

Vorsorge
Beihilfe
Krank
Arzt
Hilfe
Pflegedienst
Sozialsystem
Therapie
Pflegestufe
Antrag
sozial
Familie
Gesetze
pflegefall

**Pflege-
stützpunkte**



Suchtsensible[®]
PFLEGEBERATUNG

Suchtgefährdung erkennen und professionell intervenieren

**»» Motivierende Kurzintervention für Pflegeberaterinnen und -berater
der Kranken- / Pflegekassen und Pflegestützpunkte**

Suchtgefährdung erkennen und professionell intervenieren

>> Motivierende Kurzintervention für Pflegeberaterinnen und -berater der Kranken- / Pflegekassen und Pflegestützpunkte

>> Impressum

2., überarbeitete Auflage | März 2020

Herausgeber:

Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Chausseestraße 128/129 | 10115 Berlin
Telefon: 030 - 29 35 26 15 | Fax: 030 - 29 35 26 16
E-Mail: info@berlin-suchtpraevention.de
www.kompetent-gesund.de
www.berlin-suchtpraevention.de

Konzept:

Kerstin Jüngling, Geschäftsführerin, Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, juengling@berlin-suchtpraevention.de
Anke Schmidt, Referentin, Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, schmidt@berlin-suchtpraevention.de
Dr. Katharina Graffmann-Weschke, MPH, Leiterin AOK Pflege Akademie, AOK Nordost
katharina.graffmann-weschke@nordost.aok.de

Redaktion:

V. i. S. d. P. Kerstin Jüngling

Inhalt:

Anke Schmidt unter Mitwirkung von Dr. Katharina Graffmann-Weschke und Marc Pestotnik

Gestaltung:

Martina Jacob

Fotos und Bildnachweise:

Umschlag: Monkey Business, SP-PIC, aletia2011, PhotoSG/Fotolia
S. 3: PhotoSG/Fotolia
S. 5: Monkey Business/Fotolia
S. 6: Freepik.com
S. 14 & 20: Marco2811/Fotolia
S. 19: apops/Fotolia
S. 21: Piotr Marcinski/Fotolia
S. 22: Tyler Olson/Fotolia

VORWORT

Die Professionalisierung der Pflegeberatung der Kranken- und Pflegekassen, insbesondere in den Pflegestützpunkten, hat seit der Errichtungsphase dieser neutralen und kostenlosen Beratungsstellen rund um das Thema Pflege, Alter und Prävention in Deutschland erheblich an Bedeutung gewonnen. Die Rolle der Mitarbeiter/innen, ob als Sozial- oder als Pflegeberater/innen in der Ermittlung von Unterstützungsbedarf im Alter und in der Pflegesituation, wird vor allem als Lotse im regionalen Beratungsumfeld gesehen. Die Mitarbeiter/innen sollen nicht zu allen Themen beraten können, aber Unterstützungsbedarfe erkennen können und sich trauen, diese professionell anzusprechen und zu den etablierten spezialisierten Beratungsstellen weiterzuvermitteln. Pflegeberater/innen sind durch ihre Qualifizierung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, Sozialberater/innen durch ihr Studium i.d.R. der sozialen Arbeit für Beratungssituationen entsprechend grundqualifiziert.

Die Entwicklung von Fortbildungen zu besonderen, oft auch heiklen, tabuisierten Themen, wie z.B. Suchtgefährdung, trägt zu einer Professionalisierung der Beratung und einer stärkeren Orientierung an individuellen Beratungsinhalten bei. Die Entwicklung dieser Fortbildung der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gemeinsam mit der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, war eine der ersten dieser Art, nach Fortbildungen der Mitarbeiter/innen der Pflegestützpunkte zur Kultursensiblen Pflegeberatung in Berlin. Allen Fortbildungen gemeinsam ist die Sensibilisierung zur „biographiesensiblen“ Beratung, die in einer Großstadtmropole wie in Berlin aber auch in weitläufigen Flächenländern mit ihren vielfältigen Lebenswegen, -entwürfen und Herausforderungen durch die demographische Entwicklung mannigfaltige Themen liefert.

Die Suchtsensible Pflegeberatung vermittelt den Pflegeberaterinnen und -beratern nicht nur Hintergrundwissen zu Sucht, sondern auch Strategien angemessener Intervention sowie Grundlagen erfolgreicher Kommunikation. Auf diese Weise wird Handlungskompetenz im Umgang mit problematisch Konsumierenden und deren Angehörigen gestärkt sowie Sicherheit und Entlastung in den beruflichen Alltag gebracht.

Inzwischen wurden in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern rund 250 Mitarbeiter/innen aller 73 Pflegestützpunkte in der Region mit dieser Fortbildung geschult. Gemeinsame Partner in der Umsetzung sind dabei die AOK Pflege Akademie, die Berliner Fachstelle für Suchtprävention als gemeinsame Entwickler, die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. sowie zukünftig die Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen in Mecklenburg-Vorpommern.

Eine entsprechende gemeinsame Train the Trainer-Schulung für Multiplikator/innen aus der Suchtberatung aus ganz Deutschland ermöglicht seit 2017 die Ausweitung dieses Angebots auf Bundesebene.

Maßnahmen, z.B.:

- ▶ Fortbildung Suchtsensible Pflegeberatung
- ▶ Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe

Strategien, z.B.:

- ▶ Sensibilisierung/Öffentlichkeitsarbeit
- ▶ Qualifizierung und Informationen in den Versorgungseinrichtungen

Gesundheitszielprozess: Sucht im Alter vorbeugen

Lebensgesundheitsziel: Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten

Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden

Einbindung des Konzeptes in den Gesundheitszielprozess



Dr. Katharina Graffmann-Weschke MPH, Leiterin AOK Pflege Akademie, AOK Nordost



Kerstin Jüngling Geschäftsführerin Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH



Anke Schmidt Diplompädagogin, Referentin Suchtprävention

INHALT

➤➤	1. Zahlen und Fakten zu Abhängigkeit im Alter	05
➤➤	2. Psychoaktive Substanzen.....	06
	2.1 Alkohol.....	06
	2.2 Medikamente mit Suchtpotenzial.....	06
	2.3 Nikotin	07
➤➤	3. Substanzbezogene Störungen im Alter	09
	3.1 Ursachen	09
	3.2 Symptome	10
	3.3 Angehörige und Co-Verhalten.....	12
➤➤	4. Möglichkeiten der Intervention.....	13
➤➤	5. Grundlagen Motivierender Gesprächsführung	18
➤➤	6. Kooperation und Hilfeangebote	19
➤➤	7. Struktur und Kultur innerhalb der Pflegestützpunkte	21
➤➤	8. Gesundheit der Mitarbeitenden fördern.....	22
➤➤	9. Literaturhinweise	23



>> 1. Zahlen und Fakten zu Abhängigkeit im Alter

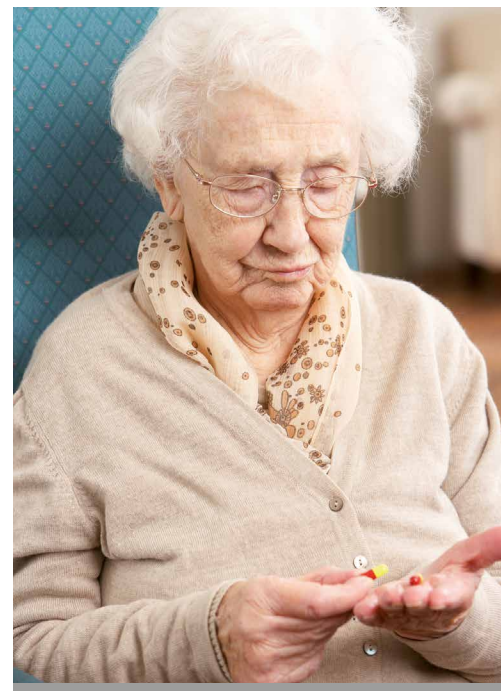
Mit zunehmendem Alter sinkt der Alkoholkonsum der Menschen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht in ihrer Broschüre „Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege“ davon aus, dass etwa 2-3% der Männer und 0,5-1% der Frauen im Alter ab 60 Jahren von Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit betroffen sind. Der Anteil der problematisch trinkenden Menschen mit Pflegebedarf ist aufgrund der alkoholbedingten Folgeerkrankungen jedoch wesentlich höher, zumal das Pflegeheimetrintrittsalter bei Alkoholkranken mit 62 Jahren statistisch 16 Jahre unter dem der Nicht-Alkoholkranken liegt (WEYERER ET AL. 2006).

Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys von 2018 skizzieren einen Anstieg an (missbräuchlichem) Schmerzmittelkonsum, v.a. von frei verkäuflichen Substanzen, auch schon bei jüngeren Menschen. Die mindestens wöchentliche Einnahme von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln sowie dessen abhängiger Konsum nimmt mit dem Alter jedoch zu. Zudem steigt die Verordnung von Medikamenten mit zunehmenden Alter an. Ca. 50% der über 70-Jährigen nehmen dauerhaft mehr als 3 Medikamente ein, laut WIdO Pflegereport erhalten ca. 60% aller Pflegebedürftigen fünf oder mehr Medikamente täglich (ESA 2018; ABDA 2019; WIDO PFLEGEREPORT 2018).

Darunter befinden sich auch psychoaktiv wirkende, abhängigkeiterzeugende Mittel. Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen zur Verordnung und Einnahme von Benzodiazepinen zeigen einen exponentiellen Anstieg mit zunehmendem Alter und überdurchschnittlich hohe Raten bei Frauen. Eine Berliner Alters-Studie hat ergeben, dass 24,6% der Generation 70+ Psychopharmaka nehmen, allein davon entfallen 13,2% auf Benzodiazepine (WEYERER 2011).

Laut einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten repräsentativen Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen schätzen Pflegekräfte, dass ca. 14% der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben (ZIS HAMBURG 2009).

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Anzahl problematisch Konsumierender im Pflegekontext zukünftig ansteigt. Die derzeit 40-50-Jährigen haben nicht nur traditionell hohe Konsumzahlen, sondern auch den größten Bevölkerungsanteil bei einer insgesamt steigenden Lebenserwartung.

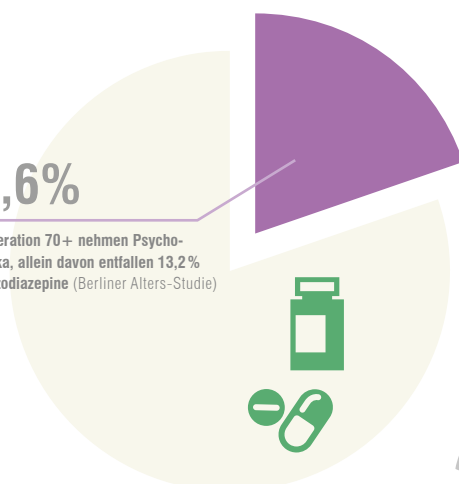


Von Medikamentenabhängigkeit sind überdurchschnittlich häufig Frauen betroffen



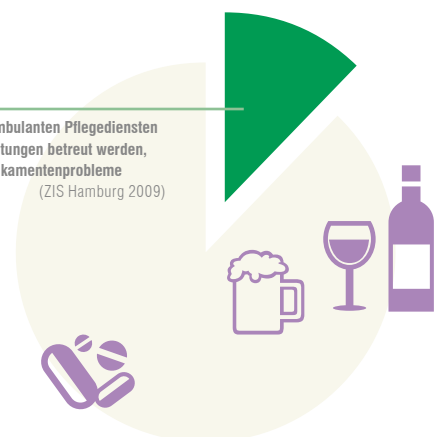
24,6%

der Generation 70+ nehmen Psychopharmaka, allein davon entfallen 13,2% auf Benzodiazepine (Berliner Alters-Studie)



ca. 14%

der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, haben Alkohol- oder Medikamentenprobleme (ZIS Hamburg 2009)



» 2. Psychoaktive Substanzen

Die vorliegende Broschüre geht ausführlich auf die Substanzen mit der größten Verbreitung ein: Alkohol, Medikamente und Nikotin. Darüber hinaus werden Pflegeberaterinnen und -berater zunehmend auch mit dem Thema der Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Substanzen konfrontiert. Das Betäubungsmittelgesetz untersagt den Erwerb, die Abgabe, den Besitz, den Handel, die Ein- und Ausfuhr, den Anbau und die Herstellung von Betäubungsmitteln sowie auch das Verschaffen einer Gelegenheit, diese zu konsumieren. Für stationäre Einrichtungen bedeutet dies z.B., dass sie den Konsum in der Einrichtung nicht wissentlich dulden dürfen. Dies gilt selbstverständlich auch für Anbau und Handel.

Anders die offizielle Substitution von Heroinabhängigen mit Ersatzstoffen wie z.B. Methadon, Polamidon und Subutex oder auch mit Heroin (Diamorphin) selbst: Wer diese Substanzen ärztlich verschrieben bekommt, macht sich nicht strafbar.

Pflegestützpunktmitarbeiterinnen und -mitarbeiter haben durch Ihre hohen Beratungszahlen für Menschen in der Pflegesituation eine fest etablierte Schlüsselposition im Erkennen von Suchtszusammenhängen und in der Weiterleitung an die Angebote der Suchthilfe. Angebotsdatenbanken, die die Beratung der Pflegestützpunkte unterstützen, z.B. unter www.suchthilfeverzeichnis.de oder www.hilfelotse-berlin.de, können darüber hinaus einen wichtigen Beitrag leisten.

2.1 Alkohol

Die Verträglichkeit von Alkohol lässt im Alter nach. Ein sinkender Flüssigkeitsanteil im Körper und verlangsamer Alkoholabbau in der Leber führen zu erhöhter Blutalkoholkonzentration bei gleichbleibender Konsummenge. Insgesamt sind die Konsummuster Älterer weniger auffällig und nur selten exzessiv. Häufiger trinken sie allein zu Hause. Auch hat ein verdeckter Alkoholkonsum durch alkoholhaltige Medikamente (z.B. Hustensäfte) oder „Stärkungsmittel“ (z.B. Klosterfrau Melisengeist) eine gewisse Relevanz. Folgen eines überhöhten Alkoholkonsums sind die Verminderung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit, die Voralterung der Organe sowie zahlreiche alkoholassoziierte Erkrankungen, wie z.B. hirnorganische Schädigungen, Lebererkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes.

Starker Alkoholkonsum hat häufig auch negative Auswirkungen auf das Umfeld, z.B. durch die Vernachlässigung der Körperpflege oder durch grenzüberschreitendes, enthemmtes und z.T. aggressives Verhalten.

2.2 Medikamente mit Suchtpotenzial

Bei Medikamenten mit Suchtpotenzial sind an erster Stelle die Benzodiazepine zu nennen, die vor allem als Beruhigungs- und Schlafmittel, aber auch zur Entkrampfung, z.B. bei muskelerkrankungsbedingten Rückenschmerzen, verordnet werden. Diese sollten aufgrund ihres hohen Abhängigkeitspotenzials grundsätzlich nicht länger als 4 bis 6 Wochen verordnet bzw. eingenommen werden. Insbesondere langwirksame Benzodiazepine (z.B. Diazepam, Flurazepam, Flunitrazepam,



Psychoaktive Substanzen beeinflussen u.a. Bewusstsein, Stimmung und Denkprozesse

Bromazepam) sind laut PRISCUS-Liste¹ für über 65-Jährige potenziell ungeeignet, da sie sich aufgrund der langen Halbwertszeit im Körper anreichern und es zu einer schleichenden Überdosierung kommen kann. Verstärkte Nebenwirkungen, wie z.B. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Tagesmüdigkeit und Stürze, können die Folge sein (DHS 2018). Zu den typischen Entzugssymptomen bei Benzodiazepinen gehören schwere Angstzustände u.U. begleitet von Halluzinationen, Irritierbarkeit, Unruhe, starkem Herzklopfen sowie Depressivität.

