

University of Applied Sciences

HOCHSCHULE
EMDEN·LEER

Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Ralf Drewes-Lauterbach, Henning Fietz, Steffen Fietz,
Birgitt Ridder-Stockamp, Britta Telgen, Knut Tielking

Sucht im Alter – ein gemeinsames Thema der Sucht- und Altenhilfe

Ergebnisse einer Befragung

Schriftenreihe der Hochschule Emden/Leer, Band 5

Ralf Drewes-Lauterbach, Henning Fietz, Steffen Fietz,
Birgitt Ridder-Stockamp, Britta Telgen, Knut Tielking

Sucht im Alter – ein gemeinsames Thema der Sucht- und Altenhilfe

Ergebnisse einer Befragung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



ISGE

Institut für Sozial- und Gesundheitswissenschaften Emden (GbR)

„Der vorliegende Bericht der Ergebnisse der Eingangsbefragung zur Erhebung der Ausgangsgrößen des Bundesmodellprojektes „NASIA – Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter“ ist ein Produkt gemeinsamer Arbeit der ProjektmitarbeiterInnen und der wissenschaftlichen Begleitung. Die Erhebungsinstrumente wurden von den ProjektmitarbeiterInnen entwickelt und zur Erhebung der Daten eingesetzt. Die Auswertung der Daten wurde von dem „ISGE - Institut für Sozial- und Gesundheitswissenschaften Emden GbR“ durchgeführt und in dem vorliegenden Bericht gemeinsam mit dem Projektteam verschriftlicht.

Wir wollen uns an dieser Stelle bei den Kooperationspartnern für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken.“

Verlag: Hochschule Emden/Leer

Druckerei: VON DER SEE, Emden

Buchbinderei: VON DER SEE, Emden

© 2012

Hochschule Emden/Leer

Constantiaplatz 4

26723 Emden

E-Mail: bibliothek.emden@hs-emden-leer.de

ISBN: 978-3-9811143-5-5

Inhalt

1	<u>VORWORT</u>	<u>3</u>
2	<u>EINLEITUNG</u>	<u>6</u>
3	<u>DAS BUNDESMODELLPROJEKT „NIEDRIGSCHWELIGE ANGEBOTE BEI SUBSTANZGEBRAUCH IM ALTER (NASIA)“</u>	<u>9</u>
3.1	ALLGEMEINE DARSTELLUNG DES PROJEKTES	9
3.2	ZIELE UND MEILENSTEINE DES BUNDESMODELLPROJEKTES	12
4	<u>ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG „SUCHT IM ALTER“</u>	<u>15</u>
4.1	DATENERHEBUNG	15
4.2	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG	18
4.2.1	ALTENHILFE	18
4.2.2	SUCHTHILFE	25
4.2.3	BERUFSFACHSCHULE FÜR ALTENHILFE	32
4.3	QUALITATIVE ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG	39
4.3.1	ALTENHILFE	39
4.3.2	SUCHTHILFE	46
4.3.3	BERUFSFACHSCHULE DER ALTENHILFE	53
4.4	ERGEBNISSE „SUCHT IM ALTER – EIN GEMEINSAMES THEMA“	58
5	<u>FAZIT UND HANDLUNGSKONSEQUENZEN</u>	<u>62</u>
6	<u>KONTAKTDATEN UND WEITERE INFORMATIONEN</u>	<u>65</u>
7	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>66</u>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kooperationspartner am Standort Papenburg	11
Abbildung 2: NASIA Ziele	13
Abbildung 3: Das Modellprojekt - Meilensteine	14
Abbildung 4: Frage 1 - Auseinandersetzung mit Substanzgebrauch (n=96)	18
Abbildung 5: Frage 3 - KlientInnen mit probl. Substanzgebrauch in Behandlung (n=90)	19
Abbildung 6: Frage 12 - Fachliche Kompetenz im Umgang mit Substanzgebrauch bei KlientInnen	20
Abbildung 7: Frage 13 - Fachliche Kompetenz im Umgang mit probl. Substanzgebrauch bei KlientInnen	20
Abbildung 8: Frage 14 - Wissensstand bzgl. Substanzgebrauchs	21
Abbildung 9: Frage 20 - Unternehmung bei probl. Substanzgebrauch (n=90)	22
Abbildung 10: Frage 29 - Probleme beim Umgang mit Substanzgebrauch (n=74)*	23
Abbildung 11: Frage 34 - Erkennen von probl. Substanzgebrauch durch Pflegekräfte	24
Abbildung 12: Frage 3 - Auseinandersetzung mit Substanzgebrauch bei älteren Klienten (n=43)	25
Abbildung 13: Frage 4 - Ältere Klienten (probl. Substanzgebrauch) in Betreuung (n=43)	26
Abbildung 14: Frage 11 - Beurteilung der eigenen Ausbildung und Kenntnisstand	27
Abbildung 15: Frage 30 - Probleme im Umgang mit älteren Klienten (n=41)*	29
Abbildung 16: Frage 57 - Autonomie und Abhängigkeit, Nähe und Distanz spielen auch im Alter eine wichtige Rolle (n=42)	30
Abbildung 17: Frage 74 - Mehrheit der älteren Menschen sind nicht Klientel der SH (n=42)	31
Abbildung 18: Frage 110 - Aufklärung führt zu mehr Kompetenz bei Gestaltung ihrer Lebenssituation	32
Abbildung 19: Frage 1 - Kritische Auseinandersetzung im beruflichen Alltag (n=63)	33
Abbildung 20: Frage 3 - KlientInnen mit probl. Substanzgebrauch in Behandlung (n=63)	33
Abbildung 21: Frage 14: Wissensstand bzgl. Substanzgebrauch	34
Abbildung 22: Frage 29 - Probleme beim Umgang mit Substanzgebrauch (n=58)	36
Abbildung 23: Frage 34 - Erkennen von probl. Substanzgebrauch durch Pflegekräfte	37
Abbildung 24: Ergebnisse Expertenbefragung	58
Abbildung 25: Stellenwert - Suchterkrankung	59
Abbildung 26: Themen für Alten- und Suchthilfe	62
Abbildung 27: Entwicklung von Kurzkonzepten	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklauf der Fragebögen	16
Tabelle 2: Rücklauf der Fragebögen anderer Einrichtungen	17
Tabelle 3: Gesamtrücklauf	17
Tabelle 4: Folgeschäden des Tabakkonsums	41
Tabelle 5: Altersspezifische craving-auslösende Schlüsselreize	42
Tabelle 6: Entwicklung von Abhängigkeit	43
Tabelle 7: Bedeutung von Abhängigkeit	43
Tabelle 8: Folgen von Abhängigkeiten	44
Tabelle 9: Politische Vorschläge zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter	45
Tabelle 10: Institutionelle Vorschläge zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter	45
Tabelle 11: Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht	53
Tabelle 12: Folgeschäden des Tabakkonsums	54
Tabelle 13: Schlüsselreize des Rauchverlangens	55
Tabelle 14: Bedeutung von Abhängigkeit	56
Tabelle 15: Folgen von Substanzabhängigkeit	56
Tabelle 16: Veränderungswünsche auf institutioneller Ebene.	57

1 Vorwort

Mit dem Projekt „Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter (NASIA)“ wurde ein Schwerpunktthema in der Alten- und Suchthilfe aufgegriffen, welches in den kommenden Jahren und Jahrzehnten zu einer großen gesellschaftlichen Herausforderung in Deutschland führen wird.

Die demografische Entwicklung zeigt, dass das Thema „Sucht im Alter“ kein Randproblem darstellt. Statistiken sprechen von alarmierenden Zahlen. Pflegefachkräfte und andere an der Pflege, Betreuung und Beratung Beteiligte brauchen Konzepte und Strukturen, um u.a. professionell und wertschätzend handeln zu können.

Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ausgangssituation und die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Sucht- und Altenhilfe deutlich. Positiv hervorzuheben ist, dass die Kooperationspartner aufbauend auf die hier vorgestellte Ausgangslage bereits auf interessante und wegweisende Ergebnisse zurückblicken können. Sowohl in der Altenhilfe als auch in der Suchthilfe hat sich bei den Akteuren durch die aktive und konstruktive Netzwerkarbeit ein positiveres Verständnis für die jeweiligen Fragen und Probleme der unterschiedlichen Arbeitsfelder entwickelt. Durch die verschiedenen Weiterbildungsmaßnahmen sowohl in den ambulanten Pflegediensten, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, der Berufsfachschule für Altenpflege der Stiftung Marienhospital Papenburg oder in der Fachambulanz Sucht Emslandkonnte eine erhebliche Kompetenzerweiterung entwickelt werden. Das Projekt „NASIA“ wird von allen Beteiligten aktiv und konstruktiv unterstützt und begleitet. Mit der begleitenden Öffentlichkeitsarbeit hat das Projekt bei weiteren vielfältigen Gruppen, Personen, Institutionen und Organisationen nachhaltige Prozesse ausgelöst, die die Auseinandersetzung mit dem Thema "Sucht im Alter" zur Folge hatte. Durch begleitendes ergänzendes Informationsmaterial wurden das Thema ergänzt und für die InteressentInnen zugänglicher gemacht, welches ein positives Interesse und eine Vertiefung der Thematik des niedrigschwelligen Angebotes bei Substanzgebrauch im Alter „NASIA“ auslöste.

Neben Informationsveranstaltungen in Einrichtungen der Altenhilfe oder der Fachambulanz „Suchthilfe“, den Einzelberatungen sowohl von Angehörigen als auch der älteren Menschen selbst, oder den Pflegefachkräften werden im Rahmen der Netzwerkarbeit in der Zukunftswerkstatt mit dem Projekt allen Beteiligten neue Impulse gegeben. Jung und Alt machen sich gemeinsam auf den Weg, um diesem zukunftsträchtigen „Tabuthema“ ein neues, anderes Gesicht zu geben. Sucht und Alter ist ein gemeinsames Thema, welches auch nur im gemeinsamen Miteinander berufsfeldübergreifend zu realisieren ist. Alle Akteure zeigen darüber hinaus ein großes ehrenamtliches Engagement, damit dieses Bundesmodell zu einer nachhaltigen Veränderung und letztendlich Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen führt.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt in Kooperation mit „NASIA“ durch das Institut für Sozial- und Gesundheitswissenschaften Emden (GbR) c/o Hochschule Emden/Leer vertreten durch Prof. Dr. Knut Tielking und Henning Fietz.

Die durch die Hochschule Emden/Leer erfolgte Auswertung der Eingangsbefragung, die bei MitarbeiterInnen der Altenhilfe, der Fachambulanz Sucht und AltenpflegeschülerInnen und Lehrkräfte der Berufsfachschule für Altenpflege durchgeführt wurde und hier in zusammengefasster Form vorliegt, belegt die vielfältigen Fragestellungen zum Thema „Sucht im Alter“.

Sie unterstützen die Notwendigkeit von Kooperationen und bestärken die bereits beschrittenen innovativen, konkreten und bedarfsgerechten Qualifizierungsmaßnahmen und Aktivitäten.

Ein Curriculum für die in der Ausbildung befindlichen AltenpflegeschülerInnen wurde bereits als optionales Lernangebot konzipiert und wird erprobt. Positiv ist festzustellen, dass eine berufsqualifizierende Berufsfachschule für Altenpflege schon zu Beginn des Projektes als Kooperationspartner zur Verfügung stand und durch ihr Netzwerk aktiv unterstützen konnte.

Insgesamt gesehen können die Kooperationspartner bereits auf ein gutes Ergebnis des Projektes in Papenburg und seinem Umfeld zurückblicken.

Sie dürfen aber ihre Ziele für die noch verbleibende Projektzeit nicht aus dem Blickfeld verlieren. Übereinstimmend wird die Notwendigkeit für spezielle Konzepte und Strukturen für älter werdende Menschen auf niedrigschwelliger Ebene gesehen.

Weitere Projektziele sind:

1. Weiterentwicklung der Kooperation zwischen Alten- und Suchthilfe
 - a. Klärung der gemeinsamen Arbeitsbereiche und Zuständigkeiten
 - b. Abbau von Vorbehalten und Ängsten
2. Mehr Sicherheit und Zufriedenheit für die Beschäftigten sowie den PatientInnen und KlientInnen
3. Schaffung eines niedrigschwelligen Angebots für ältere Menschen in die Regelversorgung
4. Weiterentwicklung der Curricula für Aus- und Weiterbildung
5. Überführung der Projektergebnisse in die Regelversorgung

Ich bin überzeugt davon, dass sich mit diesem Bundesmodell die Lebensqualität der Betroffenen, die Rahmenbedingungen und Strukturen ändern werden. Allerdings sind noch einzelne Arbeitsfelder zu bearbeiten und kritisch zu hinterfragen.

Machen auch Sie sich auf den Weg und unterstützen Sie unser Vorhaben. Nehmen Sie Kontakt auf zu den Kooperationspartnern oder werden Sie selbst aktiv in Ihrer Stadt oder Region.

Danken möchte ich allen Beteiligten, die an diesem Bericht mitgewirkt haben.

„Was ein Jeder sucht, das wird er auch finden“

26871 Papenburg, im März 2012

Jürgen Kothe
Schulleiter
Berufsfachschule für Altenpflege
Stiftung Marienhospital Papenburg
www.altenpflageschule.net



2 Einleitung

Der demografische Wandel stellt für die Gesellschaft eine große Herausforderung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten dar. Die seit Jahren sinkenden Geburtenzahlen und die steigende Lebenserwartung führen zu einer „alternden Gesellschaft“, in der sich das Generationenverhältnis weiter zu Lasten der Jüngeren verschieben wird. Schätzungen gehen davon aus, dass im Jahr 2050 die Altersgruppe der 60 -70jährigen SeniorInnen den stärksten Bevölkerungsanteil darstellt. Die Zahl der 60-Jährigen wird mit gut einer Million im Jahr 2050 doppelt so hoch sein wie die Zahl der Neugeborenen (2005 waren die Zahlen gleich hoch). Die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren wird von nicht ganz vier Millionen im Jahr 2006 auf zehn Millionen im Jahr 2050 ansteigen (Statistisches Bundesamt, 2008). Auch im Landkreis Emsland, für dessen nördlichen Teil das Projekt zunächst geplant ist, wird es gravierende Veränderungen im Altersaufbau geben, die noch drastischer ausfallen werden als auf Bezirks- und Landesebene. So wird die Altersgruppe der 50 – 65jährigen bis zum Jahr 2021 zahlenmäßig die stärkste Gruppe sein (Landkreis Emsland, 2008).

Auf diese Entwicklung reagiert die Gesellschaft bereits heute und untersucht die Folgen und Probleme für die sozialen Sicherungssysteme und die medizinische Versorgung, diskutiert Strategien und Alternativen. Dabei geht es auch um die wirtschaftlichen Strukturen, die Arbeitsmarktsituation, die Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen und um die Gestaltung des Lebensraumes.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Gesundheit der alternden Bevölkerung, wobei hier nicht nur die Abwesenheit von Krankheit gemeint ist, sondern vielmehr „einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, 1946). Für viele Menschen ist es ein Ziel, ein hohes Alter bei guter Gesundheit zu erreichen. Die Grundsteine dafür werden in frühen Lebensjahren gelegt, jedoch sind Veränderungen des Verhaltens und damit positive Auswirkungen auf die Gesundheit in jedem Alter möglich. Zu den gesundheitsbeeinflussenden Faktoren gehören Lebensstil, Gesundheitsverhalten, Lebenssituation, sozioökonomische Ausstattung, medizinische und pflegerische Versorgung sowie gesellschaftliche und ökologische Rahmenbedingungen. Zum individuellen Lebensstil und Gesundheitsverhalten des Einzelnen gehören gesunde Ernährung, ausreichende körperliche Bewegung, eine interessierte, teilnehmende geistige Haltung sowie Aktivität in der Gestaltung des Alltags und Teilnahme am sozialen Leben. In allen diesen Bereichen sind der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol und Medikamenten sowie das Nichtrauchen wichtige Bestandteile einer gesunden Lebensführung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2010). Außerdem ist davon auszugehen, dass sich die Rolle von „weichen“ Drogen wie Cannabis oder Amphetaminen in den nächsten Jahren deutlich verändern wird.

Obwohl bekannt ist, dass ältere Menschen einen hohen Konsum, Missbrauch und eine hohe Abhängigkeit bei den Substanzen Tabak, Alkohol und Benzodiazepinen

aufweisen, findet das Thema „Sucht im Alter“ in der Öffentlichkeit wie auch in der Fachwelt kaum Beachtung. So zeigen Studien, dass 27% der älteren Männer und 8% der älteren Frauen einen riskanten Konsum zeigen, und dass bei ein bis zwei Millionen der über 60jährigen ein problematischer Gebrauch psychoaktiver Medikamente vorliegt. Die daraus entstehenden Folgeerkrankungen betreffen große Bevölkerungsgruppen und stellen neben den gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Problemen, auch strukturelle Herausforderungen dar. Durch den demografischen Wandel wird die gesundheitspolitische Bedeutung von Suchterkrankungen im Alter in den nächsten Jahren zunehmen (Diakonisches Werk, 2008).

Eine weitere Problematik ist die Diagnosestellung. So werden beispielsweise körperliche und psychische Einschränkungen von z. B. pflegenden Angehörigen oder vom Pflegepersonal dem Alter zugeordnet, obwohl diese auch Folgen einer Suchterkrankung sein können. Dazu gehören z. B. häufige Stürze, nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit, nachlassende Körperpflege, Antriebs- und Interessenlosigkeit. Außerdem erschweren Erkrankungen wie beginnende Demenz und Altersdepression die Diagnostik, da die Symptome im Vergleich sehr ähnlich sind. Weiterhin unterscheidet sich die Suchtdynamik im Alter von der im jüngeren Lebensalter. Das Erscheinungsbild der Suchterkrankung im Alter ist durch krankheitsbedingtem Medikamentenkonsum, körperliche Multimorbidität, verlangsamter Stoffwechsel und eine damit verbundene, geänderte Pharmadynamik gekennzeichnet. Diese Faktoren führen zu altersspezifischen Folgen und erhöhen die Polytoxizität (ebd.).

Um sich auf die zunehmende alternde Gesellschaft und damit verbundene Probleme, wie eben der Substanzgebrauch im Alter, vorzubereiten, ist eine gezielte, regionale Planung und Strukturentwicklung anzustreben, um den Bedarf zu ermitteln, zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln und bestehende Angebote zu erweitern und miteinander zu vernetzen. Gerade an die Sucht- und Altenhilfe werden neue Anforderungen gestellt, die neue Konzepte zur Pflege, Beratung, Betreuung und Behandlung notwendig erscheinen lassen (ebd.).

Zu Beginn des Bundesmodellprojektes NASIA war jedoch noch wenig über die Herausforderungen und Chancen einer engen Vernetzung der Sucht- und Altenhilfe bekannt. Im Sinne einer Bestandsaufnahme wurden zu Beginn des Projektes die MitarbeiterInnen der Sucht- und Altenhilfe sowie SchülerInnen einer Berufsfachschule für Altenpflege zu den beschriebenen Inhalten befragt. Hierbei wurden nicht nur die strukturellen Herausforderungen als wesentlich für eine funktionierende Vernetzung gesehen. Man wollte auch wissen, wie es um die persönliche Einschätzung der MitarbeiterInnen aus beiden Systemen und wie es um das Wissen zu dem Thema „Sucht im Alter“ bestellt ist. Auch zu den Hemmnissen und Barrieren, die sich über die Trägerebene bis hin zum einzelnen Mitarbeiter ziehen können, wollte man einen ersten Eindruck gewinnen.

Hierfür wurden die Akteure der Sucht- und Altenhilfe über drei differenzierte Fragebögen, zugeschnitten auf den jeweiligen Bereich, befragt. Die aufschlussreichen Ergebnisse wur-

den folglich in drei detaillierten Berichten dargestellt. Die Ergebnisse wurden daraufhin über Zukunftswerkstätten und Kooperationstreffen im Hinblick auf die Entwicklung von Handlungskonsequenzen in der Praxis diskutiert. In diesem Prozess ist es gelungen die wichtigsten Ergebnisse der drei erwähnten Berichte unter dem Titel „Sucht im Alter – ein gemeinsames Thema“ zusammenzutragen und an dieser Stelle zu veröffentlichen.

3 Das Bundesmodellprojekt „Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter (NASIA)“

3.1 Allgemeine Darstellung des Projektes

Das Projekt „Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter (NASIA)“ beschäftigt sich mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen (besonders Alkohol, Tabak und Medikamente) im Alter. Es wird bewusst der allgemeine Begriff des Substanzgebrauchs gewählt, um das Projekt nicht auf die Frage des Missbrauchs oder der Abhängigkeit/Sucht einzuengen. In einem ersten Schritt soll die wahrgenommene Problembelastung durch professionell Tätige im ambulanten Altenpflegebereich und im Bereich der ambulanten Suchthilfe und deren Fortbildungsbedarf erfasst werden. In enger Kooperation mit einer Berufsfachschule für Altenpflege werden dann Aus- und Fortbildungsangebote entwickelt und auch umgesetzt. Der entstehende Austausch zwischen den unterschiedlichen professionellen Teams sollte dann genutzt werden, um die besondere Zugangsproblematik zur Gruppe der SeniorInnen bezüglich des Themas Substanzgebrauch und -missbrauchs neu zu diskutieren und Konzepte aus der bisherigen Arbeit mit Suchtgefährdeten und -kranken auf ihre Anwendbarkeit bei SeniorInnen zu überprüfen (wie z. B. bei der Frage nach den Zielen der Interventionen wie Abstinenz, kontrollierter Konsum oder anderen Konzepten). Aus dieser Bearbeitung sollten neue Angebote des niedrigschwelligen Zugangs zu den SeniorInnen entwickelt werden, die deren spezifische Situation ausreichend berücksichtigen. Diese Angebote werden dann über einen längeren Zeitraum erprobt, bewertet und sowohl in das Ausbildungscurriculum der Altenpflege integriert, wie auch auf weitere Einrichtungen in der Alten- und Suchthilfe.

Im Landkreis Emsland sind neben verschiedenen Betreuungsangeboten wie stationären Pflegeplätzen, Angebote von Seniorenwohnungen und ambulanten Hilfsangeboten insgesamt 59 ambulante Pflegedienste angesiedelt, davon neun in der Stadt Papenburg. Zu den Leistungen der kooperierenden Pflegedienste Firma Hüser und Firma Hövelmann gehören Alten- und Krankenpflege, Familienpflege, medizinische Versorgung, hauswirtschaftliche Versorgung, Hausnotruf und Mahlzeitendienste. Darüber hinaus wird von beiden Diensten das „Betreute Wohnen“ und Tagespflegeplätze angeboten. Das Einzugsgebiet der Pflegedienste umfasst das nördliche Emsland und z. T. das südliche Ostfriesland. Dazu gehören die Stadt Papenburg und die umliegenden Ortschaften bis Börger sowie Teile der Gemeinde Westoverledingen und Rhaderfehn. Zu den MitarbeiterInnen gehören ausgebildete Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Heilerziehungspfleger. Die hauswirtschaftliche Versorgung wird durch HauswirtschafterInnen und Hausfrauen mit zum Teil langjährigen Erfahrungen in der Kinderbetreuung sichergestellt. Beide Firmen gehören durch ihre MitarbeiterInnenanzahl (Hüser: 75, Hövelmann: 30) und ihre Einzugsgebiete zu den „größten“ Anbietern im Großraum Papenburg.

