

SUCHT IM ALTER Hamburg

Träger und Arbeitsfeld übergreifende Qualifizierung und Vernetzung



Handlungsempfehlung

Zum Umgang mit suchtblasteten älteren Menschen

in der ambulanten Altenhilfe

Vernetzungs- und Interventionsmöglichkeiten

Stand November 2013

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	3
2	ALLGEMEINE HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND DURCHFÜHRUNG VON GESPRÄCHEN MIT ÄLTEREN SUCHTBELASTETEN MENSCHEN.....	5
2.1	Eine gute Vorbereitung der Gespräche ist wichtig!	5
2.2	Umgang mit Ablehnungen und Widerstand des zu Pflegenden	6
2.3	Umgang mit der Ablehnung der Hilfeangebote	7
2.4	Umgang mit Angebotslücken.....	7
2.5	Skizzierter Ablaufplan.....	8
2.6	Ausführlicher Ablaufplan.....	9
2.7	Kurze Beschreibung des Ablaufplans	10
3	HINWEISBLÄTTER ZUM ABLAUFPLAN FÜR DIE VORBEREITUNG DER PERSÖNLICHEN ANSPRACHE.....	11
H1	→ Signale erkennen und systematisch dokumentieren.....	11
H2	→ Reflektieren	13
H3	→ Ethische und rechtliche Aspekte	14
H4	→ Austausch	19
H5	→ Systematische Fallbesprechung	20
H6	→ Gefahrenanalyse	22
4	EINFÜHRUNG IN DIE MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG.....	26
5	HINWEISE ZU DEN GESPRÄCHSSTUFEN DES ABLAUFPLANS.....	29
G1	Fürsorgegespräch I:	29
G2	Fürsorgegespräch II	31
G3	Fürsorgegespräch III	33
G4	Klärungsgespräch	35
	Besonderer Hinweis bei einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen	36
G5	Vereinbarungsgespräch	38
G6	Reflexionsgespräche.....	40
G7	Abschlussgespräch	41
	ANHÄNGE.....	42

1 Einleitung

Es lohnt sich immer, suchtbelastete ältere Menschen frühzeitig zu unterstützen!

Dafür tritt das Projekt „SUCHT IM ALTER Hamburg“ ein.

Das Thema Sucht im Alter findet zunehmend Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit. Doch die Bedeutung für die Betroffenen als auch für die Hilfesysteme wird nach wie vor unterschätzt. Dabei hat die Befragung der projektbeteiligten Einrichtungen ergeben, dass 68% der Beschäftigten Erfahrung mit der Betreuung von Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum haben.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist mit einem Anstieg zu rechnen. Die Fachkräfte in der Sucht- und Altenhilfe sehen sich auch heute schon mit Fragen konfrontiert, wie mit missbräuchlichem oder abhängigem Konsum von Alkohol und Medikamenten bei Menschen über 60 Jahren umzugehen ist.

Welche Haltung nehmen die Institution oder das Pflege- und Beratungsteam zum Umgang mit Suchtproblemen im Alter ein?

Welche Angebote und Unterstützungen gibt es für die Betroffenen in den Hilfesystemen?

Den Pflegekräften kommt eine wichtige Rolle bei der frühzeitigen Anbindung an fachspezifische Angebote zu, die ältere Menschen unterstützen, einen risikoarmen Umgang mit Alkohol und Medikamenten zu entwickeln. Diese Aufgabe stellt die Fachkräfte vor eine Herausforderung auf die sie durch geeignete Qualifizierungen und eine frühzeitigen Vernetzung mit Fachkräften aus der Suchthilfe vorbereitet werden sollten.

Die vorliegende Handlungsempfehlung ist in Kooperation von Mitarbeitenden beider Berufsgruppen praxisorientiert entwickelt worden, um den Fachkräften eine Orientierung im Umgang mit suchtbelasteten älteren Menschen in der ambulanten Altenhilfe zu geben.

Zu Beginn werden allgemeine Hinweise zum Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen gegeben, die in jeder Phase eines Hilfeprozesses eintreten können.

Im Anschluss wird die graphische Darstellung eines idealtypischen Hilfeprozesses vorgestellt. Jede Interventionsstufe wird durch Empfehlungen zu den jeweiligen Handlungszielen, -strategien und Umsetzungsmöglichkeiten ergänzt. Die im Ablaufplan ersichtlichen Kennzahlen H1 bis H6 und G1 bis G7 verweisen auf die dazugehörigen Ausführungen.

In den Ergänzungen (G1-G7) zu den einzelnen Gesprächsphasen von Fürsorgegespräch I bis zum Abschlussgespräch werden einführende Hinweise zu der Methode der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing (MI)) gegeben. Sie ist für den Hilfeprozess von älteren suchtbelasteten Menschen besonders wichtig, weil MI mehr ist als eine Gesprächstechnik. Sie basiert auf einer Haltung, die sich durch Respekt, Würde und Wertschätzung gegenüber dem Hilfesuchenden auszeichnet. Autonomie und Selbstbestimmung verbleiben bei den Betroffenen und macht sie dadurch zum Fürsprecher für ihren Veränderungsprozess. Die Motivierende Gesprächsführung eignet sich gut zur Beratung bei Alkohol-, Nikotin-, Medikamentenabhängigen, da sie besonders auf die Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen eingeht. Im Rahmen der Handlungsempfehlungen können nur Anregungen zur Anwendung dieser Methode gegeben werden. Es empfiehlt sich, die Methode der MI in einer Fortbildungsmaßnahmen kennenzulernen und zu vertiefen. Die Auseinandersetzung mit dem humanistischen Menschenbild ist für die Entwicklung einer MI-entsprechenden inneren Haltung eine gute Ergänzung.

In den Anhängen sind Vorlagen von Arbeitsmaterialien hinterlegt. Ferner werden Kontaktdaten von Ansprechpartnern aufgeführt, die ggf. für die Planung und Umsetzung eines Hilfeprozesses einbezogen werden können.

Danksagung

Das Projekt SUCHT IM ALTER Hamburg möchte an dieser Stelle allen Beteiligten für ihre Unterstützung an der Erarbeitung der Handlungsempfehlungen danken.

Besonderem Dank gebührt Herrn Dr. phil. Clemens Veltrup, leitender Therapeut Fachklinik Freudenhof-Ruhleben. Er hat die Handlungsempfehlungen durch die Einführung und Hinweise auf die „Motivierende Gesprächsführung“ bereichert.

2 Allgemeine Hinweise zur Vorbereitung und Durchführung von Gesprächen mit älteren suchtbelasteten Menschen

2.1 Eine gute Vorbereitung der Gespräche ist wichtig!

Gespräche mit älteren Betroffenen sollten entsprechend ihrer persönlichen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit ausgerichtet sein. Liegen mehrere Anliegen/Themen vor, sollten diese auf mehrere Gesprächseinheiten verteilt werden. Diese sollten kurz und verständlich eingebracht werden.

Wenn mehrere Gesprächsteilnehmende beteiligt sind, empfiehlt sich eine vorherige klare Absprache über die Intentionen und Ziele des Gespräches.

- Liegt der Schwerpunkt auf motivationaler, informativer oder klärender Ebene?
- Wer übernimmt welchen Part?
- Um welche Ziele geht es?
- Werden für die Hilfeplanung noch Informationen benötigt?

Die Gesprächsverläufe und Hilfeplanungen sind **grundsätzlich nach Maßgabe des Einzelfalls** und situativem Kontext auszurichten.

