mit Bedarf an der Aneignung von Problemlöse- und Bewältigungsstrategien, sozialer Unterstützung und Rückfallprävention können von diesem Angebot profitieren. Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass die Teilnahme an diesen Sitzungen von der Motivation des Rauchers abhängt (C). Neben dem zur Verfügung stellen von schriftlichen Ratgebern sollten folgende Informationen weitergegeben werden: Eine totale Abstinenz nach dem selbst gesetzten Datum ist essentiell (D). Alkoholkonsum wird mit der Gefahr eines Rückfalls in Verbindung gebracht (C). Das Vorhandensein von anderen Rauchern im selben Haushalt wird mit einer verringerten Erfolgsquote assoziiert (C). Wurde ein Datum für den Rauchstopp festgelegt, muss eine termingemäße Verlaufskontrolle stattfinden (ARRANGE). Möglichst bald nach dem gesetzten Datum, am besten in der ersten Woche (C), wird mit dem Patienten persönlich oder telefonisch Kontakt aufgenommen. Werden diese Kontaktaufnahmen über einige Wochen getätigt, können sich verbesserte Abstinenzraten zeigen (D). Hat der Patient die Raucherentwöhnung geschafft, sollten die Wichtigkeit der Abstinenz betont und Möglichkeiten diese zu erhalten besprochen werden. Falls der Patient sein Ziel nicht erreicht hat, werden Umstände, Probleme, alternative Verhaltensmaßnahmen und die Überweisung zu spezialisierteren Programmen diskutiert.

Bezüglich der Arzneimitteltherapie zeigen Nikotinersatztherapie, Bupropion Hydrochlorid und Varenicline eine signifikante Verbesserung der Erfolgsquote einer Raucherentwöhnung (A). Überdies vermindert die Nikotinersatztherapie das Auftreten eines Entzugsyndroms bei Rauchern, die einen abrupten Rauchstopp setzen (A). Das Nikotinpflaster sowie der Nasenspray und der Kaugummi weisen die größte Wirksamkeit in den höchst-abhängigen Rauchern (≥ 32 Zigaretten/Tag oder FNDS > 6) auf. Essentiell bei der Nikotinersatztherapie ist die Schulung der Patienten in Anwendung und Dosierung. Zudem sollte die Art der Therapie individuell an den Raucher angepasst werden. Bezüglich der Kombination von verschiedenen Therapiemöglichkeiten zeigen sich Pflaster und Spray gemeinsam effektiver verglichen mit der Anwendung des Sprays als Einzelbehandlung (A). Des Weiteren erwiesen sich Pflaster und Spray als sicher bezüglich Patienten mit stabilen Erkrankungen der Koronararterien (A). Das Medikament Bupropion Hydrochlorid verdoppelt die Erfolgsquote einer Entwöhnung im Vergleich zu Placebo (A), sollte aber mit Bedacht bei Rauchern mit einer Prädisposition für Krampfanfälle eingesetzt werden. Varenicline zeigte ebenfalls bessere Erfolge als Placebo (A), ist aber auch Bupropion überlegen (A). Für nicht-medikamentöse Unterstützung zur Raucherentwöhnung wie Hypnose, Akupunktur etc. lassen sich keine signifikanten Unterschiede zu Placebo feststellen (A).

4.3.20 U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (2008): Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Folgende Guideline ist ein Update der gleichnamigen Guideline aus 2000, basierend auf drei systematischen Übersichtsarbeiten. Als Einstufung der Empfehlungen wurden folgende Evidenzhierarchien festgelegt: A = gestützt auf mehreren gut durchgeführten RCTs, konsistente Ergebnisse, direkte Relevanz bezüglich der Empfehlung; B = gestützt auf wenigen RCTs, inkonsistente Ergebnisse, indirekte Relevanz; C = basierend auf den Konsensus des Panels, keine relevanten RCTs.

Die Autoren sehen die Nikotinabhängigkeit als chronische Erkrankung, bei der manchmal wiederholte Interventionen nötig sind, um einen erfolgreichen Entzug zu

garantieren. Generell sollte bei allen Patienten routinemäßig der Raucherstatus erhoben und dokumentiert werden (A). Nachdem die Literatur zeigt, dass Beratungsgespräche mit dem Arzt signifikant die Abstinenzraten erhöhen können, sollte mit jedem Raucher ein solches durchgeführt werden (A). Bezüglich der Länge eines Arztgespräches zeigten sich intensivere, persönliche und mehrmalige (mindestens vier) Kontakte mit dem Patienten am effektivsten (A). Lehnt ein Raucher eine Entwöhnung ab, sollten Techniken zur Motivationssteigerung durchgeführt werden, wie z.B. die motivierende Gesprächsführung oder die bereits beschriebenen "5 R's" (B). Als psychosoziale Interventionen werden eine proaktive telefonische Beratungsform, Gruppen- oder Einzelberatungen empfohlen (A). Zwei Arten der Beratung und Verhaltenstherapie führen zu höheren Abstinenzraten und sollten deshalb Komponenten jeder Raucherentwöhnung sein: 1) das Trainieren von Strategien zur Problemlösung und 2) das Anbieten von Unterstützung und Ermutigung (B). Des Weiteren sollten Informationsmaterialien an den jeweiligen Raucher angepasst sein (B). Alle Raucher die einer Raucherentwöhnung zugestimmt haben, sollten gleich nach der Behandlung und einige Zeit später kontaktiert werden, um den Erfolg zu überprüfen und weitere Unterstützung zu gewährleisten (C).

Die Kombination einer Beratung mit medikamentöser Therapie zeigt sich effektiver als die jeweiligen Interventionen alleine und sollte daher jedem Patienten angeboten werden (A). Hinsichtlich einer medikamentösen Therapie lassen sich folgende Aussagen treffen: Jeder Patient sollte in einer Verwendung von Medikamenten in seiner Raucherentwöhnung bestärkt werden, es sei denn, sie sind kontraindiziert (A). Bupropion (A) und Varenicline (A), sowie die verschiedenen Formen der Nikotinersatztherapie wie das Pflaster (A), der Inhalator (A), die Lutschtablette (B), der Nasenspray (A) und der Kaugummi (A) zeigen sich als effektive und sichere Mittel zur Raucherentwöhnung. Als zweite Wahl können vom Arzt Clonidin (A) und Nortriptylin (A) verschrieben werden. Die Anwendung sollte jedoch nur unter Supervision erfolgen und der Voraussetzung, dass die vorher genannten Medikamente nicht die gewünschte Wirkung zeigen. Effektive Kombinationen der Medikamente erster Wahl sind das Nikotinpflaster (Anwendung > 4 Wochen) mit Nikotinspray oder Kaugummi, das

Nikotinpflaster in Verbindung mit dem Nikotininhalator und das Nikotinpflaster kombiniert mit Bupropion (A).

In Hinblick auf die Population der ≥ 65 -Jährigen stützen sich die Empfehlungen auf einzelne RCTs, wobei angenommen wird, dass die in der Guideline beschriebenen Interventionen auch für ältere Raucher als empfehlenswert und wirkungsvoll betrachtet werden können (B). Speziell für ältere Patienten wird die Bedeutung des "4-A's"-Modell (ask, advice, assist, arrange follow-up) sowie der folgenden Maßnahmen genannt: Beratungsdienste, Arztgespräche, "buddy support"-Programme, an ältere Raucher angepasstes Informationsmaterial zur Selbsthilfe, telefonische Beratungsdienste und das Nikotinpflaster.

4.3.21 Miller, N., Frieden, T.R., Liu, S.Y., Matte, T.D., Mostashari, F., Deitcher, D.R., Cummings, K.M., Chang, C., Bauer, U., Bassett, M.T. (2005): Effectiveness of a largescale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. In: Lancet, 365(9474), S. 1849-1854.

Ziel der Vorher-Nachher-Studie war es, den Erfolg einer groß angelegten Verteilung von Nikotinplastern in New York zu bewerten. Zeitungen, Fernsehen und Radiostationen berichteten über das Programm, mit dem Aufruf bei der New York State Smokers' Quitline anzurufen, um sich ein kostenloses Paket der Nikotinersatztherapie zu sichern. 34090 Personen erhielten Nikotinpflaster in unterschiedlichen Dosierungen (21 mg, 14 mg und 7 mg) für jeweils zwei Wochen. Mitgeliefert wurden eine Gebrauchsanweisung, ein Selbsthilferatgeber und eine Liste von lokalen Anbietern einer Raucherentwöhnung. Nach jeweils drei und 14 Wochen wurden kurze Beratungstelefonate getätigt, um bei eventuell auftretenden Problemen helfen zu können und die Raucher zu einem Rauchstopp zu ermutigen.

Für ein telefonisch durchgeführtes follow-up nach sechs Monaten wurde eine randomisierte Stichprobe von 1305 Personen herangezogen. Ein "Nein" auf die Frage "Haben Sie in den letzten sieben Tagen eine Zigarette geraucht?" wurde als erfolgreiche Entwöhnung gewertet. 85 Raucher (7 %) der Stichprobe waren Personen ≥ 65 Jahre. Sie

zeigten eine bemerkenswerte Rauchstopprate von 47 % (40 Probanden) und hatten damit signifikant bessere Werte als andere Altersgruppen.

Laut Autoren zeigt die Studie, dass durch kostenloses Anbieten von Nikotinersatztherapie und deren für Raucher bequeme Zusendung per Post viele Personen dazu animiert werden können einen Rauchstopp zu versuchen. Dennoch weisen sie auf die relativ kleine Gruppe der ≥ 65 -Jährigen hin, die durch das Programm angesprochen werden konnten und vermuten die Probleme in der Erreichbarkeit durch die Medien, im telefonischen Anmeldemodus oder im Fehlen einer Email-Adresse. Die Raucher, die trotz dieser Barrieren teilnahmen, zeigten sich als eine besonders motivierte und erfolgreiche Gruppe bei der Raucherentwöhnung.

4.3.22 Petrovic, M., Pevernagie, D., Mariman, A., Van Maele, G., Afschrift, M. (2002): Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. In: European journal of clinical pharmacology, 57(11), S. 759-764.

Die Autoren der RCT wollten die Wirkung von Lormetazepam verglichen mit Placebo auf die Entzugsrate, Schlafqualität und Entzugssymptome untersuchen. Dafür wurden 40 ältere Probanden > 70 Jahre einer geriatrischen Abteilung, die seit mindestens drei Monaten Benzodiazepine einnehmen, in die Studie inkludiert. In der ersten Woche wurde die ursprüngliche Medikation durch das gering dosierte Benzodiazepin Lormetazepam 1 mg (Interventionsgruppe) oder Placebo (Kontrollgruppe) ersetzt. Danach wurde die Medikation vollkommen gestoppt. Nach drei, acht, 15 und 30 Tagen wurde der "Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)" durchgeführt, ein Fragebogen, der die Schlafqualität beurteilt. Ein Ergebnis von fünf wurde als Grenzwert beschrieben, wobei höhere Werte einen schlechteren Schlaf bedeuten. Zu den gleichen Zeitpunkten wurden auch mittels dem "Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire" die auftretenden Entzugssymptome beobachtet. Weiters bot man den Probanden während des Studienverlaufs psychologische Hilfe an.

Nach 30 Tagen hatten in der Interventionsgruppe 16 der 20 Probanden (80 %) einen erfolgreichen Entzug hinter sich, verglichen mit 10 Probanden (50 %) in der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Während der Entwöhnung stiegen in beiden Gruppen die Werte des PSQI und des BWSQ an, um daraufhin wieder zu sinken. Die höchsten Werte zeigten sich in der Kontrollgruppe, wobei in der Interventionsgruppe die subjektive Schlafqualität nach drei, 15 und 30 Tagen signifikant besser und die Entzugssymptome nach 15 und 30 Tagen signifikant geringer ausfielen. 14 Probanden (35 %) stiegen während des Studienverlaufs aus, 4 in der Interventionsgruppe und 10 in der Kontrollgruppe. Nach einem Jahr nahmen nur mehr 12 der insgesamt 40 Probanden (30 %) keine Benzodiazepine ein. Von ihnen waren acht aus der Interventionsgruppe.

Die Studienautoren geben einerseits die geringe Studienpopulation und andererseits die ungleiche Dropout-Rate als Limitationen der Studie an. Dennoch konnten sie eine signifikant niedrigere Therapietreue in der Kontrollgruppe feststellen. Dass die subjektive Schlafqualität sich anfangs verschlechterte und dann wieder anstieg, könnte sich laut Autoren auch durch die zuerst ungewohnte Umgebung des Krankenhauses erklären lassen. Prinzipiell sei eine vorherige Substitution mit einem gering dosierten Benzodiazepin angebracht, da ein Entzug, vor allem bei Patienten mit Benzodiazepineinnahme verbunden mit Alkoholkonsum, zu schweren Entzugssymptomen führen kann. In dieser Studie wurde dies bei zwei Personen in der Kontrollgruppe beobachtet. Eine habituelle Einnahme von Benzodiazepinen könnte eine psychologische Abhängigkeit erleichtern, bei 57 % der ausgeschiedenen Probanden war dies der Grund. Daher sollte eine kognitive Verhaltenstherapie in die Entzugsprogramme inkludiert werden.