Auch die sogenannten Z-Drugs, Beruhigungs- und Schlafmittel mit den benzodiazepinähnlichen Wirkstoffen Zolpidem, Zopiclon und Zalephon, haben ein Abhängigkeitspotenzial.

Opiathaltige, zentral wirkende Schmerzmittel sollten aufgrund ihres hohen Suchtpotenzials außerhalb der Palliativmedizin ebenfalls nicht über längere Zeiträume verschrieben werden. Missbrauchspotenzial bergen jedoch auch andere Schmerzmittel, insbesondere die Kombinationsanalgetika, die neben schmerzstillendem Wirkstoff auch Koffein enthalten sowie verschiedene anregende Psychopharmaka, Antidepressiva und Antidementiva.

Trotz der benannten Gefahren liegt bei etwa 90 % der älteren Menschen, die Benzodiazepine verordnet bekommen, eine Dauermedikation vor (länger als sechs Monate), etwa die Hälfte davon nimmt sie täglich. Besonders häufig sind Langzeitverordnungen bei älteren Menschen mit Schlafstörungen und bei älteren Menschen in Alten- und Pflegeheimen (WEYERER 2011). Häufig wurden sie bereits mit bestehender Medikation aus dem Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung verlegt.

Zusammenfassend kann man sagen:

Alkohol, Benzodiazepine und die Z-Substanzen können eine stark ausgeprägte psychische Abhängigkeit und körperliche Entzugsserscheinungen auslösen.

Ein abrupter Entzug kann je nach Abhängigkeitsdauer lebensgefährlich sein, vor allem im Alter.

Der Entzug opiathaltiger Schmerzmittel kann ebenfalls sehr unangenehm und darüber hinaus schmerzhaft sein, ist jedoch nicht so gefährlich.

2.3 Nikotin

Der Anteil der Rauchenden nimmt im höheren Alter stark ab, zum einen weil die Ausstiegsquote vom mittleren Lebensalter an ansteigt, zum anderen aufgrund der deutlich geringeren Lebenserwartung von Raucherinnen und Rauchern. Bei den 60-65-Jährigen raucht allerdings noch jeder fünfte Mann und jede sechste Frau (DESTATIS 2017). Die gesundheitlichen Folgeprobleme des Rauchens sind weitgehend bekannt. Herz- und Kreislaufrstörungen, Durchblutungsstörungen der Arme und Beine, eine erhöhte Infektanfälligkeit sowie ein insgesamt etwa verdoppeltes Krebsrisiko gehören dazu wie auch die chronische Bronchitis, begleitet durch Husten, vermehrten Auswurf und Atemnot bei Belastung.

Dennoch lohnt es sich zu jeder Zeit, auch noch im Alter, mit dem Rauchen aufzuhören.

¹ Die PRISCUS-Liste bietet eine Übersicht über potenziell inadäquate Medikation im Alter. Sie wurde von Experten eines Forschungsverbundes erarbeitet und ist das Ergebnis eines durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projektes. Weitere Informationen unter www.priscus.net

Übersicht der kurz- und langfristigen Vorteile eines Rauchstopps

Nach 20 Minuten: Der Puls und der Blutdruck sinken auf normale Werte.

Nach 12 Stunden: Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt, der Sauerstoffspiegel steigt auf normale Höhe.

Nach 2 Wochen-3 Monaten: Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.

Nach 1-9 Monaten: Die Hustenanfälle, Verstopfung der Nasennebenhöhlen und Kurzatmigkeit gehen zurück. Die Lunge wird allmählich gereinigt, indem Schleim abgebaut wird.

Nach 1 Jahr: Das Risiko für eine koronare Herzkrankheit ist nur noch halb so groß wie bei einem Raucher.

Nach 5 Jahren: Das Risiko für eine Krebserkrankung in Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre und Harnblase halbiert sich. Das Schlaganfallrisiko kann auf das Niveau eines Nichtrauchers sinken.

Nach 10 Jahren: Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, verringert sich ungefähr um die Hälfte. Auch die Risiken für Kehlkopf- und Bauchspeicheldrüsenkrebs gehen zurück.

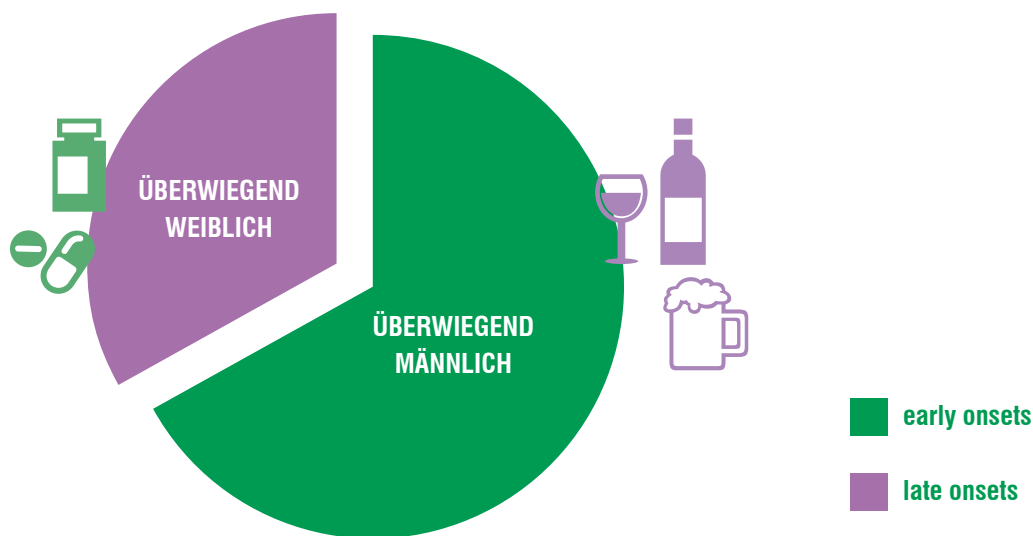
Nach 15 Jahren: Das Herzinfarktrisiko ist nicht höher als bei Nichtrauchern.

(DHS 2013)

» 3. Substanzbezogene Störungen im Alter

Grundsätzlich muss zwischen den sogenannten „early onsets“ und den „late onsets“ unterschieden werden. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um alternde Menschen mit einem bereits länger bestehenden problematischen Substanzkonsum zumeist von Alkohol. Es überwiegen männliche Betroffene gegenüber weiblichen.