Eine ideale Gesprächsabfolge sieht fünf Stufen vor:

1. Fürsorgegespräch
2. Klärungsgespräch
3. Vereinbarungsgespräch
4. Reflexionsgespräch
5. Abschlussgespräch

Ziel aller Interventionen und Gespräche ist es, die Veränderungsbereitschaft der zu Pflegenden zu fördern. Entsprechend der motivierenden Gesprächsführung sollen die Gespräche dazu beitragen, den zu Pflegenden in die nächste Stufe des Veränderungsprozesses zu begleiten. Die einzelnen Prozessstadien sind: Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung.

Kommt es zu einem Rückfall in alte Verhaltensmuster, beginnt der Prozess erneut in dem Stadium, indem sich der zu Pflegenden aktuell befindet.

Den Veränderungsprozess kann man sich bildlich als eine aufsteigende Spirale vorstellen. Während des Veränderungsprozesses kann es immer wieder zum Verlassen eines Stadiums in ein vorheriges kommen. Übertragen auf den Ablaufplan heißt dies, dass die lineare Gesprächsabfolge als eine vereinfachte Darstellung des spiralförmigen Prozesses zu verstehen ist.

Die empfohlenen Gesprächskonstellationen berücksichtigen keine externen Personen oder Institutionen, die für den Prozess unterstützend hinzugezogen werden können. Angehörige oder sonstige wichtige Bezugspersonen können bei jeder Konstellation mit eingebunden werden. Ob, wie und mit welchem Anliegen sollte mit der Pflegedienstleitung und den pflegenden Kolleginnen und Kollegen abgesprachen werden und **bedarf immer der Zustimmung des zu Pflegenden.**

2.2 Umgang mit Ablehnungen und Widerstand des zu Pflegenden

Viele Untersuchungen belegen, dass es Betroffenen hilft, auf ihr Suchtproblem angesprochen zu werden. Die zu Pflegenden auf ihr Konsumverhalten anzusprechen ist dennoch nicht einfach, weil die Befürchtung besteht, dass sich der Kontakt und die Beziehung verschlechtern könnten. Unbegründet sind diese Bedenken nicht, vor allem wenn das Problem bislang verleugnet, bagatellisiert oder verdrängt wurde. Schuld- und Schamgefühle, das Gefühl bloßgestellt und in der Selbstbestimmung eingeschränkt zu werden, und die Angst auf die Substanzwirkung verzichten zu müssen, kann Abwehr und Widerstand hervorrufen.

Im Folgenden finden Sie Hinweise, wie Sie mit diesen Reaktionen umgehen können.

- Widerstand/Abwehr aushalten, Eigenverantwortung und Abgrenzung respektieren.
- Eigene Ohnmachtsgefühle und Bedürfnisse mitteilen.
- Anderen Zeitpunkt für das Gespräch vereinbaren.
- Anderes Umfeld/anderen Rahmen für das Gespräch schaffen.
- Einen neuen Gesprächszugang finden, z.B. an eine Schlüsselsituation anknüpfen.
- Transparenz herstellen, indem die betreffende Person über jeden Schritt informiert wird.

- Selbst Beratung, Supervision, Austausch mit Kollegen in Anspruch nehmen.

2.3 Umgang mit der Ablehnung der Hilfeangebote

- Aushalten; die Selbstbestimmung des Betroffenen respektieren.
- Die eigene Rolle und die damit verbundenen Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen für sich klären und transparent machen.
- Unterstützung organisieren; evtl. andere Berufsgruppen, Behörden, Betreuer, und Arzt einschalten.
- Beratung oder/und Supervision in Anspruch nehmen.

2.4 Umgang mit Angebotslücken

Im Verlauf eines oder mehrerer Hilfeprozesse kann sich herausstellen, dass bestimmte Hilfen in den Hilfesystemen nicht angeboten werden sondern erst einmal geschaffen werden müssen. Die Initiative selbst zu übernehmen bietet sich dann an, wenn möglichst viele Personen davon profitieren würden. Auf diese Weise können sich konzeptionelle Weiterentwicklungen in Form neuer Angebote ergeben.

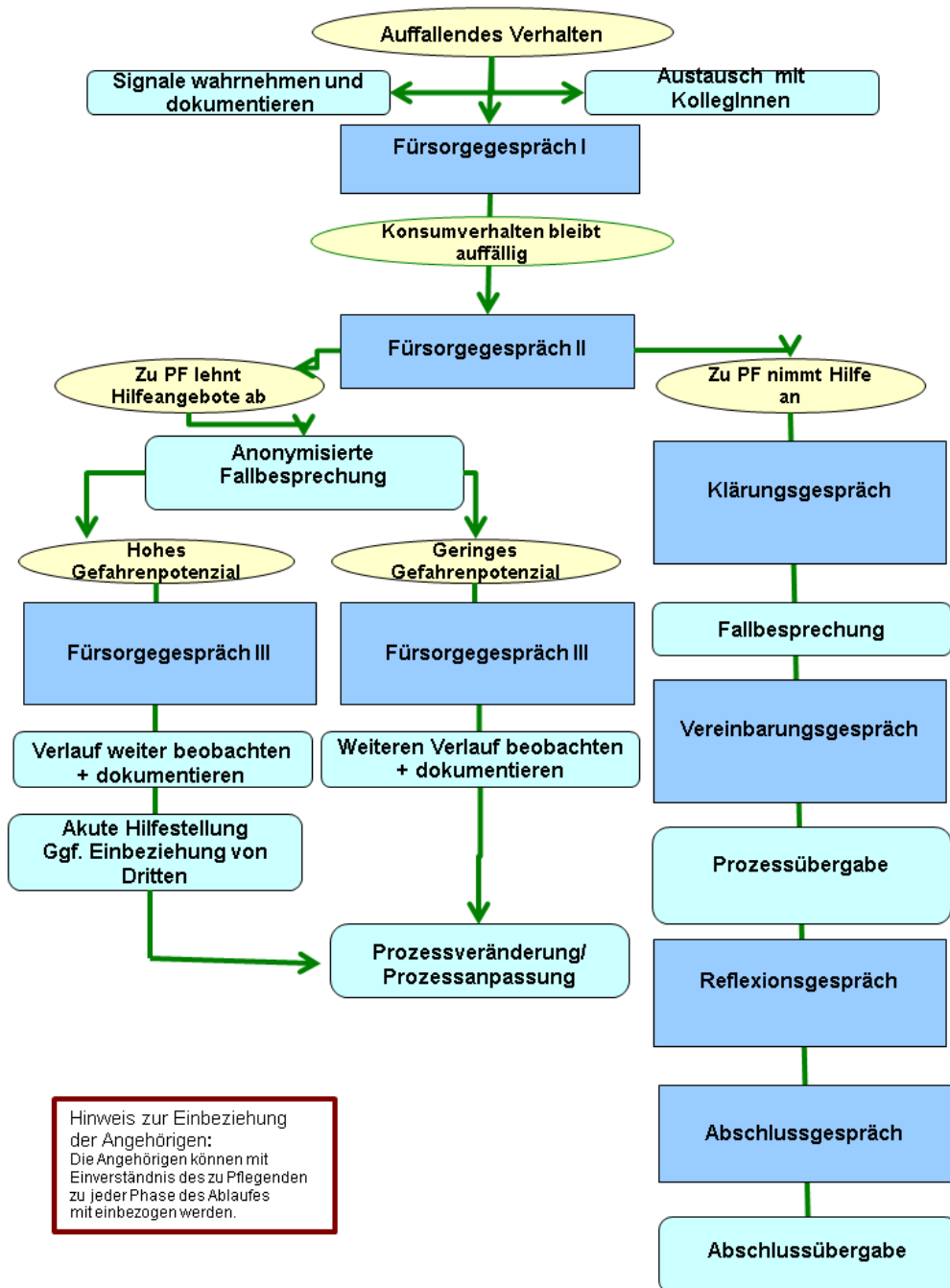
Beispielsweise:

- Informationsveranstaltungen
- Angebot von Gymnastik oder Bewegungsgruppen
- Gesprächskreise
- Gemeinsames Kochen
- Ausflüge
- Trauerarbeit
- Gemeinsam Musizieren etc.