4.3.23 Curran, H.V., Collins, R., Fletcher, S., Kee, S.C.Y., Woods, B., Iliffe, S. (2003): Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. In: Psychological Medicine, 33(7), S. 1223-1237.

Folgende RCT untersucht den Effekt eines Entzugs von Benzodiazepinen bei 104 Personen ≥ 65 Jahre, die seit mindestens sechs Monaten täglich das Psychopharmakon

eingekommen hatten. Bei 55 Probanden wurde die Dosis des Benzodiazepins acht bis neun Wochen stufenweise reduziert, alle zwei Wochen um 2,5 mg (Gruppe 1). Danach wurde bis zur 24. Woche ein Placebo verabreicht. In Gruppe 2 nahmen 49 Probanden für 12 Wochen ihre ursprüngliche Medikation ein, dann wurde wie in Gruppe 1 verfahren. Als Kontrollgruppe fungierten 34 Personen, die einen Entzug ablehnten. Die Probanden erhielten eine Broschüre über Schlaf und Schlafhygiene, sowie das Angebot von einer telefonischen Unterstützung Gebrauch zu machen.

Nach 24 Wochen konnten 83 der 104 Probanden (80 %) erneut untersucht werden. Sie hatten einen erfolgreichen Entzug hinter sich. Um verschiedene Aspekte der Lebensqualität erfassen zu können wurde der "SF-36 (Medical Outcomes Study Short-form 36)" verwendet. Verglichen mit der Kontrollgruppe zeigten sich in den zwei Interventionsgruppen in der Unterkategorie "körperliche Funktion" während den Wochen 0 - 24 bessere Werte ($p < 0,005$). Auch in der Kategorie "Vitalität" schnitten die zwei Gruppen von Woche 0 - 52 besser ab ($p < 0,015$), sowie bei der Kategorie "Sozialverhalten" mit einer Signifikanz $p < 0,05$ von Woche 0 - 24 und $p < 0,015$ in Woche 52. Bezüglich der Schlafqualität, erfasst durch Schlaftagebücher, zeigten sich keine Unterschiede zwischen den zwei Interventionsgruppen untereinander, sowie verglichen mit der Kontrollgruppe. Weiters fand man eine positive Korrelation zwischen der Medikamentendosis und der subjektiven Schlafprobleme. Dies lässt laut Autoren darauf schließen, dass über eine längere Zeit eingenommene Benzodiazepine bei älteren Menschen den Schlaf nicht verbessern. Ebenso wurde eine erhöhte Wachheit nach dem Entzug berichtet.

Als große Hilfe während eines Entzugs sehen die Autoren eine "Blinded Tapering Therapy", um den psychologischen Aspekt einer Medikamenteneinnahme gerecht zu werden. In dieser Studie waren die Patienten nicht darüber aufgeklärt, wann sie ein Benzodiazepin oder ein Placebo erhielten. Nach dem abrupten Absetzen des Placebos nach der 24. Woche hatten viele Probanden Bedenken. Sie konnten durch den Aspekt, schon seit längerem keine Medikation mehr erhalten zu haben, wieder beruhigt werden.

4.3.24 Petrovic, M., Pevernagie, D., Van Den Noortgate, N., Mariman, A., Michielsen, W., Afschrift, M. (1999): A programme for short-term withdrawal from benzodiazepines in geriatric hospital inpatients: success rate and effect on subjective sleep quality. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 14(9), S. 754-760.

Mittels der Vorher-Nachher-Studie wollten die Autoren die kurzfristige Wirkung des Benzodiazepins Lormetazepam und des Antidepressivums Trazodon in einem Entzug bei älteren Patienten einer geriatrischen Abteilung untersuchen. Um ein plötzliches Absetzen zu vermeiden, erhielten 24 Probanden eine Woche lang Lormetazepam 1 mg (Gruppe 1) und die restlichen 25 Personen Trazodon 50 mg (Gruppe 2), danach wurde die Medikation gestoppt. Nach einer, zwei und sechs Wochen wurde die Schlafqualität mittels der "Groningen Sleep Quality (GSQ)"-Skala erfasst.

Nach sechs Wochen hatten insgesamt 38 (77,6 %) Patienten - 18 Probanden (75 %) in Gruppe 1 und 20 (80 %) in Gruppe 2 - einen erfolgreichen Entzug hinter sich. Von den restlichen 11 Patienten, begannen vier (8,2 %) wieder mit der Benzodiazepineinnahme im Krankenhaus und sieben (14,3 %) zu Hause. Betreffend die Schlafqualität fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Die Autoren merken an, dass sich möglicherweise der ausgiebige Kontakt zu Psychologen, Pflegepersonal und Ärzten während des Krankenhausaufenthaltes positiv auf den Entzugsverlauf ausgewirkt hat. Da das follow-up nach sechs Wochen nur kurzfristige Ergebnisse liefert, können keine Aussagen über die Beständigkeit der erfolgreichen Entwöhnungen gegeben werden.

4.3.25 Brymer, C., Rusnell, I. (2000): Reducing substance dependence in elderly people: The side effects program. In: The Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 7(3), S. 161-166.

Folgende Vorher-Nachher-Studie erstellte ein Programm, um bei älteren Patienten mit Verdacht auf eine Substanzabhängigkeit die Einnahme von Benzodiazepinen und Betäubungsmitteln zu reduzieren. Als Definition einer Abhängigkeit wurde die der DSM-

IV herangezogen. Speziell geschulte Pflegepersonen oder Sozialarbeiter besuchten für ein Assessment überwiesene Patienten zu Hause, wobei alle Medikamente – verschreibungspflichtige sowie rezeptfreie – durchgesehen wurden. Nach dieser ersten Einschätzung wurden die Patienten von einem Geriater begutachtet und ein Behandlungsplan vorgeschlagen, der auch an den Hausarzt und andere Gesundheitsdienstleister des Patienten übermittelt wurde. Weiters wurden unterstützende Beratungen angeboten und die Patienten dazu motiviert an Gruppentreffen teilzunehmen. Durch Informationen, Beratung und das Setzen von Zielen wurden die Probanden dazu ermutigt, ihre Lebensführung und die Medikamenteneinnahme zu verändern. Das inkludierte Informationen über mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen, Auswirkungen der Sucht auf das tägliche Leben und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien. Zusätzlich wurden Themen wie Einsamkeit, Trauer, Älterwerden, Gesundheit und familiäre Beziehungen angesprochen. 55 Probanden nahmen an dem Programm teil und wurden ein Jahr lang beobachtet.

Bei 23 Teilnehmern zeigte sich eine Alkoholsucht, 20 waren von Benzodiazepinen abhängig, sechs von Betäubungsmittel und in weiteren sechs ließ sich eine gemischte Abhängigkeit feststellen. Nach sechs Monaten wurden bei 32 Probanden erneut Daten erhoben, das ergibt ein follow-up von knapp 60 %. Zu diesem Zeitpunkt zeigten sich signifikante Reduktionen im Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten ($p = 0,002$), Benzodiazepinen ($p = 0,01$) und Betäubungsmittel ($p = 0,04$). Weiters wurden die Ergebnisse des “Folstein Mini Mental Status Examination (MMSE)”, des “Even-Briefer Assessment Tool for Geriatric Depression” und die “Activities of daily living (ADLs)” erhoben. Sie zeigten nur bezüglich der Depressionswerte eine signifikante Verbesserung ($p = 0,02$). Während sich keine Veränderung in der Anzahl der Besuche beim Arzt oder in der Notaufnahme feststellen ließ, konnten jedoch die Krankenhausaufenthalte signifikant reduziert werden ($p = 0,001$). Für zwölf Probanden wurde eine Beurteilung der Lebensqualität mittels der “Short Form (SF)-36“ und der “Columbia (C)-100 Scale” durchgeführt. Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Kategorie “Kontrolle über das eigene Leben haben” des C-100 ($p = 0,03$).

Als Limitation der Studie gaben die Autoren das geringe follow-up an und die damit unvollständige Datenerhebung, wodurch die Ergebnisse nicht generalisierbar sind. Die meisten Patienten und Angehörigen dieser Studie schätzten die Abhängigkeit als nicht problematisch ein. Dies hängt laut Autoren auch mit dem Umstand zusammen, dass einige Allgemeinmediziner dem Substanzabusus im Alter wenig Bedeutung beimessen.

4.3.26 Salzman, C., Fisher, J., Nobel, K., Glassman, R., Wolfson, A., Kelley, M. (1992): Cognitive improvement following benzodiazepine discontinuation in elderly nursing home residents. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 7(2), S. 89-93.

In folgender kontrollierten Studie wurden bei älteren Bewohnern eines Pflegeheimes die Benzodiazepineinnahmen schrittweise reduziert. 13 Bewohner, die einem Absetzen der Medikation zustimmten, kamen in die Interventionsgruppe. 12 Personen gaben keine Einwilligung und stellten somit die Kontrollgruppe dar. Alle 25 Probanden wurden von einem Psychologen und einer Pflegeperson bezüglich kognitiver Leistung und Gedächtnisleistung getestet. Dazu wurden der "Wechsler Adult Intelligenz Scale-Revised (WAIS-R)" und ein Vigilanztest durchgeführt. Anschließend begann der Entzug, der nach keinem strikten Plan verlief und nach zwei Wochen beendet war. Zwei bis drei Wochen nach der Entwöhnung wurden beide Gruppen erneut getestet. Die Probanden in der Interventionsgruppe zeigten signifikante Verbesserungen des Gesamtgedächtnisses ($p < 0,004$), des unmittelbaren Erinnerns ($p < 0,03$), und des Erinnerns von Zahlen ($p < 0,05$) verglichen mit der Kontrollgruppe. Nach einem Jahr konnten 10 der 13 Probanden in der Interventionsgruppe erreicht werden. Von ihnen hatten 4 erneut eine Benzodiazepineinnahme begonnen, somit lebten nachweislich 46 % der ursprünglichen Interventionsgruppe nach zwölf Monaten ohne Benzodiazepine.

Obwohl die Studienpopulation sehr gering war, merken die Autoren an, dass eine Entwöhnung von Benzodiazepinen bei alten Menschen erfolgreich und ohne Auftreten von Schlafproblemen oder auffälligen Verhalten durchgeführt werden kann. Weiters schließen sie aus ihren Ergebnissen, dass kognitive Einschränkungen, die mit einer langzeitigen Benzodiazepineinnahme in Zusammenhang stehen, reversibel sind.

4.3.27 Gilbert, A., Owen, N., Innes, J.M., Sansom, L. (1993): Trial of an intervention to reduce chronic benzodiazepine use among residents of aged-care accommodation. In: Australian and New Zealand journal of medicine, 23(4), S. 343-347.

Die Autoren der RCT beschreiben als mögliche Gründe für den hohen Benzodiazepinkonsum in der älteren Bevölkerung einerseits das Einfordern der Patienten und eine mögliche Abhängigkeit, auf der anderen Seite die Verschreibungsgewohnheiten der Allgemeinmediziner und das Verhalten des Betreuungs- und Pflegepersonals. Daher entwickelten sie ein ganzheitliches Programm, um einen unangemessenen Benzodiazepingebrauch zu reduzieren. Zwei Pflegeheime der gleichen Organisation wurden für die Studie herangezogen und per Münzwurf in Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Mit den Ärzten der Probanden aus der Interventionsgruppe wurde das Programm durchbesprochen. Dabei forderte man sie auf, ihre Patienten zu einer Reduktion der Benzodiazepine zu ermutigen. Zwei Psychologen führten über drei Wochen acht 40-minütige Entspannungskurse durch, wobei eine passive Muskelentspannungstechnik angewandt wurde. Weiters erhielten die Probanden ein Tonband mit der Entspannungsübung, um außerhalb der Kurse üben zu können. Sie wurden über Schlaf, Ängste und Medikamentenkonsum informiert und dazu aufgefordert, die Übung bei diesbezüglichen Problemen anzuwenden und ihre Benzodiazepineinnahme zu reduzieren. Falls sich bei einem Bewohner Probleme betreffend der Übung oder eines Entzugs zeigten, wurde er persönlich von einem Psychologen besucht. Das Heimpersonal wurde über mögliche Auswirkungen eines Benzodiazepinentzugs informiert und wie sie den Bewohnern in diesem Fall helfen können. Sie vermerkten alle Zwischenfälle in einem Notizbuch, das täglich von einem Forscher durchgesehen wurde. Die Teilnehmer beider Gruppen wurden zu Beginn, nach vier und zwölf Wochen jeweils etwa 40 Minuten interviewt. Dabei wurde die Ergebnisse des "Mini Mental Status Examination (MMSE)" und des "Positive and Negative Affect Scale (PANAS)" erhoben, sowie eine subjektive Gesundheitseinschätzung und die Bewertung der Schlafzufriedenheit. Der MMSE ist ein Instrument zur Erfassung der kognitiven Funktionen, während der PANAS emotionale Empfänglichkeit mittels positiver (PA) und negativer Affekte (NA) misst. Niedrige PA- oder NA-Werte lassen auf einen Mangel an emotionaler Beteiligung schließen.