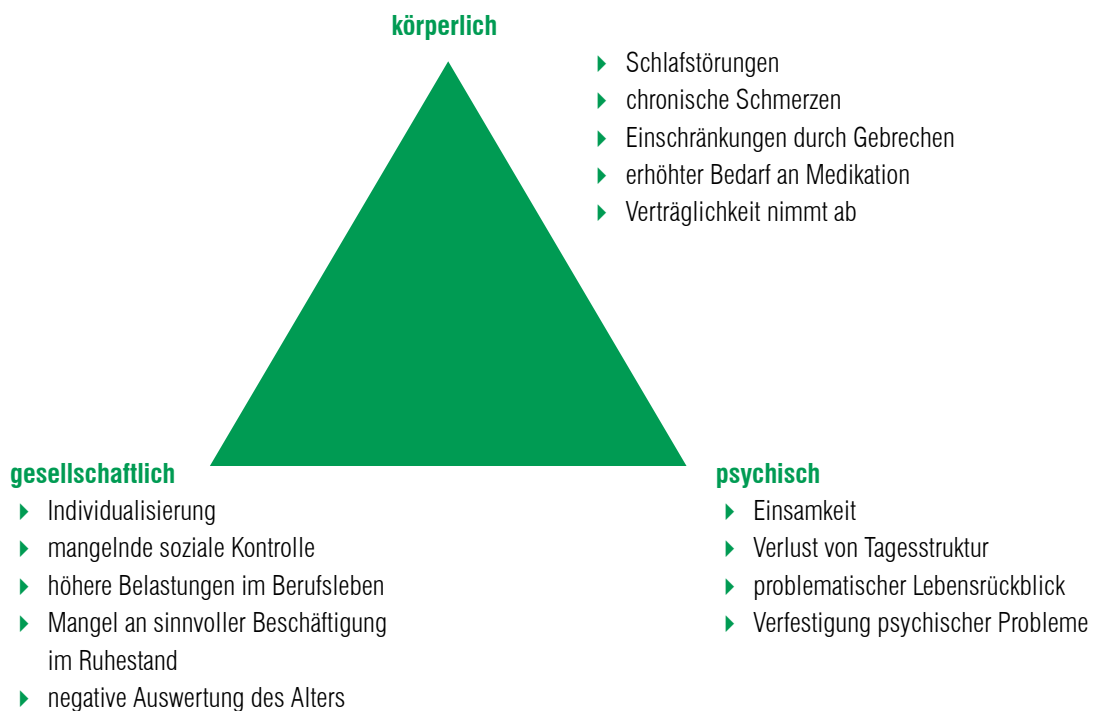
Unter „late onsets“ versteht man Menschen, die erst im Alter eine solche Störung entwickeln. Auslöser sind häufig Verlusterlebnisse oder andere krisenhafte Ereignisse. Es handelt sich mehrheitlich um Frauen und es überwiegt die Abhängigkeit von Medikamenten, insbesondere von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, gegenüber dem Konsum von Alkohol. Erfolgsaussichten bei Behandlung sind bei dieser Gruppe besonders hoch, da Ressourcen vorhanden sind, mit denen das Leben über lange Zeit auch ohne eine Abhängigkeit zu entwickeln gemeistert wurde. Die Compliance, das heißt die Bereitschaft ärztlichen bzw. therapeutischen Anweisungen zu folgen, ist erfahrungsgemäß gut und großes Pflichtgefühl bedingt geringere Abbruchquoten. Unterstützt wird eine erfolgreiche Behandlung auch dadurch, dass sich das Wohlbefinden sowie körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nach einer Verhaltensänderung innerhalb relativ kurzer Zeit deutlich verbessern.



3.1 Ursachen

Die Ursachen für eine Abhängigkeitsentwicklung sind vielfältig und müssen differenziert betrachtet werden. Verschiedene Faktoren in der Person, in deren Umfeld und Umwelt und in der Droge wirken zusammen. Ist beispielsweise ein emotional eher labiler oder sich bei Problemen schnell überfordert fühlender Mensch zusätzlich einer besonders belastenden Lebenssituation oder einem krisenhaften Geschehen ausgesetzt, steigt evtl. die Versuchung, das Gefühlserleben mittels psychoaktiver Substanzen zu beeinflussen. Erfüllt die gewählte Substanz dieses Bedürfnis, wird sie vielleicht wiederholt missbräuchlich konsumiert, was je nach Suchtpotenzial die Gefahr birgt, auf Dauer eine Abhängigkeit hervorzurufen.

In folgender Grafik sind spezifische Faktoren aufgeführt, die eine Abhängigkeitsentwicklung im Alter (late onset) zusätzlich begünstigen.



QUELLE: TRIASMODELL ADAPTIERT, ANKE SCHMIDT (2019)

3.2 Symptome

Woran erkennt man aber, ob es sich um eine Suchtgefährdung handelt? Wo ist die Grenze zwischen tolerierbarem Konsum und dringendem Handlungsbedarf?

Sucht ist eine Erkrankung und als solche auch u.a. im internationalen Manual zur Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) definiert.

Kriterien zur Bestimmung von Sucht sind:

- ▶ Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren (Craving)
- ▶ Verminderte Kontrolle bzw. Kontrollverlust über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums
- ▶ Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
- ▶ Entzugssymptome, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird
- ▶ Zentrierung des Denkens und Handelns auf Substanz oder Verhalten (Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Interessenbereiche)
- ▶ Fortsetzung des Substanzgebrauchs trotz eindeutig schädlicher Folgen

Abhängigkeit besteht bei Auftreten von mindestens drei Kriterien gleichzeitig über einen längeren Zeitraum oder aber über kürzere Zeiträume, dafür jedoch wiederholt innerhalb der letzten 12 Monate.

Die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit ist besonders schwierig, da

- ▶ Medikamente i.d.R. ärztlich verordnet sind,
- ▶ insbesondere Niedrigdosisabhängigkeiten ohne Dosissteigerung schwer zu erkennen sind,
- ▶ meistens zunächst Behandlungsanlass besteht,
- ▶ auftretende Entzugserscheinungen nach zu langer Einnahme als erneutes Auftreten der Ausgangsbeschwerden missdeutet werden, was den älteren Menschen möglicherweise zur Fortsetzung der Einnahme verleitet,
- ▶ das Problembewusstsein der Patientinnen und Patienten in Richtung Abhängigkeit eher niedrig ist und
- ▶ ein Erkennen u.U. dadurch erschwert wird, dass mehrere Ärzte involviert sind.

Der Konsum von Suchtmitteln kann jedoch auch problematisch und gesundheitsschädlich sein, ohne dass eine Abhängigkeitserkrankung besteht.

Was sind Anzeichen eines problematischen bzw. abhängigen Konsums?

Symptome könnten beispielsweise sein:

- ▶ wiederholte Stürze
- ▶ kognitive Defizite: mangelnde Konzentration, nachlassende Leistungsfähigkeit, geminderte/s Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen
- ▶ Interessenlosigkeit/-verlust
- ▶ Rückzug aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen
- ▶ Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes
- ▶ motorische Unsicherheit, Gleichgewichtsstörungen
- ▶ Sprechstörungen, verwaschene Sprache, Lallen
- ▶ Schwindel
- ▶ Tremor (Zittern)
- ▶ Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Ängste oder auch Gereiztheit und Aggressivität

Darüber hinaus können beruhigende Medikamente auch zu paradoxen Reaktionen führen: gesteigerte Unruhe, Verwirrung, Erregungszustände; und Alkoholmissbrauch zu: Appetitverlust und Fehlernährung, Durchfällen und Gesichtsröte.

Weitere Merkmale, die auf eine substanzbezogene Störung hinweisen, können sein:

- ▶ Es sammeln sich große Mengen von Alkoholflaschen im Haushalt an
- ▶ Eine „Alkoholfahne“, vielleicht sogar schon am Morgen
- ▶ Verschreibung vergleichbarer Medikamente von mehreren Ärzten
- ▶ Anlegen eines Vorrates an Medikamenten

Was für ein
Alkoholkonsum ist
tolerierbar?

Faustregel: Wenn es dem zu Pflegenden gut geht, er seinen Konsum nicht steigert und sich und andere nicht gefährdet, kann moderates Trinken - ohne moralisierende Wertung - durchaus toleriert werden. (SCHMITZ 2007)

3.3 Angehörige und Co-Verhalten

Angehörige, die die Folgen von problematischem Substanzkonsum, insbesondere von Alkoholabhängigkeit, bei den Gepflegten miterleben, leiden unter der Situation, erzählen häufig jedoch aus Scham niemandem davon. Auch ihr Alltag steht mittelbar in Abhängigkeit zur Sucht, orientiert sich an konsumbedingt wechselnden Stimmungslagen und Zuständen, eigene Gefühle und Bedürfnisse werden in den Hintergrund gedrängt. Die Sorge um Partner/in oder Elternteil und die o.g. Begleiterscheinungen der Suchterkrankung belasten die Psyche und können auch körperliche Auswirkungen haben, z.B. Nervosität und Schlaflosigkeit. Hinzu kommt häufig eine zunehmende Vereinsamung. Pflegende Angehörige von Suchtkranken sind doppelt gefordert und z.T. dadurch überfordert. Auch sie benötigen Unterstützung und Hilfe.

So können Stress und Überlastung durch die Pflege auch Anlass für einen eigenen problematischen Substanzkonsum sein und Co-Verhalten auch bei Bezugspersonen in professionellen Kontexten (z.B. Beratung und Betreuung) entstehen.

Das Thema Medikamentenabhängigkeit...

ist weniger im Bewusstsein von Angehörigen und weiteren Bezugspersonen. Die „Stille Sucht“ ist eher unauffällig und z.B. Schlaf- und Beruhigungsmittel erleichtern kurzfristig den Alltag vielleicht sogar.