Ablaufplan zum Umgang mit suchtblasteten älteren Menschen in der ambulanten Altenhilfe

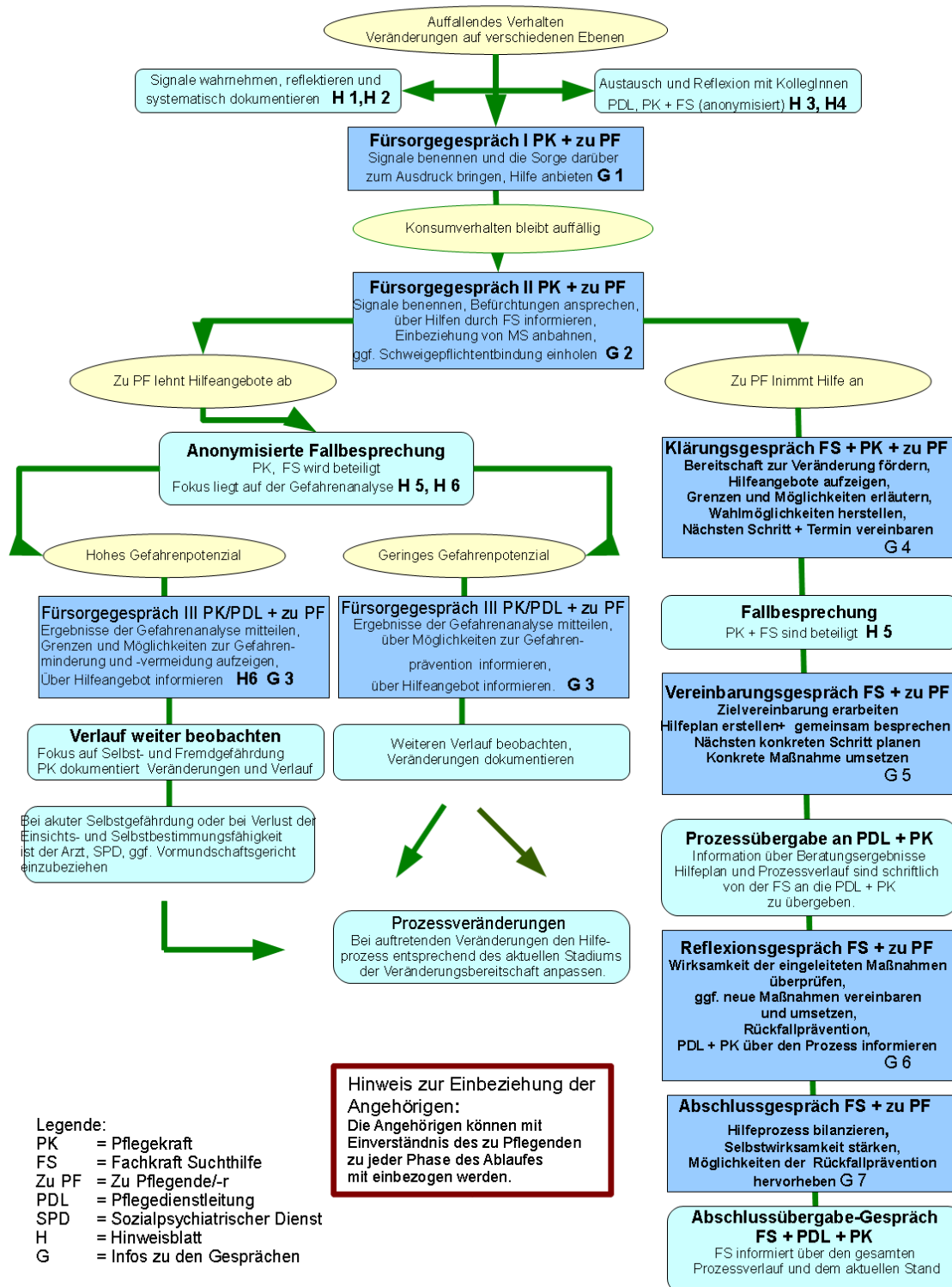
2.5 Skizzierter Ablaufplan

Ablaufplan Vernetzung der ambulanten Alten- und Suchthilfe Umgang mit problematischem Konsum von Alkohol und Medikamenten



2.6 Ausführlicher Ablaufplan

Ablaufplan Vernetzung der ambulanten Alten- und Suchthilfe Umgang mit problematischem Konsum von Alkohol und Medikamenten



2.7 Kurze Beschreibung des Ablaufplans

Der Ablaufplan ist eine grafische Darstellung eines idealtypischen Hilfeprozesses bei Suchtproblemen von älteren Menschen in der ambulanten Altenpflege. Der Prozess erscheint in der Darstellung als lineare Abfolge, um die einzelnen Stufen eines Hilfeprozesses mit ihren entsprechenden Interventionen verdeutlichen zu können. Hinter jeder Interventionsstufe liegt ein komplexer Hilfeprozessverlauf, der sich an den Bedarfen und Möglichkeiten der Betroffenen orientiert. Pauschale „Verordnungen“ können daher nicht gegeben werden. Der Ablaufplan ist als eine Orientierungshilfe zu verstehen, in dem beschrieben wird, welche Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und genutzt werden können. Darüber hinaus wird aufgezeigt, an welcher Stelle eines Prozesses eine Vernetzung mit der ambulanten Suchthilfe (Suchtberatungsstellen) empfohlen wird. Der Aufbau einer frühzeitigen Kooperation entlastet sowohl durch die fachliche Beratung auf kollegialer Ebene als auch bei der Planung und Umsetzung adäquater Hilfeangebote. Die Übernahme suchtspezifischer Unterstützung durch die Fachkräfte der ambulanten Suchthilfe ist insofern auch eine Möglichkeit, Aufgaben abgeben zu können und sich an dieser Stelle zu entlasten.

Der Ablaufplan beginnt mit der Phase des Wahrnehmens, Erkennens, Dokumentierens und Kommunizierens auf kollegialer Ebene. Ein wichtiger Einstieg, um die eigene Haltung, Handlungsmöglichkeiten und Grenzen zu klären. Die Kommunikation mit den Kolleginnen/ Kollegen und Leitungskräften kann dazu beitragen, mehr Sicherheit für die Planung und Umsetzung des professionellen Handelns zu gewinnen. Die Hinweisblätter H1 bis H6 geben konkrete Empfehlungen für die Vorbereitung auf die persönliche Ansprache des zu Pflegenden in Bezug auf die wahrgenommenen Anzeichen eines problematischen Konsums von Alkohol und/oder Medikamenten.

Die nachfolgenden Gesprächsstufen vom Fürsorgegespräch I (G1) bis zum Abschlussgespräch (G7) sind ebenfalls mit Empfehlungen zur Gesprächsführung, inhaltlichen Ausrichtung und Zuständigkeiten der beteiligten Akteure hinterlegt.