Insgesamt nahmen 60 Bewohner an der Studie teil, 27 in der Interventionsgruppe und 33 in der Kontrollgruppe. 70 % der Interventionsgruppe nahmen zu Beginn der Studie Benzodiazepine, in der Kontrollgruppe waren es 76 %. Nach zwölf Wochen konnten die Probanden der Interventionsgruppe ihren Benzodiazepinkonsum signifikant auf 35 % reduzieren ($p < 0,001$), in der Kontrollgruppe zeigte sich keine Veränderung während des Studienverlaufs. Es zeigten sich weder bei den MMSE-werten, noch bei der Einschätzung der Gesundheit und Schlafzufriedenheit signifikante Unterschiede. Lediglich bei der PANAS waren ein Anstieg der PA und der NA in der Interventionsgruppe, verglichen mit der Kontrollgruppe, zu messen ($p < 0,05$).

Die Autoren spekulieren, dass womöglich die mit einem Entzug verbundenen Ängste die NA-Werte anstiegen ließen, und die Teilnahme an dem Entspannungskurs die PA-Werte erhöhten. Während der Studie konnten nur sehr milde und kurzfristige Entzugssymptome beobachtet werden. Durch den ganzheitlichen Ansatz lässt sich nicht herausfiltern, welche Komponente(n) für die positiven Ergebnisse verantwortlich ist/sind.

4.4 Ergebnisse

4.4.1 Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Aus der beschriebenen Literatur lässt sich der Schluss ziehen, dass das Thema des Alkoholmissbrauchs im Alter bisher wenig Aufmerksamkeit erhalten hat. Auf der anderen Seite zeigt die spärliche wissenschaftliche Evidenz bezüglich der Behandlung von älteren suchtgefährdeten und süchtigen Menschen, dass durch das Setzen von oft nur geringen Interventionen der Alkoholkonsum effektiv reduziert werden kann (Gordon et al., 2003; Fink et al., 2005; Mundt et al., 2005; Zanjani et al., 2008). Obwohl die Wichtigkeit von altersentsprechenden Ansätzen betont wird, können laut Meinung einiger Autoren auch Strategien, die sich bei jüngeren Populationen als erfolgreich erwiesen haben, bei älteren Patienten angewendet werden (APA, 2006; CSAT, 2006). Folgend werden die wichtigsten Ergebnisse in drei Kategorien zusammengefasst, wobei angemerkt werden muss, dass die einzelnen Interventionen oft ineinandergreifen bzw. kombiniert werden.

Entzug und medikamentöse Unterstützung

Da ein Entzug bei älteren Patienten generell als risikoreicher angesehen wird, sollte er nach genauem Assessment und unter kontinuierlicher Überwachung stationär erfolgen (CSAT 1998; CSAT, 2006; DoHA, 2009; APA, 2006). Benzodiazepine sind das Mittel der Wahl zur Behandlung von Entzugssymptomen (CSAT, 2006). Da jedoch langwirksame Benzodiazepine zu einer zu tiefen Sedierung in alten Patienten führen können (DoHA, 2009), sollten kurzwirksame bevorzugt eingesetzt werden (DoHA, 2009; HIGN, 2008; APA, 2006). Dabei sollte etwa mit einem Drittel bis der Hälfte der normalen Medikamentendosis begonnen werden (CSAT, 1998). Unter sorgfältiger Beobachtung kann die Medikation nach einer Stabilisierung des Patienten wieder langsam reduziert werden (APA, 2006; CSAT, 1998; CSAT, 2006). Als wichtige zusätzliche Behandlungen werden Vitamin- und Elektrolytsubstitutionen, eine unterstützende Pflege und adäquate Ernährung bzw. eine Gabe von Ergänzungsnahrung beschrieben (DoHA, 2009; CSAT, 2006).

Naltrexon, Acamprosat und Disulfiram werden in der Literatur als wirksame Medikamente für Alkoholabhängige beschrieben, Ergebnisse in der älteren Population fehlen jedoch (APA, 2006; Health Canada, 2002; CSAT, 2006). Naltrexon ist ein Opioidantagonist und soll den Belohnungseffekt bei Alkoholkonsum entgegenwirken (APA, 2006). Das Medikament zeigte sich als gut verträglich und effektiv in der Reduktion von Rückfällen (CSAT, 1998; CSAT, 2006). Das HIGN (2008) weist jedoch darauf hin, dass die Anwendung überwacht werden und nur kurzzeitig erfolgen sollte, sowie in Verbindung mit psychosozialen Interventionen. Gemäß dem CSAT (2006) kann Naltrexon, wie das Medikament Acamprosat, als zusätzliche Therapie gegen Ende einer Entgiftung eingesetzt werden. Die genaue neuropharmakologische Wirkung von Acamprosat scheint noch unklar. Es wirkt an Glutamatrezeptoren und normalisiert so das bei Alkoholikern vorkommende abweichende Glutamat-System, das für einen langwierigen Entzug und das Verlangen nach Alkohol verantwortlich sein soll. Disulfiram hemmt den Abbau von Alkohol und führt bei Alkoholkonsum zu einer Unverträglichkeitsreaktion mit Symptomen wie Hitzegefühl, Rötze, Übelkeit, Erbrechen und Hypotonie. Es sollte nie ohne das Wissen und den Einverständnis des Patienten verabreicht werden (APA, 2006). Bezüglich der Anwendung von Disulfiram bei älteren Menschen werden in der Literatur Bedenken geäußert (CSAT, 1998).

Psychosoziale Ansätze

Psychosoziale Ansätze verfolgen das Ziel, die Selbstwirksamkeit des alten Menschen zu erhöhen und sein soziales Netz aus- bzw. aufzubauen (Health Canada, 2002). Die APA (2006) sieht sie als essentielle Komponenten einer umfassenden Behandlung und beschreibt folgende, als wirksam eingestufte Behandlungen: kognitive Verhaltenstherapie, motivierende Gesprächsführung, Kurzinterventionen, Familien- und Gruppentherapien sowie Selbsthilfegruppen.

Die patientenzentrierten Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie und motivierenden Gesprächsführung gehen auf die Überzeugungen und Gefühle ein, die dem Substanzmissbrauch zugrunde liegen und holt den Patienten dort ab, wo er sich befindet (Health Canada, 2002; CSAT, 1998). Sie zeigen sich in dem ganzen

Behandlungsverlauf und der Rückfallprophylaxe hilfreich, da sie Eigenkontrolle, Zielsetzungen, Belohnungen bei Zielerreichung, Analyse von Trinksituationen und -verhalten, und das Erlernen von Bewältigungsstrategien inkludieren (APA, 2006). Die Technik der motivierenden Gesprächsführung wurde in Kurzinterventionen in Gordon et al. (2003) und Lee et al. (2009) angewendet und führte zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums.

Kurzinterventionen werden als zeitlich limitierte, therapeutische oder präventive Beratungen gesehen, die Assessment, Feedback, Informationen, Selbsthilfematerialien und Zielsetzungen inkludieren (CSAT 1998). Sie können von verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem und in unterschiedlichen Settings angewandt werden (CSAT, 1998; Health Canada, 2002). Die Schlüsselemente einer Kurzintervention lassen sich in der Abkürzung "FRAMES" zusammenfassen (HIGN, 2008):

- **FEEDBACK:** individuelles Feedback über das Trinkverhalten, Risiken und Konsequenzen. Besprechen der Gründe für den Alkoholkonsum und dessen Rolle im Leben des Patienten.
- **RESPONSIBILITY:** Betonung der Eigenverantwortung und Entscheidung des Patienten den Alkoholkonsum zu reduzieren.
- **ADVICE:** Beratung des Patienten.
- **MENU:** Informationen über Strategien bezüglich Erkennen und Umgehen mit Risikosituationen.
- **EMPATHY:** Durchführen der Interventionen auf eine warme, verständnisvolle und reflektierende Art und Weise.
- **SELF-EFFICACY:** Erhöhung der Selbstwirksamkeit, des Glaubens an die eigenen Ressourcen.

Kurzinterventionen zeigen sich als wirksame Behandlung bei älteren Patienten (Gordon et al., 2003; Zanjani et al., 2008; Lee et al., 2009; Mundt et al., 2005; Oslin et al., 2005 und 2006) und sollten vor allem bei Risikotrinkern bzw. Menschen mit milden bis mittelmäßigen Substanzabusus eingesetzt werden (DoHA, 2009; Health Canada, 2002).

Gordon et al. (2003) zeigten in ihrer Studie, dass die Intervention nicht äußerst intensiv sein muss, um den gewünschten Effekt zu haben und empfehlen daher, Kurzinterventionen in die Routinebehandlungen eines Mediziners zu implementieren. Gemäß der Studie von Fink et al. (2005) kann allein ein individuelles Feedback über die Einschätzung des Alkoholkonsums und dessen Risiken sowie eine Aufklärung den Alkoholkonsum in der älteren Population effektiv reduzieren. Des Weiteren wirken diese Maßnahmen auch präventiv bei Personen mit ungefährlichen Alkoholkonsum (Fink et al., 2005).

Familienmitglieder, Betreuungspersonen und andere Bezugspersonen spielen eine wichtige Rolle in der Unterstützung eines Patienten. Sie sollten daher in Beratung und Interventionen miteinbezogen werden (APA, 2006; CSAT, 1998; Health Canada, 2002; HIGN, 2008;). Das CSAT (1998) beschreibt eine Intervention, in der der Patient mit wichtigen Menschen in seinem Leben konfrontiert wird, die über ihre Erfahrungen mit seinem Abusus sprechen. Es wird empfohlen, maximal zwei nahestehende Personen in diese Behandlungsform zu inkludieren und sie sorgfältig auszuwählen (CSAT, 1998). Selbsthilfegruppen können dabei helfen, einen Rückfall zu vermeiden (HIGN, 2008; APA, 2006), und fördern die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte (Health Canada, 2002). Ältere Süchtige können am meisten davon profitieren, wenn die Gruppen an ihre Bedürfnisse angepasst sind und aus Gleichaltrigen bestehen (APA, 2006).

Speziell angepasste Vorgehensweisen

Einige Autoren betonen die Wichtigkeit, psychologische sowie pharmakologische Behandlungsstrategien an die Bedürfnisse alter Menschen anzupassen (APA, 2006; CSAT, 1998; DoHA, 2009; Health Canada, 2002; Lee et al., 2009; CSAT, 2006). Voraussetzung dafür ist, das Alkoholproblem eines Patienten zu erkennen und ein ausführliches Assessment durchzuführen (CSAT, 1998; DoHA, 2009, HIGN, 2008; Zanjani et al., 2008). Für das CSAT (1998) stellt das Assessment eine Möglichkeit dar, den Patienten vor Ort aufzuklären und zu beraten. Stellt sich bei einem älteren Patienten ein Alkoholabusus heraus, sollte seine Bereitschaft zu einer Änderung gemäß dem

transtheoretischen Modell nach Prochaska und Di Clemente ermittelt werden (HIGN, 2008). Auch das CSAT (1998) und Health Canada (2002) plädieren dafür, das Stadium, in dem sich der Patient befindet, zu akzeptieren und alle weiteren Interventionen darauf abzustimmen. Die Ziele einer Behandlung sollten vom Patienten selbst bestimmt werden und oftmals steht nicht die Sucht im Vordergrund, sondern andere Probleme im Leben des alten Menschen.

Das Prinzip der Schadensminimierung konzentriert sich auf die Gefahren, die von einer bestehenden Sucht ausgehen und weniger auf die Sucht an sich. Es sollte solange angewendet werden, bis der Patient seinen eigenen Abusus als grundlegendes Problem ansieht (Health Canada, 2002). Lee et al. (2009) haben in ihrer Studie dieses Prinzip angewandt und kommen zu dem Schluss, dass ältere Menschen so eher angesprochen werden als von einem Ansatz, der ihr Trinkverhalten als Sucht ansieht.

Prinzipiell sollten immer die weniger intensiven Interventionen zuerst versucht werden und die Behandlungen seniorenzentriert erfolgen (CSAT, 1998). Darunter wird ein unterstützender und nicht konfrontierender Ansatz verstanden (APA, 2006; CSAT, 1998, Health Canada, 2002). Der Fokus sollte auf den Stressoren liegen, die mit dem höheren Alter in Verbindung gebracht werden, wie Einsamkeit, Depression und Verlust. Essentiell dabei ist immer der Auf- bzw. Ausbau des sozialen Netzes des Betroffenen. Des Weiteren sollte das Personal in der Arbeit mit alten Menschen erfahren bzw. speziell ausgebildet sein. Damit ein multidisziplinäres Team gut zusammenarbeiten kann, müssen die verschiedenen Dienstleistungen und Institutionen mit einander verknüpft, sowie ein gut funktionierendes Case-Management etabliert sein. Generell sind in der Arbeit mit älteren ein ganzheitlicher Ansatz, Respekt, ein altersspezifisches Setting und die Ansicht, dass alte Menschen wertvoll sind, wichtig. Auch Programme in spezialisierten Kliniken können auf die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sein (CSAT, 1998; Health Canada, 2002). Sie bieten einen langsameren Ablauf, altersgerechte Gruppen und Informationsmaterialien, die auf die Probleme von Senioren ausgerichtet sind (CSAT, 1998; Health Canada, 2002; Oslin et al., 2005). Health Canada (2002) betont, dass Behandlungen zeitlich unbegrenzt und auch bei dem Patienten zu Hause möglich sein sollten. Nach einer Behandlung sollten regelmäßig

follow-ups durchgeführt werden, vor allem in Phasen, in denen der Patient ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall zeigt (CSAT, 1998; APA, 2006). Die APA (2006) beschreibt vor allem Übergangszeiten und das erste Jahr nach Beendigung der Therapie, während nach CSAT (1998) die ersten drei bis vier Monate als kritische Zeit angesehen werden.