Die Fachambulanz Sucht Emsland ist Mitglied im Diakonieverbund Sucht der Region Osnabrück/ Emsland, der seit März 2000 besteht und ein Zusammenschluss aller ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen der Diakonie in dieser Großregion darstellt. Die Fachambulanz Sucht Emsland verfügt aufgrund der Größe des Landkreises (größer als das Saarland) über drei Standorte in den Städten Papenburg, Meppen und Lingen und ist eine der größten ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe in Niedersachsen. Das Angebot der Einrichtung umfasst u. a. die Beratung und Betreuung von suchtkranken Menschen und ihren Angehörigen, psychosoziale Betreuung von substituierten Menschen, Vermittlung in die verschiedenen weitergehenden Therapie- und Unterstützungsangebote der Suchthilfe sowie Durchführung von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach EVARS (2008). Insgesamt arbeiten 13 Vollzeitkräfte und 11 Teilzeitkräfte in den drei Standorten. Zum MitarbeiterInnenteam gehören Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialarbeiterinnen/ Sozialpädagoginnen, zumeist mit suchttherapeutischer Zusatzausbildung sowie Verwaltungskräfte. Als ärztliche Leitung arbeitet ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie auf Honorarbasis, der auch in vielen Bereichen der medizinischen Altenhilfe als Fachkraft hinzugezogen wird.

Beide Pflegedienste und die Fachambulanz Sucht Emsland haben bisher keine speziellen Angebote für suchtgefährdete oder suchtkranke SeniorInnen, sehen jedoch den Bedarf, für diese in Zukunft immer größer werdende KlientInnengruppe. Spezifisch für die gemeinsame Arbeitssituation ist außerdem der ländliche Charakter der Region, der die Aktivität und Teilhabe der alten Menschen oft sehr erschwert. So ist es für SeniorInnen, die häufig aufgrund altersbedingter Erkrankungen oder Beeinträchtigungen nicht mehr mobil sind (z. B. nicht mehr Auto fahren können) oft sehr schwierig, Beratungs- und Hilfsangebote der Sucht- und Altenhilfe wahrzunehmen. Im Großraum Papenburg, das das Einzugsgebiet für das Projekt ist, gibt es z. B. nur einen sehr eingeschränkten öffentlichen Busverkehr. Wegen der Komplexität der Problematik sind einfache Lösungen, die von einzelnen Leistungserbringern oder Institutionen erbracht werden, kaum zu realisieren. Deshalb sind kooperative, interdisziplinäre Netzwerklösungen notwendig.



Abbildung 1: Kooperationspartner am Standort Papenburg

Durch die Projektkooperation (siehe Abbildung 1) soll es einen regelmäßigen Austausch zwischen der Alten- und Suchthilfe sowie der Hochschule Emden/Leer geben, um ihre MitarbeiterInnen durch gegenseitigen Wissenstransfer zu sensibilisieren und ein Netzwerk aufzubauen, von denen die Zielgruppe der SeniorInnen nachhaltig profitieren. Es sollen mit unterschiedlichen Trägern neue Konzepte und Angebote entwickelt und auf ihre Effektivität und Effizienz überprüft werden.

Eine zentrale Idee des Modellprojektes ist es, dass auch die Arbeit in den ambulanten Settings erfasst werden soll. Dabei sollen die „Einblicke“ der aufsuchenden MitarbeiterInnen in das Leben der betroffenen alten Menschen ausgewertet werden, um alle Arten von „auffälligen“ Situationen zu sammeln und auf die Möglichkeit eines zugrunde liegenden Substanzmissbrauchs¹ zu hinterfragen.

Um ein Gesamtbild der Ausgangslage in der Sucht- und Altenhilfe zu erhalten, wurden Eingangs die MitarbeiterInnen der beiden Hilfesysteme und SchülerInnen der Berufsfachschule für Altenhilfe über Fragebögen befragt. Die aufschlussreichen Ergebnisse und die daraus resultierenden Handlungskonsequenzen werden im Folgenden dargelegt.

¹ Wir sprechen in diesem Zusammenhang allgemeiner von Substanzmissbrauch, um nicht allein über den Begriff Sucht jeglichen Zugang zu den Menschen zu verlieren.

In der aktuellen Projektphase werden darauf aufbauend entsprechende Wissens- und Kompetenztransferkonzepte für die Professionellen entwickelt und über Fort- und Weiterbildung umgesetzt.

Weiter werden die Ergebnisse dahingehend ausgewertet, welche spezifischen niedrigschwelligen Angebote für betroffene SeniorInnen geschaffen werden müssen, um sie dazu einzuladen, sich mit ihrem vermuteten bzw. belegten Substanzmissbrauch auseinander zu setzen. Dabei soll immer der Grundsatz, sowohl der Alten- wie auch der Suchthilfe, des „ambulant vor stationär“ angewendet werden. Die zu entwickelnden niedrigschwelligen Angebote müssen sich mit den Bereichen Mobilität (z. B. Zugänge zu Beratungsangebote), Beziehungsherstellung (z. B. welche Kontaktmodalitäten werden genutzt) und altengerechte Zieldefinitionen (z. B. müssen viele Kriterien der klassischen suchttherapeutischen Arbeit wie Abstinenz als zentrales Ziel möglicherweise intensiv überdacht werden) auseinandersetzen und werden unterschiedlich stark die Kompetenzen aus der Alten- und Suchthilfe einbeziehen. Das zentrale Ergebnis soll ein integriertes niedrigschwelliges Angebot für ältere Menschen jenseits des Berentungsalters sein, das sich auch auf andere institutionelle Gegebenheiten übertragen lässt.

3.2 Ziele und Meilensteine des Bundesmodellprojektes

Das Projekt „Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter“ hat das Ziel, die Kooperation zwischen Alten- und Suchthilfe weiterzuentwickeln. Insbesondere gilt es, die gemeinsamen Arbeitsbereiche und Zuständigkeiten zu klären, Vorbehalte und Ängste abzubauen. Darüber hinaus gilt es, mehr Sicherheit und Zufriedenheit der Beschäftigten sowie der PatientInnen und KlientInnen zu schaffen.

Dies soll durch die Schaffung eines niedrigschwelligen Angebots für ältere Menschen in der Regelversorgung und durch eine Weiterentwicklung der Curricula für die Aus- und Weiterbildung der Beschäftigten möglich werden.

In der nachstehenden Abbildung werden die Projektziele im Gesamtzusammenhang vorgestellt:

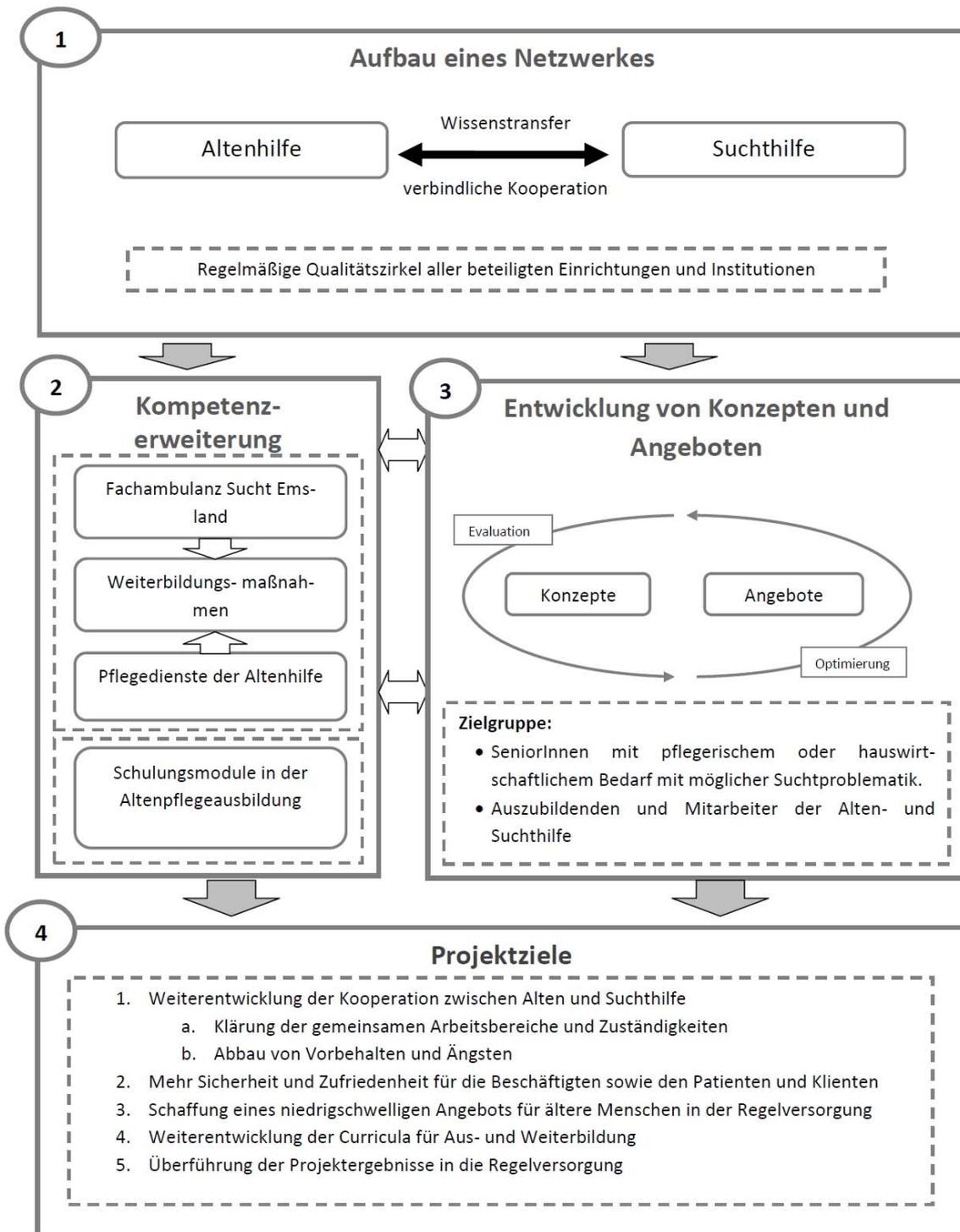


Abbildung 2: NASIA Ziele

Im ersten Schritt wird durch das Bundesprojekt exemplarisch am Modellstandort Papenburg ein Netzwerk zwischen der Alten- und Suchthilfe aufgebaut (Abbildung 2: NASIA Ziele, Punkt 1). Mittels einer verbindlichen Kooperation zwischen beiden Instanzen, einem stetigen Wissenstransfer sowie einem regelmäßigen Qualitätszirkel aller beteiligten Einrichtungen und Institutionen werden die Kompetenzen der Beteiligten erweitert (Punkt 2) und gemeinsame Konzepte und Angebote (Punkt 3) entwickelt.

Die MitarbeiterInnen der Fachambulanz Sucht Emsland und der Pflegedienste der Altenhilfe erhalten speziell entwickelte Weiterbildungsmaßnahmen. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse des Projektes in die Curricula der Berufsfachschulen der Altenpflege fließen. Bei der Entwicklung neuer Konzepte und Angebote wird besonders Wert auf die Befähigung der Zielgruppen - SeniorInnen mit pflegerischem oder hauswirtschaftlichem Bedarf mit möglicher Suchtproblematik, Auszubildende und MitarbeiterInnen der Alten- und Suchthilfe gelegt.

Aktuell befindet sich das Projekt in der Phase der Erstellung der niedrigschwellige Angebote für Seniorinnen und Senioren, die Unterstützung von der Sucht- und der Altenhilfe benötigen.

Der abschließende Bericht des Bundesmodellprojektes wird voraussichtlich am Ende des Jahres 2012 veröffentlicht.

Die nachfolgende Abbildung fasst wesentliche Meilensteine des Bundesmodellprojektes zusammen und gibt Aufschluss über die folgenden Tätigkeiten des Modellprojekt:

Meilensteine – Stand der Dinge

- ▶ 1. Erfassung und Auswertung der Ausgangsgrößen
- ▶ 2. Erstellung passender Fortbildungsangebote
- ▶ 3. Umsetzung der Angebote und Bewertung
- ▶ 4. Erstellung niedrigschwelliger Angebote für Senioren
- ▶ 5. Umsetzung dieser niedrigschwelligen Angebote
- ▶ 6. Bewertung der neuen Angebote und Transferideen
- ▶ 7. Fortlaufende Prozess- und Ergebnisevaluation



Abbildung 3: Das Modellprojekt - Meilensteine

4 Ergebnisse der Befragung „Sucht im Alter“

Im Sinne einer Bestandsaufnahme wurden zu Beginn des Projektes die MitarbeiterInnen der Sucht- und Altenhilfe sowie SchülerInnen einer Berufsfachschule für Altenpflege befragt. Inhaltlich fokussiert die Befragung Einschätzungen und Kompetenzen im Zusammenhang des Themas „Sucht und Alter“ aus den verschiedenen Perspektiven der Sucht- und Altenhilfe.

Die Akteure der Sucht- und Altenhilfe wurden über drei differenzierte Fragebögen, zugeschnitten auf den jeweiligen Bereich, befragt, die von den ProjektmitarbeiterInnen entwickelt wurden.

Zur Datenaufbereitung und Auswertung sowie der nachfolgenden Berichterstellung wurde das „Institut für Sozial- und Gesundheitswissenschaften Emden (ISGE), c/o HS Emden/Leer“ in Person von Prof. Dr. Tielking und Henning Fietz hinzugezogen.

Es resultierten drei umfangreiche Ergebnisberichte². Die deskriptive Zusammenfassung der Erkenntnisse zu der Ausgangssituation in den beiden Hilfesystemen der Sucht- und Altenhilfe in Bezug auf das gemeinsame Thema „Sucht im Alter“ werden an dieser Stelle vorgestellt.

Bei der Entwicklung der Fragebögen wurde sich für ein vergleichsweise offenes Design der Fragebögen entschieden, um über die individuellen Erfahrungen und Einschätzungen weiterführende Erkenntnisse zu gewinnen. Diese Chance wurde von den Befragten angenommen. Die Antworten auf die „offenen Fragen“ wird das Kapitel abschließend präsentieren.

4.1 Datenerhebung

Die Fragebögen der Alten- und Suchthilfe sind aus Gründen der Vergleichbarkeit inhaltlich ähnlich differenziert. So werden zuerst soziodemographische Daten erhoben, darauf folgend wurden Angaben zu persönlichen Erfahrungen in der Tätigkeit, in der Einrichtung und spezifiziert in der Altenhilfe, Suchthilfe sowie während der Ausbildung abgefragt. Die Befragten der Altenhilfe wurden aufgefordert Angaben zum Thema „Wenn aus Substanzgebrauch Sucht wird“ zu tätigen. Im Speziellen wurden den Akteuren der Suchthilfe Fragen zum demographischen Wandel und den Akteuren der Altenhilfe Fragen zum Thema „Ältere Menschen und Substanzgebrauch“ gestellt. Abschließend wurde in allen drei Bereichen Raum für eigene Gedanken zur Gesellschaft und Individuum in Bezug auf das gemeinsame Thema „Sucht im Alter“ eingeräumt.

² Die Ergebnisberichte sowie die zugrundeliegenden Fragebögen sind bei der Modelleinrichtung, Fachambulanz Sucht Papenburg, erhältlich.

Die weitere Differenzierung der Themenbereiche der Befragung sind dem Ergebnisteil dieses Berichtes unten stehend zu entnehmen.

Um die methodische Vorgehensweise sowie die Durchführbarkeit der Befragung zu erproben, fanden Pretests mit Beteiligten aus der Alten- und Suchthilfe statt. Hier ging es insbesondere darum, den Fragebogen im Hinblick auf seine allgemeine Funktionsfähigkeit, Verständlichkeit sowie Akzeptanz zu prüfen. Des Weiteren wurde untersucht, welche Fragen generell nicht beantwortet wurden bzw. zu unklaren Antworten führten. Es wurden danach Veränderungen und Ergänzungen zu einzelnen Fragen vorgenommen.

Für die Haupterhebung wurden die Fragebögen durch die MitarbeiterInnen der Altenhilfe und Suchthilfe im Zeitraum Mai bis Juni 2011 beantwortet. Die Fragebögen für die AltenpflegeschülerInnen konnten aufgrund einer Praxisphase erst Mitte Juni 2011 an die Altenpflegeschule ausgegeben und bearbeitet werden.

Bei der Antragsstellung wurde davon ausgegangen, dass alle MitarbeiterInnen der Altenhilfe an der Datenerhebung teilnehmen können. Bei der Entwicklung der Fragebögen in Zusammenarbeit mit den AnsprechpartnerInnen aus der Pflege wurde jedoch deutlich, dass die Fragestellungen sich primär an die Pflegekräfte richten und die Berufsgruppen z. B. der Haushaltshilfen aus der zu befragenden Zielgruppe herausfallen und sich folgender Rücklauf ergibt:

Tabelle 1: Rücklauf der Fragebögen

Anzahl der Fragebögen = Anzahl der Mitarbeiter	Ausgangsgröße (Antragstellung)	Verteiler	Rücklauf
Altenhilfe			
Ambulanter Pflegedienst	105	60	49
Alten- und Pflegeheim	69	69	18
Suchthilfe			
Ambulante Suchthilfeeinrichtungen	16	38	32
Fachklinik Möhringsburg		6	3
Berufsfachschule für Altenpflege			
	75	65	65

(Stand: 30.06.11)

Auf der Basis des großen Interesses weiterer Einrichtungen der regionalen Altenhilfe an unserem Projekt konnten als Ergänzung noch weitere MitarbeiterInnen befragt werden (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: Rücklauf der Fragebögen anderer Einrichtungen

Anzahl der Fragebögen = Anzahl der Mitarbeiter	Ausgangsgröße (Antragstellung)	Verteiler	Rücklauf
Altenhilfe			
Ambulanter Pflegedienst	20	20	10
Alten- und Pflegeheime	30	26	23

(Stand: 30.06.11)

Insgesamt ergibt sich ein zufriedenstellender Gesamtrücklauf aus beiden Hilfesystemen, der in Tabelle 3 dargestellt ist.

Tabelle 3: Gesamtrücklauf

Anzahl der Fragebögen = Anzahl der Mitarbeiter	Ausgangsgröße (Antragstellung)	Verteiler	Rücklauf
Altenhilfe	190	126	100
Suchthilfe	70	56	45
Berufsfachschule für Altenpflege	75	65	65
Gesamtanzahl	335	247	205

(Stand: 30.06.11)

Es lässt sich feststellen, dass es auf den Verteiler bezogen einen Rücklauf von 83% gegeben hat. Die Unterschiede zwischen der Alten- und der Suchthilfe (100 zu 45) waren aufgrund der völlig unterschiedlichen Personalstrukturen zu erwarten.

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung

Im Folgenden werden die aussagekräftigsten Ergebnisse der Befragung den drei Erhebungsbereichen Altenhilfe, Suchthilfe und Berufsfachschule für Altenpflege zusammenfassend dargestellt.³Hierzu werden die einzelnen Themenbereiche der Fragebögen (siehe Kapitel 6.2) sowie die qualitativ auszuwertenden Fragen gesondert aufgeführt (siehe Kapitel 6.3).

4.2.1 Altenhilfe

Persönliche Erfahrungen

Über die persönlichen Einschätzungen der ExpertInnen zu ihrer eigenen Tätigkeit und ihren professionellen Kompetenzen, wurde deutlich, dass das Thema „Substanzgebrauch im Alter“ in der Altenhilfe eine untergeordnete Rolle im beruflichen Alltag spielt. Lediglich ein Drittel der befragten MitarbeiterInnen aus den Einrichtungen der Altenhilfe gab an, sich bisher mit diesem zunehmend an Bedeutung gewinnenden Thema beschäftigt zu haben (siehe Abbildung 4– Frage 1), indessen scheint über die Hälfte der KlientInnen Medikamente, wie Schlaf- und Schmerzmittel selbstständig einzunehmen (Frage 2). Bemerkenswert ist, dass dennoch über die Hälfte der MitarbeiterInnen KlientInnen mit problematischem Substanzgebrauch betreuen (Abbildung 5 – Frage3).

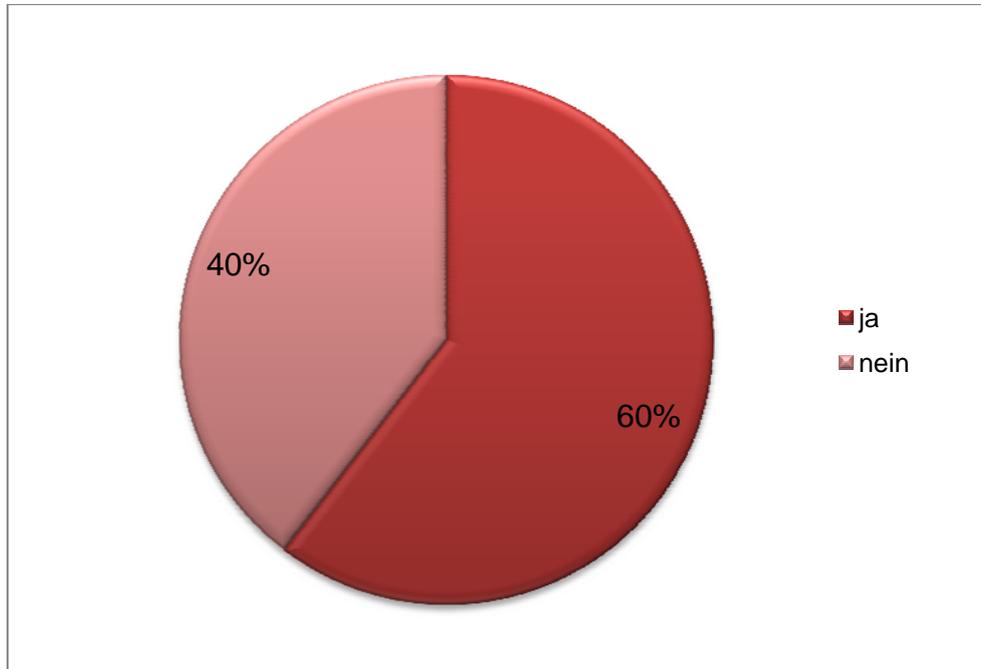


Abbildung 4: Frage 1 - Auseinandersetzung mit Substanzgebrauch (n=96)

³ Die detaillierten Ergebnisse der Einzelbefragungen liegen vor und können bei der Modelleinrichtung, Fachambulanz Sucht Papenburg, angefragt werden.