Aber: Längerfristig erhöht sich der Betreuungsbedarf durch die Abnahme der kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit.

Zu Beginn ist Co-Verhalten häufig gekennzeichnet durch Verständnis für die Situation. Der Wunsch, den Betroffenen zu helfen und sie vor schädlichen Konsequenzen zu schützen, lässt das Umfeld Entschuldigungen für das Verhalten finden. Probleme werden verheimlicht oder heruntergespielt, womöglich wird das Suchtverhalten z.B. durch das Besorgen des Suchtmittels letztlich sogar unterstützt.

Gelingt es nicht, durch Kontrolle den Konsum zu beeinflussen bzw. einzugrenzen, kommt es längerfristig verstärkt zu Vorwürfen, die dem Süchtigen wiederum als Rechtfertigung dienen, das Suchtverhalten fortzusetzen.

In Suchtberatungsstellen erhalten Angehörige kostenfrei Unterstützung, diesem Kreislauf, geprägt von Schuld, Scham, Verantwortungsübernahme und Kontrolle, zu entrinnen.

➤➤ 4. Möglichkeiten der Intervention

Erfahrungsgemäß fällt es vielen Menschen aus unterschiedlichen Gründen schwer, Betroffene auf einen (vermuteten) problematischen Konsum psychoaktiv wirkender Substanzen anzusprechen.

Gründe hierfür sind z.B.:

- ▶ die Angst, sich zu irren und jemandem sozusagen Unrecht zu tun
- ▶ die Befürchtung, dass dies die Beziehung dauerhaft belasten und u.U. sogar zum Kontaktabbruch führen könnte
- ▶ das Gefühl, keine Berechtigung zu haben, sich in das Privatleben anderer oder auch in das Verordnungsverhalten der Ärztin/des Arztes einzumischen
- ▶ die Annahme, dass dies sowieso keinen Sinn hätte, nach dem Motto „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“
- ▶ oder auch die Einstellung, dass man jemandem in hohem Alter und mit womöglich zahlreichen Einschränkungen nicht auch noch „den letzten Spaß“ nehmen sollte

Das Ansprechen der beobachteten Auffälligkeiten ist eine Möglichkeit der Intervention neben anderen. Einfluss auf das Konsumverhalten kann z.B. auch über Aufklärung und Information zu Risiken, z.B. hinsichtlich des Suchtpotenzials bestimmter Medikamente, genommen werden. Auch können behandelnde Ärztinnen/Ärzte einbezogen werden, indem sie über auffälliges Verhalten informiert oder auf problematische Verordnungen hingewiesen werden. Hilfreich hierfür ist eine Übersicht über alle eingenommenen Arzneimittel.

Hinweis: Die Thematisierung der Bedenken fördert die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung und damit auch professionelles Handeln.

Tipp: Bei der Ansprache tabuisierter bzw. negativ besetzter Themen hilft es, persönliche Bedenken mit auszusprechen – dies erleichtert es, z.B. auch über problematischen Konsum ins Gespräch zu kommen.

Beispiel: „Ich habe mich mit meiner Einschätzung bislang etwas zurückgehalten, weil ich mich einerseits nicht in Ihr Privatleben einmischen und Sie andererseits auch nicht noch mehr verunsichern wollte, dennoch denke ich, nach allem was Sie mir geschildert haben, dass der Alkoholkonsum Ihres Vaters ein normales Maß übersteigt. Was meinen Sie?“

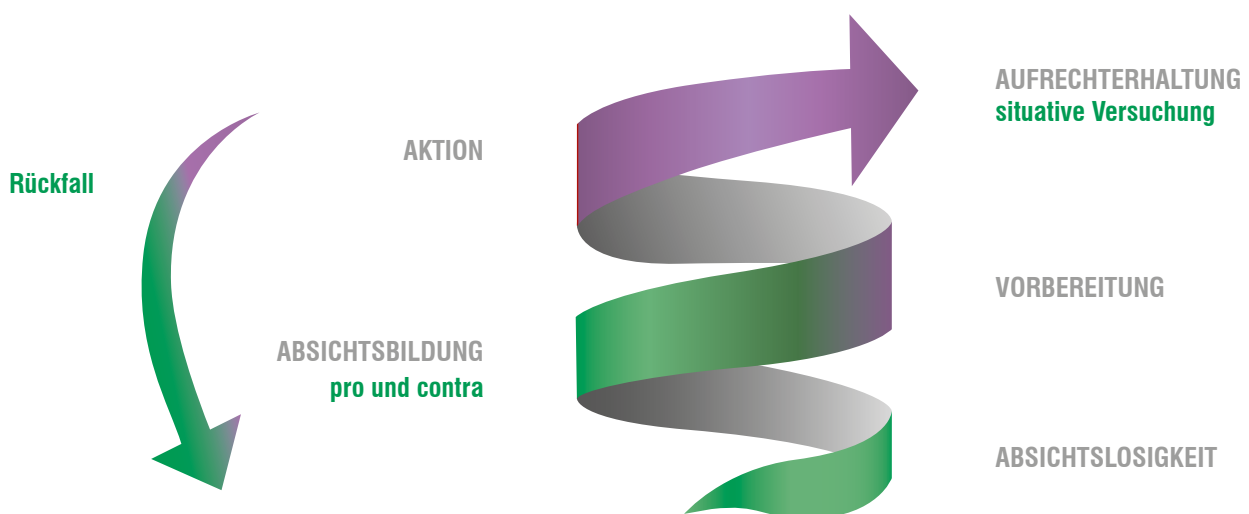
Der Umgang mit schambesetzten Themen ist nicht für alle Familienangehörigen gleich – auch nicht gleich schwer. Neben der persönlichen Einstellung spielen z.B. auch familiäre Erfahrung und Konstellationen eine Rolle. Bruder oder Schwester etwas einzugestehen fällt vielleicht leichter als dem/der Ehepartner/in gegenüber und der Schwiegertochter geht die Sorge womöglich leichter von den Lippen als dem Sohn oder aber auch anders herum. Das Gespräch zwischen den Beteiligten kann helfen, hierüber Klarheit zu bekommen und die zu unterstützen, für die die Situation besonders schwer ist.

Ob, und wenn ja, welche Interventionen sinnvoll sind, muss im Einzelfall entschieden werden. Welches Verhalten dann angezeigt ist, hängt von der Situation und Schwere der Problematik und den sich daraus ergebenden negativen Auswirkungen, aber auch von der Veränderungsbereitschaft der Betroffenen ab. Diese sollte berücksichtigt werden, da sie ausschlaggebend dafür ist, welche Interventionen zielführend sind oder aber im Gegensatz dazu lediglich Widerstand erzeugen.

Hilfreich für die Beurteilung der Veränderungsbereitschaft ist das Transtheoretische Modell nach Prochaska & Di Clemente, ein Konzept zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von intentionalen Verhaltensänderungen. Es geht davon aus, dass jede Veränderung kein einmaliges Ereignis ist, sondern ein Prozess, der charakteristische Stadien durchläuft.

Im Stadium der **ABSICHTSLOSIGKEIT** haben Personen keine Absicht, ein problematisches Verhalten zu verändern, sei es, weil sie (evtl. entgegen ihrem Umfeld) selbst keinen Veränderungsbedarf sehen oder sie kein Zutrauen darin haben, die Veränderung tatsächlich erfolgreich bewältigen zu können.

In der **ABSICHTSBILDUNG** besteht bereits Interesse an einer Verhaltensänderung, dies ist aber noch nicht eindeutig. Die Nachteile des aktuellen Verhaltens bzw. die Vorteile einer Verhaltensänderung sind bereits bewusst und werden mit den Vorteilen des bisherigen Verhaltens abgewogen. Dieses Stadium ist geprägt von einer großen Ambivalenz.



Transtheoretisches Modell der Veränderung

QUELLE: PROCHASKA & DICLEMENTE (1992)

In der **VORBEREITUNG** ist bereits eine klare Entscheidung für eine Veränderung getroffen, die es in naher Zukunft umzusetzen gilt. In dieser Phase werden konkrete Schritte geplant – Tipps und Empfehlungen sind hier möglich und hilfreich.