3 Hinweisblätter zum Ablaufplan für die Vorbereitung der persönlichen Ansprache

H1 → Signale erkennen und systematisch dokumentieren

Das systematische Dokumentieren von Beobachtungen ermöglicht eine übersichtliche Beschreibung des Lebenskontextes und der wahrgenommenen Veränderungen. Der Prozessverlauf wird durch die Systematik einfacher erkennbar. Ferner bietet die Dokumentation eine Grundlage zur Darstellung der Situation. Damit im eng „getakteten“ Pflegealltag wahrgenommene Veränderungen zügig dokumentiert werden können, ist ein Beobachtungsbogen erarbeitet worden, der im Anhang 1 beigefügt ist. Der Beobachtungsbogen sollte an alle Kolleginnen und Kollegen weitergeleitet werden, damit eine Information schnell erfolgt, die Sensibilisierung gefördert und ein zeitnaher Austausch des beteiligten Pflegeteams veranlasst wird.

Checkliste:

- **Häusliches Umfeld**, (Veränderungen sind feststellbar z. B. im Bereich der Hygiene, Ordnung, vermehrt Flaschen oder Medikamentenpackungen, verdorbene Lebensmittel),
- **Soziales Verhalten/Beziehungen**, (Veränderungen könnten sein: zunehmender Rückzug, auffallende Abwertungen, Schuldzuweisungen und Beschimpfungen von Angehörigen und Bekannten, aggressives Verhalten im Kontakt, apathische Reaktion auf Ansprache, Wechsel des Bekanntenkreises, Hilflosigkeit, Antriebslosigkeit.),
- **Emotional**, (Veränderungen könnten sein: anhaltende Traurigkeit, Gemütsschwankungen, Angst, Unzufriedenheit, Lustlosigkeit, Aggressivität, Ungeduld, Unausgeglichenheit, aufgeregt/hibbelig, angespannt usw.; häufig zeigen sich plötzlich und mit zunehmender Ausprägung Gefühlszustände, die vorher nicht sichtbar waren.),
- **Verhalten**, (Veränderungen könnten sein: Bittet oder verlangt die Besorgung von alkoholischen Getränken, wechselt den Arzt, vernachlässigt die

Hobbys/geliebte Beschäftigungen, vermeidet jegliche Veränderungen, gerät in finanzielle Engpässe.),

- **Körper**,(Veränderungen könnten sein: Gangunsicherheit, vermehrte Stürze, Appetitlosigkeit, Konzentrationsprobleme, Gewichtsabnahme, zunehmende Verwirrtheit/Orientierungslosigkeit, erhöhte Leberwerte, Schweißausbrüche, Zittern.).

Die Form und Einordnung der Dokumentation bleibt den Trägern der Einrichtung überlassen. Beispielhaft könnten auf den Beratungsbögen die Ergebnisse des Prozesses dokumentiert oder auf einem gesonderten Blatt der Pflegeakte zugefügt werden.

H2 → Reflektieren

Wenn Signale erkannt sind und die Vermutung besteht oder sich der Verdacht erhärtet hat, dass ein problematisches Konsumverhalten oder eine Abhängigkeit besteht, sollten Sie sich Zeit für eine Reflexion und Austausch mit Kolleginnen und Kollegen nehmen. Neue Sichtweisen können dadurch gewonnen werden, denn das Auftreten von Signalen kann auch andere Ursachen haben als ein missbräuchlicher oder abhängiger Konsum von psychotropen Substanzen.

Die Reflexion hilft...

- bewusst zwischen Beobachtung und Interpretationen zu unterscheiden
- vorschnelle Diagnosen und Etikettierungen zu vermeiden!
- eigene Grenzen und Möglichkeiten zu erkennen
- eine Gefahrenanalyse vorzunehmen. Berücksichtigt werden sollten folgende Rubriken: zu Pflegenden, Mitarbeiter, Einrichtung, Erfüllung des Pflegeauftrags
- die nächsten Schritte zielgerecht angehen, nicht unter Druck handeln!

Damit der nächste Schritt mit mehr innerer Sicherheit umgesetzt werden kann, lohnt sich die Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung.

Hilfreiche Fragen sind:

Muss ich etwas tun? – Ja - was spricht dafür?

- Präventiv
- Moralisch-ethisch (nähere Ausführung im folgenden Abschnitt H3)
- Rechtlich (nähere Ausführung im folgenden Abschnitt H3)

H3→ Ethische und rechtliche Aspekte

Das Bundesmodellprojekt aus Essen hat zu diesen Themenbereichen eine hervorragende Kurzdarstellung verfasst, die wir in Teilen übernommen haben. Sie gibt Anregungen und Orientierungshilfen für die Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung oder für die gemeinsame Entwicklung einer betriebseigenen Haltung zum Umgang mit suchtbelasteten zu Pflegenden/Betreuten.

Bei der Betrachtung von Suchtproblemen im Alter werden die Betroffenen und die Pflege- oder Betreuungskräfte mit negativen persönlichen und gesellschaftlichen Erfahrungen und Meinungen konfrontiert, wie beispielsweise

“Im Alter bringt eine Therapie nichts mehr, es entstehen nur Kosten”

“Lasst ihn doch weitertrinken, dann hat er noch einige schöne Jahre im Ruhestand”

“In dem Alter sollte man es doch besser wissen und sich nicht so gehen lassen”

Diese Aussagen sind für die Lösung einer individuellen Situation nicht hilfreich. Besser ist es, sich vom Grundgedanken leiten zu lassen:

Es lohnt sich immer, das Problem zu erkennen, anzusprechen und Unterstützung anzubieten!

Doch was ist zu tun und wie? Um Antworten zu entwickeln, erscheint es uns wichtig, den individuellen Kontext des Betroffenen zu betrachten und bei dessen Beurteilung sowie bei der Planung geeigneter Unterstützungsmaßnahmen die vier Grundprinzipien der Medizinethik zu berücksichtigen. Childress und Beauchamp haben vier ethisch-moralische Prinzipien beschrieben, die im Bereich des heilberuflichen Handelns ethische Orientierung bieten und mittlerweile als klassische Prinzipien der Medizinethik gelten.

Die folgenden Prinzipien stehen zunächst gleichberechtigt nebeneinander, d. h. im Einzelfall müssen sie jeweils konkretisiert und gegeneinander abgewogen werden.

<p>Respekt vor der Autonomie des zu Pflegenden</p> <p>Das Autonomieprinzip gesteht jeder Person Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Förderung der Entscheidungsfähigkeit zu. Es beinhaltet die Forderung des informierten Einverständnisses vor jeder diagnostischen und therapeutischen Maßnahme und die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten.</p>	<p>Nicht Schaden -Schadensvermeidung</p> <p>Das Prinzip der Schadensvermeidung fordert, schädliche Eingriffe zu unterlassen. Dies scheint zunächst selbstverständlich, kommt aber bei eingreifenden Therapien (z.B. Chemotherapie) häufig in Konflikt mit dem Prinzip der Fürsorge.</p>
<p>Fürsorge, Hilfeleistung</p> <p>Das Prinzip der Fürsorge verpflichtet den Behandler zu aktivem Handeln, das das Wohl des Patienten fördert und ihm nützt. Das Fürsorgeprinzip steht häufig im Konflikt mit dem Prinzip der Schadensvermeidung (s.o.). Hier sollte eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Schaden einer Maßnahme unter Einbeziehung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten vorgenommen werden.</p>	<p>Gleichheit und Gerechtigkeit</p> <p>Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen. Gleiche Fälle sollten gleich behandelt werden, bei Ungleichbehandlung sollten moralisch relevante Kriterien konkretisiert werden.</p>

Grundlage jeder Überlegung ist die Überzeugung, dass jeder Mensch Autonomie besitzt, also selber für sein Tun und Lassen verantwortlich ist.