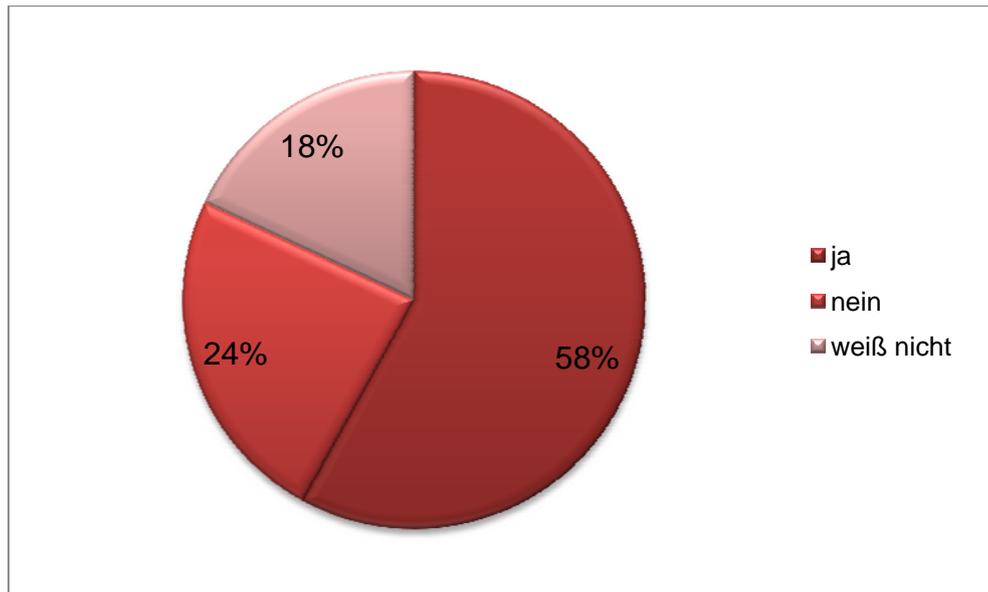


Abbildung 5: Frage 3 - KlientInnen mit probl. Substanzgebrauch in Behandlung (n=90)

Hinsichtlich der Häufigkeit des Konsums von Substanzen fallen insbesondere Medikamente, wie Schmerz-, Magen-, Abführ- sowie Schlafmittel ins Gewicht, zu denen über 80% der Befragten eine mindestens „mittlere“ Konsumhäufigkeit angaben. Antidepressiva (26%) und Neuroleptika (18%) werden nach subjektiver Einschätzung der Befragten oft oder häufiger eingenommen. Illegale Substanzen wurden lediglich drei Mal mit einer maximalen Häufigkeit von „mittel“ angegeben.

Insgesamt geben die Befragten an, problematischen Alkoholkonsum zu erkennen. Bei Medikamenten haben über die Hälfte der Befragten Probleme problematischen Konsum zu erkennen (Frage 10).

Wenn die MitarbeiterInnen der Altenhilfe eine „Fahne“ bei Ihren KlientInnen bemerken, geben lediglich die Hälfte an, ein persönliches Gespräch zu suchen (Frage 11). Wird konkreter „gefährdender“ Substanzgebrauch bemerkt, würde ein Drittel den zuständigen Arzt informieren. Mit der zuständigen Fachkraft, der Pflegedienstleitung (PDL) oder dem Team werden weitere Ansprechpartner genannt (Frage 15).

Die eigenen fachlichen Kompetenzen bzgl. des Umgangs mit (problematischem) Substanzgebrauch schätzen lediglich die Hälfte als gut oder besser ein (siehe Abbildung 6 – Frage 12, Abbildung 7 – Frage 13). Der eigene Wissenstand bezogen auf den Substanzgebrauch älterer Menschen wird von einem Viertel der Befragten als gut oder besser eingeschätzt (siehe Abbildung 8– Frage 14).

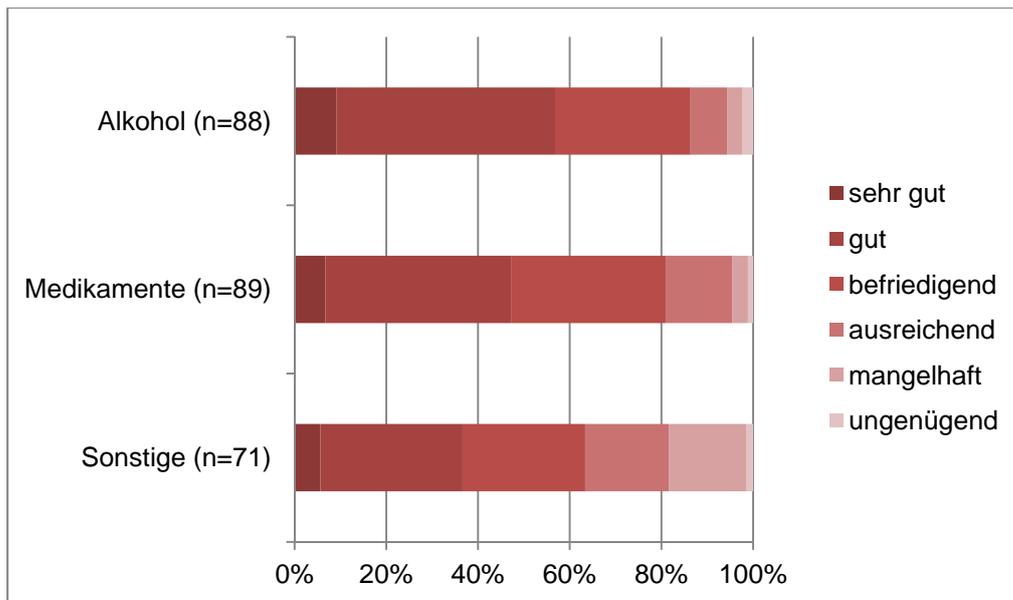


Abbildung 6: Frage 12 - Fachliche Kompetenz im Umgang mit Substanzgebrauch bei KlientInnen

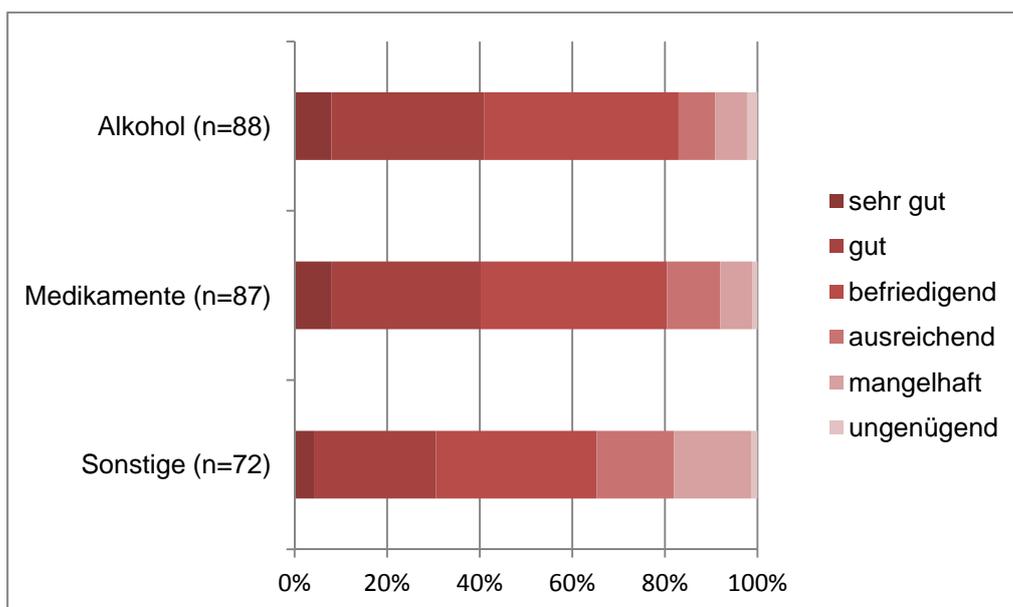


Abbildung 7: Frage 13 - Fachliche Kompetenz im Umgang mit probl. Substanzgebrauch bei KlientInnen

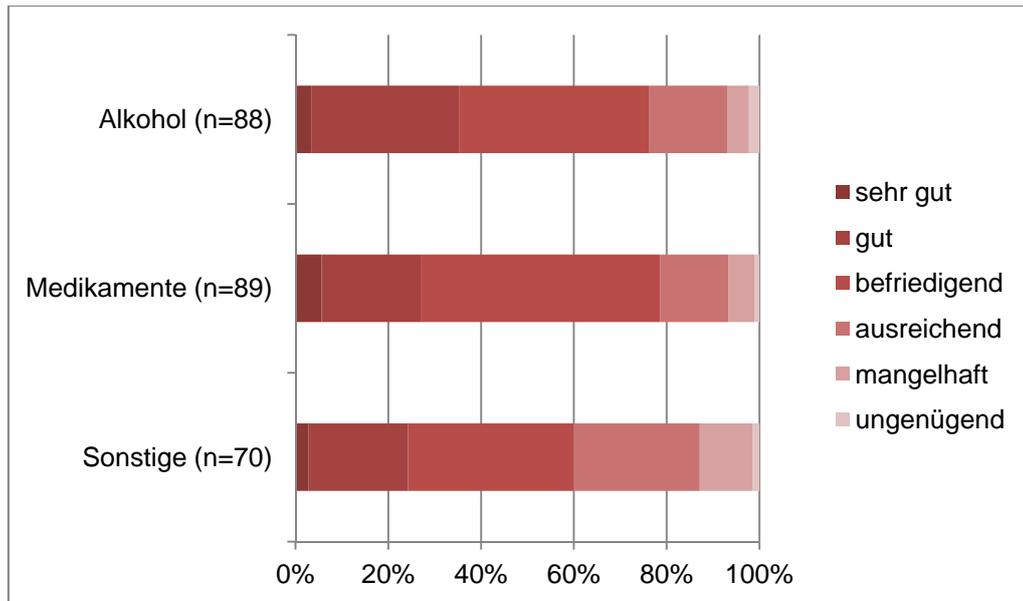


Abbildung 8: Frage 14 - Wissensstand bzgl. Substanzgebrauchs

Als konkrete Probleme beim Umgang mit den KlientInnen mit problematischem Substanzgebrauch, werden (i) fehlende Einsicht, (ii) abweisende Reaktionen, (iii) zu wenig Zeit, (iv) Konflikt mit dem zuständigen Arzt, (v) fehlende Kompetenzen bezogen auf Mischkonsum, (vi) Konflikt mit professioneller Distanz, (vii) fehlende Kompetenzen, problematischen Konsum zu erkennen sowie (viii) fehlende Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen genannt (Frage 16).

Erfahrungen in den Einrichtungen

In diesem Kapitel werden die praktischen Erfahrungen in den Einrichtungen der Befragten wiedergegeben.

Knapp 55% der n=90 Befragten gaben an, dass in ihrer Einrichtung KlientInnen mit problematischem Substanzgebrauch (Missbrauch und/ oder Abhängigkeit) betreut werden, ein Drittel gibt an, es nicht zu wissen (Frage 18). Bemerkenswert sind die Unternehmungen bei der Erkennung von problematischem Substanzgebrauch (siehe Abbildung 9 – Frage 20) in den Einrichtungen. Über 90% der n=90 Befragten geben an, dass der/ die Betroffene und die Angehörigen direkt angesprochen werden sowie dass Ärzte hinzugezogen werden. Lediglich ein Sechstel gab an, dass die Suchthilfe kontaktiert wird und vereinzelt (n=7) wurde die Absprache mit der PDL, Teamkollegen oder anderen Behörden angegeben.

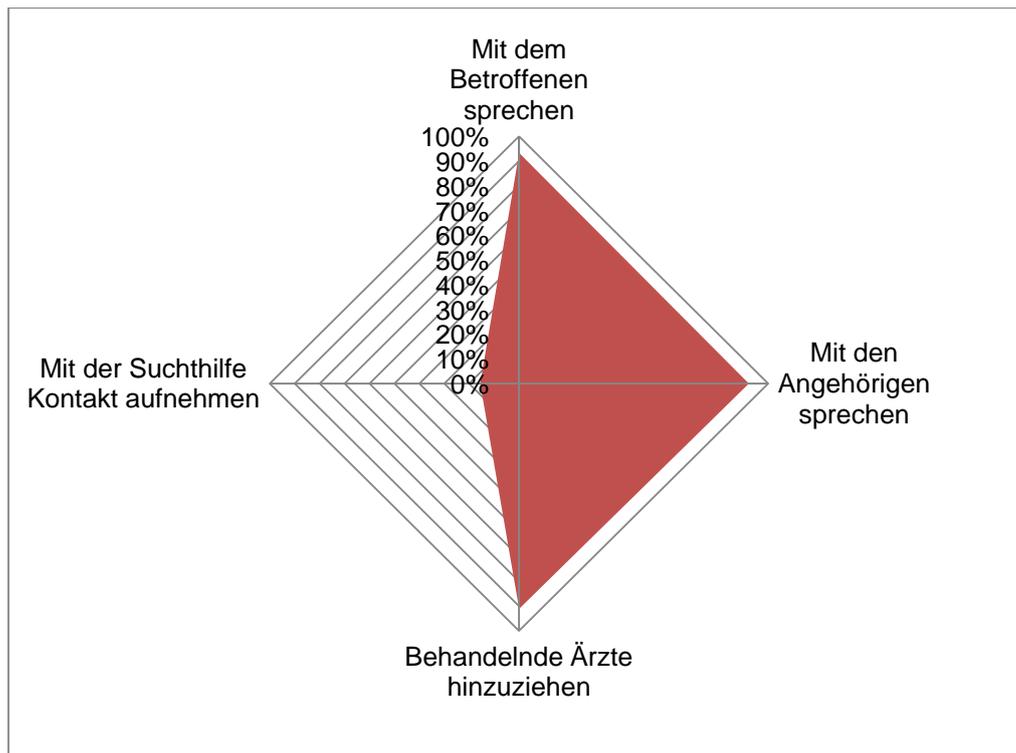


Abbildung 9: Frage 20 - Unternehmung bei probl. Substanzgebrauch (n=90)

In diesem Zusammenhang sind hier die Einschätzungen der Befragten, ob deren Kolleginnen fachlich gut genug ausgebildet seien (Frage 21) zu nennen. Lediglich 17% der n=88 Befragten beantworteten diese Frage mit „ja“ und 43% wüssten es nicht. Auch das nicht Vorhandensein (48%) oder die anscheinende Unwissenheit (38%) über spezielle Konzepte für den Umgang mit KlientInnen mit Substanzgebrauch ist hier als Ergebnis hervorzuheben (Frage 23).

Bei den Antworten auf die Frage, ob Probleme beim Umgang mit den KlientInnen mit Substanzgebrauch in den jeweiligen Einrichtungen gesehen werden (siehe Abbildung 10 – Frage 29), zeigen sich zwei ursächliche Aspekte. Zum Einen sind 55% der Befragten der Meinung, es stehe nicht genügend Zeit für die Pflege zur Verfügung bzw. man habe zu wenig Zeit aufgrund von geringen Pflegestufen (20%). Zum Anderen wird auf zu wenige Kenntnisse der Pflegenden über spezielle Hilfe für ältere Menschen (54%), über spezielle Hilfsmöglichkeiten (42%) sowie über die jeweiligen Substanzen (45%) eingegangen. Die daraus resultierende Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen (47%) wird ebenfalls von den Befragten genannt.

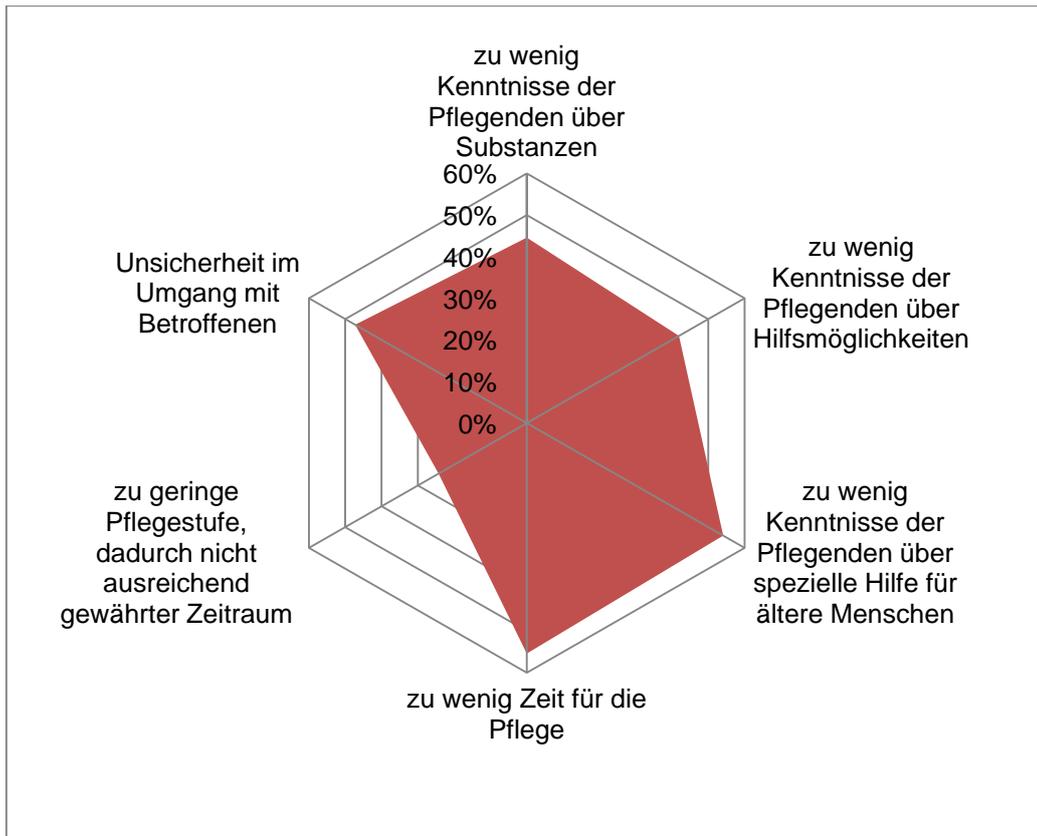


Abbildung 10: Frage 29 - Probleme beim Umgang mit Substanzgebrauch (n=74)*

*Zur besseren Veranschaulichung wurde das Diagramm auf max. 60% skaliert.

Dies deckt sich mit der Frage nach der Verbesserung der Versorgung der KlientInnen mit gefährdendem Substanzgebrauch (Frage 28), bei der 55% n=70 der Befragten einen Handlungsbedarf sehen, wobei hier die Anzahl der Enthaltungen (n=30 von N=100) hinzuweisen ist.

Bei der Frage, ob die Einrichtung „Unterstützung von außen“ bräuchte, um besser mit Abhängigkeiten von Substanzen umgehen zu können (Frage 24), stimmten 40% der n=88 Befragten mindestens „eher zu“. Lediglich 5% „stimmen eher nicht zu“.

Auf die Frage, ob es „Unterstützung von außen“ gibt (Frage 26) antworteten n=28 der Befragten. Neben Ärzte (50%), wurden Weiterbildung (29%), (Sucht-)Beratungsstellen (25%), Angehörige (11%) sowie Gesundheitsamt, Selbsthilfegruppen und ambulante/ stationäre Langzeittherapien als Unterstützung angegeben

Weiterhin sei hier noch zu nennen, dass laut den Befragten (n=71) der problematische Substanzgebrauch von Betroffenen von 35% der Angehörigen thematisiert wird. Weiter gaben 62% an, dass das Problem ignoriert wird und 48% der Befragten antwortete darüber hinaus, dass das Problem von den Angehörigen nicht thematisiert wird (Frage 30).

Einschätzungen über die Situation in der Altenhilfe

In diesem Abschnitt werden die Einschätzungen der Befragten bezüglich der Situation in der Altenhilfe dargestellt.

Bei der Frage, wie gut Pflegekräfte problematischen Substanzgebrauch erkennen können (siehe Abbildung 11 – Frage 34), stimmten nahezu alle (90%) Befragten bei Alkohol mindestens mit „befriedigend“ zu, bei Medikamente knapp über 80%.

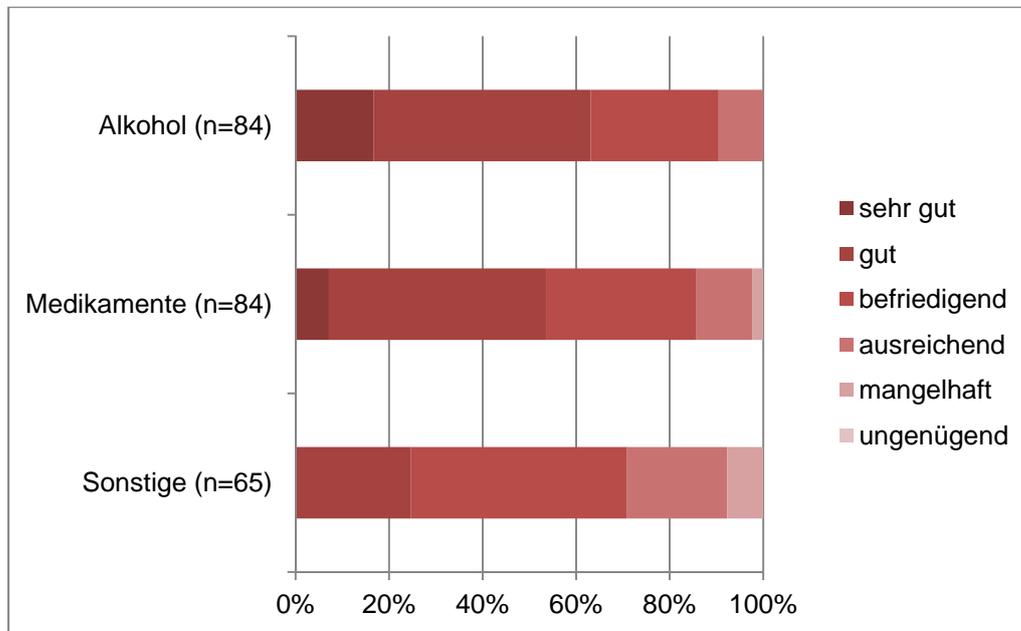


Abbildung 11: Frage 34 - Erkennen von probl. Substanzgebrauch durch Pflegekräfte

Bei der Frage, ob Probleme beim Umgang mit den KlientInnen mit Substanzgebrauch in der Altenhilfe gesehen werden (Frage 35), zeigen sich wie schon bei Frage 29 zwei Faktoren. Zum einen sind 73% der Meinung, es stehe nicht genügend Zeit für die Pflege zur Verfügung, 27% antworteten zu wenig Zeit aufgrund von geringen Pflegestufen zu haben. Zum anderen wird auf zu wenige Kenntnisse der Pflegenden über spezielle Hilfe für ältere Menschen (62%), über Hilfsmöglichkeiten (49%) sowie über die jeweiligen Substanzen (46%) eingegangen. Die daraus resultierende Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen (43%) wird ebenfalls von den Befragten (n=79) genannt.

Thema Substanzgebrauch

Dieser Abschnitt beinhaltet ausschließlich eine Wissens- und Meinungsabfrage zum Thema Substanzgebrauch, im Speziellen von Medikamenten, Alkohol und Tabak.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit werden die Antworten in Balkendiagrammen und in tabellarischer Form dargestellt.

Insgesamt werden Benzodiazepine als wirkungsvoll, verbreitet und vielseitig einsetzbar beschrieben (Frage 37/ 38 und Frage 40). Nicht nur Benzodiazepine (Frage 42), sondern allgemein werden Medikamente nach Ansicht der Fachkräfte in Altenheime häufiger eingesetzt als beim selbstständigen Leben (Frage 45). So werden Benzodiazepine nach Aus-

sage der Fachkräfte aus der Altenhilfe häufig ohne eindeutige Diagnose verabreicht (Frage 47). Die 4-K-Regeln zur Gabe des Medikaments werden hierbei nach Meinung von ein Drittel der Befragten selten oder gar nicht eingehalten (Frage 52).

Die hohe Zustimmung bezüglich des Abhängigkeitspotentials von Zolpicon überrascht (Frage 39). Die Relevanz des Themas problematischer Substanzgebrauch im Alter wird unter anderem darüber deutlich, dass über ein Drittel der Befragten angibt, dass zwischen 70-75% der KlientInnen Medikamente mit Abhängigkeitspotential bekommen (Frage 51).