Drei Studien beschäftigten sich mit dem Vergleich des Ansatzes der integrierten Gesundheitsversorgung mit einer Zuweisung zu Spezialisten. Sie kamen zu dem Schluss, dass ältere Probanden eher Angebote in Anspruch nehmen, die im Rahmen der Primärversorgung stattfinden, statt von Spezialisten oder speziellen Programmen und Kliniken Gebrauch machen (Lee et al., 2009; Oslin et al., 2006; Zanjani et al., 2008).

4.4.2 Nikotinabhängigkeit

Die beschriebene Literatur zeigt, dass Raucherentwöhnungsstrategien bei Rauchern über 65 Jahre wirksam sind und Stoppraten um die 20 % erreicht werden können (Abdullah et al., 2008; Joyce et al., 2008; Tait et al., 2007 & 2008). Miller et al. (2005) geben in ihrer Studie für die Untergruppe der älteren Raucher sogar ein äußerst erfolgreiches Ergebnis von 47 % an. Guidelines beschreiben die ältere Generation der Raucher als spezielle Population mit der Empfehlung, sie in dem gleichen Ausmaß zu behandeln wie jüngere Patienten (DHHS, 2008; UMHS, 2006). Um dies zu gewährleisten, wird dem "4-A's"- bzw. "3 A's and Refer"-Modell in der Raucherentwöhnung große Bedeutung beigemessen (DHHS, 2008; HIGN, 2008; UMHS, 2006).

"4-A's"- bzw. "3 A's and Refer"-Modell

Bei jedem Patienten sollte systematisch der Raucherstatus erhoben und dokumentiert werden (ASK). Für diese Vorgehensweise sollten sich sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal zuständig fühlen (DHHS, 2008). Einem Raucher sollte daraufhin in einer eindeutigen, soliden und persönlichen Art geraten werden, eine Raucherentwöhnung in Erwägung zu ziehen (ADVISE) (DHHS, 2008; UMHS, 2006). Nach der UMHS (2006) ist bereits eine dreiminütige ärztliche Beratung als wirkungsvoll anzusehen. Das DHHS (2008) weist jedoch darauf hin, dass intensivere und mehrmalige

Kontakte am effektivsten sind. Ebenso betont ASH Scotland (2010) die Wichtigkeit dieser Kurzinterventionen von Seiten des Arztes und empfiehlt diese in eine Routinebehandlung zu integrieren. Im Zuge der Beratung sollte die Bereitschaft des Patienten mit dem Rauchen aufzuhören ermittelt werden (ASSESS) (DHHS, 2008; UMHS, 2006).

Falls sich der Raucher mit einem Entwöhnungsversuch einverstanden erklärt, gibt es zwei Möglichkeiten bezüglich des weiteren Verlaufs: Der Patient kann entweder an einen Spezialisten bzw. ein Raucherentwöhnungsprogramm weiterverwiesen werden (REFER) oder direkt in seinem Vorhaben unterstützt werden (ASSIST) (UMHS, 2006). An dieser Stelle muss jedoch angemerkt werden, dass ersteres eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine Weiterbetreuung von Seiten des Arztes nicht ausschließt (DHHS, 2008).

Bezüglich der Betreuung während der Raucherentwöhnung ist auf folgende Punkte zu achten (DHHS, 2008; UMHS, 2006):

- gemeinsame Erarbeitung eines Plans bezüglich der Entwöhnung (Datum für den Rauchstopp festlegen, Freunde und Familie informieren um soziale Unterstützung zu gewährleisten, Aufklärung über evtl. Schwierigkeiten wie zum Beispiel Entzugserscheinungen, Entfernen von Zigaretten aus der unmittelbaren Umgebung)
- zusätzlich medikamentöse Therapie und mindestens einmal wöchentlich Gruppen- oder Einzelsitzungen
- Ermutigung und Unterstützung, Besprechen von Problemen und Sorgen des Patienten
- Bereitstellen von Informationsmaterial, das an die Gruppe der älteren Raucher angepasst ist, Listen von lokalen Diensten zur Raucherentwöhnung und telefonischen Beratungsdiensten

- Gespräch mit dem Patienten über vorherige Stoppversuche, Analyse der Gewohnheiten und Auslöser im Rauchverhalten, Anwendung von Problemlösestrategien
- Der Patient ist darüber zu informieren, dass eine absolute Abstinenz nach dem festgelegten Datum essentiell ist, Alkoholkonsum reduziert bzw. vermieden werden sollte und Raucher im selben Haushalt einen Erfolg gefährden könnten

Als letzter Schritt muss eine termingemäße Verlaufskontrolle arrangiert werden. Nach dem gesetzten Stoppdatum sollte möglichst bald der Kontakt mit dem Patienten aufgenommen werden. Mittels weiterer Treffen oder Telefonate über mehrere Wochen hinweg können die Abstinenzraten verbessert werden. War der Patient in seinem Vorhaben erfolgreich, sollte die Wichtigkeit der Abstinenz betont werden. Wurde das Ziel der Entwöhnung nicht erreicht, sollte man die genaueren Umstände besprechen, gemeinsam alternative Verhaltensmaßnahmen suchen und eine eventuelle Überweisung zu spezialisierteren Fachpersonal oder Programmen überlegen (DHHS, 2008; UMHS, 2006). Bezüglich einer Rückfallprävention scheinen bei älteren Rauchern vor allem Beratungen und das Ausmaß der sozialen Unterstützung eine große Rolle zu spielen (UMHS, 2006).

Medikamentöse Therapien

Da sich die Kombination von Beratung und medikamentösen Ansätzen als besonders effektiv zeigte, sollte sie jedem Raucher, der zu einer Entwöhnung bereit ist, angeboten werden, es sei denn, eine solche Behandlung ist aus unterschiedlichen Gründen kontraindiziert. Bupropion, Vareniclin und die verschiedenen Arten der NRT werden als sichere und effektive Mittel zur Raucherentwöhnung angesehen (DHHS, 2008), nachdem sie je nach Gesundheitszustand auch für Patienten mit instabilen Herzkreislauf-Erkrankungen verschrieben werden können (ASH Scotland, 2010). Überdies ist die NRT vor allem für stark abhängige ältere Raucher eine empfehlenswerte Therapie (ASH Scotland, 2010), da sie unter anderem das Auftreten eines Entzugssyndroms nach einem abrupten Rauchstopp vermindern kann (UMHS, 2006).

Ziel der NRT ist es, dem Körper mittels Pflaster, Kaugummi, Lutschpastille, Inhalator oder Nasenspray Nikotin zuzuführen und somit das Zigarettenrauchen zu ersetzen (DHHS, 2008). Aufgrund der Auswahlmöglichkeit bezüglich der Applikationsart kann und soll die NRT an die Präferenzen und Gewohnheiten der Patienten angepasst werden. Essentiell dabei ist die Schulung des Rauchers in der Anwendung, insbesondere in Frequenz und Dosierung (UMHS, 2006). Als effektive Kombinationen lassen sich das Nikotinpflaster in Verbindung mit dem Nasenspray, Kaugummi oder Inhalator empfehlen (DHHS, 2008), wobei aufgrund der zusätzlichen Kosten diese duale Therapieform nur bei stark abhängigen Rauchern mit mehreren vergangenen Rauchstoppversuchen angewendet werden sollte (UMHS, 2006).

Bupropion wirkt vermutlich als Antagonist am nikotinergen Acetylcholinrezeptor und hemmt somit Entzugserscheinungen. Das Medikament verdoppelt laut einer Metaanalyse die Rauchstoppquote im Vergleich zu Placebo und zeigte sich auch als Kombination mit dem Nikotinpflaster als effektiv. Die Anwendung ist jedoch bei Patienten mit Epilepsie bzw. einer Prädisposition für Krampfanfälle, Bulimie, Anorexia Nervosa oder einer gleichzeitigen Anwendung mit Monoaminoxidasehemmern kontraindiziert (DHHS, 2008; UMHS, 2006). Des Weiteren weist die APA (2006) auf einen potentiellen hypertensiven Effekt von Bupropion hin und empfiehlt daher einen vorsichtigen Einsatz bei älteren Rauchern.

Vareniclin ist ein partieller Agonist der nikotinergen Acetylcholinrezeptoren und vermindert so Entzugserscheinungen und das Verlangen nach Nikotin. Es zeigte sogar nach einem Jahr noch signifikant bessere Ergebnisse in der Raucherentwöhnung verglichen mit Placebo und scheint ebenso effektiver als Bupropion zu sein. Als Nikotinagonist sollte es nicht mit NRT-Produkten kombiniert werden (UMHS, 2006). Die Medikamente Clonidin und Nortriptylin gelten als Mittel zweiter Wahl und sollten daher nur unter ärztlicher Supervision und der Voraussetzung eingesetzt werden, dass NRT, Bupropion und Vareniclin nicht die gewünschte Wirkung zeigen oder deren Anwendung abgelehnt wird (DHHS, 2008; UMHS, 2006).

Die Autoren der inkludierten Interventionsstudien beschreiben bezüglich einer medikamentösen Therapie ausschließlich die Anwendung von NRT in Form von Pflastern (Abdullah et al., 2008; Miller et al., 2005; Tait et al., 2007 & 2008). Nur bei Joyce et al. (2008) wird darüber hinaus auch die Kostenübernahme für Bupropion angeboten. Die Autoren der DHHS Guideline (2008) empfehlen für die Population der älteren Raucher ebenfalls die Verschreibung des Pflasters als NRT. Bei Abdullah et al. (2008) wurde die Anwendung der Nikotinpflaster für einen Zeitraum von mindestens vier Wochen sogar als signifikanter, unabhängiger Prädiktor für einen erfolgreichen Rauchstopp ermittelt ($p < 0,001$).

Ansätze zur Motivationssteigerung

Es gibt vielfältige Gründe, warum Raucher Angebote zu einer Entwöhnung ablehnen. Die UMHS (2006) und das DHHS (2008) empfehlen daher regelmäßig Techniken zur Motivationssteigerung durchzuführen. Eine Möglichkeit ist die motivierende Gesprächsführung, bei der die Gefühle, Einstellungen und Wertigkeiten bezüglich des Tabakkonsums eines Patienten im Mittelpunkt stehen. Werden dabei Ambivalenzen entdeckt, kann man an diesem Punkt ansetzen um den Patienten in die Richtung eines Rauchstopps zu lenken. Die Technik der motivierenden Gesprächsführung basiert auf folgenden vier Prinzipien:

- Ausdrücken von Empathie
- Aufzeigen von Diskrepanzen
- Akzeptanz von Widerstand (aber Anbieten von Unterstützung)
- Stärkung der Selbstwirksamkeit (DHHS, 2008)

Die Themen, die bei einem Gespräch mit dem Ziel einer Motivationssteigerung behandelt werden sollten, lassen sich in dem "5 R's"-Ansatz zusammenfassen:

Das Rauchen wird mit dem derzeitigen Gesundheitszustand, Risikofaktoren, sozialen und familiären Situation des Patienten verknüpft, um aufzuzeigen, dass ein Rauchstopp persönlich relevant sein kann (RELEVANCE). Des Weiteren wird auf die negativen Konsequenzen des Rauchens eingegangen, die kurzfristigen sowie die langfristigen

gesundheitlichen Risiken und die Risiken für die unmittelbare Umgebung (RISKS). Gemeinsam mit dem Patienten werden mögliche persönliche Vorteile einer Abstinenz besprochen (REWARDS). Mögliche Barrieren oder auftretende Schwierigkeiten bezüglich einer Entwöhnung sollten diskutiert werden, um dementsprechend rechtzeitig Hilfe (Problemlösestrategien, Medikamente) anbieten zu können (ROADBLOCKS). Prinzipiell sollten unmotivierte Raucher bei jedem Kontakt mit diesen Strategien angesprochen werden (REPETITION) (DHHS, 2008; UMHS, 2006).