Häufig sind sich Betroffene ihrer Autonomie nicht bewusst. Dieses Bewusstsein gilt es zu fördern und zu stärken, denn ein möglicher Wunsch nach Veränderung des Konsums muss von ihnen kommen und gewollt sein. Der Betroffene wird selber zum Akteur. Die Förderung der Entscheidungsfähigkeit spielt bei der Entwicklung der Ziele und Vereinbarungen ebenso eine relevante Rolle. Informationen schaden nie! Sie tragen zur Aufklärung bei und legen eine Basis für autonomes Handeln.

Die vereinbarten Ziele müssen im Sinne des zu Pflegenden/Betreuten, nicht der Pflege- oder Betreuungskräfte sein.

Was ist aber zu tun, wenn der Betroffene keine Bereitschaft zur Veränderung seines Konsumverhaltens hat? Es ist zu bedenken, dass jeder Mensch das Recht auf Leben

und körperliche Unversehrtheit hat. Die Freiheit der Person ist unverletzlich (Art. 2 GG). Jeder Mensch hat das Recht, ein Leben seiner Wahl zu führen. Dies schließt auch eine Lebensführung ein, die Risiken birgt, wie zum Beispiel Tabakkonsum. Somit darf auch jeder Mensch Alkohol konsumieren, auch wenn er so viel trinkt, dass er Schaden nimmt. Dies trifft auch grundsätzlich für zu Pflegende oder Bewohner einer Senioreneinrichtung zu.

Ist die Entscheidungsfähigkeit eines zu Pflegenden eingeschränkt, stehen die Betreuenden und Pflegenden in der Pflicht, seiner Selbstschädigung entgegenzuwirken, genauso wie der Gastwirt in der Pflicht ist, seinem sichtlich betrunkenen Gast die Autoschlüssel abzunehmen, sollte dieser noch fahren wollen. Alle Gesundheitseinrichtungen stehen demnach in der Pflicht, Defizite im Autonomiebereich ihrer Bewohner durch geeignete Schutzmaßnahmen unter Ausschluss eines erkennbaren Gefahrenpotentials sicher auszugleichen.

Was heißt das in der Praxis? Verlässt beispielsweise ein stark angetrunkener Bewohner einer Servicewohnanlage mit einem Rollstuhl die Wohnanlage und ist sichtbar nicht in der Lage, sicher am Straßenverkehr teilzunehmen, gefährdet er sich und andere. Erhalten Mitarbeitende der Wohnanlage davon Kenntnis, sind sie verpflichtet, den Betroffenen am Verlassen der Wohnanlage mit angemessenen Mitteln zu hindern.

Auf welcher Rechtsgrundlage ist dieses möglich? „Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“ (§ 34 Strafgesetzbuch - Rechtfertigender Notstand)

Trinkt ein zu Pflegender täglich abends eine Flasche Wein, ist dies auf Dauer ungesund. Als Folge muss er beispielsweise morgendliche Kopfschmerzen ertragen. Dies ist kein Grund, seitens des Pflegedienstes so weit einzugreifen, dass der Konsum verhindert wird. Vielmehr kann der zu Pflegende möglicherweise motiviert werden, sich bei der Reduktion seines Konsums helfen zu lassen.

Wie steht es um die rechtliche Verantwortung, wenn zu Pflegende / Betreute durch Alkohol- oder Medikamentenabusus Gesundheitsschäden erleiden? Hier kommt es darauf an, dass die Abhängigkeitserkrankung (soweit vorliegend) erfasst wird und

dem Betroffenen nachweisbar Hilfeangebote unterbreitet werden. Hierzu kann auch das Anregen einer gesetzlichen Betreuung beim Betreuungsgericht gehören.

Grundsätzlich unterliegen vermeidbare Gesundheitsschäden durch Substanzmittel-Missbrauch der Prüfung straf- und zivilrechtlicher Haftung des Pflegedienstes.

Bei einer haftungsrechtlichen Prüfung jedoch gilt:

- Die Pflegekraft schuldet dem zu Pflegenden lediglich das sorgfältige Bemühen um Hilfe und Heilung. (BGH VersR 1991, S. 310)
- Der Pflegedienst hat aus Vertrag und tatsächlicher Garantenstellung (Mit-) Verantwortung für die Gesundheit der zu Pflegenden. Die grundsätzlichen Beziehungen werden ohne die Pflegekräfte zwischen Träger und zu Pflegenden vertraglich festgelegt. Ausgeführt werden die Bestimmungen jedoch nicht durch den Träger sondern durch die Mitarbeitenden des Pflegedienstes. Der Arbeitgeber haftet grundsätzlich für Schäden, welche durch Mitarbeitende verursacht wurden, es sei denn, dass der Schaden durch eine grobe Fahrlässigkeit des Mitarbeitenden verursacht wurde.
- Schuldhaft im Sinne von zumindest „fahrlässig“ handelt nur, „wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt“ (§ 276,2 BGB).
- Der zu Pflegende hat einen Anspruch auf eine sichere Versorgung nach den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft.
- Dabei entspricht es der rechtlichen Verpflichtung, sich über neue Erkenntnisse bis zur Grenze des Zumutbaren fortzubilden.

Fazit:

Pflegeinstitutionen und Pflegekräfte sind verpflichtet, alles Erforderliche zu unternehmen, um den zu Pflegenden/Betreuten vor Gesundheitsschäden zu bewahren.

Grenzen dieser Verpflichtung:

An erster Stelle steht das Selbstbestimmungsrecht des zu Pflegenden/Betreuten, d.h. aber nicht, dass Gesundheitsschäden ignoriert werden dürfen.

Bei einer akuten Selbst- und/oder Fremdgefährdung müssen Interventionen zur Gefährdungsabwendung getroffen werden. In diesem Fall sind zu informieren und ggf. einzubeziehen:

- Betreuer und Bevollmächtigte
- Angehörige und Vertrauenspersonen
- Hausärzte
- Gerichte

Dokumentation

Zur rechtlichen Absicherung ihres Handelns ist es für die Pflegekräfte besonders bedeutsam, ihre Tätigkeit gut zu dokumentieren. Wenn ordnungsgemäßes Handeln dokumentiert wurde, dann gilt dies nach der Regel des "prima-facie"-Beweises (Beweis des ersten Anscheins) als in der Praxis kaum zu erschütternder Nachweis sicherer Versorgung. Deshalb sind alle Schritte im Verlauf sorgfältig zu dokumentieren.

H4→ Austausch

Austausch und Reflexion mit Kolleginnen und Kollegen, Pflegedienstleitung (PDL) des ambulanten Pflegedienstes. Zum Austausch kann eine Fachkraft Sucht (FS) hinzugezogen werden. Sollte keine Schweigepflichtentbindung vorliegen, müssen die Daten anonymisiert behandelt werden.