Im Stadium der **AKTION** werden konkrete und deutlich sichtbare Veränderungen unternommen. Dabei kann es immer wieder auch zu Rückfällen in die alten Verhaltensweisen kommen.

In der **AUFRECHTERHALTUNG** ist das neue Verhalten bereits Normalzustand, wenngleich dies Rückschritte, z.B. in Krisensituationen, nicht ausschließt.

Dieses Phasenmodell lässt sich nicht nur auf die Menschen mit problematischen Konsummustern beziehen, sondern auch auf deren Bezugspersonen. Auch diese durchlaufen einen vergleichbaren Veränderungsprozess, bei dem am Anfang das Problembewusstsein hinsichtlich des Konsumverhaltens des nahestehenden Menschen noch gering ausgeprägt ist. Auch werden sie womöglich über einen längeren Zeitraum hin- und hergerissen, also ambivalent sein, ob sie intervenieren sollen oder nicht und wenn ja wie. Auch anderen Entscheidungen liegt ein vergleichbarer Veränderungsprozess zugrunde, weshalb diese typischen Phasen auch bei Themen wie z.B. „Inanspruchnahme professioneller Hilfe“ oder „Unterbringung in einem Pflegeheim“ anzutreffen sind.

Die beschriebenen Phasen können unterschiedlich lang anhalten. Absichtslosigkeit und Absichtsbildung erstrecken sich u.U. sogar über Jahre. Erfolg einer Intervention kann also nicht nur daran gemessen werden, ob sich ein Verhalten sichtbar ändert. Wenn ein Mensch, der bislang einer Veränderung vollkommen absichtslos gegenüber stand, beginnt, über die Nachteile seines Verhaltens nachzudenken, also in die Phase der Absichtsbildung übergeht, ist das bereits ein Erfolg.

Das Transtheoretische Modell verdeutlicht darüber hinaus die Notwendigkeit, Interventionen dem jeweiligen Stadium des Prozesses anzupassen, da sie sonst nicht erfolgreich sind und im schlimmsten Fall sogar kontraproduktiv wirken.

Beispiele:

1. Es hat keinen Sinn, jemandem, der absichtslos gegenüber einer Veränderung hinsichtlich des Rauchens ist, einen Flyer mit Raucherentwöhnungsangeboten anzubieten.
2. Eine Person, die ambivalent einer Veränderung gegenübersteht, „zwingt“ man womöglich in den Widerstand und somit erst recht in das nicht gewollte Verhalten, wenn man allzu sehr auf eine Verhaltensänderung drängt.

Demgegenüber gibt es für jedes Stadium passende Interventionen, die Veränderung befördern.

In der **ABSICHTSLOSIGKEIT** zählen dazu z.B.:

- ▶ Informationen geben und Konsequenzen aufzeigen. Dies sollte sachlich und wertfrei, eben ohne „erhobenen Zeigefinger“ oder moralische Verurteilung, erfolgen
„Bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln können schon nach wenigen Wochen starke Gewöhnungseffekte auftreten, so dass die ursprünglichen Beschwerden, wie z.B. Schlafstörungen, trotz Medikamenteneinnahme verstärkt auftreten.“
- ▶ Rückmeldungen geben, z.B.
„Sie machen auf mich einen deprimierten und entnervten Eindruck. Kann es sein, dass sich die häusliche Situation weiter zugespitzt hat und wir nach einer anderen Lösung suchen sollten?“
- ▶ Widersprüche zwischen Denken, Fühlen und Handeln sowie zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verdeutlichen
„Ich weiß, dass Sie nur das Beste für Ihre Frau wollen, aber achten Sie dabei auch auf Ihre eigenen Bedürfnisse und Kräfte?“
„Als Sie selbst noch jünger waren ist es Ihnen körperlich sicher nicht so schwer gefallen – was denken Sie wie lange Sie die Situation noch meistern können?“
- ▶ emotionale Bezüge herstellen
„Was meinen Sie, wie Ihre Kinder die Lage beurteilen: machen die sich nicht auch Sorgen um Ihre Situation?“
- ▶ alternative Sichtweisen anbieten
„Nicht immer ist es die beste Lösung, zu Hause zu pflegen. Letztens hatte ich einen Fall, da hat sich das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter durch die Unterbringung im Pflegeheim wieder so entspannt, dass beide die gemeinsame Zeit nun wieder zu schätzen wissen.“
„Mit dem Rauchen aufzuhören ist furchtbar schwer, das ging mir auch so. Dennoch bin ich froh, dass ich es trotzdem versucht habe, denn heute geht es mir körperlich viel besser.“

In der **ABSICHTSBILDUNG** ist es hilfreich, zunächst die Ambivalenz zu verstehen und ihr Raum zu geben, anstatt ausschließlich einer Verhaltensänderung zuzureden. Außerdem sollte die Veränderungsmotivation z.B. durch die Auseinandersetzung mit den Konsummotiven bzw. den Vor- und Nachteilen des eigenen Verhaltens gestärkt werden.

Hierzu dienen folgende Fragen:

- ▶ Was habe ich von dem (selbstschädigenden) Verhalten/dem Konsum?
- ▶ Was verliere ich, wenn ich das nicht mehr tue?
- ▶ Was verliere ich, wenn ich weitermache wie bisher?
- ▶ Was gewinne ich, wenn ich mein Verhalten ändere?

In der Phase der **VORBEREITUNG** hilft es, realistische Ziele festzulegen und akzeptable Veränderungsschritte zu planen. Tipps, Empfehlungen oder praktische Unterstützungsangebote sind in dieser Phase durchaus hilfreich. Die Verbindlichkeit sollte durch konkrete Vereinbarungen gestärkt werden. Eine gute Vorbereitung ist wichtig, denn sie erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Verhaltensänderung auch auf Dauer gelingt, z.B. weil Klarheit darüber besteht, welche Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, welche Situationen viel-

leicht gemieden werden sollten, wer in Krisen unterstützen kann, welche Verhaltensalternativen infrage kommen etc.

Besonders wichtig für die Phase der **AKTION** ist es zu berücksichtigen, dass sich die Verhaltensänderung nicht immer positiv anfühlt. Wer beispielsweise Beruhigungsmedikamente ausschleicht, muss mit Schlafstörungen oder vielleicht auch Angstattacken rechnen. Eine Reduzierung des Alkoholkonsums bedeutet, sich auch von alten Gewohnheiten trennen zu müssen und Gefühle (z.B. Langeweile) vielleicht erstmal stärker zu empfinden, ganz abgesehen von möglicherweise auftretenden Entzugserscheinungen. Ändern Angehörige ihr Verhalten innerhalb der Pflegesituation, reduzieren beispielsweise den Einkauf von Tabakwaren, zieht dies vermutlich negative Reaktionen bei dem/der Pflegebedürftigen nach sich. Ein Anerkennen der Leistung und die Bestärkung darin, auf dem richtigen Weg zu sein, helfen den Betroffenen. Auch sind Ablenkung, soziale Kontakte auch zu Menschen in ähnlichen Situationen, neue (alte) Hobbys u.v.m. unterstützend.

Sollte es zu einem **RÜCKFALL** bzw. Rückschritt kommen, ist angezeigt, das „Drama“ herauszunehmen. Es hilft den Betroffenen nicht, sich und die Situation zu bedauern, sich zu ärgern oder in Selbstmitleid zu versinken. Im Gegenteil sollte versucht werden, das Geschehene zu akzeptieren (es ist nun mal passiert) und es positiv umzudeuten: Was kann man aus dem Rückfall für die Zukunft lernen?

In der Phase der **AUFRECHTERHALTUNG** bedarf es nicht mehr so intensiver Unterstützung wie zuvor. Dennoch sollte ruhig ab und zu nachgefragt werden, ob die Verhaltensänderung weiterhin umgesetzt wird, denn erfahrungsgemäß fällt es Menschen in dieser Phase schwer, von sich aus um Hilfe zu ersuchen. Zu groß ist häufig die Angst, andere zu enttäuschen.