4.2.2 Suchthilfe

Persönliche Erfahrungen der ExpertInnen

In diesem Kapitel werden die persönlichen Erfahrungen der Befragten im Rahmen ihrer beruflichen Praxis wiedergegeben. Es wird deutlich, dass zwei Drittel der Befragten sich nicht oder erst in ersten Ansätzen mit dem Substanzgebrauch älterer Klienten auseinandergesetzt haben (siehe Abbildung 12 – Frage 3).

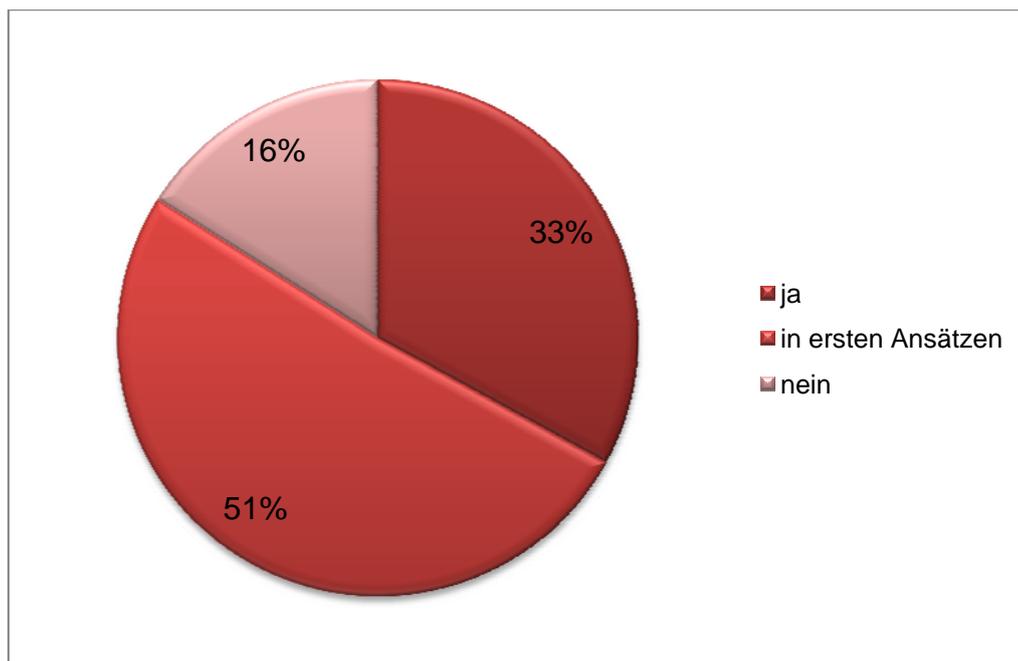


Abbildung 12: Frage 3 - Auseinandersetzung mit Substanzgebrauch bei älteren Klienten (n=43)

Gleichzeitig geben 60,5% der befragten Personen an, selbst ältere Klienten mit problematischem Substanzgebrauch in Beratung, Behandlung oder Betreuung zu haben (siehe Abbildung 13 – Frage 4).

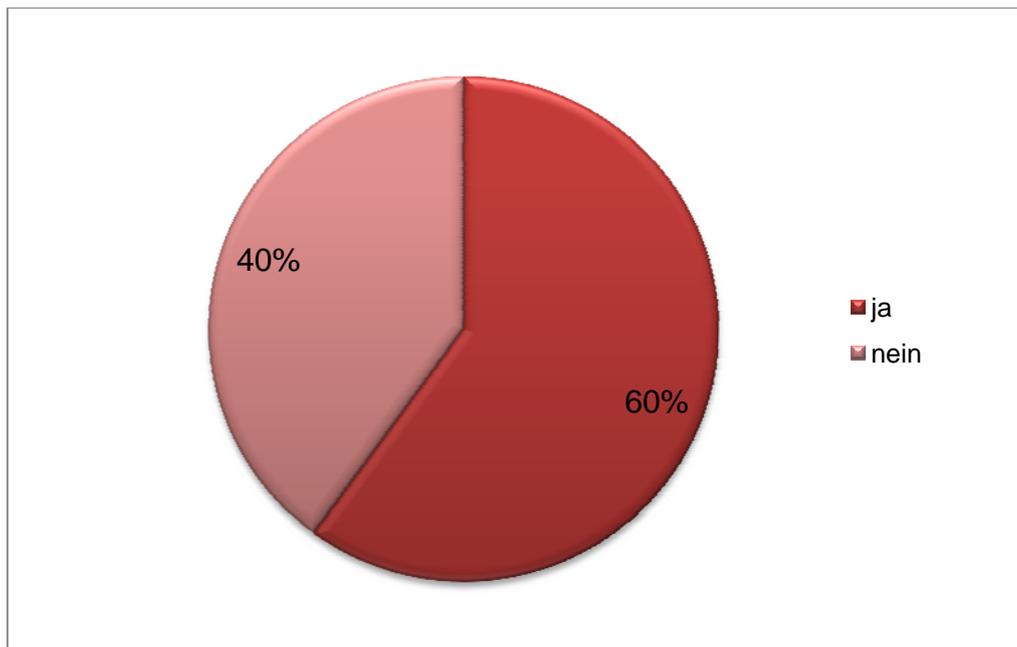


Abbildung 13: Frage 4 - Ältere Klienten (probl. Substanzgebrauch) in Betreuung (n=43)

Grundsätzlich lässt sich erkennen, dass der Kontakt zum Hilfesystem (Frage 5) überwiegend über Angehörige im weiteren Sinne (80%) oder den Arzt bzw. Hausarzt (55%) hergestellt wird. Als häufigste Zuweisungsdiagnose wird von den Befragten Alkoholkonsum, -missbrauch und oder -abhängigkeit genannt (Frage 6). Hinsichtlich der konsumierten Substanzen der älteren Klienten lässt sich im Rahmen von Frage 7 erkennen, dass Alkohol und Nikotin deutlich im Vordergrund stehen. Im Bereich der Medikamente werden Schmerzmittel, Antidepressiva, Schlafmittel und Magenmittel mittel bis sehr oft konsumiert. Illegale Substanzen treten dagegen nur selten in Erscheinung. Unsicherheiten im Hinblick auf das Erkennen von problematischem Substanzgebrauch zeigen die Befragten bei Medikamentengebrauch und der Kombination von Substanzen. Das Beurteilen von Alkoholproblematiken wird dagegen als relativ sicher eingeschätzt (Frage 9). Im Vergleich zu der Beurteilung von jüngeren Klienten wird kein relevanter Unterschied wahrgenommen und die Mehrzahl der Befragten gibt an bei älteren Menschen genauso sicher zu sein (Frage 10). Insgesamt beurteilen die befragten Personen ihren Kenntnisstand für die Beratung, Behandlung und Betreuung von älteren Klienten mit problematischem Substanzgebrauch überwiegend als ausreichend sicher und sicher. Erhöhte Unsicherheiten werden jedoch im Bereich der Medikamente und den kombinierten Substanzen erlebt (siehe Abbildung 14 – Frage 11).

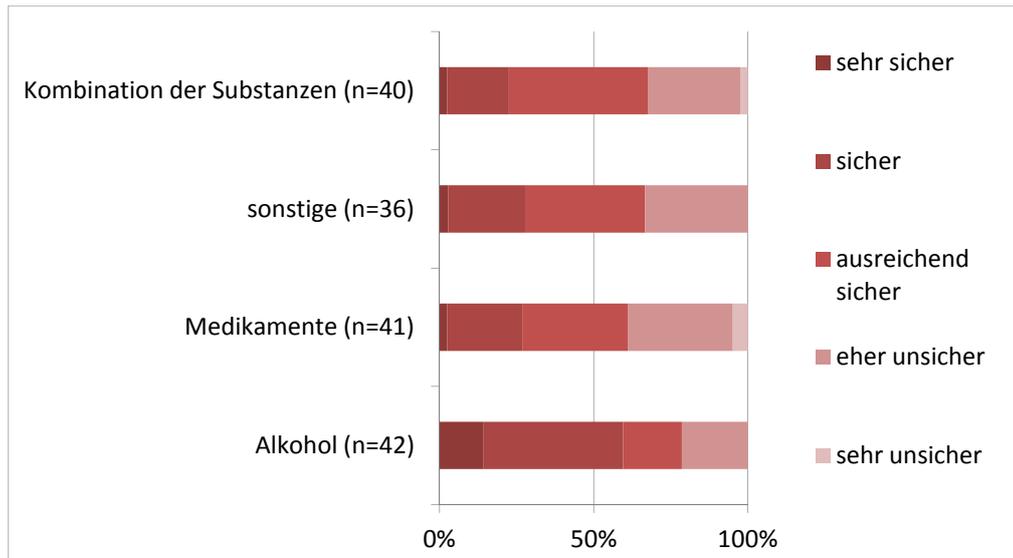


Abbildung 14: Frage 11 - Beurteilung der eigenen Ausbildung und Kenntnisstand

Es wird generell die Notwendigkeit gesehen über bestimmte Kompetenzen für die altersspezifische Arbeit zu verfügen (Frage 12). Als potentielle Kompetenz wird am häufigsten die allgemeine Auseinandersetzung mit altersbezogenen Themen genannt (90%).

Auch fundiertes Wissen über Medikamente, Kombinationen von Substanzen wird erwähnt (60%) und 30% der Befragten würden gerne mehr über altersspezifische Hilfsangebote erfahren. Im Hinblick auf die Unterschiede im Vergleich zu Gesprächen mit jüngeren Klienten (Frage 13) werden von den Befragten beispielsweise eine Änderung ihrer Wortwahl, Zeitlassen und Wertschätzen der Lebensführung/ Biographie genannt. Auch die Tatsache, dass ältere Menschen andere Ziele verfolgen und die Bewertung von Lebensfreude und Gesundheit anders sein kann, wird erwähnt.

Unter Frage 14 werden altersspezifische Probleme und Aufgabenstellungen erfragt. Hier wird von der Mehrzahl der Antworten besonders die fehlende oder sehr langsam entwickelte Krankheitseinsicht genannt (60%). Alternative Lebensthemen wie Tod und Einsamkeit spielen ebenso eine Rolle (40%) wie ein höheres Angst- und Schamgefühl (32%) sowie die Verbindung von Substanzgebrauch und anderen Krankheiten (32%).

Frage 16 beschäftigt sich im Anschluss hieran mit Themen und Fragestellungen, die die Befragten in der Auseinandersetzung mit „Sucht im Alter“ als wichtig und wünschenswert erachten. 45% sprechen sich für eine Auseinandersetzung mit der Lebensbewältigung im Alter aus. Ebenso sollten Lebenswelt und Lebenslage besonders berücksichtigt werden (38%). Als weiterer Punkt wurden der Umgang mit Verlust- und dramatischen Ereignissen genannt (28%). Neben der genaueren Information über Medikamente und dessen Konsum (15%) werden noch eine Reihe weiterer Aspekte genannt wie die Einbeziehung der Angehörigen und die Beachtung von Komorbidität.

Erfahrungen in den Einrichtungen

Hier ist nach den Erfahrungen der Befragten mit älteren Klienten in ihrer Einrichtung gefragt.

Zunächst einmal geben 79% der befragten Personen an, im Jahr 2010 ältere KlientInnen in Beratung, Behandlung oder Betreuung gehabt zu haben (Frage 17). Als Zuweiser wurden überwiegend Angehörige (81%) und Ärzte (74%) genannt. Weniger ins Gewicht fallen Krankenhäuser (29%) und mit 19% andere Fachstellen, wie Caritas oder anderen Beratungsstellen (Frage 19).

Die Notwendigkeit, spezielle Konzepte für den Zugang zu älteren Menschen zu entwickeln, sehen 81% der Befragten, lediglich 3% lehnen dies ab (Frage 22).

Weniger eindeutig gestalten sich die Ergebnisse im Hinblick auf die Situation in den Einrichtungen der Befragten selbst. Schon bei der Frage nach der fachlichen Kompetenz der KollegInnen enthalten sich 40% der Befragten. Lediglich n=25 antworteten auf die Frage, wobei 84% der Befragten der Aussage, diese sei ausreichend, voll zu- oder eher zustimmten. Das Vorhandensein altersspezifische Konzepte und Angebote in ihren Einrichtungen bestätigen 57% der Befragten (Frage 24). Am Bekanntesten scheint hierbei das Angebot „Klar-Aktiv“ zu sein, dass von 69% der befragten Personen genannt wird (Frage 25).

Anschließend wurde nach Vorschlägen für spezielle Konzepte gefragt (Frage 26), woraus 13 konkrete Ideen herausgefiltert werden konnten. So wurde zum Beispiel die aufsuchende Arbeit, Vernetzung aller Beteiligten, gesonderte Angebote für ältere Menschen (Themenschwerpunkte wie Verlust, Tod und/ oder Rente), Präventionsarbeit über klassische Medien sowie beratende Sprechstunden der Suchthilfe in Pflegeeinrichtungen genannt.

Interessante Ergebnisse liefern die Fragen nach externer Unterstützung der Einrichtungen. Bei der relativ abstrakten Frage, ob die Einrichtung der Befragten Hilfe von außen in der Arbeit mit älteren KlientInnen benötige (Frage 27), zeigt sich eine Uneinigkeit zwischen den Befragten, 40,5% der Befragten stimmen der Aussage ihrer Institution brauche „Unterstützung von außen“ zu oder eher zu. Gut 30% stimmen eher nicht oder überhaupt nicht zu und 29% sind in dieser Frage unentschlossen. Noch verstärkter zeigt sich diese Unentschiedenheit bei Frage 29. Hier bejahen 17% die Frage, ob ihre Einrichtung Hilfe bei der Entwicklung von Konzepten und ähnlichem braucht und ein Drittel lehnte dies ab. Die Hälfte der Befragten ist unentschlossen.

Auf die Frage welche Unterstützung von außen konkret gewünscht würde, antworten 69% der Befragten „Beratung durch Fachkräfte der Altenpflege“. Bei den tatsächlich unterstützten Einrichtungen wird diese Hilfe jedoch lediglich von 15% der befragten Perso-

nen genannt, während die Fallbesprechung mit einem Arzt oder Psychiater wesentlich weniger gewünscht wird (59%), als in der Realität tatsächlich erfahren (92%) (Frage 28).

Bei der Frage 30 (siehe Abbildung 15) gaben 43% der Befragten an in ihrer Einrichtung keine Probleme beim Umgang mit älteren KlientInnen zu haben, 40% der Befragten beklagen zu wenige Kenntnisse über das Altern und 35% zu wenige Kenntnisse über Unterstützungsmöglichkeiten für ältere Menschen.

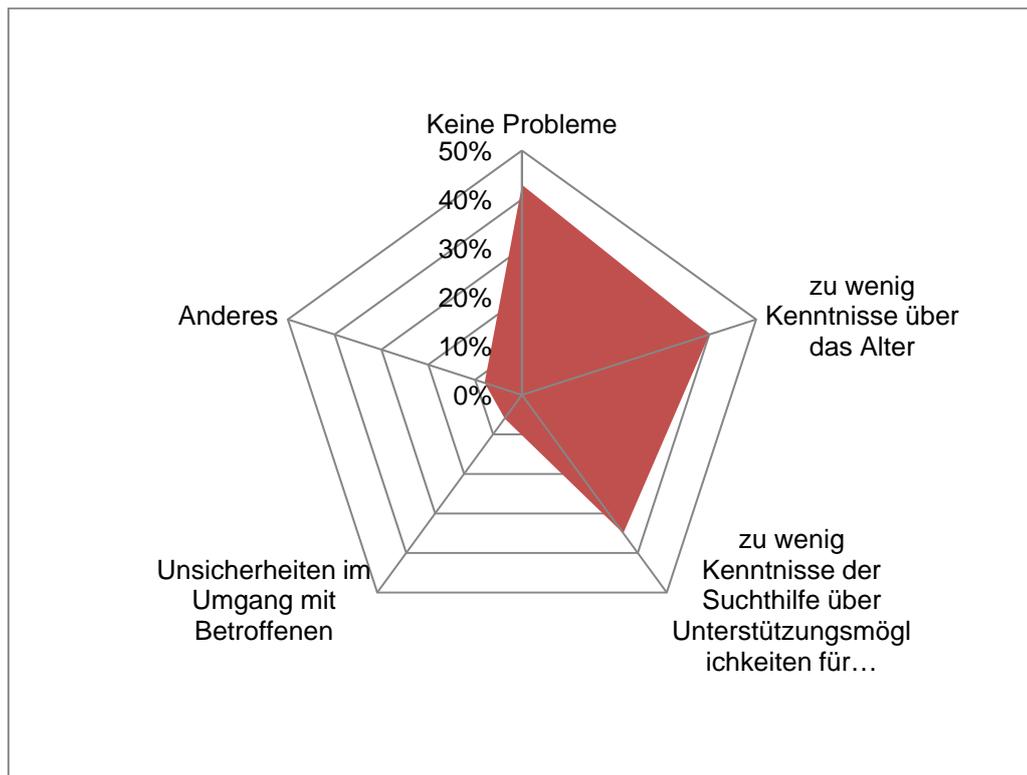


Abbildung 15: Frage 30 - Probleme im Umgang mit älteren Klienten (n=41)*

*Zur besseren Veranschaulichung wurde das Diagramm auf max. 50% skaliert.

Auf die Frage nach speziellen Konzepten für die Altersgruppe 50Plus sagen 63% aus, es gebe solche Konzepte in ihrer Einrichtung, 28% verneinen dies. Es zeigt sich allerdings, dass in den wenigsten Fällen zwischen Konzepten für die Gruppen 50plus und 65plus differenziert wird. 81% der befragten Personen geben an, in ihrer Einrichtung gebe es solch unterschiedliche Konzepte nicht (Frage 33).

Einschätzungen der Situation in der Suchthilfe

In diesem Kapitel geht es um allgemeine Erfahrungen, die die befragten Personen in der Suchthilfe gemacht haben. Zunächst wird in Frage 34 nach Ideen für Präventionsangebote gefragt. Die Vorschläge sind überwiegend niedrigschwellige Angebote der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, Pressearbeit). Speziell für ältere Menschen entwickelte Beratungsmethoden halten nur 40% der Befragten für notwendig, 61% lehnen diese ab (Frage 35), vereinzelt wird jedoch auf die Methode des Motivational Interviewing hingewiesen. Im Gegensatz zu Frage 35 halten 68% der befragten Personen altersspezifische Behandlungsmethoden sehr wohl für erforderlich, 32% lehnen diese ab. Als Vorschläge werden hier altershomogene Gruppen und teilhabefördernde Aktivitäten genannt.

Alter allgemein

In diesem Fragekomplex wird die Relevanz der psychosozialen Dimension des Alterns deutlich erkannt. Demenz und Verwirrheitszustände werden als die größten Probleme des Älterwerdens betrachtet und über 80% der Befragten sehen depressive Störungen, Angststörungen oder Belastungsstörungen als Probleme, die bei älteren Menschen oft nicht erkannt und behandelt werden. Die Relevanz der psychosozialen Dimension des Alterns sowie damit verbundene psychische Probleme werden deutlich gesehen.

Es wird sowohl die Kontinuität der großen Lebensthemen betont (siehe Abbildung 16–Frage 57) wie auch das Entstehen völlig neuer Themen (Frage 58) und werden auch, trotz des Alters, als behandelbar bewertet.

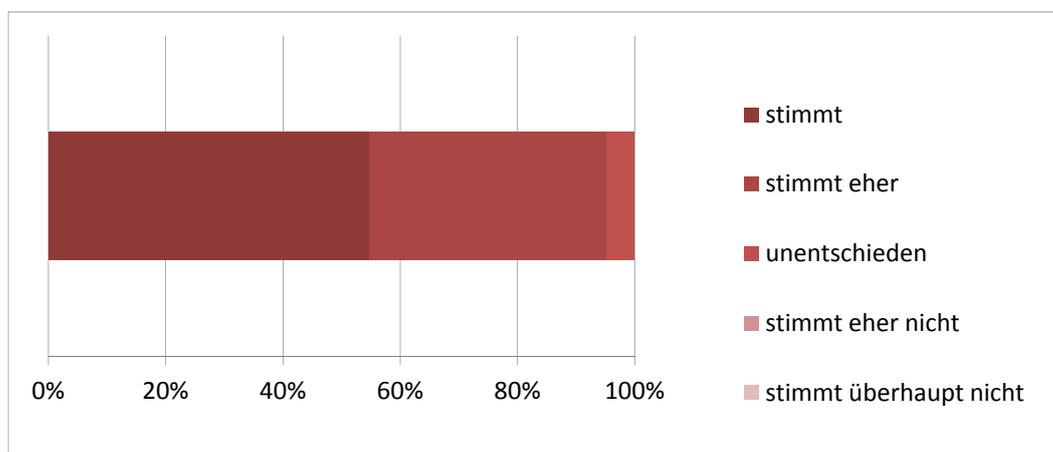


Abbildung 16: Frage 57 - Autonomie und Abhängigkeit, Nähe und Distanz spielen auch im Alter eine wichtige Rolle (n=42)

Multimorbidität wird nicht als Kontraindikation für die Behandlung gesehen, aber stellt einen deutlichen Bereich der Verunsicherung dar (Frage 61 und Frage 62).

„Ältere Menschen und Substanzgebrauch“

Zu den altersspezifischen suchtfördernden Faktoren zählen nach Meinung der Befragten, die einkehrende Einsamkeit älterer Menschen, die Einnahme von Medikamenten, Langeweile, Ängste, Unsicherheiten, Gefühl der Wertlosigkeit und körperliche Beschwerden (Frage 70). Altersspezifisches Probleme dieser Klientel seien der versteckte Konsum, eine fehlende Einsicht zur Behandlung sowie die fehlende Diagnostik auf Seiten des gesundheitlichen Versorgungssystems. Zudem werde die Verschreibung von Medikamenten von Ärzten zu wenig hinterfragt und die KlientInnen zu wenig aufgeklärt (Frage 71). Deutlich ist aber die Einschätzung, dass die meisten „Betroffenen“ nicht in die Beratungsstelle kommen (siehe Abbildung 17 – Frage 74).

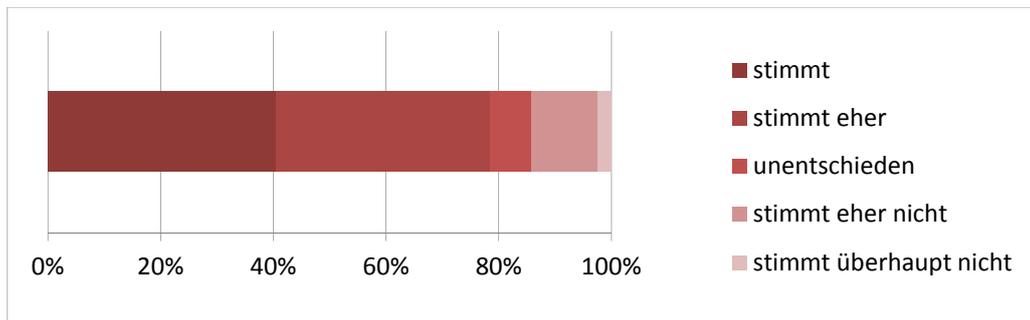


Abbildung 17: Frage 74 - Mehrheit der älteren Menschen sind nicht Klientel der SH (n=42)

Zudem finden sich die wichtigen Einstellungen der Befragten hinsichtlich der Beratungs- und Behandlungssituation der älteren Menschen in dem folgenden Kapitel (Frage 75 – Frage 86).