Der Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen ist wichtig,

- damit verschiedene Sichtweisen und Lösungsansätze einbezogen werden können
- damit mehr Sicherheit über den Handlungsbedarf und –verlauf gewonnen werden kann
- damit das Kollegium Einblick erhält, wie mit auftretenden Suchtproblemen umgegangen werden kann. Ein exemplarisches Lernen, das die Sensibilisierung für das Thema Sucht im Alter fördert und die Handlungsstrategien erweitert.
- Da an der Pflege und Betreuung des zu Pflegenden immer mehrere Mitarbeitende beteiligt sind, ist eine gute, transparente Kommunikation über den Prozess notwendig. Das Pflegeteam sollte unter Berücksichtigung der aktuellen Prozessphase, der jeweilig bestehenden Beziehungsqualität zu dem zu Pflegenden und den jeweiligen Kompetenzen der einzelnen Teammitglieder die verschiedenen Zuständigkeitsbereiche und Verantwortlichkeiten abstimmen. Z. B. könnte eine Pflegekraft für die Transparenz der Dokumentation und Kommunikation zuständig sein, eine andere vorrangig für die Durchführung der vereinbarten Kurzinterventionen.

H5→ Systematische Fallbesprechung

Eine gut vorbereitete und systematisierte Fallbesprechung hilft, den Einzelfall in seiner jeweiligen Komplexität zu erfassen und anderen zu vermitteln. Notwendige Interventionen sollten zielorientiert und kleinschrittig geplant und umgesetzt werden.

a. Darstellung der Beobachtungen, wie stellt sich die Gesamtlage dar?

Signale anhand der Checkliste darstellen; sonstige Umstände

b. Gefahrenanalyse für

- die betroffene Person
- die Mitarbeitenden
- die Einrichtung
- ggf. für den Pflege- oder/und Betreuungsauftrag

c. Bisherige Interventionen

- Auch Interventionen vor Beginn der Pflege, Einzug, Betreuung sind wichtig.

d. Lösungsvorschläge

Bei der **Planung** von geeigneten Interventionen ist zwischen *Frühinterventionen* und *ausstiegsorientierten Interventionen* zu unterscheiden.

Frühinterventionen verfolgen das Ziel, die Entstehung und Manifestierung von Suchterkrankungen zu verhindern.

Hier greift die Wissensvermittlung, Hilfen zur Selbstkontrolle und/oder Verstärkung durch ärztliche, pflegerische und betreuerische Hilfen, Kontrolle des Gesundheitszustandes sowie der Konsumgewohnheiten.

Ausstiegsorientierte Interventionen (bei einer bestehenden Suchterkrankung) zielen auf die Überwindung/auf den Ausstieg aus der Abhängigkeit.

Hier greifen suchtspezifische Beratung und Behandlung. Diese beinhalten ebenso die Wissensvermittlung und Aufklärung.

Bei der Entwicklung von Lösungsvorschlägen sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Berücksichtigung ob „early“ oder „late onset“, Zielrichtung: Abstinenz, kontrollierter Konsum oder schadensminimierende Interventionen?
- Wer hilft mit? Einbeziehung von Angehörigen, Ärzte, Suchthilfe etc.?
- Gespräch mit dem Betroffenen? Wenn ja: Wer wird beteiligt, welche Intention, welches Ziel wird verfolgt?
- Genaue Betrachtung der Lösungsvorschläge im Bezug auf die tatsächlichen Umsetzungsmöglichkeiten und Grenzen der Betroffenen, der Angehörigen, der Fachkräfte und der Einrichtung/Rahmenbedingungen.

e. Konkrete Maßnahmen

Die hier zu treffenden Entscheidungen spiegeln die Prozessplanung aus professioneller Sicht wider. Sie können nur dann umgesetzt werden, wenn der zu Pflegende zur selben Entscheidung kommt.

An dieser Stelle geht es um folgende Fragestellungen:

- Welcher konkrete erste Schritt soll umgesetzt werden?
- Wie sieht der gesamte Ablaufplan/Hilfeplan aus?
- Wer ist für die Umsetzung des nächsten Schritts verantwortlich?
- Wer kann dabei unterstützen?
- Wer ist noch involviert oder muss einbezogen werden?

Beispiele für mögliche Suchthilfeinterventionen:

- Konkrete Hilfeangebote können folgende Bereiche berühren:
Freizeitgestaltung, Ernährung, soziale Kontakte, Bewegung, materielle Absicherung, Trauerarbeit.
- Ein nächster Schritt kann im weiteren bewussten Beobachten und Dokumentieren bestehen, mit der Beteiligung von anderen Kollegen, wenn die Risikoanalyse ohne Befund ist.
- Abklärung der Indikationen für verordnete Medikamente, Gesundheitszustand
- Suchthilfe Maßnahmen wie: Qualifizierter Entzug, Therapie, kontrollierte Abgabe, Unterbringung in einer Facheinrichtung.

H6→ Gefahrenanalyse

Zur Einschätzung des aktuellen Gefahrenpotenzials bei zu Pflegenden/Bewohnern mit einem riskanten oder abhängigen Konsum von Alkohol und/oder Medikamenten ist eine umfangreiche Betrachtung der Gesamtsituation notwendig. Sie sollte folgende Ebenen umfassen:

1. Risikoabklärung
2. Suchtmittel: Medikamente und Alkoholkonsum
3. Körperliche und psychische Gesundheit
4. Psychosoziale Situation
5. Teilhabe (an der Gesellschaft)
6. Mögliche Fragen vor Beginn einer Intervention

1. Risikoabklärung:

- Abschätzen der lebensbedrohlichen Risiken:
Was ist an Soforthilfe notwendig?
Was ist das aktuell zu leistende Risikomanagement?
- Übersicht über die Lebenswelt des alten Menschen:
Welche Grundinformationen werden benötigt, um die Lage angemessen einschätzen zu können?
- Beurteilung der Gesamtsituation:
Wer muss einbezogen werden, um zu einer differenzierten, abgesicherten und angemessenen Beurteilung der Gesamtsituation zu gelangen?

2. Suchtmittel:

Welche Substanzen werden eingenommen? Alkohol oder Medikamente, beides in Kombination?

2.1. Was ist zu beachten bei einem riskanten oder abhängigen Medikamentengebrauch:

- Beim *Medikamentenkonsum* geht es um die Wirkstoffe, die Menge, die Konsumfrequenz, die Konsummuster, die Verschreibungen und die Indikationsstellung durch behandelnde Ärzte.
- Wichtig ist die Erhebung von Medikamenten, die zusätzlich zu den vom Arzt verordneten Medikamenten eingenommen werden. Häufig sind es rezeptfreie Präparate, die aber in Kombination mit anderen Substanzen negative Wechselwirkungen auslösen können.
- Gibt es neben dem Hausarzt weitere Ärzte, die Medikamente verschreiben.

2.2. Welche Hilfsmöglichkeiten können bei der Beurteilung von unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen genutzt werden?

- Den Medikamentenplan anonymisiert zum Apotheker geben und um Auskunft hinsichtlich möglicher unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen bitten. Hier empfiehlt es sich, eine Apotheke des Vertrauens zu nutzen oder die Apotheke, die mit dem Pflegedienst zusammenarbeitet.
- Einsicht in die Priscusliste nehmen - potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen. (Die Liste ist im Internet zu finden)

2.3. Einschätzung der Situation bei übermäßigem oder abhängigen Alkoholkonsum

Im Vordergrund steht:

- Erhebung der Menge, Konsumfrequenz und Konsummuster.
- Stehen Stürze oder andere Notsituationen im direkten Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch?
- Ist von einer Abhängigkeit auszugehen? Welche Symptome sind erkennbar und dokumentiert?
- Sind Entzugssymptome erkennbar? Achtung bei Anzeichen von Delir!