Erfolgsaussichten bei Behandlung:

- sind mindestens ebenso hoch wie bei Jüngeren
 - > ausgeprägte vorhandene Ressourcen
 - > gute Compliance (Bereitschaft ärztlichen bzw. therapeutischen Anweisungen zu folgen)
 - > großes Pflichtgefühl bedingt geringere Abbruchquoten
- Gelingt eine Verhaltensänderung, verbessern sich Wohlbefinden sowie körperliche und geistige Leistungsfähigkeit innerhalb kürzester Zeit deutlich!



» 5. Grundlagen Motivierender Gesprächsführung

Die Motivierende Gesprächsführung ist ein Beratungskonzept, das von den Psychologen R. Miller und S. Rollnick für die Beratung von Menschen mit einer Suchtproblematik entwickelt wurde und mittlerweile auch bei anderen gesundheitlichen Problemen, z.B. zur Gewichtsreduktion oder Ernährungsumstellung bei Diabetes, Anwendung findet.

Sie basiert auf der Grundannahme, dass auch Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum sinnhaft handelnde Subjekte sind und es neben den guten Gründen für eine Veränderung auch gute Gründe gibt, die dagegen sprechen. Berater/innen verstehen sich demzufolge nicht als Expertinnen oder Experten, die ihr Gegenüber zu einer ganz bestimmten Entscheidung bringen möchten, sondern als Partner, die darin unterstützen, dass das Gegenüber mehr Bewusstheit über sich, seine Motive, Wünsche und Ziele erlangt. Die Grundhaltung ist von Wertschätzung geprägt, einführend und akzeptierend – auf Beweisführungen und Etikettierungen wird verzichtet. Die Verantwortung für eine Veränderung liegt eindeutig bei den Betroffenen, die selbst am besten wissen, ob und wenn ja, wann sie eine Veränderung „tragen“ können – auch wenn das seine Zeit braucht.

Wichtig zu berücksichtigen:

Stehen Menschen ihrem Konsum und damit auch einer möglichen Veränderung ambivalent gegenüber, ist es kontraproduktiv, sie zu einer Verhaltensänderung überreden zu wollen.

Demgegenüber sollten empathische Gesprächsmethoden, wie offene Fragen und Aktives Zuhören, eingesetzt werden, um Selbsterkenntnis und damit auch Veränderungsmotivation zu fördern.

Fortbildungen zur Motivierenden Gesprächsführung bzw. zur Motivierenden Kurzintervention bietet u.a. die Fachstelle für Suchtprävention Berlin an.

➤ 6. Kooperation und Hilfeangebote

Wollen wir künftig Sucht(gefährdung) für Menschen in höherem Lebensalter auf der Basis von Standards noch besser vorbeugen, sind Ärztinnen und Ärzte unverzichtbare Kooperationspartner. Die Bundesärztekammer hat in ihrem Leitfaden für die ärztliche Praxis „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ folgende Empfehlungen zum verantwortungsvollen Verordnungsverhalten herausgegeben:

- Verschreibungen orientiert an der PRISCUS-Liste (VGL. AUCH SEITE 7)
 - Verschreibung anhand folgender Fachstandards (4 K's):
 - > Klare Indikation: keine Verschreibung an Patienten mit Abhängigkeitsdiagnose, Aufklärung der Patienten
 - > Korrekte Dosierung: kleine Packungsgrößen, indikationsadäquate Dosierung
 - > Kurze Anwendung: Therapiedauer kommunizieren, kurzfristige Wiedereinbestellung, Überprüfung der Weiterbehandlung
 - > Kein abruptes Absetzen: ausschleichend abdosieren
- (BUNDESÄRZTEKAMMER 2007)

Informationen und Adressen von Hilfeangeboten, z.B. Auskünfte über spezielle Angebote für ältere Frauen und Männer, können bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. unter der Telefonnummer 02381 - 90 15 - 0 eingeholt werden.

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt vor allem in den Großstädten über ein breit gefächertes Hilfesystem. Es reicht von niedrighwelliger Unterstützung zur Minimierung von Folgeschäden über Beratung und Betreuung bis zur ambulanten oder stationären Therapie. Daneben gibt es ein breites Spektrum an Selbsthilfeorganisationen und -gruppen. Erste Anlaufstelle, insbesondere bei Fragen zur Medikation, ist sicherlich die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Ebenso kann hierzu ein Austausch mit der Apothekerin bzw. dem Apotheker des Vertrauens aufschlussreich sein, diese sind angehalten, einen Bereich für vertrauliche Beratung vorzuhalten. Darüber hinaus bieten Suchtberatungsstellen landesweit kostenfrei Informationen, Rat und Unterstützung für Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen.

Die unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) hält unter www.patientenberatung.de ein umfangliches, mehrsprachiges Beratungsangebot zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen vor, wie z.B. Arzneimittelberatung samt Wechselwirkungschecks. Die Beratungen können telefonisch, online oder vor Ort stattfinden.

Deutschlandweit sind Suchtberatungsstellen rund um die Uhr unter der Sucht Drogen Hotline 01805 - 31 30 31 telefonisch zu erreichen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hält darüber hinaus unter dem Link www.suchthilfeverzeichnis.de eine Einrichtungsdatenbank vor.

Übersichten zu den Berliner

- ▶ Sucht- und Drogenberatungsstellen, Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen sowie
- ▶ überregionalen zielgruppenspezifischen Beratungsstellen, z.B. zum Thema Glücksspielsucht, finden sich auf der Webseite www.berlin-suchtpraevention.de in der Rubrik „Informationen“.

Kostenlose Telefonberatung zur Raucherentwöhnung bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter 0800-831 31 31 (montags bis donnerstags von 10 bis 22 Uhr und freitags bis sonntags von 10 bis 18 Uhr). Darüber hinaus informieren die Krankenkassen über die von ihnen unterstützten Angebote zur Raucherentwöhnung.

Die Telefonseelsorge ist täglich 0 bis 24 Uhr unter 0800-1110111 oder 0800-1110222 (kostenlos) zu erreichen. Darüber hinaus bietet das „Silbertelefon“ unter 0800-4708090 – vertraulich, kostenfrei und täglich von 8 bis 22 Uhr ein niedrighschwelliges Gesprächsangebot für ältere, vereinsamte Menschen an. Weitere Informationen unter www.silbernetz.org.

Umfangreiche Informationen zum Thema Sucht im Alter bietet die durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Webseite www.alter-sucht-pflege.de.

Angebote der Selbsthilfe finden sich unter www.nakos.de (national), www.sekis.de (Berlin), unter www.deutsche-alzheimer.de sowie Abstinenz- und Selbsthilfeverbänden, wie z.B. www.blaues-kreuz.de, www.freundskreise-sucht.de, www.guttempler.de und www.kreuzbund.de.

» 7. Struktur und Kultur innerhalb der Pflegestützpunkte

In der Pflegeberatung kann das Thema problematischer Substanzkonsum aus den unterschiedlichsten Perspektiven an die Beratenden herangetragen werden: durch die Betroffenen selbst, pflegende Angehörige oder andere Bezugspersonen sowie durch Pflegefachkräfte.

Erste Schritte im Sinne eines professionellen Umgangs mit dem Thema Sucht im Alter in Pflegestützpunkten sind die

- ▶ Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Problematik und
- ▶ das Anregen der Reflexion der eigenen Haltung.

Das Wissen um typische Anzeichen eines problematischen Konsums psychoaktiver Substanzen, gepaart mit einer geschärften Aufmerksamkeit für die Symptome und einer Haltung, dass auch im hohen Alter Intervention lohnt, ist Grundvoraussetzung für eine entsprechende Handlungsfähigkeit. Hilfreich sowohl für das Erkennen der Problematik als auch für die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Partnerinnen und Partnern ist ein Grundwissen zu Wirkungsweisen und Suchtgefahren bestimmter Medikamente. Darüber hinaus ist eine gute Kenntnis des Suchthilfesystems und seiner spezifischen Angebote wichtig, um die Lotsenfunktion bestmöglich auszufüllen. Neben einer Intervention bei Missbrauch oder Abhängigkeit können Pflege- und Sozialberater/innen auch Suchtentwicklung vorbeugen, indem sie zu nichtpharmakologischen Maßnahmen gegenüber dem Einsatz von Medikamenten raten, wenn es beispielsweise darum geht, psychischem Unwohlsein oder Schlafstörungen entgegenzuwirken.