Generell sind die Befragten eher nicht der Meinung, dass das Alter und das Geschlecht der beratenden Person wichtig ist für die Betreuung von älteren Menschen mit problematischem Substanzgebrauch (Frage 89 – Frage 90).

Bezogen auf das Angebot für die Zielgruppe der älteren Menschen mit problematischem Substanzgebrauch, wird ein Bedarf an niederfrequenten Behandlungsansätzen eben so wenig gesehen, wie ein spezieller Bedarf an Einzelgesprächen (Frage 92 – Frage 93).

Als besonders wichtig wird der Kontakt der Betreuung mit den Angehörigen der Betroffenen eingeschätzt (Frage 91), wobei dennoch der Klient oder die Klientin im Vordergrund stehen sollte (Frage 95).

Die Gefahr opiathaltiger Schmerzmittel und Schmerzmittel generell wird deutlich benannt (Frage 100 – Frage 101). Über die Hälfte der Befragten sind der Meinung, dass mindestens 70% der Medikamente, die in Alten-/ Pflegeheimen regelmäßig eingenommen werden ein Abhängigkeitspotential aufweisen (Frage 102).

In Bezug auf die Veränderungsmotivation gibt lediglich ein Drittel der Befragten an, dass diese sich nicht von jüngeren Menschen in derselben Situation unterscheidet (Frage 108).

Die Aufklärungsarbeit im Bereich des Substanzgebrauchs im Alter wird generell als wichtig angesehen (siehe Abbildung 18 – Frage 110).

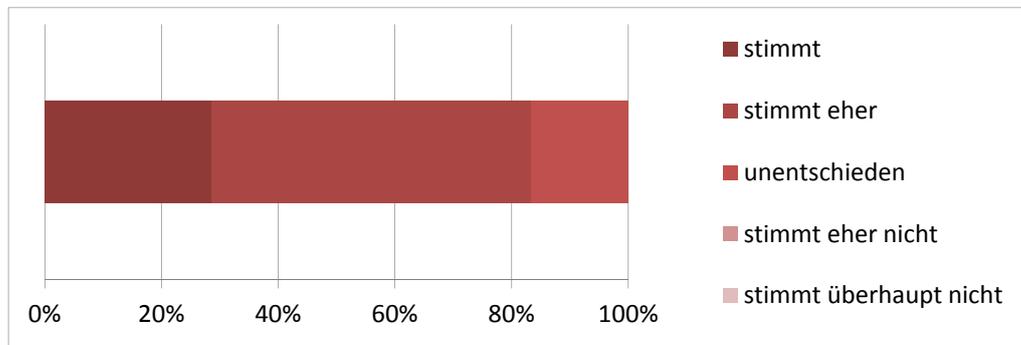


Abbildung 18: Frage 110 - Aufklärung führt zu mehr Kompetenz bei Gestaltung ihrer Lebenssituation (n=42)

Zu der eingeschränkten medizinischen Versorgung von älteren Menschen zur Senkung der Kosten, äußerte sich nur eine Person positiv und zwei der Befragten sind der Meinung, wenn es lediglich um die Verlängerung des Lebens ohne Steigerung der Lebensqualität geht, dann könnte dort im Einzelfall entschieden werden. (Frage 119).

4.2.3 Berufsfachschule für Altenhilfe

Persönliche Erfahrungen

Über die persönlichen Einschätzungen der Schüler und Schülerinnen zu ihren eigenen Kompetenzen, wurde deutlich, dass das Thema „Substanzgebrauch im Alter“ in der Altenhilfe eine untergeordnete Rolle in der Ausbildung spielt. Lediglich ein Drittel der Befragten gab an, sich bisher mit diesem zunehmend an Bedeutung gewinnenden Thema beschäftigt zu haben (Frage D), dennoch gibt knapp die Hälfte der Befragten an sich im beruflichen Alltag mit dem Substanzgebrauch ihrer Klienten auseinandergesetzt zu haben (siehe Abbildung 19– Frage 1).

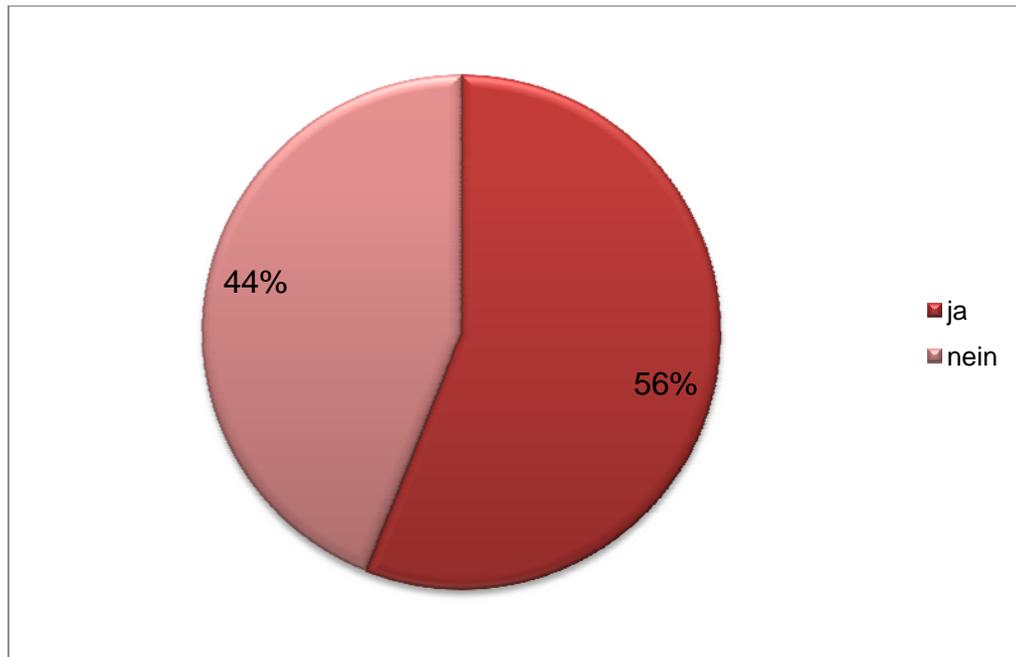


Abbildung 19: Frage 1 - Kritische Auseinandersetzung im beruflichen Alltag (n=63)

Die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit dem Thema „Substanzgebrauch im Alter“ wird zudem dadurch deutlich, dass nach Angaben der Befragten knapp zwei Drittel der betreuten KlientInnen Medikamente, Alkohol sowie Tabak selbstständig zu sich nehmen (Frage 2).

Bemerkenswert ist, dass ca. 70% der BerufsfachschülerInnen, im Rahmen der praktischen Ausbildung, KlientInnen mit problematischem Substanzgebrauch betreuen (siehe Abbildung 20– Frage 3).

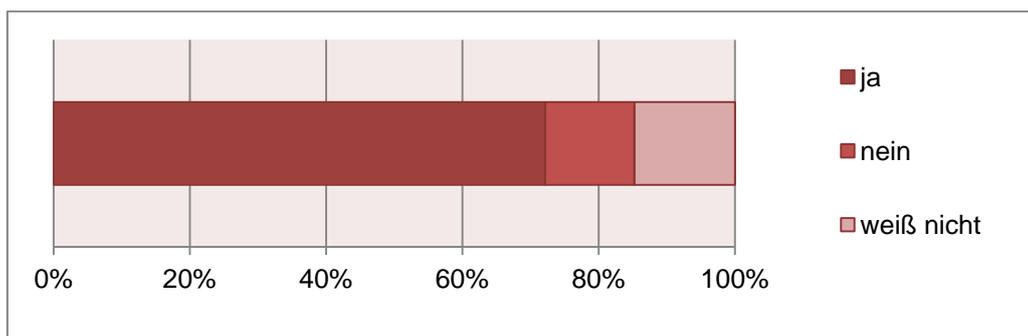


Abbildung 20: Frage 3 - KlientInnen mit probl. Substanzgebrauch in Behandlung (n=63)

Bei Häufigkeit des Konsums von Substanzen fallen insbesondere Medikamente, wie Schmerz-, Magen-, Abführ-, Schlaf- und Cortison haltige Mittel sowie Antidepressiva und Mittel gegen Übelkeit ins Gewicht, zu denen über 80% der Befragten eine mindestens „mittlere“ Konsumhäufigkeit angaben. Darüber hinaus wird der Konsum von „schwachen“ alkoholhaltigen Getränken (Bier und Sekt) von 60% der Befragten mit mindestens „mittlerer“ Häufigkeit angegeben. Auch der Tabakkonsum wird von den SchülerInnen (knapp 80%) mit einer mindestens „mittleren“ Häufigkeit angegeben. Illegale Substanzen wurde

lediglich einmal mit einer Häufigkeit von „mittel“ und ein weiteres Mal mit „selten“ angegeben.

Über die Hälfte der Befragten geben an, problematischen Alkoholkonsum zu erkennen. Bei Medikamenten haben ca. zwei Drittel der Befragten Schwierigkeiten problematischen Konsum zu erkennen (Frage 10). In Verbindung mit dem subjektiven Wissensstand bezüglich des Substanzgebrauchs im Alter (siehe Abbildung 21– Frage 14), wird ein Defizit bei der Ausbildung deutlich, denn lediglich ein Drittel der Befragten schätzt den diesbezüglichen Wissensstand als „sehr gut“ bis „gut“ ein. In Bezug auf Medikamentenkonsum wird der eigene Kenntnisstand kein einziges Mal als „sehr gut“ eingeschätzt.

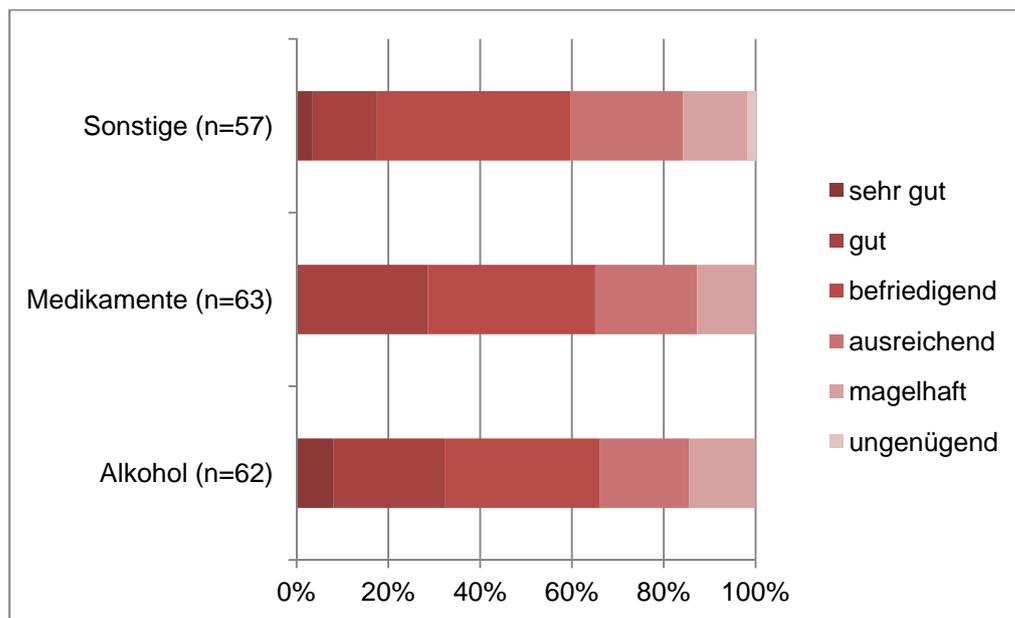


Abbildung 21: Frage 14: Wissensstand bzgl. Substanzgebrauch

Die eigenen fachlichen Kompetenzen bzgl. des Umgangs mit (problematischem) Substanzgebrauch schätzen lediglich die Hälfte als gut oder besser ein (Frage 12, 13).

Wenn die BerufsfachschülerInnen eine „Fahne“ bei Ihren KlientInnen bemerken, geben kann über die Hälfte an, ein persönliches Gespräch zu suchen (Frage 11). Nach mehrmaligem Feststellen, würde dann knapp ein Drittel reagieren und den Klienten ansprechen. Der PDL, den Angehörigen, Ärzte oder dem Team werden weitere Ansprechpartner genannt (Frage 15).

Als konkrete Probleme beim Umgang mit den KlientInnen mit problematischem Substanzgebrauch, werden (i) abweisende Reaktionen (bis hin zu Aggressionen), (ii) Unsicherheiten beim Gespräch mit dem Klienten, (iii) fehlende Einsicht sowie (iv) eine mögliche Verhaltensveränderung des Klienten genannt (Frage 16).

Erfahrungen in den Einrichtungen

In diesem Kapitel werden die praktischen Erfahrungen in den Einrichtungen der Schüler und Schülerin wiedergegeben.

Bei der Häufigkeit des Konsums von Substanzen in den Ausbildungseinrichtungen (Frage 17) fallen insbesondere Medikamente, wie Schmerz-, Magen-, Abführ-, Schlafmittel sowie Mittel gegen Übelkeit ins Gewicht, zu denen über 90% der Befragten eine mindestens „mittlere“ Konsumhäufigkeit angaben. Darüber hinaus wird der Konsum von Cortison haltigen Mittel und Antidepressiva 80% der Befragten mit mindestens „mittlerer“ Häufigkeit angegeben.

Des Weiteren wird der Konsum von „schwachen“ Alkoholhaltigen Getränken (Bier und Sekt) von knapp über 50% der Befragten mit mindestens „mittlere“ Häufigkeit angegeben. Spirituosen fallen mit zweimaliger Nennung „sehr oft“ und 34% mit mindestens „mittlerer“ Häufigkeit weniger ins Gewicht.

Auch der Tabakkonsum wird von den SchülerInnen (knapp 70%) mit einer mindestens „mittleren“ Häufigkeit angegeben. Illegale Substanzen wurde lediglich einmal mit einer Häufigkeit von „mittel“ und ein weiteres Mal mit „selten“ angegeben. Knapp 60% der Befragten geben an, dass in ihrer Einrichtung KlientInnen mit problematischem Substanzgebrauch (Missbrauch und/ oder Abhängigkeit) betreut werden (Frage 18).

Bemerkenswert sind die Unternehmungen bei der Erkennung von problematischem Substanzgebrauch (Frage 20) in den Einrichtungen. Fast alle Schülerinnen und Schüler geben an, dass der/ die Betroffene und die Angehörigen direkt angesprochen werden, 90% gaben an, dass Ärzte hinzugezogen werden. Lediglich ein Viertel gab an, dass die Suchthilfe kontaktiert wird. Nennenswert sind hier die Einschätzungen der Befragten, ob deren KollegInnen fachlich gut genug ausgebildet seien (Frage 21). Knapp 40% beantworteten diese Frage mit „ja“ und 25% wüssten es nicht. Auch die anscheinende Unwissenheit (75%) über spezielle Konzepte für den Umgang mit KlientInnen mit Substanzgebrauch ist hier als Ergebnis hervorzuheben (Frage 23).

Bei den Antworten auf die Frage, ob Probleme beim Umgang mit den KlientInnen mit Substanzgebrauch in den jeweiligen Einrichtungen gesehen werden (siehe Abbildung 22 – Frage 29), zeigen sich zwei ursächliche Aspekte. Zum Einen sind 50% der Befragten der Meinung, es stehe nicht genügend Zeit für die Pflege zur Verfügung bzw. man habe zu wenig Zeit aufgrund von geringen Pflegestufen (25%). Zum Anderen wird auf zu wenige Kenntnisse der Pflegenden über spezielle Hilfe für ältere Menschen (43%), über Hilfsmöglichkeiten (39%) sowie über die jeweiligen Substanzen (29%) eingegangen. Die daraus resultierende Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen (41%) wird ebenfalls von den Befragten genannt.

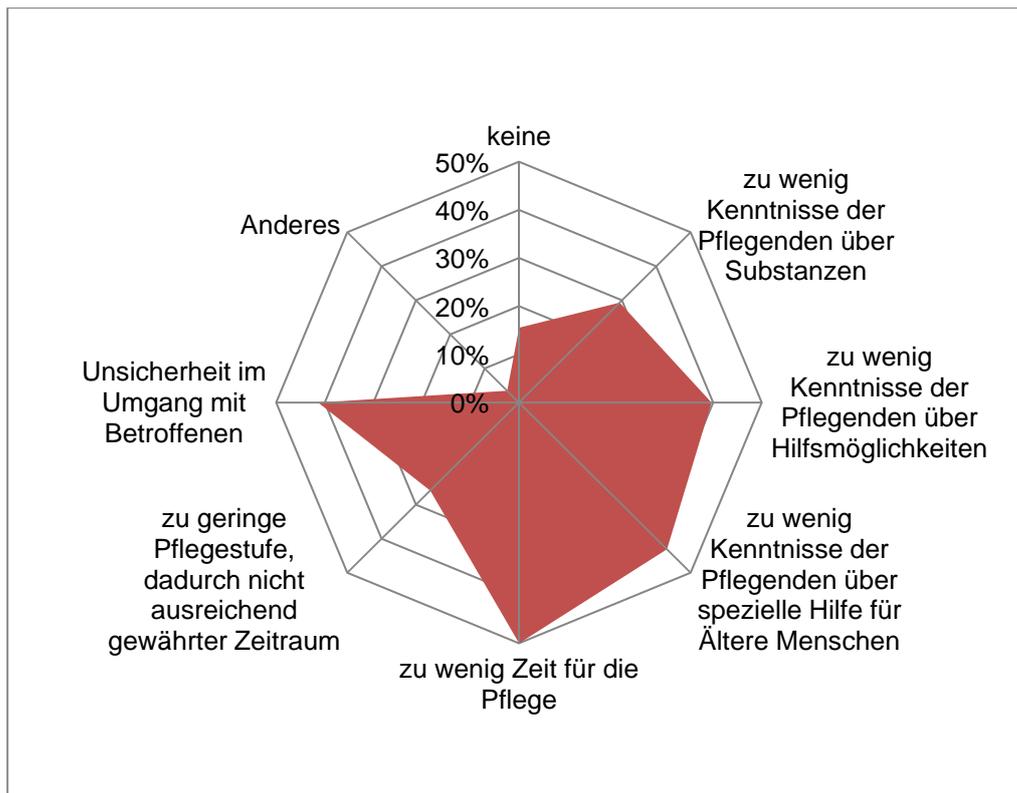


Abbildung 22: Frage 29 - Probleme beim Umgang mit Substanzgebrauch (n=58)

*Zur besseren Veranschaulichung wurde das Diagramm auf max. 50% skaliert.

Dies deckt sich mit der Frage nach der Verbesserung der Versorgung der KlientInnen mit gefährdendem Substanzgebrauch (siehe Frage 28), bei der knapp die Hälfte der Befragten einen Handlungsbedarf sieht.

Bei der Frage, ob die Einrichtung „Unterstützung von außen“, um besser mit Abhängigkeiten von Substanzen umgehen zu können (Frage 24), bräuchte, stimmen zwei Drittel mindestens „eher zu“. Lediglich 10% „stimmen eher nicht zu“. In diesem Zusammenhang werden gezielte Weiterbildung (87%), Beratung durch Suchtberatung (77%), Hinzuziehung von Ärzten oder Psychiatern (38%), andere professionelle Stellen (26%) sowie Supervision (15%) als mögliche Unterstützung genannt (Frage 25).

Weiterhin sei hier noch zu nennen, dass laut den Befragten (n=59) der problematische Substanzgebrauch von Betroffenen lediglich von 19% der Angehörigen thematisiert wird. 64% geben an, dass das Problem nicht thematisiert wird und 50% der Befragten antwortete darüber hinaus, dass das Problem ignoriert wird.

Erfahrungen in der Altenpflege

In diesem Abschnitt werden die Erfahrungen speziell der SchülerInnen in der Altenpflege wiedergegeben.

Bei Häufigkeit des Konsums von Substanzen in der Altenpflege (Frage 33) fallen insbesondere Medikamente, wie Schmerz-, Magen-, Abführ-, Schlaf-, Cortison haltige Mittel sowie Mittel gegen Übelkeit, Neuroleptika, Antidepressiva und Muskel-relaxantien ins Gewicht, zu denen über 80% der Befragten eine mindestens „mittlere“ Konsumhäufigkeit angaben. Des Weiteren wird der Konsum von „schwachen“ alkoholhaltigen Getränken (Bier und Sekt) von knapp über 70% der Befragten mit mindestens „mittlere“ Häufigkeit angegeben. Spirituosen fallen mit ca. 50% mit mindestens „mittlerer“ Häufigkeit weniger ins Gewicht.

Auch der Tabakkonsum wird von den SchülerInnen (knapp über 80%) mit einer mindestens „mittleren“ Häufigkeit angegeben. Illegale Substanzen finden bei dieser Frage keine Bedeutung.

Bei der Frage wie gut Pflegekräfte problematischen Substanzgebrauch erkennen können (siehe Abbildung 23 – Frage 34), stimmten 90% der Befragten bei Alkohol mindestens mit „befriedigend“ zu, bei Medikamente knapp 80%.

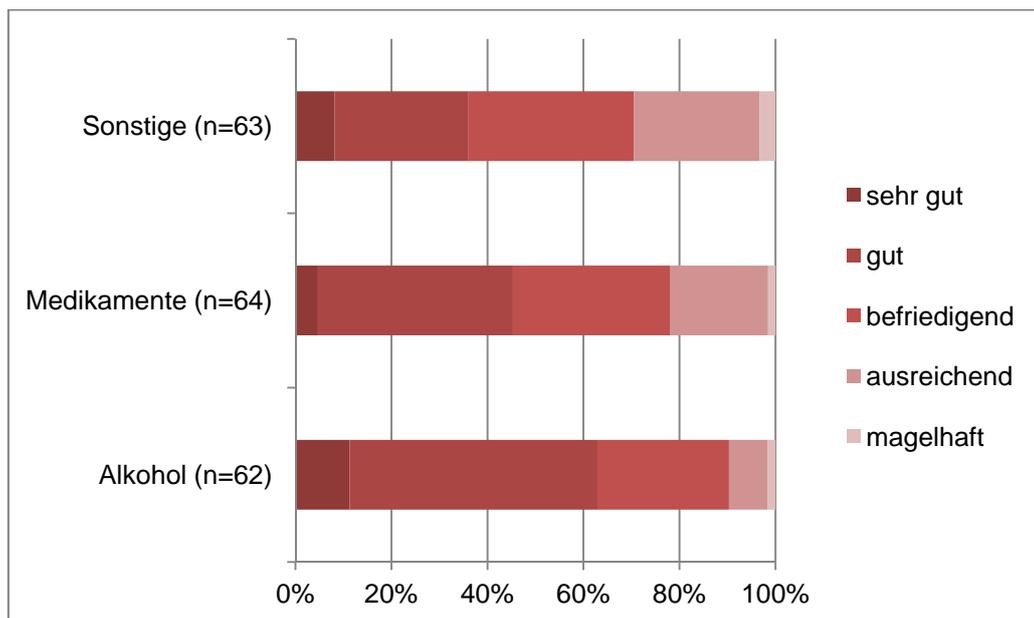


Abbildung 23: Frage 34 - Erkennen von probl. Substanzgebrauch durch Pflegekräfte

Bei der Frage, ob Probleme beim Umgang mit den KlientInnen mit Substanzgebrauch in der Altenpflege gesehen werden (Frage 35), zeigen sich wie schon bei Frage 29 zwei Faktoren. Zum Einen sind 60% in der Meinung, es stehe nicht genügend Zeit für die Pflege zur Verfügung sowie antworteten 30% zu wenig Zeit aufgrund von geringen Pflegestufen zu haben. Zum Anderen wird auf zu wenige Kenntnisse der Pflegenden über spezielle Hilfe für ältere Menschen (58%), über Hilfsmöglichkeiten (52%) sowie über die jeweiligen Sub-

stanzen (50%) eingegangen. Die daraus resultierende Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen (55%) wird ebenfalls von den Befragten (n=60) genannt.