Psychosoziale Ansätze und speziell zugeschnittene Vorgehensweisen

Die DHHS Guideline (2008) empfiehlt eine proaktive telefonische Beratung sowie Gruppen- und Einzelberatungen als effektive Interventionen in der Raucherentwöhnung, die vor allem für ältere Raucher als geeignet erscheinen. Im Rahmen einer proaktiven Hotline werden von einem Berater Telefonanrufe bzw. Rückrufe je nach Bedarf getätigt. In der Studie von Joyce et al. (2008) hatten die Probanden einer Interventionsgruppe die Möglichkeit, zusätzlich zu einer NRT zwischen einer reaktiven und einer proaktiven Form der Telefonberatung auszuwählen, wobei sich 95 % der Teilnehmer für die zweite Variante entschieden. Nach jeweils sechs und zwölf Monaten zeigte diese Gruppe signifikant bessere Erfolgsraten ($p = 0,05$) als die Personen, die Beratungsgespräche oder Beratungsgespräche und NRT erhielten. Als großer Nachteil einer telefonischen Beratung wird jedoch das große Ausmaß an Eigeninitiative von Seiten des Rauchers beklagt (Joyce et al., 2008). ASH Scotland (2010) weist darauf hin, dass vor allem für ältere Raucher, die allgemeinen Raucherentwöhnungsprogrammen gegenüber skeptisch sind, Einzelgespräche und telefonische Beratungen besonders gut geeignet sind. Prinzipiell gehen sie davon aus, dass in der Arbeit mit älteren Rauchern auf eine speziell angepasste Vorgehensweise nicht verzichtet werden sollte. Spezialisierte Kliniken, Selbsthilfegruppen und eigenes Informationsmaterial können die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Entwöhnung erhöhen (ASH Scotland, 2010).

Laut Joyce et al. (2008) gibt es einen Trend zur Befürwortung von sozialen Gründen für einen Rauchstopp bei älteren Rauchern, weshalb z.B. Werbekampagnen diese Themen (Auswirkungen des Rauchens auf andere, Vorbildwirkung auf Jüngere) ansprechen

sollten (ASH Scotland, 2008). Auch Abdullah et al. (2008), Tait et al. (2007 u. 2008) und Joyce et al. (2008) inkludierten in ihren Maßnahmenpaketen individuell angepasste Informationen und Beratungen. Um der Population der älteren Raucher den Zugang zu einer Raucherentwöhnung zu erleichtern, werden mobile Services (Abdullah et al., 2008) und ein Anbieten von NRT und Informationsmaterialien mittels Zusendung per Post (Miller et al., 2005) beschrieben.

4.4.3 Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit

Nur wenige Studien haben sich mit der Behandlung einer Benzodiazepinabhängigkeit von Patienten ≥ 65 Jahre auseinandergesetzt (Curran et al., 2003; Petrovic et al., 1999 & 2002; Salzman et al., 1992), eine einzige schließt Betäubungsmittel mit ein (Brymer u. Rusnell, 2000). Dies und der Umstand, dass ältere Menschen die meisten rezeptpflichtigen Medikamente einnehmen, lassen darauf schließen, dass vor allem der Missbrauch von Benzodiazepinen in der älteren Population eine große Rolle spielen (CSAT, 1998; Health Canada, 2002). Einige Autoren geben zu bedenken, dass Benzodiazepine in einer Langzeitbehandlung von Schlafproblemen nicht effektiv erscheinen (Curran et al., 2003; CSAT, 1998; Gilbert et al., 1993; Health Canada, 2002). Hier muss dem Gesundheitspersonal bewusst werden, inwieweit es selbst zu dieser Problematik beiträgt (CSAT, 1998).

Benzodiazepinentzug

Benzodiazepine sollten generell nicht länger als vier Monate eingenommen werden (CSAT, 1998; HIGN, 2008). Ein Entzug von Benzodiazepinen sollte stets unter ärztlicher Aufsicht im stationären Bereich erfolgen, um auf Entzugssymptome schnell adäquat reagieren zu können (APA, 2006; CSAT, 1998 u. 2006; Petrovic, 1999;). Bei der Benzodiazepinentwöhnung empfiehlt sich ein langsamer, schrittweiser Entzug. Da diese Strategie bei kurzwirksamen Medikamenten nicht die gewünschte Wirkung zeigen könnte, werden diese oft vor einem Entzug gegen langwirksame ausgetauscht (CSAT, 2006). Petrovic et al. (1999 u. 2002) führten in ihren Studien hingegen einen schnellen Entzug mit dem langwirksamen Benzodiazepin Lormetazepam durch. Sie merken an,

dass ein schneller stationärer Entzug den Vorteil mit sich bringt, dass er bei kurzen Krankenhausaufenthalten praktikabel ist (Petrovic et al., 1999). Um schwere Entzugssymptome zu verhindern, sollte aber auf jeden Fall vorher eine Substitution mit einem niedrigdosierten Benzodiazepin erfolgen (Petrovic et al., 2002).

Psychosoziale Ansätze

In einem umfassenden Behandlungsplan zeigen sich psychosoziale Ansätze als wichtige und effektive Komponenten (APA, 2006). In der Studie von Gilbert et al. (1993) konnte durch Erlernen von Entspannungsübungen, Informationen, Unterstützung durch Ärzte und Betreuungspersonal und psychologischer Beratung der Benzodiazepinkonsum reduziert werden. Das CSAT (2006) betont, dass Techniken zur Verhaltensänderung einen Entzug positiv unterstützen können. Vor allem zur Rückfallprävention erscheinen Beratungen und Entwicklungen von Bewältigungsstrategien essentiell (CSAT, 2006). Health Canada (2002) betont eine ganzheitliche Behandlung, die an dem Prinzip der Schadensminimierung orientiert ist. Dieser Ansatz toleriert eine fortgesetzte Substanz-einnahme und ist daher für Patienten mit Medikamentenabusus und körperlichen Beschwerden besonders hilfreich (Health Canada, 2002).

Petrovic et al. (1999) merken an, dass sich ein intensiver Kontakt mit Psychologen, Pflegepersonen und Ärzten positiv auf den Entzugsverlauf auswirken. Ebenso beschreiben Curran et al. (2003) und Petrovic et al. (2002), dass aufgrund des Auftretens einer psychologischen Abhängigkeit, psychologische und soziale Unterstützungsmaßnahmen die (langfristige) Erfolgsraten maximieren könnten. Brymer und Rusnell (2000) erstellten in ihrer Studie einen Behandlungsplan, sowie das Angebot von Beratungen und Gruppentreffen, in denen Informationen über Medikamentenabusus gegeben und Bewältigungsstrategien erarbeitet wurden. Mit diesem Input konnten sie die Einnahme von Benzodiazepinen und Betäubungsmitteln signifikant reduzieren.

Speziell angepasste Vorgehensweisen

Generell sollte im Umgang mit alten Menschen die für diese Population üblichen Stressoren berücksichtigt werden (APA, 2006; Health Canada, 2002). Dabei ist ein ganzheitlicher Ansatz, der an die Bedürfnisse älterer Abhängiger angepasst ist, besonders wichtig (CSAT, 1998 & 2006; Health Canada, 2002;). Oft zeigt sich, dass ein Medikamentenabusus in älteren Menschen unabsichtlich geschieht. Dafür können z.B. eine unzureichende Informationen und Schulungen des Patienten bezüglich der Medikamenteneinnahme oder auch eine kognitive Beeinträchtigung verantwortlich gemacht werden. Daher liegt es zu einem großen Teil auch am Gesundheitspersonal, alte Menschen ausreichend aufzuklären und Lösungen für eine sichere Tabletteneinnahme zu finden. Vor allem sollten ältere Menschen zuerst über eine gute Schlafhygiene beraten werden, bevor der Arzt Medikamente verschreibt. Damit könnte die Häufigkeit eines Medikamentenabusus reduziert werden (CSAT, 1998).

Da viele Ärzte dem Substanzabusus im Alter wenig Bedeutung beimessen (Brymer u. Rusnell, 2000), ist es notwendig das Personal im Gesundheitswesen dementsprechend zu informieren und zu schulen (Brymer u. Rusnell, 2000; CSAT, 1998). Gilbert et al. (1993) zeigten in ihrer Studie, dass ein umfassendes Programm, in das Patienten, Ärzte und Betreuungspersonen miteinbezogen wurden, signifikant zu einer Reduktion des Benzodiazepinkonsums führen konnte. Prinzipiell erscheint eine spezielle Ausbildung des Gesundheitspersonals für die Behandlung von älteren Menschen als sinnvoll (Health Canada, 2002).

5 DISKUSSION

5.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Im Folgenden wird die übergreifende Forschungsfrage *“Welche Behandlungsansätze führen bei abhängigen bzw. suchtgefährdeten Menschen \geq 65 Jahre zu einer effektiven Substanzentwöhnung bzw. -reduktion?”* anhand der zusammengefassten Ergebnisse beantwortet sowie die Relevanz für die Praxis diskutiert. Die Ergebnisse betreffend die drei Subfragen, die sich auf die jeweiligen speziellen Substanzen beziehen, wurden bereits im Kapitel 4.4 dargestellt. Insgesamt muss angemerkt werden, dass sich nur wenige Studien mit dem Thema der Sucht im Alter auseinandergesetzt haben. Dennoch konnten Aussagen bezüglich der Forschungsfragen gemacht werden, wobei beachtet werden muss, dass die einzelnen Interventionen und Ansätze keineswegs als isolierte Maßnahmen betrachtet werden sollten.

Es stellt sich prinzipiell die Frage, wie ältere Menschen, die von einer Substanz abhängig sind bzw. einen bereits gefährlichen Konsum aufweisen, vom Gesundheitspersonal erreicht werden können. Das CSAT (1998) sieht generell das **Assessment** im intra- und extramuralen Bereich als Möglichkeit, den Patienten vor Ort aufzuklären und zu beraten. Einige Studien lassen darauf schließen, dass bereits der Einsatz solch geringer Interventionen den Alkoholkonsum älterer Menschen effektiv reduzieren kann (Gordon et al., 2003; Fink et al., 2005; Mundt et al., 2005; Zanjani et al., 2008). Ebenso sieht das „4-A’s“- bzw. „3 A’s and Refer“-Modell in der Raucherentwöhnung die systematische Erhebung des Raucherstatus als ersten wichtigen Schritt, um Denkanstöße für eine Verhaltensänderung zu liefern (DHHS, 2008). Da beispielsweise weniger als 5 % der Raucher ohne fremde Hilfe ein erfolgreicher Rauchstopp gelingt (Saß et al., 2003) und viele ältere Raucher der Meinung sind, ihren Zigarettenkonsum nicht beenden zu können (Kerr et al., 2006), könnte bereits die Information über medikamentöse und psychologische Unterstützungsmöglichkeiten hilfreich sein. Fink et al. (2005) zeigen in ihrer Studie, dass allein ein Feedback über die Einschätzung des Alkoholkonsums und dessen Risiken sowie Aufklärung bei älteren

Personen nicht nur den Alkoholkonsum reduzieren können, sondern auch als präventive Maßnahmen wirksam sind.

Eine Befragung unter Hausärzten betreffend die Verschreibung von Benzodiazepinen zeigte, dass viele Mediziner das Ansprechen der Abhängigkeitsproblematik als eine Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung sehen (Cook et al., 2007a). Dabei muss dem Gesundheitspersonal bewusst werden, inwieweit es ursprünglich selbst zu einer Medikamentenabhängigkeit durch unreflektiertes Verschreiben und unzureichender Informationsgabe beiträgt (Cook et al., 2007b; CSAT, 1998). Selbstverständlich ist eine tragfähige Arzt- bzw. Pflegeperson-Patienten-Beziehung eine grundlegende Basis für eine Beratung. Um professionell agieren zu können, benötigt man jedoch auch eine gewisse Distanz zwischen den Beteiligten (Steinbach, 2007). Die Autorin sieht in dem Ansprechen eines gesundheitsschädigenden Verhaltens keine Gefährdung der zum Patienten aufgebauten Beziehung, sondern vielmehr die Chance ihn im Sinne der Gesundheitsförderung zu befähigen, sein Verhalten zu ändern und dadurch eine erhöhte Lebensqualität zu erlangen. Um die Beziehung zu dem Patienten aufrecht zu halten, sollte dieser jedoch nicht belehrt werden, sondern vielmehr seine Bereitschaft zu einer Änderung ermittelt und diese auch akzeptiert werden (APA, 2006; CSAT, 1998; Health Canada, 2002). Das HIGN (2008) empfiehlt dementsprechend das **Modell der stufenweisen Veränderung nach Prochaska und DiClemente**. Es beschreibt mehrere Phasen, die ein Mensch in dem Prozess der Verhaltensänderung durchläuft, bis er eine neue Lebensführung beibehalten kann. Erkennt das Gesundheitspersonal, in welcher Phase sich der Patient gerade befindet, wird gezielt darauf eingegangen und die Art von Unterstützung geboten, die auch vom Patienten angenommen werden kann. Beispielsweise kann einem Raucher, der sich in der Vorerwägungsphase befindet und somit kein Interesse daran zeigt, sein Verhalten zu ändern, mit Schulungen und Bewusstseinsförderung begegnet werden (Steinbach, 2007).