3. Physische und psychische Gesundheit:

Die Frage der körperlichen und psychischen Gesundheit ist häufig miteinander verknüpft und bedarf einer sehr systematischen Abfrage, da gerade unter suchtkranken Menschen die Suchterkrankung nicht die einzige Störung oder Erkrankung ist.

Die komorbiden Störungen lassen sich in körperliche und psychische Syndrome aufteilen:

3.1. Physische Ebene:

- Zu den körperlichen Problemen zählen an erster Stelle die *Komplikationen des Substanzgebrauchs*, Infektionserkrankungen und Lebererkrankungen.
- Parallel dazu müssen die *altersbedingten Krankheiten / Auffälligkeiten* systematisch erhoben werden.

3.2. Psychische Ebene:

- Abklärung der *psychischen Probleme* einschließlich Selbstschädigung, Suizidalität sowie schwere psychiatrische Komorbidität.
- Vor- oder Parallelbehandlungen erfragen.

4. Psychosoziale Situation:

- Gesamtbetrachtung der Lebenswelt des alten Menschen. Lebt die betreffende Person unter lebenswerten Bedingungen? Wie ist die Wohnsituation? Wie stellt sich die finanzielle Situation dar?
- Die Betrachtung des Umfelds der betroffenen Person spielt eine zentrale Rolle. Wichtig ist zu erfahren, zu welchen Personen Kontakte oder Beziehungen bestehen, um diese ggf. zu informieren oder einbeziehen zu können. (Mit Zustimmung der betreffenden Person!)
- Was wären stabilisierende oder destabilisierende Faktoren für die Förderung der Änderungsbereitschaft?
- Welche intrapersonellen Ressourcen könnten genutzt oder aktiviert werden?

5. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

- Lebt die betreffende Person unter lebenswerten Bedingungen. Wie ist die Wohnsituation, wie sind die Lebensumstände, wie stellt sich die finanzielle Situation dar?
- Was wären stabilisierende / destabilisierende Faktoren für die Aufrechterhaltung von Abstinenz oder Gewährleistung von Konsumreduktion?

6. Mögliche Fragen vor Beginn einer Intervention:

- Welche Maßnahmen sind lebenserhaltend notwendig?
- Wie ist das Gefahrenpotenzial abschließend zu bewerten?
- Welche Maßnahmen führen zur Reduzierung des Gefahrenpotenzials?
- Welche Maßnahmen können zur Verbesserung des Gesundheitszustands führen?
- Welche Maßnahmen können zur Verbesserung der Lebenssituation beitragen?
- Wer muss in die Hilfeplanung bzw. bei der Umsetzung erforderlicher Maßnahmen einbezogen werden?
- Was ist das Hauptanliegen des alten Menschen?
- Was ist das Hauptanliegen des Pflegedienstes/ der Service-Wohnanlage?
- Welche Ziele konnten erarbeitet werden?
- Welche Maßnahmen scheinen am ehesten umsetzbar?
- Welche Veränderungen sind zur Fortführung der Pflege notwendig?
- Welche Angebote gibt es intern beim Träger? Welche extern?

4 Einführung in die Motivierende Gesprächsführung

Das Motivational Interviewing (MI), gerade in umfassend modifizierter dritter Auflage erschienen (Miller & Rollnick 2013), ist das international führende „Betriebssystem“, um Menschen bei Änderungsprozessen zu unterstützen. Zentrales Ziel des MI ist es, ein verschüttetes aber vorhandenes Änderungspotential durch einen Kommunikationsstil „auf Augenhöhe“ zu wecken, zu stärken und zu realisieren. Gerade ältere Menschen können häufig auf Erfahrungen zurückblicken, wie sie schwierige Problemsituationen gemeistert, Hoffnungslosigkeit überwunden und ihre Frau oder ihren Mann gestanden haben. Sie sind dennoch gegenüber Neuem häufig abwehrend, zumindest aber ambivalent. Motivational Interviewing fördert Änderungsbereitschaft vor dem Hintergrund der Werte und Ziele von Menschen.

Als motivationaler Helfer (z.B. Berater, Therapeut, Arzt, Pflegekraft) sind dabei vier Prinzipien zu berücksichtigen, um Änderungsprozesse bei ambivalenten Klienten oder Patienten, zu Pflegenden, Betreuten oder Bewohnern zu fördern: (1) Akzeptanz (Empathie und Anerkennung der Autonomie), (2) Mitgefühl, (3) Partnerschaftliche Zusammenarbeit sowie (4) Wachrufen der Fähigkeiten und Fertigkeiten. Gerade bei älteren Menschen sind diese Grundhaltungen von besonderer Bedeutung, da diese sensibel für manipulative Techniken sind und entsprechend reaktant, verleugnend oder bagatellisierend reagieren.

Ein erfolgreicher MI-Prozess entwickelt sich prozesshaft. Miller und Rollnick beschreiben in Anlehnung an das transtheoretische Modell der Veränderung von Prochaska und DiClemente vier Phasen. In der ersten Phase geht es um „Engaging“. Dies meint ein sich-Aufeinander-beziehen und fordert vom Berater die Fähigkeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung als Grundlage für eine konstruktive Zusammenarbeit. Die zweite Stufe wird von Miller und Rollnick als „Focusing“ bezeichnet. Hier geht um die Auswahl der Themenschwerpunkte und der Festlegung von Zielen. Das „Evoking“, als dritte Stufe bedeutet das Hervorrufen bzw. Wachrufen der eigenen Motivation, die Thematisierung der „rationalen“ Gründe, Wünsche und Notwendigkeiten („Wenn ich Kontakt zu meinen Enkelkindern möchte, muss ich den Alkoholkonsum einstellen“) für einen konstruktiven Änderungsprozess. Die abschließende vierte Phase umfasst Planungsaspekte, um konkret die Änderungen umzusetzen und dauerhaft aufrecht zu erhalten. Dazu gehören u.a. Überlegungen, welche weiterführenden Hilfen genutzt werden sollten, um den Änderungsprozess zu erleichtern oder zu beschleunigen.

Die in diesem Manual genutzten (Gesprächs-)Phasen: Fürsorge, Klärung, Vereinbarung, Reflexion und Abschluss sind weitgehend deckungsgleich bzw. kompatibel mit dem MI-Vorgehen. Sie sind gerade in der Arbeit mit älteren Menschen wichtig, um die direktiven Aspekte des MI, den „roten Faden“ im Rahmen der Intervention nicht aus den Augen zu verlieren.

Es sind vier Prinzipien bzw. Haltungen, welche die Gespräche von Seiten des Helfers prägen:

- (1) Empathie zeigen: Hierbei geht es um die Umsetzung der Fähigkeit, sich in die Situation des zu Pflegenden/ Bewohners hineinzusetzen, seine Ambivalenz oder seine Änderungsresistenz zu spüren, aus der Sicht des Klienten zu betrachten und auch zu akzeptieren.
- (2) Diskrepanz erzeugen: Der Klient soll für sich klären, inwieweit sein problematisches Konsumverhalten im Widerspruch zu für ihn wichtigen Zielen steht, welche Argumente für eine Änderung bestehen, um vor diesem Hintergrund klare Änderungsziele für die Zukunft zu erarbeiten.
- (3) Widerstand umlenken: Helfende sehen auch immer gute Gründe für eine Beibehaltung des Problemverhaltens. Eine stark konfrontierende Auseinandersetzung begünstigt den Widerstand gegen Änderung. Es geht um eine deeskalierende, klientenzentrierte Gesprächshaltung, die dem Anderen die Möglichkeit gibt, „sein Gesicht zu wahren“.
- (4) Selbstwirksamkeit stärken: Die Förderung von Optimismus, Zuversicht ist eine zentrale Grundvoraussetzung für die Umsetzung von Verhaltensänderungen. Gedanken wie „Ich kann eine Veränderung erreichen und ich will eine Änderung erzielen und ich werde mein Verhalten ändern“ sind dabei von zentraler Bedeutung.