Änderungswünsche

Die letzten beiden Fragen zielen auf konkrete Ideen, welche Veränderungen auf politischer, gesellschaftlicher Ebene (Frage 116) und auf institutioneller, kommunaler Ebene (Frage 117) zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter notwendig wären.

Einig waren sich die n=35 Befragten bei der politischen Öffentlichkeitsarbeit. Das Thema „Sucht und Alter“ solle mehr oder überhaupt in den öffentlichen Diskurs eingebunden werden. Sucht generell und speziell im Alter sei ein Tabu-Thema, das an Ernsthaftigkeit gewinnen sollte. Dies könne bzw. sollte über zahlreiche und fundierte Aufklärungs- bzw. Präventionsarbeit für die Bevölkerung aber auch für Fachkräfte erfolgen.

In Bezug auf die betroffenen Berufsfelder, Institutionen und Einrichtungen könne eine Verringerung des Substanzgebrauchs zum Einen durch spezielle Fort- und Weiterbildung für alle Beteiligten (Ärzte, Fachkräfte, MitarbeiterInnen in Einrichtungen, usw.) erreicht werden. Weitere Möglichkeiten wären gezielte Beratungsmöglichkeiten in den Einrichtungen, mehr Freizeitangebote, Präventionsmaßnahmen sowie eine sensiblere Medikamentenverordnung seien.

4.3 Qualitative Ergebnisse der Befragung

Im folgenden Kapitel werden die aufschlussreichen Ergebnisse zu den „offen Fragen“ der drei Fragebögen quantifiziert dargestellt. Um die Antworten zusammengefasst darstellen zu können, wurden die Antworten mittels einer quantitativen Inhaltsanalyse quantifiziert.

4.3.1 Altenhilfe

Frage 2: Welche Substanzen nehmen Ihre KlientInnen selbstständig, ohne dass diese von Ihnen eingeteilt oder gegeben werden?

Von den N=100 Befragten haben n=68 Personen nähere Angaben zu den Substanzen gemacht, die von den KlientInnen ohne Einteilung selbstständig eingenommen werden. Bei den Substanzen handelt es sich hauptsächlich um Alkohol (n=22), Nikotin und Medikamente (n=43). Bei den Medikamenten handelte es sich zumeist um Abführmittel, Schlafmittel sowie Schmerzmittel. In einem Fall wurden Opiode genannt.

Frage 11: Wie ist es für Sie, wenn Sie morgens zu den KlientInnen kommen und bei ihnen z. B. eine „Fahne“ bemerken? Reagieren Sie darauf- und wie?

Ungefähr die Hälfte der n=69 würden den/ die KlientInnen (von direkt bis diskret) ansprechen. Ein Viertel würden die Führungskraft und/ oder die KollegInnen informieren. 16% würden beobachten, ob es häufiger vorkommt, 17% würden ggf. die Angehörigen informieren. Des Weiteren würden vereinzelt die Befragten den Hausarzt bzw. Facharzt (n=7) informieren, das Beobachtete dokumentieren (n=6) sowie die PDL (n=6) informieren. Zwei Befragte habe Ekel, Ärger, Wut, Abwehrhaltung, Verwirrung und Hilflosigkeit als Reaktion genannt.

Frage 15: Wenn Sie gefährdenden Substanzgebrauch durch Medikamente oder Alkohol bei den KlientInnen feststellen, was unternehmen Sie?

Von den Befragten N=100 haben n=85 insgesamt 135 auf diese Frage geantwortet. Eine Rücksprache mit den zuständigen Ärzten (n=33) wurde am häufigsten genannt. Ca. ein Drittel würden den Betreuer oder die Angehörigen (n=25) mit einbeziehen und/ oder den/ die KlientIn direkt ansprechen (n=24). Des Weiteren würden n=17 die zuständige Fachkraft, n=16 die Pflegedienstleitung (PDL) informieren sowie n=12 die Beobachtung bzw. Feststellung im Team kommunizieren. Vereinzelt wurde eine eventuelle Einweisung in eine Fachklinik (n=4) als Reaktion genannt. Jeweils n=2 würden den Konsum unterbinden, wenn möglich und/ oder den/ die KlientIn beobachten unter Berücksichtigung von Diagnosen, Biografie und aktuellen Lebensumständen.

Frage 16: Benennen Sie Ihre Probleme beim Umgang mit den Klientinnen mit Substanzgebrauch:

Von den Befragten N=100 haben n=55 auf diese Frage geantwortet, wobei lediglich 51 aussagekräftige Probleme genannt wurden. Jeweils n=9 erkennen die fehlende Einsicht der/ des PatientIn und/oder eine abweisende Reaktion (ggf. Aggressivität) der/des PatientIn als mögliches Problem. Darüber hinaus sind n=5 der Meinung, es sei zu wenig Zeit für die PatientInnen zur Verfügung. Auch die Anordnung durch Ärzte sehen n=4 als Problemverursacher. Des Weiteren werden auf persönliche Eigenschaften der Pflegekräfte hingewiesen, wie zu wenig Kenntnisse bei Mischkonsum (n=4), eigene Aggressivität bei Nicht-Einsicht (n=3), fehlende Distanz (n=2), Schwierigkeiten bei objektiver Einschätzung des Substanzgebrauchs (n=2) sowie Unsicherheiten bei der rechtlichen Grundlage (inwiefern ist das Pflegepersonal verantwortlich für Selbstgefährdung).

Frage 26: Wenn es eine Unterstützung von außen gibt, welche ist das?

Von den Befragten N=100 gaben n=28 ein Antwort. Die Hälfte gaben Ärzte als mögliche „Unterstützung von außen“ an. Als weitere Unterstützung wurden Fort- und Weiterbildungen (29%), (Sucht-) Beratungsstellen (25%), Angehörige (11%), ambulante oder stationäre Langzeittherapien (7%), sowie psychologische Unterstützung (7%) genannt. Das Gesundheitsamt und Selbsthilfegruppen wurden n=1 genannt.

Frage 27: Benötigt Ihre Einrichtung Hilfe bei der Entwicklung von Konzepten, Handlungsanweisungen oder Pflegestandards?

Bei der Frage nach der Notwendigkeit der Entwicklung von Konzepten, Handlungsanweisungen oder Standards enthielt sich ein Drittel der Befragten. Die Meinung der übrigen zwei Drittel der Fachkräfte aus der Altenhilfe teilt sich gleichstark in Zustimmung und Ablehnung.

Frage 75: Welche Folgeschäden des Tabakkonsums kennen Sie?

Zu den Folgen des Tabakkonsums werden folgende Angaben gemacht. Wie sehr häufig bei offenen Antwortmöglichkeiten, begrenzten sich die meisten Befragten auf nur eine Angabe.

Tabelle 4: Folgeschäden des Tabakkonsums

n=81		
verschiedene Formen von Karzinomen (Lunge, Speiseröhre, Kehlkopf - nach Häufigkeit sortiert)	63	78%
Herzinfarkt	21	26%
Durchblutungsstörung	21	26%
Schlaganfall/ Apoplexie	10	12%
Arteriosklerose	13	16%
Thrombose	6	7%
Raucherbein	21	26%
Amputation	2	2%
Gefäßerkrankung	6	7%
Embolien	2	2%
Lungenerkrankung (COPD, Pneumonie, Schäden allgemein)	15	19%
Bronchitis	3	4%
Atembeschwerden, Atemwegserkrankung	4	5%
Asthma	6	7%
Altern der Haut	7	9%
Geschmacksveränderung	3	4%
Bluthochdruck	6	7%
Potenzstörung/ Unfruchtbarkeit	3	4%

Frage 76: Bestimmte Schlüsselreize lösen das starke, für psychische Abhängigkeit typische Rauchverlangen (craving) aus. Welche Schlüsselreize könnte es speziell bei älteren Klientinnen geben?

Diese Frage wurde teilweise falsch verstanden. So wurden anstelle von Schlüsselreizen häufig Krankheiten angegeben. Teilweise wurde auf die Frage geantwortet, warum Menschen generell rauchen oder was das Rauchen verursacht.

52 Personen gaben verwertbare Antworten.

Tabelle 5: Altersspezifische craving-auslösende Schlüsselreize

n=52		
Einsamkeit	17	33%
Langeweile	14	27%
Unruhe/ Nervosität/ Reizbarkeit/ Stress	10	19%
Gewohnheit	10	19%
Gemütlichkeit / Geselligkeit / Feierlichkeiten	9	17%
Rituale (Kaffee, nach dem Essen, als Belohnung, zum Alkohol)	7	13%
Nachahmeffekt (jemand anders raucht, man riecht den Rauch)	6	12%
Trauer / Kummer	5	10%
Ängste	5	10%
Genuss	4	8%
Depressionen	3	6%
Aggressivität	1	2%
Schlafstörung	1	2%

Frage 77: Die Motivation für ältere KlientInnen, mit dem Rauchen aufzuhören, ist geringer als bei jüngeren. Was können die Ursachen sein?

Bei den (n=59) Befragten zeigt sich eine starke Einigkeit in Bezug auf die (fehlende) Motivation bei älteren Menschen mit dem Rauchen aufzuhören. Das bevorstehende Leben ist kurz und es lohne sich nicht mehr aufzuhören, sie wollen die letzten Jahre noch genießen. Die hohe Toleranz der Mitmenschen bzw. der geringe Druck von außen wurden als weitere Gründe genannt. Darüber hinaus würden ältere Menschen es sich nicht mehr zutrauen, mit dem Rauchen aufzuhören. Der daraus entstehende Leidensdruck sei zu hoch.

Frage 78: Wie wird aus Substanzgebrauch Sucht? Was glauben Sie?

Die Frage nach der Ursache wurde von den n=59 Befragten häufig mit der Frage nach der Definition der Abhängigkeit (Frage 79) gleichgesetzt, sodass die Antworten der Frage 78 und 79 inhaltlich ähnlich ausfielen. Die Frage ist nicht zudem eindeutig formuliert. Wird hier nach den Gründen gefragt, warum Menschen Substanzen missbrauchen oder wird hier die Frage nach einer kausalen Kette gestellt bzw. nach einer chronologischen Abfolge von Ereignissen, die in der Sucht münden. In der Regel wurden die Ursachen sehr knapp angegeben und auf eine Ursache beschränkt (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Entwicklung von Abhängigkeit

n=59		
angenehmes Gefühl	4	7%
regelmäßige Einnahme	27	46%
Kontrollverlust	8	14%
Gewöhnung	11	19%
Toleranzentwicklung	5	8%
schleichend	5	8%
Verlust, Trauer, Einsamkeit	5	8%
Langeweile	2	3%
geringes Selbstvertrauen	1	2%

Frage 79: Was bedeutet für Sie Abhängigkeit?

Zu der Bedeutung von Abhängigkeit haben sich n=71 Befragte geäußert. Wie bei der vorangehenden Frage 77, wurden auch hier knappe Antworten gegeben, so dass hauptsächlich nur jeweils ein Kriterium von Abhängigkeit angegeben wurde. In der folgenden Tabelle werden die Angaben aufgeführt.

Tabelle 7: Bedeutung von Abhängigkeit

n=71		
Kontrollverlust	46	65%
Regelmäßigkeit	10	14%
immer an die Substanz denken müssen (Unruhe)	21	30%
Konsum gegen Entzugserscheinungen	11	15%
Vernachlässigung anderer Interessen oder sozialer Kontakte	6	8%
Toleranzentwicklung	6	8%
nicht alleine bewältigen können	2	3%
man fühlt sich durch Konsum besser	2	3%

Frage 80: Was wissen Sie über Folgen von Abhängigkeiten?

Die Folgen von Substanzabhängigkeit wurden von (n=59) Befragten beschrieben. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle aufgeführt und verdeutlichen, dass auch bei dieser Frage von den einzelnen Befragten hauptsächlich nur eine Folge angegeben wurde.

Tabelle 8:Folgen von Abhängigkeiten

n=59		
Organerkrankungen (Karzinome, Lebererkrankungen sowie Herzkrankheiten)	32	54%
soziale Rückzug, Vereinsamung	22	37%
Psychische Folgen (Entzugerscheinung, Persönlichkeitsveränderung, Depressionen)	14	24%
Gehirnschäden (Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit, Demenz, Korsakow-Syndrom, Schlaganfall)	14	24%
vorzeitiger Tod als Folge von Abhängigkeit	11	19%
finanzieller Probleme	9	15%
Aggressionen bzw. Kontrollverlust	3	5%
Verlust von Selbstwertgefühl	2	3%
Beschaffungskriminalität	1	2%
eingeschränkte Lebensweise	1	2%

Frage 115: Sollte man ältere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch noch behandeln?

In Bezug auf den Behandlungsbedarf von älteren Menschen mit problematischem Substanzgebrauch geben die Befragten (n=94) eine deutliche Stellungnahme ab. Obwohl die Veränderungsmöglichkeiten von Senioren vorher als eher gering eingeschätzt wurden, sind nur zwei Personen der Meinung, dass dieser Bedarf nicht bestünde.

Frage 116: Wenn ja, wie könnte diese Behandlung aussehen? (Bitte eintragen, wenn Sie Ideen haben)

Von den Befragten N=100 haben n=40 Angaben zu dieser Frage getätigt. Ein Viertel nennt ein qualifiziertes Beratungsgespräch als mögliche Behandlung. Hier wurde gesondert Wert auf akzeptierende Gesprächsführung gelegt. Darüber hinaus sei eine spezielle Therapie eine geeignete Behandlungsform (42%), wobei hier in ambulante, stationäre sowie Gruppentherapie innerhalb der Einrichtung unterschieden wurde.

Als weitere Behandlungsmöglichkeit wurden Suchtberater speziell für ältere Menschen (n=9) sowie Selbsthilfegruppen (n=7) genannt. Mit jeweils n=2 wurden Wohngruppen, Freizeitbeschäftigung sowie alternative Medikation genannt.

Frage 117: Haben Sie Ideen, welche Veränderungen auf politischer und gesellschaftlicher Ebene zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter notwendig wären? (Bitte auflühren.)

Zu dieser Frage haben sich nur 31 Befragte geäußert. Die Vorschläge sind in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 9: Politische Vorschläge zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter

n=31	
Achtung und Integration älterer Menschen fördern	8
(frühe) Aufklärungs- bzw. Präventionsarbeit	7
Öffentlichkeitsarbeit (Sucht im Alter thematisieren)	5
finanzielle Unterstützung für Einrichtungen	1
Höhere Steuern	1
Zwangsentzug	1
langsame Berentung	2

Frage 118: Haben Sie Ideen, welche Veränderungen auf institutioneller und kommunaler Ebene zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter notwendig wären? (Bitte auflühren.)

Auf institutioneller und kommunaler Ebene werden folgende Vorschläge gemacht, den Substanzgebrauch der beschriebenen Zielgruppe zu verringern.

Tabelle 10: Institutionelle Vorschläge zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter

n=16	
Alkoholpreis erhöhen	1
Belohnungssystem durch Krankenkassen	1
Aufklärungs- bzw. Präventionsarbeit leisten (schon im jungen Alter)	2
Mehr (Freizeit)Angebote für ältere Menschen um Einsamkeit zu vermeiden bzw. zur Integration älterer Menschen	4
Verkehrsanbindung optimieren	1
Verbesserung der Diagnosen von (Fach)Ärzten	1
Fort- und Weiterbildung zum Thema Sucht (Substanzen)	2
Wohngemeinschaften für ältere Menschen	3
Rauchverbot in allen öffentlichen Räumen	1

4.3.2 Suchthilfe

Frage 5: Wie sind Ihre älteren Klienten in Kontakt mit ihrer Einrichtung gekommen, d. h. wer war die vermittelnde Person/ Institution? (Bitte alle auflühren.)

Von den Befragten N=43 haben n=27 auf diese Frage geantwortet. Insgesamt wurden 91 Angaben gemacht. Knapp 80% gaben Angehörige im weiteren Sinne (Freunde, Nachbarn, Familie, (Ehe-) Partner, Kinder) als Vermittlungspersonen an. 55% gaben den Arzt bzw. Hausarzt als Vermittler an. Nennenswert wären hier noch die Selbstmeldungen mit 26% und die Meldung über Entgiftungseinrichtungen mit 18%. Die restlichen Angaben wurden nicht häufiger als 4mal gemacht. Darunter fallen Krankenhäuser, Führerscheinstelle, Arbeitgeber, Beratungsstellen, Sozialdienste, MPU, Therapeuten, Kirchenmitglieder, gesetzliche Betreuer und Zeitungsartikel.

Es zeigt sich hier eine dominante Stellung des nächsten persönlichen Umfeldes der Klienten und der hausärztlichen Versorgung. Klassische Komponenten des Hilfesystems wie andere Beratungsstellen, Sozialdienste oder Therapeuten wurden nur selten genannt.

Frage 6: Mit welcher Zuweisungsdiagnose kamen die älteren Menschen zu Ihnen?

Von den Befragten N=43 haben n=27 auf diese Frage geantwortet. Am häufigsten wurde Alkoholkonsum, -Missbrauch und/ oder –Abhängigkeit (22) als Zuweisungsgrund genannt. Neben Medikamentenkonsum, - Missbrauch und/ oder –Abhängigkeit (5) wurden Polytoxikomanie (3) (multipler Substanzgebrauch), Tabakkonsum (2), Depressionen (2) sowie Belastungsstörung (1) und „ohne Zuweisungsgrund“ genannt.

Alkoholkonsum-, Missbrauch, oder –Abhängigkeit scheint nach Wahrnehmung der Befragten die mit Abstand häufigste Zuweisungsdiagnose zu sein.

Frage 12: Glauben Sie, dass Sie andere Kompetenzen besitzen müssen im Umgang mit älteren Klienten mit problematischem Substanzgebrauch als bei jüngeren Klienten?

Knapp drei Viertel der Befragten sind der Meinung, dass Sie andere Kompetenzen im Umgang mit älteren Klienten benötigen als bei jüngeren Klienten.

Wenn ja, wie müssen diese Ihrer Meinung nach aussehen?

Von den Befragten N=43 haben n=31 auf diese Frage geantwortet. Von denen sind 90% der Meinung, dass eine Auseinandersetzung mit altersbezogenen Themen erforderlich sei. Als Beispiele werden eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Lebenswelt älterer Menschen, deren Sozialisation, typische Krankheitsbilder im Alter sowie eine Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase und altersbezogene Gesprächsführung genannt. Darüber hinaus sei es wünschenswert Kompetenzen über Medikamenten im allgemeinen (60%) zu erwerben.

Welche Auswirkungen haben welche Medikamente, ab wann ist der Gebrauch problematisch, Mischkonsum mit anderen Substanzen (Alkohol), wie reagieren ältere Menschen bei der abrupten Enthaltung? 30% würden gerne mehr über bestehende Hilfsangebote für ältere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch wissen. Insgesamt wird eine Reihe möglicher Ansatzpunkte und Kompetenzen genannt. Da die wenigsten der Befragten über eine altersspezifische Fortbildung verfügen, kann vermutet werden, dass eine Sensibilisierung von spezifischen Kompetenzen und Anforderungen bei den meisten Befragten vorhanden ist.

Frage 13: Wenn ein älterer Klient mit Substanzgebrauch bei Ihnen zu einem ersten Gespräch (Beratung, Behandlung oder Betreuung) erscheint, unterscheidet sich ihr Vorgehen von dem bei jüngeren Klienten?

Wenn ja, wie?

Von den Befragten N=43 haben n=17 auf diese Frage geantwortet. 60% ändern ihr Vorgehen in Bezug auf altersbezogene Themen allgemein. Beispielsweise ändern sie ihre Wortwahl, gehen behutsamer mit den Klienten um, lassen ihnen mehr Zeit beim Erzählen, loben bzw. wertschätzen ihre Lebensführung, ihre Biografie und ihre entgegengebrachte Offenheit. Des Weiteren wird benannt (30%), dass ältere Menschen andere Ziele verfolgen, beispielsweise geht es nicht um eine Wiedereingliederung in das Berufsleben und die Bewertung von Lebensfreude und Gesundheit unterscheidet sich zu jüngeren Menschen. 15% versuchen das soziale Umfeld mehr mit einzubeziehen oder beachten die verringerte Leistungsgrenze im Alter. Auch hier zeigt sich, dass viele der Befragten bereits ein sensibilisiertes Vorgehen aufweisen.

Frage 14: Falls Sie mit älteren Klienten zu tun hatten oder haben, erleben Sie beim Umgang mit den älteren Klienten mit Substanzgebrauch besondere Probleme oder Aufgabenstellungen

Von den Befragten N=43 haben n=32 auf diese Frage geantwortet. Als Probleme im Umgang mit älteren Klienten mit Substanzgebrauch würde am häufigsten (60%) die fehlende oder sehr langsam entwickelte Krankheitseinsicht. Darüber hinaus spielen laut den Befragten (40%) andere Lebensthemen wie Tod, Einsamkeit oder Sinnverlust eine gesonderte Rolle. Auch ein höheres Angst- und Schamgefühl bei älteren Menschen (32%) sowie die Verbindung von Substanzgebrauch und körperlichen und/oder psychischen Krankheiten (32%) fordert die Befragten auf eine gesonderte Art und Weise. Des Weiteren wurden im Punkte, wie fehlender Respekt vom Klienten (Beratungsperson zu jung) oder Schwierigkeiten beim Zeigen einer positiven Zukunftsperspektive sowie die schlechten Erfolgsaussichten bei sehr langem Konsum genannt (nicht über 15%).

Frage 16: Welche Themen oder Fragestellungen halten Sie bei der Auseinandersetzung mit „Sucht im Alter“ für besonders wichtig?

Von den Befragten N=43 haben n=40 auf diese Frage geantwortet. 45% der Befragten sind der Meinung, dass eine Auseinandersetzung mit der Lebensbewältigung im Alter besonders wichtig ist. Darunter fallen Themen, wie Alltags- und Freizeitgestaltung, Umgang mit Berentung sowie bevorstehende Zukunftsperspektiven. Dem sehr nahe sagen 38%, dass die Lebenswelt bzw. die aktuelle Lebenslage besonders berücksichtigt werden sollte, d. h. Themen wie soziale Beziehungen, Sexualität, Sozialisation sowie Gesundheit. Als weiterer Punkt wurden der Umgang und/oder die Reflexion mit Verlust- und dramatischen Erlebnissen (28%) genannt. Neben der genaueren Informationen über Medikamente und dessen Konsum (15%), der Einbeziehung der Angehörigen (10%) und die Beachtung von Komorbidität (13%) wurden vereinzelt Aussagen zur speziellen Gesprächsführung mit älteren Menschen, der Mischkonsum, die Motivation zu Abstinenz und die Vernetzung von Hilfs-, Beratungs- und Therapieangebote gemacht. Abschließend sei hier noch auf ein konkretes Beispiel hinzuweisen - Flächendeckendes Angebot nach dem SGBV über eine Finanzierung durch die Krankenkassen aufzubauen.