Das Projekt PRISM-E beschäftigte sich mit der Frage, welcher Ansatz der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen mit Alkoholproblemen besser angenommen wird. In drei Studien wurde die Erfahrung gemacht, dass die Probanden in der Gruppe der **integrierten Gesundheitsversorgung** die Leistungen signifikant

häufiger in Anspruch nahmen, als jene Personen, die zu spezialisierten Programmen und Kliniken zugewiesen wurden. Dennoch konnten die Teilnehmer beider Gruppen ihren Alkoholkonsum signifikant reduzieren. Prinzipiell kann daraus geschlossen werden, dass das Modell der integrierten Gesundheitsversorgung, bei dem alle Angebote an Ort und Stelle in Anspruch genommen werden können, ältere Menschen sehr gut erreichen kann. Somit kann dem Umstand entgegengewirkt werden, dass Personen spezialisierte Programme bzw. Kliniken meiden, um einer möglichen Stigmatisierung durch die Gesellschaft zu entgehen (Lee et al., 2009; Oslin et al., 2006; Zanjani et al., 2008). Auch bezüglich der Raucherentwöhnung werden sich Gedanken darüber gemacht, wie man älteren Rauchern den Zugang zu Programmen erleichtern könnte. Abdullah et al. (2008) versuchten in ihrer Studie durch einen mobilen Service möglichst viele ältere Menschen direkt in Altenwohneinrichtungen und Sozialeinrichtungen anzusprechen. Miller et al. (2005) wollten mittels Zusendung von NRT und Informationsmaterialien per Post die Hemmschwellen der Raucher gegenüber einer Entwöhnung abbauen. Da Health Canada (2002) empfiehlt, älteren Menschen eine **Behandlung auch zu Hause** zu ermöglichen, könnte damit sogleich eine umfassende Miteinbeziehung des Umfeldes gewährleistet werden. Nachdem die Familie, Betreuungspersonen und andere Bezugspersonen oftmals eine wichtige Rolle in der Unterstützung des Patienten spielen, sollten sie in die Beratungen miteinbezogen werden (APA, 2006; CSAT, 1998; Health Canada, 2002; HIGN, 2008).

Ein **Entzug** von Alkohol oder Benzodiazepinen bei älteren Menschen sollte demgegenüber jedoch stets **unter ärztlicher Aufsicht** stationär erfolgen. Durch ein ausführliches Assessment und eine kontinuierliche Überwachung kann auf eventuell auftretende Entzugssymptome rasch adäquat reagiert werden (APA, 2006; CSAT, 1998 u. 2006). Betreffend der Benzodiazepinabhängigkeit wird ein **langsamer, schrittweiser Entzug** empfohlen (CSAT, 2006). Curran et al. (2003) reduzierten in ihrer Studie die Dosis des Benzodiazepins über acht bis neun Wochen und konnten damit bei 80 % ihrer älteren Probanden einen problemlosen Entzug erreichen. Demgegenüber versuchten Petrovic et al. (1999) einen schnellen stationären Entzug, wobei die Medikation zuerst durch ein niedrigdosiertes Benzodiazepin ausgetauscht wurde. Der Vorteil dieser Vorgehensweise wäre, dass ein Entzug bereits bei kurzen Krankenhausaufenthalten

möglich gemacht wird. Über einen langfristigen Erfolg des Entzugs konnten jedoch keine Angaben gemacht werden (Petrovic et al., 1999).

Bei einem Alkoholentzug ist der Einsatz von Benzodiazepinen bei der Behandlung von Entzugssymptomen das Mittel der Wahl (CSAT, 2006). Dabei sollten bei älteren Menschen **kurzwirksame Benzodiazepine** eingesetzt werden (APA, 2006; DoHA, 2009; HIGN, 2008), wobei die Dosis am Beginn etwa ein Drittel bis die Hälfte der normalen Medikamentendosis ausmachen soll (CSAT, 1998). Für die weitere Behandlung von Alkoholabhängigen werden Naltrexon, Acamprosat und Disulfiram in der Literatur als wirksame Medikamente beschrieben (APA, 2006; Health Canada, 2002, CSAT, 2006). An dieser Stelle können sie jedoch nicht für die Behandlung älterer Alkoholkranker empfohlen werden, da keine Studien an der geriatrischen Population vorliegen.

In einer Raucherentwöhnung können die Medikamente Bupropion und Vareniclin sowie die Nikotinersatztherapie als hilfreiche und effektive Mittel angesehen werden (DHHS, 2008; ASH Scotland, 2010). Die Firma GlaxoSmithKline (2009) führt in den Verschreibungsinformationen des Medikaments Wellbutrin® (**Bupropion**) an, dass in Studien mit Probanden über 65 Jahre im Vergleich zu Jüngeren keine Unterschiede in der Sicherheit und Effektivität beobachtet werden konnten. Jedoch empfehlen sie aufgrund des erhöhten Risikos der Akkumulation des Medikaments im Körper älterer Personen, die Dosis vorsichtig anzupassen und regelmäßig die Nierenfunktion zu überprüfen. Pfizer (2009) beschreibt bezüglich des Medikaments Chantix® (**Vareniclin**), dass die Pharmakokinetik in einer Studie mit 16 gesunden Probanden über 65 Jahre verglichen mit jüngeren Personen keinen Unterschied zeigte. Bezüglich der NRT wird für ältere Raucher der Einsatz des **Nikotinplasters** empfohlen (DHHS, 2008). In der Studie von Abdullah et al. (2008) zeigte sich die Anwendung des Nikotinplasters über 4 Wochen als signifikanter, unabhängiger Prädiktor für einen erfolgreichen Rauchstopp. Besonderes Augenmerk sollte immer auf die **Schulung** des älteren Menschen betreffend die Dosierung und Einnahme von Medikamenten gelegt werden (UMHS, 2006). An dieser Stelle möchte die Autorin anmerken, dass die Entscheidung für eine medikamentöse Unterstützung allein von einem Arzt für den

individuellen Patienten getroffen werden kann, genauso wie die Dosierung der Medikation und die Dauer der Einnahme. Aufgrund des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson ist es jedoch unumstritten, dass die Berufsgruppe ebenso über ein Wissen betreffend Wirkungen, Nebenwirkungen und evtl. Empfehlungen verfügen muss.

Prinzipiell ist eine **Nachbetreuung** als essentiell anzusehen (CSAT, 1998; APA, 2006). Dabei sind vor allem die Zusammenarbeit eines **multidisziplinären Teams** sowie ein gut funktionierendes **Case-Management** von immenser Bedeutung (CSAT, 1998; Health Canada, 2002). In der Betreuung von älteren Personen mit Alkoholproblemen sollen der Einsatz kognitiver Verhaltenstherapie und die Teilnahme an Treffen von Selbsthilfegruppen als Rückfallprophylaxe hilfreich sein (APA, 2006). Bei der Raucherentwöhnung können regelmäßige Treffen oder Telefonate die Abstinenzraten verbessern. Auch weiterführende Beratungen und die soziale Unterstützung scheinen eine große Rolle zu spielen (UMHS, 2006). Um die Beständigkeit einer erfolgreichen Entwöhnung von Benzodiazepinen zu gewährleisten, sollte einerseits der Hausarzt in die Entscheidung zu einem Entzug miteinbezogen (Petrovic et al., 1999) wie auch psychologische Unterstützung und Informationen bezüglich eines gesunden Schlafes angeboten werden (Curran et al., 2003).

Im Sinne einer umfassenden Behandlung und Betreuung des Patienten werden **psychosoziale Ansätze** als essentielle und effektive Komponenten angesehen (APA, 2006; CSAT, 1998; DHHS, 2008; HIGN, 2008, Health Canada, 2002; UMHS, 2006). Sie haben das Ziel die Selbstwirksamkeit des alten Menschen zu erhöhen und ein funktionierendes soziales Netz zur Unterstützung auf- bzw. auszubauen. Mit dem Ansatz der **kognitiven Verhaltenstherapie** geht man vor allem auf die Überzeugungen und Gefühle des Patienten ein (Health Canada, 2002). Das gesundheitsschädigende Verhalten und dessen Auslöser werden analysiert, die Eigenkontrolle erhöht und Bewältigungs- sowie Problemlösestrategien erarbeitet (APA, 2006). Eine **motivierende Gesprächsführung** wird angewendet, wenn der Patient einer Behandlung eher ablehnend gegenübersteht. Gemäß dem „5 R's“-Ansatz - der vor allem in der Raucherentwöhnung eine große Rolle spielt - sollte das Gesundheitspersonal immer

wieder versuchen den Patienten auf die Relevanz und die Vorteile einer Verhaltensänderung sowie die Risiken des gesundheitsschädigenden Verhaltens aufmerksam zu machen (DHHS, 2008; UMHS, 2006). Wie bereits anfangs erwähnt können bereits geringfügige Interventionen eine große Wirkung erzielen. Bezüglich eines Alkoholmissbrauchs werden besonders die sogenannten **Kurzinterventionen** betont, die vor allem bei Menschen mit einem milden bis mittelmäßigen Substanzabusus eingesetzt werden sollen (DoHA, 2009; Health Canada, 2002). Sie sollten wie das Assessment in eine Routinebehandlung implementiert werden (Gordon et al., 2003; Mundt et al., 2005).

Ebenso wie die pharmakologischen sollten auch die psychologischen Behandlungsstrategien **an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst** werden (APA, 2006; CSAT, 1998; CSAT, 2006; DoAH, 2009; Health Canada, 2002; Lee et al., 2009). Unter einem seniorenzentrierten Ansatz wird eine unterstützende und nicht konfrontierende Herangehensweise verstanden. Der Fokus der Behandlungen sollte immer auf den Stressoren liegen, die mit dem höheren Alter in Verbindung gebracht werden. Programme können durch einen langsameren Ablauf sowie altersgerechte Gruppen und Informationsmaterialien auf Senioren ausgerichtet sein (CSAT, 1998; Health Canada, 2002). Bei älteren Personen mit Substanzabusus wird vor allem ein Vorgehen nach dem **Prinzip der Schadensminimierung** empfohlen. Es stellt die Gefahren, die von einer bestehenden Sucht ausgehen in den Mittelpunkt (Health Canada, 2002). Im Gegensatz zu anderen Ansätzen in der Suchtbehandlung wird hier keine Abstinenz verlangt. Der Patient setzt sich seine eigenen Ziele, die für ihn auch erreichbar scheinen. Es wird prinzipiell davon ausgegangen, dass man damit Menschen mit Substanzabusus leichter zu kleinen Veränderungen bringen kann, als einen so großen Schritt wie eine absolute Abstinenz zu verlangen (Anderson, 2010). Da eine fortgesetzte Substanzeinnahme toleriert wird, ist der Ansatz vor allem für Patienten mit einem Medikamentenabusus und körperlichen Beschwerden hilfreich (Health Canada, 2002).

In der Literatur wurde darauf hingewiesen, dass die in der Behandlung und Betreuung tätigen Personen eine spezielle **Ausbildung** bzw. Erfahrung in der Arbeit mit alten

Menschen vorweisen sollten (CSAT, 1998; Health Canada, 2002). Für das CSAT (2006) ist es wichtig, dass das Gesundheitspersonal über bestehende Institutionen und Programme Bescheid weiß und evtl. Zuweisungen veranlassen kann. Brymer und Rusnell (2000) sehen prinzipiell die Notwendigkeit einer Schulung des Gesundheitspersonals durch den Umstand gegeben, dass viele Patienten, Angehörige und Allgemeinmediziner dem Substanzabusus im Alter nur wenig Bedeutung beimessen. Die Autorin hält es für äußerst wichtig, dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal – unabhängig von dem pflegerischen Versorgungskontext – Personen mit einem problematischen Substanzkonsum auf diesen auch anspricht und Gesprächsbereitschaft signalisiert. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wird dies als ernstzunehmende Aufgabe gesehen, um somit „zur *Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten*“ (§11 des GuKG in Weiss-Faßbinder, 2010) beizutragen. Damit nicht nur vereinzelt „Idealisten“ dieser Forderung nachkommen, sollte das Problembewusstsein für diese Thematik bereits in der Ausbildung geschärft werden. Es wäre unrealistisch zu erwarten, dass alle Gesundheits- und Krankenpflegepersonen voll und ganz mit der Thematik vertraut sind, es sollten jedoch die grundlegenden Fakten, wie körperliche und psychische Auswirkungen des Missbrauchs der verschiedenen Substanzen sowie grob die Behandlungsmöglichkeiten und Anlaufstellen bekannt sein. Durch diesen ersten Schritt können Patienten evtl. dazu ermutigt werden, professionelle Hilfe von speziell ausgebildeten Personen (Suchtberatung etc.) anzunehmen. Essentiell ist dabei jedoch die Sichtweise des Patienten zu respektieren (Steinbach, 2007), da eine Verhaltensänderung nur von Dauer sein kann, wenn sie für den Menschen auch individuell relevant ist und die Entscheidung von ihm selbst getroffen wurde.

Nach Meinung der Autorin sollten aufgrund der Bevölkerungsentwicklung neue Versorgungsstrukturen geschaffen, bestehende Angebote besser vernetzt sowie Suchtprävention und -beratung für und evtl. gemeinsam mit älteren Menschen entwickelt werden, die die spezifischen Aspekte des Alterns berücksichtigen. Dabei könnten vor allem sehr niederschwellige Angebote nicht nur die Mitarbeit und Motivation des Patienten erhöhen, sondern auch durch die Miteinbeziehung des Umfeldes den Behandlungsverlauf nachhaltig positiv beeinflussen. Einzelne Experten in der extramuralen und intramuralen Pflege könnten – wie es bereits im Bereich des

Wundmanagement, der Stomaberatung etc. geschieht – von dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ohne größeren Aufwand herangezogen werden. Da bisher spezielle therapeutische Angebote für ältere Menschen mit Substanzabusus in Österreich und Deutschland fehlen, arbeitet das Salzburger Universitätsklinikum momentan an dem EuRegio-Forschungsprojekt „Sucht und Alter“. Ziel ist *„die Erarbeitung und Umsetzung eines standardisierten Handbuchs sowie die Erstellung überregionaler Schulungen in Form von Seminaren für Pflegekräfte und Ärzte“* (SALK, 2009). Dieses Projekt kann einerseits zu einer Bewusstseinsbildung bei den im Gesundheitswesen tätigen Personen, aber auch zu einem Umdenken in der Gesellschaft beitragen. Nachdem der alte Mensch ein wertvolles Mitglied der Gesellschaft ist, müssen bereits präventiv Maßnahmen gesetzt werden, die ihm bei den Herausforderungen des Älterwerdens unterstützen und zu einer Erhaltung von Selbstständigkeit, Mobilität und Lebensqualität beitragen.