Eine gute Möglichkeit, dem gesetzlichen Präventionsauftrag im Pflegestützpunkt nachzukommen, ist die Vermittlung von Angeboten, z.B.

- ▶ Spaziergangsgruppen, die für ausreichend Bewegung (an der frischen Luft) sorgen;
- ▶ Musik-, Bewegungs- und weitere gesundheitsfördernde Angebote, wie sie z.B. von Nachbarschaftszentren angeboten werden;
- ▶ Kontakt und Gemeinschaft fördernde Aktivitäten, die soziale Teilhabe ermöglichen;
- ▶ Angebote der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements, z.B. über die Kontaktstellen PflegeEngagement in jedem Bezirk in Berlin;
- ▶ Möglichkeiten sinnvoller Beschäftigung, die das Gefühl vermitteln, gebraucht zu werden und den Selbstwert stärken.

Darüber hinaus sollte bei Bedarf auch in psychologische oder therapeutische Angebote vermittelt werden. Hier einige Beispiele:

- ▶ Persönliche Unterstützung und psychologische Begleitung bei seelischer Belastung durch den Pflegealltag bietet das Internetportal www.pflegen-und-leben.de. Die psychologische Online-Beratung steht gesetzlich krankenversicherten pflegenden Angehörigen sowie Freunden und Nachbarn, die pflegebedürftige Menschen im häuslichen Umfeld versorgen, kostenfrei zur Verfügung.
- ▶ Beratung bei Konflikten und Gewalt in der Pflege älterer Menschen sowohl für Gepflegte als auch für Pflegenden und weitere Bezugspersonen bietet das Berliner Beratungsangebot „Pflege in Not“, www.pflege-in-not.de, Tel.: 030 - 69 59 89 89.

Empfehlung:

Insbesondere Nicht-Raucher/innen empfinden die Konfrontation mit Tabakrauch häufig als sehr unangenehm. Erfahrungsgemäß ist es für alle Beteiligten das Beste, wenn das Bedürfnis nach Rauchfreiheit, z.B. im Rahmen eines Hausbesuches, möglichst von vornherein formuliert wird. So gelingt es am leichtesten, Ärger gar nicht erst aufkommen zu lassen.



Schon das einfühlsame, unterstützende und von Wertschätzung geprägte Gespräch „auf Augenhöhe“ in einer Pflegeberatungssituation kann bei diesem schwierigen Thema Entlastung geben.

➤➤ 8. Gesundheit der Mitarbeitenden fördern

Mitarbeitende in Pflegestützpunkten werden in ihrem Arbeitsalltag vielfach mit Leid konfrontiert, aber auch mit Frustration, z.B. weil kein passender unterstützender Pflegedienst in der Nähe gefunden werden kann, Hilfe nicht angenommen oder genehmigt wurde. Daneben können insbesondere Hausbesuche mit schwierigen oder belastenden Erfahrungen einhergehen. Möglicherweise erleben sie aggressives oder extrem forderndes Verhalten, einen vernachlässigten Wohnungsverhältnis oder anderweitig unangenehme, vielleicht auch beschämende Situationen.

Über solche tätigkeitsbezogene Aspekte hinaus gibt es in einer sich zunehmend verdichtenden Arbeitswelt zahlreiche weitere Stressfaktoren, die womöglich auch einen eigenen problematischen Konsum von Suchtmitteln begünstigen.

Wenn es um die Gestaltung möglichst gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen geht oder auch um eine frühzeitige Ansprache betroffener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sind Führungskräfte gefragt.

Hilfreiche Maßnahmen im Rahmen einer umfassenden betrieblichen Suchtprävention sind z.B.:

- ▶ **DIE GESTALTUNG EINES KLIMAS, IN DEM OFFEN ÜBER BELASTUNGEN GESPROCHEN WERDEN KANN.** Eine lösungsorientierte Kommunikation, auch über Schwierigkeiten, ermöglicht eine konstruktive Herangehensweise und fördert Veränderung. Genauso wichtig ist es, die Leistungen und das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wertzuschätzen. Die Möglichkeit zur Supervision für die Pflegeberatung ist in diesem Zusammenhang unterstützend.
- ▶ **DIE QUALIFIZIERUNG VON PERSONALVERANTWORTLICHEN** zum Umgang mit Mitarbeitenden mit Sucht- oder auch psychischen Erkrankungen sowie die Entwicklung und Implementierung von Handlungsleitfäden und/oder Dienstvereinbarungen. Geklärte Zuständigkeiten und Handlungskompetenz erleichtern frühe und konstruktive Intervention.
- ▶ **DIE SENSIBILISIERUNG DER MITARBEITENDEN GEGENÜBER CO-VERHALTEN.** Häufig werden betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von den Kolleginnen und Kollegen gedeckt, Auffälligkeiten werden heruntergespielt oder es wird „hinter dem Rücken“ über die Person gesprochen. Gründe hierfür sind z.B. sich über seinen Verdacht nicht sicher zu sein, sich nicht unbeliebt machen zu wollen oder die Situation für den anderen nicht zu verschlimmern. Damit ist den Betroffenen eindeutig nicht geholfen, da die Situation sich langfristig i.d.R. zuspitzt und möglicherweise eskaliert. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit problematischem Substanzkonsum werden demgegenüber durch frühzeitige Rückmeldung zu ihrem Verhalten motiviert, ihren Konsum zu hinterfragen.

Ausführliche Informationen zur betrieblichen Suchtprävention, zur Gesprächsführung und zur Gestaltung von Dienstvereinbarungen finden Sie auf der Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen www.sucht-am-arbeitsplatz.de.

Nutzen Sie darüber hinaus auch die Unterstützung durch Expertinnen und Experten, z.B. der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern. Fragen Sie nach entsprechenden Fortbildungen und Coachings oder nach Begleitung bei der Erstellung einer Dienstvereinbarung.

>> 9. Literaturhinweise

ABDA (Hrsg.) (2019): Faktenblatt – Polymedikation. <https://tinyurl.com/rep5599> (abgerufen am 04.03.2020).

Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN, Lochbühler K, Kraus L: The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines – an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 577–84. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007): *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit: Leitfaden für die ärztliche Praxis*. Köln.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (o.J.): *Substanzbezogene Störungen im Alter – Informationen und Praxishilfen*. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2013): *Alkohol, Medikamente und Tabak: Informationen für die Altenpflege*. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2018): *Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel)*. Hamm.

Dilling, H. et al. (2006): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Lindenberger, U. et al. (2010): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.

Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke: *PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen*. www.priscus.net (abgerufen am 03.03.2020).

Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2015): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

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

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): *Mikrozensus 2017: Gesundheitszustand und -relevantes Verhalten - Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht*. <https://tinyurl.com/w3fhyc> (abgerufen am 04.03.2020).

Thürmann, P. A. (2017): *Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen*. In Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S. et al. (Hrsg.): *Pflegereport 2017- Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. S. 119-128. Schattauer (Stuttgart). <https://tinyurl.com/yxeeoztm> (abgerufen am 04.03.2020).

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2017): *Sucht im Alter*. www.alter-sucht-pflege.de (abgerufen am 04.03.2020).

Weyerer, Siegfried; Schäufele, Martina & Hendlmeier, Ingrid (2006): *Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen. Repräsentative Ergebnisse aus der Stadt Mannheim*. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 19 (4), S. 229-235.

Weyerer, Siegfried (2011): *Wirksame Behandlungsmethoden bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen: Sucht*. Vortrag auf dem 10. Fachtag Gerontopsychiatrie. Nürnberg, 24. November 2011.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg (2009): *Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen*.