Frage 19: Wer sind die Zuweiser der älteren Klienten?

Von den Befragten N=43 haben n=31 auf diese Frage geantwortet und insgesamt 81 Zuweiser genannt. Am stärksten vertreten sind Angehörige (Familie, Kinder, (Ehe-) Partner, Freunde, Nachbarn) mit 81% und Ärzte mit 74%. 29% haben die Erfahrung gemacht, dass die älteren Klienten vom Krankenhaus zugewiesen werden und 19% über Fachstellen (Beratungsstellen, Caritas, etc.) und bei 19% haben sich die Klienten selbst gemeldet. Neben der Führerscheinstelle (10%), der Psychotherapeuten (10%), wurden noch Wohn-/Altenheime (6%) und die MPU (6%) genannt. Nennenswert sei noch die Aussage eines Befragten, dass es sich nicht zu jüngeren Klienten unterscheide.

Frage 21: Falls in Ihrer Einrichtung bislang kaum oder noch keine älteren Klienten mit problematischem Substanzgebrauch zur Beratung oder Therapie waren, welche Gründe sehen Sie, warum diese denn keinen Kontakt zur Einrichtung gehabt haben?

Bei dieser Frage wurden 26 Angaben von n=15 Befragten getätigt. 60% der n sind der Meinung, dass ein zu großes Schamgefühl und (Schwellen)Ängste für das Fernbleiben der Älteren Klientel verantwortlich seien. Als weitere Gründe wurden die Akzeptanz der Abhängigkeit bzw. zu wenig Motivation sich behandeln zu lassen (40%) genannt. 27% sind darüber hinaus, dass es an der Unkenntnis über spezielle Angebote für ältere Menschen liege. Des Weiteren sei die eingeschränkte Mobilität (20%) ein weiterer Grund. Vereinzelt liege es auch an der Behandlung durch den Hausarzt, an der Unkenntnis der Angehörigen oder am medizinischen Personal, die das Thema nicht ansprechen würden oder die Medikamenten Vergabe nicht hinterfragen.

Frage 24: Gibt es in Ihrer Einrichtung spezielle Konzepte und/ oder Angebote für ältere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch?

55,8% der Befragten sagen aus, dass es in ihrer Einrichtung spezielle Konzepte und/oder Angebote für ältere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch gibt. 30,2% verneinen dies und 11,6% wissen dies nicht.

Frage 25: Wenn ja, welche/s Konzept/e?

Bei dieser Frage wurden 40 Angaben von n=26 Befragten getätigt. Das Gruppenangebot „Klar-Aktiv“ wurde von 69% von n genannt. 23% erwähnten selbst gegründete oder in Kooperation mit anderen Trägern angebotene Selbsthilfegruppen. Jeweils 12% nannten spezielle Reha-Gruppen und spezielle Gruppenangebote in den einzelnen Einrichtungen. Jeweils einmal genannt, wurde NASIA, Sucht und Alter, Entgiftung, Freizeitaktivitäten, Flyer, Broschüren, Entgiftung und eigene ambulante indikative Therapiegruppe.

Frage 26: Wenn nein: Halten Sie solche Konzepte und/ oder Angebote für notwendig und welche?

Anfangs zu bemerken ist, dass lediglich n=18 (42% von N) Befragte auf diese Frage geantwortet haben. Davon haben 8 mit einem unspezifischen „Ja“ geantwortet und einmal mit „Nein“. Dennoch wurden 13 Vorschläge für mögliche Konzepte unterbreitet, die hier im Einzelnen aufgelistet werden.

- Umgang mit Medikamenten
- Umgang mit Teilhabe älterer Menschen (z. B. Pflegebedürftigkeit)
- Aufsuchende Arbeit
- Einbeziehung der Angehörigen
- spezielle Therapieangebote
- gesondertes Infomaterial
- Beratung in Pflegeeinrichtungen in Form von Sprechstunden
- generationsübergreifende Lernerfahrungen
- Vernetzung mit Ärzten, anderen Einrichtungen, Kirche, etc.
- Lebenspraktische Fähigkeiten für den Alltag ohne Substanzgebrauch
- Konzepte, die auf den Lebenskontext älterer Menschen eingehen.
- getrennte Angeboten (von jüngeren) mit neuen Themenschwerpunkte (Verlust, Tod, Rente)
- Einbeziehung klassischer Medien

Frage 34: Was denken Sie, wie könnte Prävention von Substanzgebrauch für die älteren Klienten aussehen?

Ein Viertel der Befragten (n=28) schlagen Vorträge und Beratungsangebote an Orten, an denen ältere Menschen anzutreffen sind (Seniorentreffs, stationäre Einrichtungen, etc.)

als Präventionsmaßnahme vor. Die Vorträge könnten durch Ärzte gehalten werden oder beinhalten Fallgeschichten und Lösungswege von Betroffenen. Beachtung findet auch die Sensibilisierung und Aus- bzw. Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften, aber auch der betroffenen Angehörigen (jeweils 18%). Darüber hinaus wird eine engere Kooperation der zuständigen Einrichtungen und Institutionen (18%) und Präventionsmaßnahmen schon vor dem Rentenalter (11%) vorgeschlagen. Des Weiteren wird vereinzelt vorgeschlagen mehr Freizeitaktivitäten anzubieten, mehr Öffentlichkeitsarbeit mittels Pressearbeit oder verstärkt aufsuchend zu arbeiten. Zudem wurde die Schwierigkeit der Präventionsarbeit genannt, da in der Regel schon länger ein problematischer Substanzgebrauch vorliegt.

Frage 36: Halten Sie spezielle Methoden bei der Behandlung älterer Klienten für notwendig?

Anders als in Frage 35 wird der Bedarf an altersspezifischen Behandlungsmethoden sehr wohl gesehen. 53,5% befürworten diese. Lediglich 25,6% lehnen solche Methoden ab.

Wenn ja, welche

Von den Befragten N=43 haben n=22 auf diese Frage geantwortet. In Bezug auf spezielle Methoden bei der Behandlung betonten 18% die Arbeit in Altershomogenen Gruppen. Des Weiteren wurden Teilhabefördernde Aktivitäten (14%), wie Ausflüge, gemeinsame Aktivitäten und Ehrenamtliche Tätigkeiten und eine Orientierung am aktuellen Ziel des Klienten genannt. Vereinzelt wurde auf die unterschiedlichen Schwerpunkte im Gegensatz zum jüngeren Klientel genannt. Darunter fallen Themen wie Gesundheitsfürsorge, Sinnfragen, Berücksichtigung von Komorbidität und kognitiver Defizite sowie spezielle Methoden zur Bewältigung von Verlust und Trauer.

Frage 59: Wenn Sie der vorhergehenden Frage zustimmen oder eher zustimmen: Welche Konflikte könnten das sein?

Von den Befragten N=43 haben n=34 auf diese Frage geantwortet, wobei der Schwerpunkt auf die entstehenden sozialen Konflikte (56%) und auf die körperlichen und geistigen Veränderungen bzw. Verschlechterung (47%) gelegt wurde. Die sozialen Konflikte beinhalten in diesem Zusammenhang zum einen den inneren Konflikt durch Einsamkeit und Konflikte mit Angehörigen, Ärzten, Pflegeperson, etc. Der Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit (26%) steht neben Verlusterfahrung und Bewusstwerdung der eigenen Endlichkeit (26%) sowie der veränderten Alltagsbewältigung (26%).

Frage 70: Welche suchtfördernden Faktoren bei älteren Menschen fallen Ihnen ein?

Von den zu Befragenden (N=43) haben (n=39) auf diese Frage geantwortet. 79% haben als stärksten suchtfördernden Faktor die einkehrende Einsamkeit älterer Menschen genannt. Die Einnahme von Medikamenten wurde von 35% als Faktor genannt. Gleichwertig wurden Faktoren, wie Langeweile, Ängste, Unsicherheiten, Gefühl der Wertlosigkeit und körperliche Beschwerden genannt (~24%).

Frage 71: Welche Schwierigkeiten sehen Sie, Substanzgebrauch bei älteren Menschen überhaupt festzustellen?

Von (n=35) Befragten gab gut ein Drittel (37%) an, dass insbesondere der versteckte Konsum ein Problem sein. Gleichgewichtig wird eine fehlende Einsicht zur Behandlung gesehen (fehlende Krankheitseinsicht oder Schwellenängste). Zudem wurde die fehlende Diagnostik auf Seiten der Krankenhäuser, Ärzte oder der Altenpflege als Problem genannt (17%). Dass die Verschreibung von Medikamenten von den Ärzten zu wenig hinterfragt wird oder die KlientInnen zu wenig Aufklärung erfahren, wird ebenfalls angenommen (11%).

Frage 119: Es gibt die Meinung, dass zur Kostenkontrolle im Gesundheitswesen bei älteren Menschen teure medizinische Leistungen zur Verbesserung der Lebensqualität nicht mehr durchgeführt werden sollten. Was halten sie von einer solchen Einstellung?

Von den n=38 Befragten haben sich 37 gegen solch eine Einstellung geäußert. Wobei zwei der Befragten der Meinung sind, wenn es lediglich um die Verlängerung des Lebens ohne Steigerung der Lebensqualität geht, dann könnte dort im Einzelfall entschieden werden. Eine Person antwortete mit „Stimme ich tendenziell zu. Entscheidung jedoch nach Einzelfall“ jedoch ohne Erläuterung.

Frage 124: Ältere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch benötigen komplexe Hilfen. Im Verlauf dieses Fragebogens wurden viele Bereiche angesprochen. Gibt es aus ihrer Sicht weitere Ideen zu möglichen Hilfen, Behandlungsansätzen oder auch Barrieren, die bisher noch nicht benannt wurden?

Zu der Frage äußerten sich n=14 Befragte.

1. Aufsuchende Arbeit (n=3)
2. Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung (n=3)
3. Aufklärung der Hausärzte (n=2)
4. Angebote nicht von der Behandlung Jüngerer trennen, sondern die Angebote vermischen.

5. Arbeitsbedingungen für pflegende Menschen (Angehörige/ Fachkräfte) müssten auf politischer Ebene verbessert werden.
6. Das Thema „Alter“ schon in der Schule behandeln.
7. Trauma Behandlung
8. Bildung von „Alten WGs“/ Ausbau der Mehrgenerationenhäuser
9. Case Management für ältere Menschen im Hilfesystem

Frage 125: Haben Sie Ideen, welche Veränderungen es auf politischer und gesellschaftlicher Ebene zur Verringerung des problematischen Substanzgebrauchs im Alter geben könnte?

Zu der Frage äußerten sich n=25 Befragte.

1. "Alt sein" und "altern" nicht als Tabuthema behandeln - Gesellschaftliche Exklusion von älteren Menschen verhindern (n=7)
2. Rentenalter herabsetzen
3. Krankenkassen sollten mehr Kontrolle bzgl. der Medikationen durchführen dürfen.
4. Aufklärungsarbeit, sowohl in der Gesellschaft als auch im medizinischen Bereich fördern.
5. Menschen bzw. Krankheit nicht als Kostenfaktor betrachten.
6. Mehr Transparenz bei der Diskussion zu diesem Thema (n=2).
7. Einfluss der Pharmakonzerne verringern.
8. Thema Altersarmut in den Vordergrund rücken.
9. Arbeitsbedingungen im Pflegebereich verbessern.
10. Förderung von Mehrgenerationenarbeit oder –wohnen (n=3).
11. Forschung: Medikamente ohne Abhängigkeitspotenzial.
12. Fördermittel für Angebote im Altenbereich (z.B. Sportangebote) (n=3).
13. Prävention (n=2).
14. Weniger Werbung für alkoholische Getränke.
15. Alkoholverbot in Heimen.

Frage 126: Haben Sie Ideen, welche Ziele es auf institutioneller und kommunaler Ebene zur Verringerung des problematischen Substanzgebrauchs im Alter geben könnte

Von den Befragten N=43 haben n=19 ihre Ideen geäußert.

1. Prävention allgemein (n=3)
2. Öffentlichkeitsarbeit (Rundfunk, TV, etc.) (n=3)
3. Beratungsgespräche und präventive Veranstaltung an Orten, wo ältere Menschen anzutreffen sind (n=3)
4. Mehr Freizeit- und Sportangebote (z. B. durch Krankenkassen) (n=4)
5. Alten WG's / Mehrgenerationenhäuser (n=2)
6. Regelmäßige Treffen aller professionellen Beteiligten (Anm. vom Verfasser – siehe Arbeitskreise) (n=2)

7. Aufklärung über alkoholhaltige Stärkungsmittel (Doppelherz, etc.) (n=1)
8. Aufsuchende Arbeit (n=1)
9. Case Management für Ältere im Hilfesystem (n=1)
10. Gemeinwesenarbeit mit einbeziehen (n=1)

4.3.3 Berufsfachschule der Altenhilfe

Im Rahmen der Ausbildung mit Themen der Sucht beschäftigt?

Anhand dieser Frage wird deutlich, dass zwei Drittel der Befragten angeben, sich nicht mit dem Thema Sucht im Rahmen ihrer Ausbildung beschäftigt haben.

Wenn ja, in welchem Zusammenhang:

Die Frage wurde von den Befragten (n=28) unterschiedlich verstanden. Zum einen wurde genannt, in welcher Form das Thema Sucht behandelt wurde und zum anderen welche Themen der Sucht.

Tabelle 11: Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht

n=28	
Im Rahmen der schulischen Ausbildung	13
Im Rahmen der praktischen Ausbildung	7
Ehemalige Betroffene	3
Arzneimittel	3
Alkoholabhängigkeit	3
Nikotin	2
Sucht und Suizid	1

Frage 2: Welche Substanzen nehmen Ihre Klientinnen selbstständig, ohne dass diese von Ihnen eingeteilt oder gegeben werden?

Bei den Substanzen handelt es sich laut den Befragten (n=57) hauptsächlich um Medikamente (67%), Alkohol (63%) und Nikotin (54%). Bei den Medikamenten handelt es sich zumeist um Abführmittel, Schlafmittel, Magenmittel, Schmerzmittel, Nasenspray sowie Analgetika.

Frage 11: Wie ist es für Sie, wenn Sie morgens zu den Klientinnen kommen und bei ihnen z.B. eine „Fahne“ bemerken? Reagieren Sie darauf und wie?

Knapp über die Hälfte der n=55 würden den/ die KlientInnen ansprechen und ggf. den Grund erfragen. Knapp ein Viertel würden ein Gespräch die Fachkraft und/ oder die KollegInnen informieren. 28% würden beobachten, ob es häufiger vorkommt. 15% würden den Vorfall dokumentieren. Des Weiteren würden vereinzelt die Befragten den PDL informieren.

Frage 15: Wenn Sie gefährdenden Substanzgebrauch durch Medikamente oder Alkohol bei den Klientinnen feststellen, was unternehmen Sie?

Von den Befragten N=64 haben n=59 auf diese Frage geantwortet. Den/ Die KlientIn ansprechen (n=27) wurde am häufigsten genannt. Ca. ein Drittel würden die Feststellung im Team kommunizieren. Eine Rücksprache mit den zuständigen Ärzten (n=22) sowie die Einbeziehung des Betreuers oder den Angehörigen (n=19), sind weitere Unternehmungen der Befragten. Vereinzelt wurde eine Vermittlung zu einer Selbsthilfegruppe (n=5), die PDL informieren (n=5) sowie eine eventuelle Einweisung in eine Fachklinik (n=2) als Reaktion genannt. Lediglich n=1 würden den/ die KlientIn beobachten, unter Berücksichtigung von Diagnosen, Biografie und aktuellen Lebensumständen.

Frage 16: Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte:

Eine genaue Beschreibung der eventuelle Probleme haben n=14 beschrieben. Am häufigsten wurde eine Abweisende Reaktion bis hin zu Aggressionen (n=6) genannt. Darüber hinaus wurde eine Unsicherheit beim Gespräch mit dem/ der KlientIn (n=3) beschrieben. Als weitere Probleme nannten n=2 eine fehlende Einsicht seitens des/ der KlientIn und eine mögliche Verhaltensveränderung bei dem/ der KlientIn (n=1).

Frage 26: Wenn es „Unterstützung von außen“ gibt, welche?

Von den Befragten (n=34) nannten 41% (Sucht-) Beratungsstellen als mögliche „Unterstützung von außen“. Als weitere Unterstützung wurden Ärzte (24%), Fort- und Weiterbildungen (18%), Entzugskliniken (3%) sowie Angehörige (3%) genannt. Darüber hinaus gaben 18% an, dass es keine Unterstützung gebe.

Frage 74: Welche Folgeschäden des Tabakkonsums kennen Sie?

Hier kann vielleicht noch weiter zusammengefasst werden, ich kenn leider nicht alle benutzten Abkürzungen und Krankheitsbezeichnungen

Tabelle 12: Folgeschäden des Tabakkonsums

n=60		
Durchblutungsstörung	14	23%
Asthma	5	8%
verschiedene Formen von Karzinomen (am häufigsten LungenCA)	23	38%
Herzinfarkt	14	23%
Arteriosklerose	4	7%
Embolien	4	7%
COPD	18	30%
PAVK	5	8%

n=60		
Bronchitis	2	3%
Atembeschwerden	1	2%
Lungenkarzinom	13	22%
Schlaganfall	4	7%
Zyanose	1	2%
Schwindel	1	2%
Thrombose	3	5%
KHK	6	10%
PAVN	1	2%
Potenzstörung	2	3%
Raucherbein	13	22%

Frage 75: Bestimmte Schlüsselreize lösen das starke, für psychische Abhängigkeit typische Rauchverlangen aus. Welche Schlüsselreize könnte es speziell bei älteren Klientinnen geben

Tabelle 13: Schlüsselreize des Rauchverlangens

n=36		
Ängste	3	8%
Stress bzw. Nervosität	8	22%
Langeweile	10	28%
Depression	2	6%
Einsamkeit	14	39%
Tod bzw. Trauer	5	14%
Gewohnheit	4	11%
Rituale	2	6%
Geselligkeit	1	3%

Frage 77: Wie wird aus Substanzgebrauch Abhängigkeit? Was glauben Sie?

Die Frage nach der Ursache wurde von den n=55 Befragten häufig mit der Frage nach der Definition der Abhängigkeit (Frage 78) gleich gesetzt, so dass die Antworten der Frage 77 und 78 inhaltlich ähnlich ausfielen. Zudem wurden in der Regel die Ursachen sehr knapp angegeben und auf eine Ursache beschränkt. Verhältnismäßig häufig wurde die regelmäßige Einnahme einer Substanz (n=25) als Ursache angegeben. Eine substanzbezogene Toleranzentwicklung wurde neun Mal beschrieben. Acht Personen geben an, dass sich Abhängigkeit schleichend entwickle. In Einzelfällen wurden Verlust, Trauer, Lustlosigkeit und geringes Selbstvertrauen angegeben.

Frage 78: Was bedeutet für Sie Abhängigkeit von Substanzen?

Zu der Bedeutung von Abhängigkeit haben sich n=60 Befragte geäußert. Wie bei der vorangehenden Frage 77, wurden auch hier hauptsächlich knappe Antworten gegeben, so dass nur jeweils ein Kriterium von Abhängigkeit angegeben wurde. In der folgenden Tabelle werden die Angaben aufgeführt. Keiner der Befragten hat mehr als zwei dieser Kriterien zusammenhängend angegeben. Bemerkenswert ist, dass über die Hälfte (12) von den 20 Personen, die Regelmäßigen Konsum angaben, der Meinung waren, dass täglicher Konsum ein Kriterium von Abhängigkeit sei.

Tabelle 14: Bedeutung von Abhängigkeit

n=60		
Kontrollverlust	28	47%
Regelmäßigkeit	20	33%
immer an die Substanz denken müssen	6	10%
einzigste Bewältigungsstrategie von Problemen	1	2%
Konsum gegen Entzugserscheinungen	7	12%
Vernachlässigung anderer Interessen oder sozialer Kontakte	2	3%
Toleranzentwicklung	2	3%

Frage 79: Was wissen Sie über Folgen von Substanzabhängigkeit?

Die Folgen von Substanzabhängigkeit wurden von (n=48) Befragten beschrieben. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle aufgeführt und verdeutlichen, dass auch bei dieser Frage von den einzelnen Befragten hauptsächlich nur eine Folge angegeben wurde.

Tabelle 15: Folgen von Substanzabhängigkeit

n=48		
soziale Rückzug, Vereinsamung	6	13%
Psychische Folgen (Entzugserscheinung, Persönlichkeitsveränderung)	6	13%
Beschaffungskriminalität	1	2%
Aggressionen bzw. Kontrollverlust	3	6%
Organerkrankungen (Karzinome, Lebererkrankungen sowie Herzkrankheiten)	24	50%
vorzeitiger Tod als Folge von Abhängigkeit	7	15%
Gehirnschäden (Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit, Demenz , Korsakow-Syndrom, Schlaganfall)	6	13%
nicht viel	5	10%

Frage 114: Sollte man ältere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch noch behandeln?

Frage 115: Wenn ja, wie könnte diese Behandlung aussehen? (Bitte eintragen, wenn Sie Ideen haben.)

Von den Befragten N=64 haben n=40 Angaben zu dieser Frage getätigt. Knapp drei Viertel nennen ein qualifiziertes Beratungsgespräch als mögliche Behandlung. Hier wurde gesondert Wert auf akzeptierende Gesprächsführung und Aufklärungsarbeit gelegt.

Darüber hinaus sei eine Suchttherapie eine geeignete Behandlungsform (35%), wobei hier in ambulante, stationäre sowie Gruppentherapie unterschieden wurde. Als weitere Behandlungsmöglichkeit wurde die Selbsthilfegruppe genannt.

Frage 116: Haben Sie Ideen, welche Veränderungen auf politischer und gesellschaftlicher Ebene zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter notwendig wären? (Bitte auflühren.)

Bei den Antworten der Befragten (n=35) lässt sich eine stark ausgeprägte Einigkeit beim Thema Öffentlichkeitsarbeit feststellen. Von Seiten der Befragten wird hier von der Politik gefordert, dass Thema „Sucht“ mehr in den öffentlichen Diskurs miteinzubinden.