5.2 Limitationen der Arbeit

Als grundlegende Limitation der vorliegenden Arbeit sieht die Autorin die doch sehr breit formulierte Forschungsfrage, wodurch eine in die Tiefe gehende Bearbeitung der Thematik den Rahmen einer Diplomarbeit überschritten hätte. Auch wenn die Studienlage momentan als eher dünn bezeichnet werden kann, wäre es von großem Interesse, die Abhängigkeit von den jeweiligen Substanzen Alkohol, Nikotin und Benzodiazepine getrennt voneinander in ihrem ganzen Umfang genauer zu beleuchten. Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass die Autorin die Literaturrecherche weitgehend alleine durchgeführt hat, wodurch die Möglichkeit besteht, dass Publikationen übersehen wurden. Auch bei der Auswahl und Bewertung der Literaturquellen wäre es prinzipiell von Vorteil, wenn dies von mehreren Personen durchgeführt wird. Bezüglich der Beantwortung der Forschungsfrage wurde bereits auf den Umstand verwiesen, dass die inkludierten Studien größtenteils von schlechter oder inkonsistenter Qualität sind. Viele Studien mussten gleich von Beginn an bzw. nach einem genaueren Blick verworfen werden, da sie entweder eine zu junge Studienpopulation inkludiert hatten (Personen ab 50 oder 55 Jahren) oder erst gar kein Alterslimit angaben. Überdies sind die wenigen Studien schwer miteinander

vergleichbar. Geringe Studienpopulationen und mangelnde Angaben zu dem Design, der Durchführung und der genauen Ergebnisse der Studien, sowie manche „voreiligen“ Interpretationen tragen ihren Teil dazu bei. Des Weiteren haben teilweise Autoren ihre eigenen Definitionen von „gesundheitsschädlichen“ oder „problematischen“ Konsum bzw. „Risikotrinken“ formuliert. Da die unterschiedlichen psychosozialen und medikamentösen Maßnahmen in den Interventionsstudien oft kombiniert wurden, bleibt teilweise offen, welche Umstände genau zu einem signifikanten Behandlungseffekt geführt haben. Auch die Literaturübersichten und Guidelines beklagen den Mangel an empirischen Daten betreffend die Behandlung von Substanzabusus bei älteren Personen. Deshalb weisen einige Autoren darauf hin, dass wahrscheinlich auch die Ergebnisse aus Studien mit jüngeren Populationen für die Altersgruppe der ≥ 65 -Jährigen angewendet werden können. Auf der einen Seite erscheint es besser, diesen Ratschlag zu befolgen, als erst gar keine Interventionen zu setzen. In diesem Fall müsste jedoch zuerst eine Literatuarbeit zu den Behandlungsansätzen bei Erwachsenen mittleren Alters durchgeführt werden, um genauere Aussagen tätigen zu können. Auf der anderen Seite sollten jedoch medizinische und pflegerische Maßnahmen nicht nur „gut gemeint“ sein, sondern auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Dadurch lassen sich Anregungen für weiterführende Untersuchungen in der Population der ≥ 65 -Jährigen formulieren.

5.3 Anregungen für weiterführende Forschung

In Anbetracht der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit kann darauf geschlossen werden, dass es Defizite in der Forschung, vor allem im deutschsprachigen Raum, betreffend Sucht im Alter gibt. Speziell in Österreich scheint die Thematik erst in den letzten Jahren Beachtung gefunden zu haben. Um den Bedarf an der Schaffung neuer Versorgungsstrukturen zu ermitteln, sollten österreichweit als Grundlage gezielt epidemiologische Daten sowie spezielle Angebote bereits bestehender Dienste erhoben werden. Qualitative Designs können zu einem besseren Verständnis des Phänomens Substanzabhängigkeit und –missbrauch bei älteren Menschen führen. Dies kann in weiterer Folge die Entwicklung von eigenen Screening- und Assessmentinstrumenten erleichtern. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob es spezielle Angebote in der

Suchtprävention und -behandlung nicht nur für ältere Menschen im Allgemeinen geben sollte, sondern auch der Gender-Aspekt Beachtung finden muss. Blow & Barry (2002) beschreiben ältere Frauen als besondere Risikogruppe für das Erleiden von alkoholinduzierten gesundheitlichen Problemen. Dies wird durch die erhöhte Vulnerabilität gegenüber Alkohol und Medikamenten erklärt. In den wenigen Studien betreffend Alkoholmissbrauch bei Menschen ≥ 65 Jahre sind Frauen jedoch unterrepräsentiert (Gordon et al., 2003; Lee et al., 2009; Mundt et al., 2005; Oslin et al., 2006; Zanjani et al., 2008). Demgegenüber sind zum Großteil ältere Frauen von einem Missbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten, vor allem Benzodiazpine, betroffen (Blow & Barry, 2002). Daher ist weitere Forschung nötig, um festzustellen, inwiefern ältere Frauen von für sie speziell angepassten Präventions- und Behandlungsmaßnahmen profitieren bzw. ob diese überhaupt notwendig erscheinen. Um der kulturellen Diversität in Österreich gerecht zu werden, sollte dementsprechend der Bereich der interkulturellen Suchtberatung genauer erforscht werden. Zu guter Letzt muss überlegt werden, wie Forschungsergebnisse in die Praxis implementiert, neue Strukturen in unser bestehendes Gesundheitssystem eingegliedert sowie stationäre und ambulante Dienste in einer Art und Weise vernetzt werden können, um den speziellen Anforderungen älterer Patienten gerecht zu werden.

6 LITERATURVERZEICHNIS

Abdullah, A.S., Lam, T.H., Chan, S.K., Leung, G.M., Chi, I., Ho, W.W., Chan, S.S. (2008): Effectiveness of a mobile smoking cessation service in reaching elderly smokers and predictors of quitting. In: BMC Geriatrics, 8(25).

Action on Smoking and Health (ASH Scotland) (2010): Tobacco and older adults: a literature review. Edinburgh: ASH Scotland.

American Psychiatric Association (APA) (2006): Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second Edition. Arlington: APA.

Anderson, K. (2010): How to Change Your Drinking: a Harm Reduction Guide to Alcohol. New York: HAMS Harm Reduction Network.

Australian Government Department of Health and Ageing (DoHA) (2009): Guidelines for the treatment of alcohol problems. Canberra: DoHA.

Baillie, A. (2001): Manual for the Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ). Darlinghurst: University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Center.

Behrens, J. & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber.

Berks, J., McCormick, R. (2008): Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. In: International Psychogeriatrics, 20(6), S. 1090-1103.

Beullens, J., Aertgeerts, B. (2004): Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. In: *Aging & Mental Health*, 8(1), S.76-82.

Blow, F.C., Berry, K. (2002): Use and misuse of alcohol among older women. In: *Alcohol Research & Health*, 26(4), S. 308-315.

Brymer, C. & Rusnell I. (2000): Reducing substance dependence in elderly people: The side effects program. In: *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 7(3), S. 161 – 166.

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (1998): Substance Abuse Among Older Adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26. DHHS Publication No. (SMA) 98-3179. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2006): Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45. DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Cook, J.M., Marshall, R., Masci, C., Coyne, J.C. (2007a): Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. In: *Society of General Internal Medicine*, 22(3), S. 303-307.

Cook, J.M., Biyanova, T., Masci, C., Coyne, J.C. (2007b): Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. In: *Society of General Internal Medicine*, 22(8), S. 1094-1100.

Curran, H.V., Collins, R., Fletcher, S., Kee, S.C.Y., Woods, B., Iliffe S. (2003): Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. In: *Psychological Medicine*, 33(7), S. 1223-1237.

Dar, K. (2006): Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? In: *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, S.173-181.

De las Cuevas, C., Sanz, E.J., De la Fuente, J.A., Padilla, J., Berenguer, J.C. (2000): The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. In: *Addiction*, 95(2), S. 245-250.

DiFranza, J., Ursprung, W.W., Lauzon, B., Bancej, C., Wellman, R.J., Ziedonis, D., Kim, S.S., Gervais, A., Meltzer, B., McKay, C.E., O'Loughlin, J., Okoli, C.T., Fortuna, L.R., Tremblay, M. (2010): A systematic review of the Diagnostic and Statistical Manual diagnostic criteria for nicotine dependence. In: *Addictive Behaviors*, 35(5), S. 378-382.

DiFranza, J., Ursprung, W.W. (2010): A systematic review of the International classification of diseases criteria for the diagnosis of tobacco dependence. In: *Addictive Behaviors*, 35(9), S. 805-810.

Doolan, D.M. & Froelicher, E.S. (2008): Smoking cessation interventions and older adults. In: *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23:3, S. 119-27.

Duden (1999): Das große Wörterbuch der deutschen Sprache in 10 Bänden. Mannheim: Dudenverlag.

Etter, J.-F. (2005): A comparison of the content-, construct-, and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 77, S. 259-268.

Etter, J.-F. (2008): Comparing the validity of the Cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 95, S. 152-159.

Fink, A., Elliott, M.N., Tsai, M., Beck, J.C. (2005): An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, 53:11, S. 1937-43.

Gilbert, A., Owen, N., Innes, J.M., Sansom, L. (1993): Trial of an intervention to reduce chronic benzodiazepine use among residents of aged-care accommodation. In: *Australian and New Zealand journal of medicine*, 23(4), S. 343-347.

Gordon, A.J., Conigliaro, J., Maisto, S.A., McNeil, M., Kraemer, K.L., Kelley, M.E. (2003): Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. In: *Substance Use & Misuse*, 38(8), S. 1017 - 1035.

Hartford Institute for Geriatric Nursing (HIGN) (2008): Substance misuse and alcohol use disorders. In: *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. New York: HIGN.

Havemann-Reinecke, U., Weyerer, S., Fleischmann, H. (Hrsg.) (1998): Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Health Canada (2002): Best practices treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Ottawa: Health Canada.

Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., Fagerström, K.-O. (1991): The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. In: *British Journal of Addiction*, 86, S. 1119-1127.

International Agency for Research on Cancer (IARC) (2008): IARC Handbooks of cancer prevention. Volume 12. Methods for Evaluating Tobacco Control Policies. Lyon: IARC.

Johnson-Greene, D., McCaul, M.E., Roger, P. (2009): Screening for hazardous drinking using Michigan Alcohol Screening Test – Geriatric Version (MAST-G) in elderly persons with acute cerebrovascular accidents. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(9), S. 1555-1561.

Joyce, G.F., Niaura, R., Maglione, M., Mongoven, J., Larson-Rotter, C., Coan, J., Lapin, P., Morton, S. (2008): The effectiveness of covering smoking cessation services for medicare beneficiaries. In: *Health Services Research*, 43(6), S. 2106-23.

Kan, C.C., Breteler, M.H., Timmermans, E.A., Van der Ven, A.H., Zitman, F.G. (1999): Scalability, reliability, and validity of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in outpatient benzodiazepine users. In: *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), S. 283-291.

Kerr, S.M., Watson, H.E., Tolson, D. (2002): Older people who smoke: why nurses should help them to stop. In: *British Journal of Nursing*, 11(15), S. 1012-1020.

Kerr, S.M., Watson, H.E., Tolson, D., Lough, M., Brown, M. (2006): Smoking after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' view on smoking, stopping smoking, and smoking cessation resources and services. In: *Health and Social Care in the Community*, 14(6), S. 572-582.

Kunz, R., Khalid, S.K., Kleijnen, J., Antes, G. (2009): Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen. Bern: Hans Huber.

Lee, H.S., Mericle, A.A., Ayalon, L., Arean, P.A. (2009): Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISME) study. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), S. 54-60.

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2010): Evidence-based practice in nursing and healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Menninger, J.A. (2002): Assessment and treatment of alcoholism and substance related disorders in the elderly. In: Bulletin of the Menninger Clinic, 66(2), S. 166-183.

Miller, N., Frieden, T.R., Liu, S.Y., Matte, T.D., Mostashari, F., Deitcher, D.R., Cummings, K.M., Chang, C., Bauer, U., Bassett, M.T. (2005): Effectiveness of a largescale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. In: Lancet, 365(9474), S. 1849-1854.

Moore, A.A., Seeman, T., Morgenstern, H., Beck, J.C., Reuben, D.B. (2002): Are there differences between older persons who screen positive on the CAGE questionnaire and the Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version? In: Journal of American Geriatrics Society, 50(5), S.858-862.