Weitere Ausprägungen:

- Nicht als Tabu-Thema behandeln
- Ernsthaftigkeit darstellen
- Aufklärungs- bzw. Präventionsarbeit leisten für die Bevölkerung aber auch für Fachkräfte

Frage 117: Haben Sie Ideen, welche Veränderungen auf institutioneller und kommunaler Ebene zur Verringerung des Substanzgebrauchs im Alter notwendig wären? (Bitte auflühren)

Tabelle 16:Veränderungswünsche auf institutioneller Ebene.

n=24	
Fort- und Weiterbildung für Beteiligte (Ärzte, Fachkräfte, Mitarbeiter in Einrichtungen)	8
Beratungsmöglichkeiten in Einrichtungen	3
Aufklärungs- bzw. Präventionsarbeit leisten	4
sensibler mit Medikamentenverordnung umgehen	2
Mehr Mitarbeiter in Einrichtungen, um mehr Zeit für die Klienten zu haben	3
mehr Beschäftigungsangebote für Klienten	3

4.4 Ergebnisse „Sucht im Alter – ein gemeinsames Thema“

Die Ergebnisse der MitarbeiterInnenbefragungen verweisen im Wesentlichen auf folgende gemeinsame Themen:

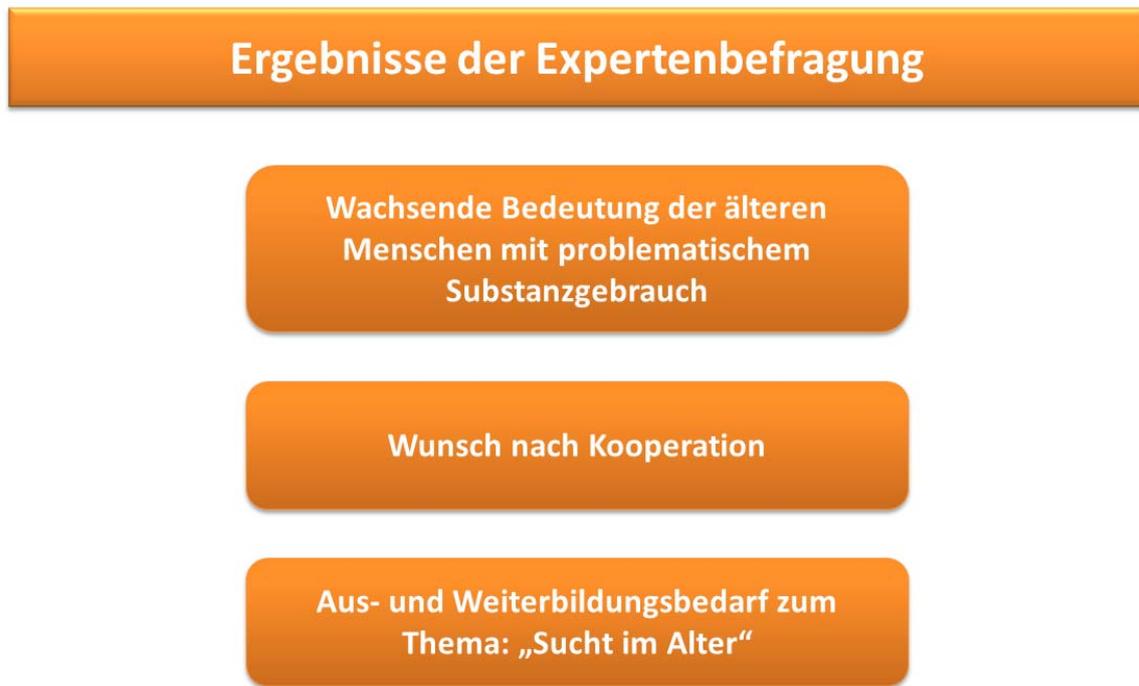


Abbildung 24: Ergebnisse Expertenbefragung

In der weiteren Zusammenfassung werden die genauen Ergebnisse der Fragen nicht nochmals gesondert aufgeführt. An den wichtigen Stellen wird auf die Fragen verwiesen, wobei A=Altenpflege, B= Berufsfachschule und S=Suchthilfe als Abkürzungen dienen⁴.

Vorab wird das gemeinsame Thema „Sucht im Alter“ über die korrekte Einschätzung des Stellenwerts der Suchterkrankung als psychische Erkrankung bei älteren Menschen deutlich, die in etwa den tatsächlichen Stellenwert widerspiegeln und die Wichtigkeit des Projektes NASIA verdeutlichen (siehe Abbildung 25).

⁴ Die zugrundeliegenden Fragebögen werden an dieser Stelle nicht veröffentlicht, sind aber über die Projekteinrichtung zugänglich.

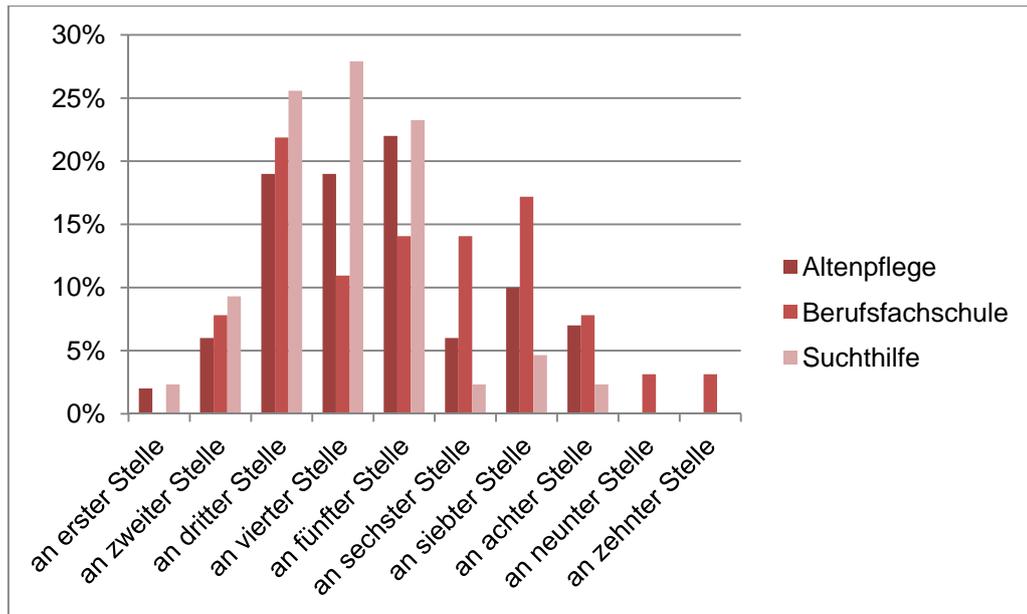


Abbildung 25: Stellenwert - Suchterkrankung

Dass die Suchterkrankung bei älteren Menschen ein gemeinsames Thema der Alten- und Suchthilfe darstellt wird besonders deutlich, bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse zu der Frage, ob die Befragten selbst ältere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch in der Einrichtung haben (A3, B3, S4). So bestätigte in beiden Bereichen über die Hälfte aller Befragten diese Frage.

Bei den *Fragen zum Wissen* über „Sucht“ in den Fragebögen der Altenhilfe sowie den Fragen zum „Alter“ im Fragebogen der Suchthilfe wurden Likert-Skalen eingesetzt, bei denen es die Möglichkeit gab, neben der Tendenz „stimme zu“ und „stimme nicht zu“ auch „unentschieden“ anzukreuzen.

Eine besondere Unsicherheit auf Seiten der Altenhilfe zeigte sich bei der Frage, ob die Therapie Suchtkranker im Schwerpunkt stationär stattfindet (A100 und B99) sowie bei der Einschätzung, ob das Therapieziel Abstinenz bei älteren Menschen als sinnvoll angesehen wird (A101 und B100). Im Gegensatz dazu stimmte der Großteil der Befragten der Suchthilfe dieser Aussage zu (Fragen S88).

Zudem zeigte sich bei der Frage, ob eine Aufklärung über Substanzgebrauch bei älteren Menschen behilflich sein kann, um dessen Lebenssituation zu verbessern eine starke Unsicherheit bei der Altenhilfe und den befragten SchülerInnen (Frage A105, B104 sowie S110).

Betrachtet man die Fragen zu den selbst eingeschätzten Kompetenzen beim Umgang mit KlientInnen mit problematischem Substanzgebrauch zeigt sich bei der Altenhilfe und der Berufsfachschule eine klar erkennbare Unsicherheit und bei der Suchthilfe wird die Unsicherheit beim Missbrauch von Medikamenten deutlich. (siehe Fragen A13, B10 sowie S13)

An dieser Stelle sollte auf das Fehlen von speziellen Konzepten für ältere Menschen mit problematischem Substanzgebrauch in den beiden Hilfesystemen (Frage A23, B23, S24) hingewiesen werden. Lediglich 12% des Altenpflegebereichs gaben an, dass diese in der eigenen Einrichtung vorhanden seien. Bei der Suchthilfe gab nur knapp die Hälfte an, dass spezielle Konzepte vorliegen.

Auf Seiten der Altenhilfe zeigt sich, dass zu wenige Kenntnisse über die verschiedenen Substanzen, über Hilfsmöglichkeiten im Allgemeinen und speziell für ältere Menschen vorhanden sind. Darüber hinaus äußert sie eine Unsicherheit beim Umgang mit Menschen mit problematischem Substanzgebrauch (siehe Frage A29).

Auf der Seite der Suchthilfe wird deutlich, dass sie zu wenige Kenntnisse über das „Alter“ und spezielle Unterstützungsmöglichkeiten für ältere Menschen hat (S30).

Insbesondere wird die Notwendigkeit der Kooperation der Alten- und Suchthilfe, mit der Frage, nach der Unterstützung von „Außen“ (Frage A24, S27) gefordert.

Diese Aussage wird durch die Ergebnisse der Frage, ob die Mehrheit älterer Menschen mit problematischem Substanzgebrauch zum Klientel der Suchthilfe zählen, untermauert (A99, B98, S74), dem nur ein Bruchteil zustimmte.

Der Weiterbildungsbedarf zeigt sich ebenfalls in beiden Versorgungssystemen. Schaut man sich den Bereich der Altenhilfe an, so sind über drei Viertel der Befragten sich zumindest unsicher, ob Sucht in erster Linie ein persönliches Versagen sei (A84, B83). Auf Seiten der Suchthilfe wird eine Unsicherheit in Bezug auf die Erfolgsaussichten einer Therapie deutlich. An dieser Stelle sind sich ein Drittel der Befragten aus der Suchthilfe zumindest unsicher, ob eine Therapie von älteren Menschen mit Substanzgebrauch Erfolgsaussichten habe (S84).

Bei der Betrachtung der Gesamtergebnisse werden die Notwendigkeit sowie der Wunsch nach speziellen Fort- und Weiterbildungsangeboten deutlich. Betrachtet man den IST-Zustand – knapp 60% der Schülerinnen und Schüler gab an, dass sie sich im Rahmen der Ausbildung mit dem Thema „Sucht“ beschäftigt haben, 20% der Altenhilfe gab an, dass sie eine Weiterbildung zum Thema „Sucht“ besucht haben und 20% der Suchthilfe habe einer Fortbildung zum Thema „Alter“ beigewohnt – wird diese Aussage nochmals untermauert.

In den Frageblöcken, bei denen es um fachliches Wissen rund um das Thema „Sucht im Alter“ ging, verdeutlichte sich eine große Unsicherheit der Befragten bezogen auf dieses „interdisziplinäre“ Thema. So wurden in der Altenhilfe und Berufsfachschule in den entsprechenden Fragebereichen– Substanzgebrauch (Medikamente, Alkohol, Tabak – A36 – A115) sowie „Wenn aus Substanzgebrauch Sucht wird“ – 47% (Altenhilfe) und 59% (Berufsfachschule) der Fragen mit mindestens 25% mit „unsicher“ beantwortet. In der Suchthilfe wurden die Bereiche Demografie sowie „Ältere Menschen und Substanzgebrauch“ abgefragt (A37 –A123), wobei 43% der Fragen mit mindestens 25% mit „unsi-

cher“ beantwortet wurden. Dieses Ergebnis weist nochmals auf die Notwendigkeit einer interdisziplinären Fort- bzw. Weiterbildung hin.

Zusammenfassend lassen sich aus den Ergebnissen der Expertenbefragungen drei wesentliche Aspekte feststellen:

Die Auseinandersetzung mit der Thematik problematischen Substanzgebrauch bei älteren Menschen gewinnt an Bedeutung. Dies wiederum bringt den Wunsch nach Kooperation zum Vorschein. Des Weiteren zeigen sich ein deutlicher Bedarf an Fort- und Weiterbildungen zum Thema „Sucht im Alter“ sowie eine Einbettung des Themas in die Lerncurricula der Berufsfachschulen.

Aus diesen drei Aspekten resultieren zwei thematische Schwerpunkte für die weiterführende Arbeit in der Alten- und Suchthilfe. Zum Einen ist es notwendig die Handlungssicherheit der MitarbeiterInnen zu fördern. Hierbei sind die Erstellung von speziellen Handlungskonzepten und die Weiterentwicklung der Kompetenzen als Vorschläge zu nennen. Darüber soll im Einzelnen der sichere Umgang mit substanzbezogenen Störungen im Bereich der Altenhilfe sowie der sicherer Umgang mit Klientel der älteren Menschen in der Suchthilfe gefördert werden.

Zum Anderen zeigen die Ergebnisse der Expertenbefragung, dass eine Kooperation zwischen der Alten- und Suchthilfe aufgebaut bzw. weiterentwickelt werden sollte. Hier geht es maßgeblich um den Abbau von „Schnittstellen“ um eine reibungslose Zusammenarbeit zu gewährleisten. Schrittweise kann dies durch externe Beratung zu der Entwicklung gemeinsamer Konzepte geschehen. Es bedarf gemeinschaftlichen Qualitätskriterien und ein Klärung der vorhandenen Ressourcen und Zuständigkeiten, aus denen gemeinsame Standards resultieren sollten.

Ergänzend zu den vorgeschlagenen Handlungskonsequenzen kann begleitend das Weiterbildungsangebot entwickelt bzw. verändert werden. Zudem können auf dieser Grundlage, wie schon erwähnt, die Ergebnisse in das Lerncurriculum der Altenpflegeschule fließen.

Um neue gemeinsame Arbeitsansätze und-prinzipien auch nachhaltig in die Regelversorgung der älteren Menschen mit substanzbezogenen Problemen zu überführen, bedarf es einer verbindlichen Kooperation der beteiligten Einrichtungen und Institutionen aus Alten- und Suchthilfe. Dies könne zum Beispiel durch einen gemeinsamen Qualitätszirkel oder Arbeitskreis gewährleistet werden.

5 Fazit und Handlungskonsequenzen

Grundsätzlich gibt es eine Fülle von Ergebnissen in allen Gruppen von Befragten (Altenhilfe, Berufsfachschule für Altenpflege und Suchthilfe), die Beachtung verdienen. An dieser Stelle sollen als Zwischenstand der Projektarbeit nur einige der wesentlichen Konsequenzen benannt werden, die auch unmittelbar wieder in die Weiterentwicklungen des Vorhabens eingeflossen sind. Die nachstehende Abbildung spiegelt die gemeinsamen Themen der Alten- und Suchthilfe wider, an denen in der verbleibenden Projektlaufzeit 2012 auch in Zukunft systematisch gearbeitet werden soll:



Abbildung 26: Themen für Alten- und Suchthilfe

Als ein wichtiger Punkt wurde gute Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Präventionsarbeit gewünscht, die auch die medizinische Versorgung mit einbezieht. Auf dieser Basis wurde mittlerweile eine Vielzahl von Vorträgen durch die ProjektmitarbeiterInnen gehalten, die sich an die unterschiedlichsten Interessenten wandte (SeniorInnen, Pflegende und Angehörige, Kirchengemeinden, interessiertes Fachpersonal). Es wurden Artikel in Seniorenzeitschriften, kirchlicher Zeitung und Tageszeitung veröffentlicht und ein Flyer zum Thema erstellt.

Außerdem wurden zwei Zukunftswerkstätten in Papenburg (November 2011 und März 2012) durchgeführt, die alle an dem Thema interessierten und beteiligten Personen zusammen und ins Gespräch bringen sollten. Die Resonanz war deutlich positiv und es gelang tatsächlich, dass sehr unterschiedliche Menschen über diese Thema sprachen (bspw.

Senioren, Apotheker, Hochschullehrer, Selbsthilfegruppenleiter, SchülerInnen und LehrerInnen der Berufsbildenden Schulen, Pfarrer und Pastoren u. v. a.) und sich darauf verständigen konnten, diesen „Multilog“ auch in der Projektlaufzeit 2012 regelmäßig fortzusetzen.

Als zweites ergab sich als ein zentrales Ergebnis der Befragung der Wunsch nach fachlicher Information über den Bereich „Substanzgebrauch im Alter“ bei den verschiedenen Berufsgruppen. Diesbezüglich wurde in der zweiten Hälfte 2011 eine ganze Reihe von Schulungen für die beteiligten Projektpartner durchgeführt, die einem speziell dafür entwickelten Konzept der „wechselseitigen Sensibilisierung“ folgten. Grundsätzlich wurde dieses Vorgehen gut angenommen und die begleitende Evaluation wird derzeit ausgewertet. Das konzeptuelle Vorgehen wird noch an anderer Stelle veröffentlicht werden. Hier ein erster Überblick:

Entwicklung von Kurzkonzepten

- ▶ Kollegiale Begleitung (Suchthilfe hospitiert bei der Altenhilfe)
- ▶ Key-Person-Schulungen
- ▶ Kollegiale Beratung: Sucht ↔ Altenhilfe zum Thema „Sucht im Alter“
- ▶ niedrigschwellige Angebote für ältere Menschen mit Suchtproblemen
- ▶ Info-Veranstaltungen der Suchthilfe in der Altenhilfe

Abbildung 27: Entwicklung von Kurzkonzepten

Neben den Effekten der Informationsvermittlung wurden bei den Fortbildungsveranstaltungen auch wichtige Erfahrungen hinsichtlich der individuellen thematischen Interessen und Bewertungen der beteiligten Personen gemacht, die sich in dieser Form nicht in den Befragungen zeigen (da wie üblich mehr Dinge erzählt werden als aufgeschrieben oder angekreuzt). Dabei wurde deutlich, dass mit der Alten- und Suchthilfe zwei völlig unterschiedliche Systeme der Dienstleistungserbringung im medizinisch/ pflegerisch/ psychosozialen Bereich aufeinander treffen, die aufgrund dieser Unterschiedlichkeit zunächst eine gemeinsame Handlungs- und Kommunikationsplattform entwickeln müssen, um nicht aneinander vorbei zu reden und zu handeln. Durch die Fortbildungen und die regelmäßigen Treffen der Kooperationspartner ist diesbezüglich ein wichtiger Entwicklungsprozess initiiert worden. Wichtige Themen sind dabei z. B. die Finanzierung von neuen Dienstleistungen, Relevanz und Bewertung zusätzlicher Aufgaben, soziale Etikettie-

rungsprozess zum Bereich Suchtmittel und Sucht, Arbeitsstrukturen und Leistungstaktung etc.

Als dritter Bereich wurde deutlich, dass der Altersbereich der Menschen, die älter als 65 Jahre sind, als eine neue psychosoziale Entwicklungsphase betrachtet werden muss. Natürlich wurden die Menschen früher auch schon so alt, aber nicht in dieser großen Zahl, nicht in dieser zeitlichen Ausdehnung und auch nicht mit einer solchen Präsenz und Aktivität. Auf der anderen Seite existieren aber keine analogen psychosozialen Unterstützungssysteme, da viele Konzepte und Maßnahmen bisher nicht an den Bereich des hohen Alters angepasst wurden. Dazu gehören z. B. Themen wie aufsuchende Arbeit der Suchthilfe, Anpassung der Datenschutzregeln, ein koordinierendes Case-Management in der Altenhilfe oder niedrigschwellige Angebot zur ersten Reflexion des eigenen Umgangs mit z. B. Medikamenten, Suchtmittel u. s. w. Auch sollte der weitere Kontext der „Problem-einbettung“ erfasst werden, wie z. B. die Frage, ob der verstärkte Suchtmittelkonsum lediglich eine Reaktion der Senioren auf die zunehmende Einsamkeit und Langeweile darstellt. Diese Ideenliste ließe sich noch fortsetzen, aber das würde an dieser Stelle zu weit führen.

Stattdessen soll abschließend noch darauf verwiesen werden, dass als ein weiteres Resultat auf diese Vielzahl an Ergebnissen und Anregungen für den nächsten Schritt der Projektentwicklung die Idee der „niedrigschwelligen Tandem-Projekte“ entwickelt wurde, die aktuell umgesetzt werden. Diese sollen jeweils von zwei Personen (aus Alten- und Suchthilfe, SeniorInnen, SchülerInnen etc.) gemeinsam durchgeführt werden und sollen immer den Zugang und/ oder Kontakt zu den SeniorInnen im Blick haben. Dadurch soll der Kooperationsgedanke weiter vertieft werden und intensiver an einem tatsächlichen Zugang der betroffenen Personen gearbeitet werden. Abschließend kurz eine Auswahl aus dem Pool der möglichen Tandems, z. B.:

- Untersuchung, wie im stationären bzw. ambulanten Setting die z. B. Vergabe, Dokumentation usw. von Medikamenten verläuft, welche Probleme es gibt.
- Erstellen einer Medienbox zum Thema Sucht bzw. Gesundheit im Alter Gesprächsrunde zum Thema Gesundheit: Was hält mich gesund? Was gehört zu Gesundheit dazu? Ab wann ist man Gesund? Was ist soziale Gesundheit?
- Gesprächsrunde zum Thema Gesundheit: Was hält mich gesund? Was gehört zu Gesundheit dazu? Ab wann ist man Gesund? Was ist soziale Gesundheit?
- Biografiearbeit in Hinblick auf Stärken und Schwächen
- Gesprächsrunden in Einrichtungen der Altenhilfe mit Themen wie Biografiearbeit durchzuführen. Diese Treffen sollen der Kontaktaufnahme und Beziehungsarbeit dienen sowie auch die Ressourcen der Senioren ansprechen bzw. erfassen.

6 Kontaktdaten und weitere Informationen

Projekteinrichtung

Diakonisches Werk
Fachambulanz Sucht Emsland
Landbergstr. 9
26871 Papenburg

Projektleitung: Dr. Ralf Drewes-Lauterbach, Britta Telgen

Projektmanagement: Birgitt Ridder-Stockamp

<http://www.diakonie-emsland.de/fachambulanzsucht/suchtberatung/>

Wissenschaftliche Begleitung

ISGE – Institut für Sozial- und Gesundheitswissenschaften Emden GbR,
c/o Hochschule Emden/Leer
Constantiaplatz 4
26723 Emden

Prof. Dr. Knut Tielking
Knut.tielking@hs-emden-leer.de

Henning Fietz
Henning.fietz@hs-emden-leer.de

<http://www.isg-emden.de>
<http://hs-emden-leer.de>

Weitere Informationen zum Bundesmodellprojekt NASIA

<http://www.diakonie-emsland.de/fachambulanzsucht/suchtberatung/nasia>
http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/dokumente/gesundheitsforschung/Sucht_im_Alter_Bekanntmachung.pdf

7 Literaturverzeichnis

Arbeitshilfen, D. T. (2008). *Sucht im Alter, Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder*. Stuttgart.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2010). *Jahrbuch Sucht 2010*. Geesthacht: Neuland.

Diakonisches Werk. (2008). *Sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Diakonie*.

Diakonisches Werk. *Sucht im Alter, Materialien für Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit*.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2011). *Drogen- und Suchtbericht*. Berlin.

Humbolt-Universität Berlin. (2010). *Gender-Aspekte im Sachgebiet Alter: Pflege*. Von www.genderkompetenz.info abgerufen

Kuhlmann, A. (2009). *Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune*. Dortmund.

Statistisches Bundesamt. (2008). *Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 11. Koordinierte Bevölkerungsvorrausberechnung*.

Statistisches Bundesamt. (2010). *Männer und Frauen im Gesundheitswesen: Ein Kostenvergleich*.

Wright, M. T. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.

Wright, M., & Block, M. (2006). *Partizipative Qualitätsentwicklung und Evaluation in der lebensweltorientierten Primärprävention*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Zeman, P. (2009). Informationsdienst Altersfragen. In *D.Z. (DZA)* (S. 10-14). Berlin.