Mundt, M.P., French, M.T., Roebuck, M.C., Manwell, L.B., Barry, K.L. (2005): Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. In: Journal of Studies on Alcohol, 66(3), S. 389-394.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2005): Helping Patients who drink too much. A clinician's guide. Rockville: U.S. Department of Health & Human Services.

Oslin, D.W., Slaymaker, V.J., Blow, F.C., Owen, P.L., Colleran, C. (2005): Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. In: Addictive behaviors, 30(7), S. 1431-6.

Oslin, D.W., Grantham, S., Coakley, E., Maxwell, J., Miles, K., Ware, J., Blow, F.C., Krahn, D.D., Bartels, S.J., Zubritsky, C., Olsen, E., Kirchner, J.E., Levkoff, S. (2006): PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. In: Psychiatric Services, 57(7), S. 954 - 958.

Petrovic, M., Pevernagie, D., Van Den Noortgate, N., Mariman, A., Michielsen, W., Afschrift, M. (1999): A programme for short-term withdrawal from benzodiazepines in geriatric hospital inpatients: success rate and effect on subjective sleep quality. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 14(9), S. 754-60.

Petrovic, M., Pevernagie, D., Mariman, A., Van Maele, G., Afschrift, M. (2002): Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: a randomised double-blind, placebo-controlled trial. In: *European journal of clinical pharmacology*, 57(11), S. 759-764.

Philpot, M., Pearson, N., Petratou, V., Dayanandan, R., Silverman, M., Marshall, J. (2003): Screening for problem drinking in older people referred to a mental health service: a comparison of CAGE and AUDIT. In: *Aging & Mental Health*, 7(3), S. 171-175.

Piper, M.E., McCarthy, D.E., Bolt, D.M., Smith, S.S., Lerman, C., Benowitz, N., Fiore, M.C., Baker, T.B. (2008): Assessing dimensions of nicotine dependence: an evaluation of the Nicotine dependence syndrome scale (NDSS) and the Wisconsin inventory of smoking dependence motives (WISDM). In: *Nicotine & Tobacco Research*, 10(6), S. 1009-1020.

Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern: Hans Huber.

Puustinen, J., Nurminen, J., Kukola, M., Vahlberg, T., Laine, K., Kivelä, S.-L. (2007): Associations between use of benzodiazepines or related drugs and health, physical abilities and cognitive function. In: *Drugs Aging*, 24(12), S. 1045-1059.

Salzman, C., Fisher, J., Nobel, K., Glassman, R., Wolfson, A., Kelley, M. (1992): Cognitive improvement following benzodiazepine discontinuation in elderly nursing home residents. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(2), S. 89-93.

Schmid, B., Hartmeier, C., Bannert, C. (2007): Arzneimittellehre für Krankenpflegeberufe. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M., Houben, I. (Hrsg.) (2003): Diagnostische und statistisches Manual Psychischer Störungen. Textrevision DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Sheahan, S.L. (2002): How to help older adults quit smoking. In: *The Nurse Practitioner*, 27(12), S. 27-33.

Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria.

Stavem, K., Rogeberg, O.J., Olsen, J.A., Boe, J. (2008): Properties of the Cigarette dependence scale and the Fagerström test of nicotine dependence in a representative sample of smokers in Norway. In: *Addiction*, 103, S. 1441-1449.

Steinbach, H. (2007): Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Wien: Facultas.

Tait, R.J., Hulse, G.K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N.T., Jamrozik, K., Almeida, O.P. (2007): Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. In: *Addiction*, 102(1), S. 148-155.

Tait, R.J., Hulse, G.K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N.T., Jamrozik, K., Almeida, O.P. (2008): Two-year outcomes from a cessation of smoking intervention in older adults. In: *Journal of Smoking Cessation*, 3(2), S. 101-109.

Thiel, H., Jensen, M., Traxler, S. (2006): Psychiatrie für Pflegeberufe. München: Elsevier GmbH, Urban und Fischer Verlag.

The Center for Social Gerontology (TCSG) (2001): Still Smoking? Michigan: TCSG.

Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W., Musalek, M. (2009): Handbuch: Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

University of Michigan Health System (UMHS) (2006): Smoking cessation. Ann Arbor, Michigan: UMHS.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) (1990): The health benefits of smoking cessation. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) (2004): The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) (2008): Clinical Practice Guideline. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Voyer, P., Cohen, D., Prévile, M., Berbiche, D., Béland, S.G. (2010a): The prevalence of benzodiazepine dependence among community-dwelling older adults in Quebec according to typical and atypical criteria. In: Canadian Journal on Aging, 29(2), S. 205-213.

Voyer, P., Roussel, M.E., Berbiche, D., Prévile, M. (2010b): Effectively detect dependence on benzodiazepines among community-dwelling seniors by asking only two questions. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17, S. 328-334.

Walter, U., Flick, U., Neuber, A., Fischer, C., Schwartz, F.-W. (2006): Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Weiss-Faßbinder, S. (Hrsg.) (2010): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. GuKG samt ausführlichen Erläuterungen. Wien: Manz.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2002): Active Aging: a policy framework. Genf: WHO

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2008): WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. Genf: WHO.

Dilling, H., Freyberger, H.J. (Hrsg.) (2010): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern:Verlag Hans Huber.

Zanjani, F., Mavandadi, S., TenHave, T., Katz, I., Durai, N.B., Krahn, D., Llorente, M., Kirchner, J., Olsen, E., Van Stone, W., Cooley, S., Oslin, D.W. (2008): Longitudinal course of substance treatment benefits in older male veteran at-risk drinkers. In: The journals of gerontology: medical sciences, 63(1), S. 98-106.

Zeman, P. (2009): Sucht im Alter. In: Informationsdienst Altersfragen, 36(3), S.10-14.

Links

GlaxoSmithKline (2009): Wellbutrin® (bupropion hydrochloride) tablets. Prescribing information. Greenville: GlaxoSmithKline.

Zugriff am 17.01.2011 unter

www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/018644s039s040.pdf

Pfizer (2009): Chantix® (varenicline) Tablets. New York: Pfizer Labs.

Zugriff am 17.01.2011 unter

http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021928s012s013lbl.pdf

Salzburger Universitätsklinikum (SALK) (2009): „Zurück ins Leben“ – INTERREG-Projekt zur Hilfe bei Sucht im Alter.

Zugriff am 03.02.2011 unter http://www.salk.at/80_5974.html

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2011): Terminology & classification.

Hazardous use. Zugriff am 12.01.2011 unter

www.who.int/substance_abuse/terminology/definition3/en/index.html

7 ANHANG

Anhang 1: Abstract

Anhang 2: “Levels of Evidence” gemäß dem Centre for Evidence Based Medicine

Anhang 3: Beurteilung einer Interventionsstudie gemäß Behrens & Langer




Anhang 4: Curriculum Vitae

Anhang 1:

Hintergrund: Ein Substanzabusus bzw. eine Abhängigkeit älterer Menschen wird von dem Gesundheitspersonal häufig nicht erkannt, ignoriert oder als harmlos angesehen. Eine ausbleibende Behandlung führt jedoch nicht nur zu einer eingeschränkten Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch zu Belastungen für Angehörige, Pflege- und Betreuungspersonen sowie zu vermeidbaren Kosten für das Gesundheitssystem. **Zielsetzung:** Ziel der Arbeit ist, einen Überblick über die aktuelle Literatur bezüglich effektiver Behandlungsansätze für abhängige und suchtfgefährdete Menschen ≥ 65 Jahre zu erstellen. **Methodik:** Die Literaturrecherche erfolgte von Mai bis Juli 2010 unter anderem in den Datenbanken MedLine, CINAHL, Academic Search Elite, AgeLine, Abstracts in Social Gerontology, DIMDI, Carelit und der Cochrane Library. Die inkludierte Literatur wurde gemäß den Schritten des Evidence Based Nursing einer kritischen Beurteilung unterzogen. **Ergebnisse:** Es konnten 18 Studien, sieben Guidelines sowie zwei Literaturübersichten identifiziert werden. Die Literatur zeigt, dass eine umfassende Behandlung psychologische sowie pharmakologische Behandlungsstrategien miteinschließt, die an die Bedürfnisse alter Menschen angepasst sind. **Conclusio:** Die spärliche Evidenz zeigt, dass ältere Menschen einen gesundheitsschädlichen Substanzkonsum effektiv reduzieren können. Dazu sind jedoch ein systematisches Assessment, Schulungen des Gesundheitspersonals, Forschung, der Ausbau und die Vernetzung von Versorgungsstrukturen und vor allem das Schaffen eines Problembewusstseins für die Thematik in der Gesellschaft notwendig.

Background: Substance abuse or dependence in the elderly often remains overlooked, ignored or trivialized by health care professionals. If not treated, it not only reduces the old person's quality of life, but also imposes an enormous burden on relatives, nurses and caregivers as well as adding avoidable costs to the health care system. **Objective:** The purpose of this thesis is to provide a review of the current literature on effective treatment approaches for people aged 65 and older with substance-related disorders. **Methodology:** The literature search was conducted from May to July 2010, covering amongst others the databases MedLine, CINAHL, Academic Search Elite, AgeLine, Abstracts in Social Gerontology, DIMDI, Carelit and the Cochrane Library. The collection of literature was subjected to a critical appraisal according to the steps of Evidence Based Nursing. **Results:** Eighteen trials, seven guidelines as well as two narrative reviews were included in the thesis. Literature shows that a comprehensive treatment consists of pharmacological and psychological treatment strategies which are tailored to the needs of the elderly. **Conclusion:** The limited evidence suggests that older people can effectively reduce their consumption of hazardous substances. However, this requires systematic assessment strategies, targeted training of health care professionals, further research, expansion and integration of services and above all a raised public awareness of the issue.

Anhang 2:

  		www.cebm.net
Levels of Evidence (March 2009)		
Level 1A	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	1a SR (with homogeneity*) of RCTs SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR† validated in different populations SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR† with 1b studies from different clinical centres SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies SR (with homogeneity*) of Level 1 economic studies
Level 1b	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	Individual RCT (with narrow Confidence Interval‡) Individual inception cohort study with >80% follow-up; CDR† validated in single population Validating** cohort study with good††† reference standards; or CDR† tested within one clinical centre Prospective cohort study with good follow-up**** Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
Level 1c	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	All or none§ All or none case series Absolute SpPins and SnNouts†† All or none case-series Absolute better-value or worse-value analyses ††††
Level 2a	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	SR (with homogeneity*) of cohort studies SR (with homogeneity*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs SR (with homogeneity*) of Level >2 diagnostic studies SR (with homogeneity*) of 2b and better studies SR (with homogeneity*) of Level >2 economic studies
Level 2b	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% followup) Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR† or validated on split sample §§§ only Exploratory** cohort study with good††† reference standards; CDR† after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases Retrospective cohort study, or poor follow-up Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
Level 2c	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	*Outcomes* Research; Ecological studies *Outcomes* Research Ecological studies Audit or outcomes research
Level 3a	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	SR (with homogeneity*) of case-control studies SR (with homogeneity*) of 3b and better studies SR (with homogeneity*) of 3b and better studies SR (with homogeneity*) of 3b And better studies
Level 3b	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	Individual Case-Control Study Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards Non-consecutive cohort study, or very limited population Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses Incorporating clinically sensible variations.
Level 4	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	Case-series (and poor quality cohort and casecontrol studies§§) Case-series (and poor quality prognostic cohort studies****) Case-control study, poor or nonindependent reference standard Case-series or superseded reference standards Analysis with no sensitivity analysis
Level 5	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm Prognosis Diagnosis Differential diag/symptom prevalence Economic and decision analyses	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or *first principles* Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or *first principles* Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or *first principles* Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or *first principles* Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on economic theory or *first principles*

Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (March 2009)
(for definitions of terms used see glossary at <http://www.cebm.net/?o=1116>)

Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1996. Updated by Jeremy Howick March 2009.

Quelle: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> (14.05.2010)

Anhang 3:

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? Randomisierung? wie?
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Auffallraten begrenzten, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?
5. Würden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?
6. Würden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? Wurde kein Teilnehmer die Gruppe?
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? Power?
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? Relative Risiko-Reduktion, Absolute Risiko-Reduktion? Number-Need-to-Treat?
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? p-Wert?
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervall?

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?
13. Würden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/de/>

V.14

aus: Edwards, J., & Langa, G. (2004). Evidence-based Nursing. Hana Huber: B an.

Quelle:

<http://www.medicin.unihalle.de/pflegewissenschaft/media/Formulare/therapie.pdf>
(14.05.2010)

Anhang 4:

Persönliche Daten	
Name:	Elsa Neuwirth
Geburtsdatum:	15.02.1986
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Ausbildung	
Matura am Ostarrichi Gymnasium Amstetten mit Schwerpunkt Informatik	06/2004
Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften an der Universität Wien	10/2004 – 06/2011
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der Barmherzigen Brüder Wien	seit 09/2008
Berufserfahrung/Praktika	
Geringfügige Beschäftigung als Ordinationsassistentin bei Dr. Uhor, Lungenfacharzt, Wien	05/2005 – 06/2008
Praktikum im LK Amstetten/Mostviertel	01/2007
Freiwillige Mitarbeit im Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Bereich EBN, Wien	10/2007 – 06/2008