Nicht nur Prinzipien, Haltungen sind bedeutsam, sondern diese können sich nur entfalten, wenn spezifische Basistechniken in den Gesprächen genutzt werden. Dazu gehören offenes Fragen, Bestätigen, reflektierendes Zuhören, Zusammenfassen sowie Informieren und Empfehlungen geben. Der Blick wird nach vorne gerichtet; dabei sind es weniger die (erlebten) Nachteile des problematischen Verhaltens, welche ältere Menschen von der Notwendigkeit einer Änderung überzeugen, sondern vielmehr die erlebbaren konkreten Vorteile, die mit der Umsetzung von neuen Verhaltensweisen verbunden sind („Was bekomme ich, wenn ich auf Benzodiazepine verzichte?“). Je besser die Argumente für Veränderung, umso zuversichtlicher können Klienten mit Unterstützung ihrer Helfer die

angestrebten Ziele aktiv umsetzen. Dabei sind bei älteren Menschen die kurz- bis mittelfristigen Vorteile von größter Bedeutung.

MI-Gespräche ermöglichen individuelle Begegnungen, sie sind gleichermaßen personenzentriert und direktiv, sie ermöglichen sowohl Nachdenken als auch konkrete Verhaltensänderung, sie sind ressourcenorientiert und optimistisch und sie sind – erfolgreich.

5 Hinweise zu den Gesprächsstufen des Ablaufplans

G1 Fürsorgegespräch I:

Ihre Beobachtungen lassen vermuten, dass ein problematisches Konsumverhalten vorliegt. Zunächst empfiehlt sich, ein fürsorgliches Gespräch zu führen. Durch die menschliche Zuwendung wird zum einen die Sorge zum Ausdruck gebracht und zum anderen die Ernsthaftigkeit der Fürsorge unterstrichen. Hierdurch kann ein Vertrauensverhältnis gefördert werden. Die Beobachtungen und Befürchtungen sollten offen angesprochen werden, **ohne dass eine Verhaltensänderung gefordert wird.**

Beteiligte sind: zu Pfleger/Bewohner (zu PF) und Pflegekraft (PK)

In diesem Gespräch ist die persönliche Beziehung zwischen zu PF und PK von ganz zentraler Bedeutung, um einen konstruktiven und konkreten Änderungsprozess zu initiieren. Die Umsetzung aller vier Grundhaltungen des MI sind wichtig: (1) Empathie zeigen, (2) Widerstand umlenken, (3) Diskrepanz erzeugen. Die zu Pflegenden/ die Bewohnerinnen und Bewohner soll spüren, dass Sie sich sehr in seine Lage hineinversetzen können und sich vor diesem Hintergrund Sorgen um ihn machen. Er merkt, dass es ihnen nicht darum geht, ihn wegen seines Konsumverhaltens zu „überführen“ oder ihn zu tadeln. Offene Fragen, reflektierendes Zuhören und Bestätigen sind wichtige motivationale Gesprächstechniken. Sofern Ihr Gesprächspartner ausweichend reagiert, drängen Sie nicht weiter, sondern nehmen Sie die Gegenargumente auf und versuchen das Pro und Contra der Änderung zu thematisieren. Sofern der zu PF eigene Änderungsvorstellungen hat, validieren Sie diese und stärken die Zuversicht. Empfehlung von Seiten der PK sind v.a. dann wirksam, wenn der zu PF danach fragt („Was würden Sie mir denn raten?“). Wenn es sich nur um ein einzelnes kurzes Gespräch handelt, ist nicht damit zu rechnen, dass eine verbindliche Änderungsentscheidung von dem zu PF getroffen wird. Dafür sind immer wiederkehrende Gespräche notwendig.

Inhalt:

- Sprechen Sie Ihren persönlichen Eindruck an, dass die Situation Anlass zur Sorge gibt.
- Benennen Sie die wahrgenommenen Auffälligkeiten oder Veränderungen konkret und vermeiden Sie Diagnosen zu stellen.
- Fragen Sie danach, ob die betreffende Person Unterstützung wünscht. Wenn ja, in welcher Form. Bitten Sie sie auch, selber Lösungsvorschläge zu entwickeln und darzustellen.
- Geben Sie Hinweise auf Ihre Hilfeangebote.

G2 Fürsorgegespräch II

Beteiligte sind: zu Pfleger und Pflegekraft. Die Pflegedienstleitung wird informiert.

Wenn die Zustimmung vom Betroffenen vorliegt, sollte die Fachkraft der Suchthilfe einbezogen werden. Sollte keine Schweigepflichtentbindung vorliegen, kann eine gemeinsame Gesprächsvorbereitung nur anonymisiert durchgeführt werden.

In der zweiten Gesprächsphase steht nach wie vor der Fürsorgecharakter im Vordergrund.

Ausgangslage: Das Verhalten hat sich nicht verändert. Die Signale könnten sich auch verstärkt haben. Es wird das Vorliegen eines schädlichen Konsums bzw. eine Abhängigkeitserkrankung vermutet.

Die konkrete Beschreibung Ihrer Wahrnehmung und der Ausdruck Ihrer Sorge darüber ist bereits eine Intervention, die zum Nachdenken anregen kann. Sie sollten auf keinen Fall dem Betroffenen mit Zuschreibungen und Diagnosen begegnen. Es geht nicht darum wer Recht hat, sondern um ein behutsames und empathisches Nachfragen und um die konkrete Beschreibung von Signalen, Symptomen und Situationen. Diese Aspekte könnten dazu beitragen, die betreffende Person auf offensichtliche Diskrepanzen aufmerksam zu machen.

In diesem Gespräch sollten den Betroffenen die Faktoren für den Krankheitsverdacht und die Sorge darüber erläutert werden. Die Möglichkeiten als auch die Grenzen der Hilfeangebote aufzuzeigen ist wichtig, um dem Betroffenen eine bewusste Wahlmöglichkeit zu eröffnen.

Im Sinne des Motivational Interviewing umfasst „Change Talk“ Techniken zur Vorbereitung und Mobilisierung von Änderung. Im Sinne der Diskrepanz-Erzeugung kann eine diagnostische Rückmeldung gegeben werden. Es sollen wichtige Ziele und Werte, die Kompatibilität mit dem Suchtmittelkonsum sowie Extrementwicklungen (größte Vorteile bei Änderung vs. negativste Konsequenzen bei Beibehaltung) thematisiert werden sowie die zentralen Notwendigkeiten der Änderung („Ich muss das Verhalten auf jeden Fall ändern, sonst ...“), die wichtigsten Gründe (Gesundheit, eigenständige Lebensfindung) sowie die bedeutsamsten Wünsche und Hoffnungen der zu PF (Verbesserung der Lebensqualität). Der reflektierte Entscheidungsprozess setzt eine umfassende Kosten und Nutzen-Abwägung voraus. Die Förderung von

Zuversicht im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung kann durch Techniken wie (1) Herausstreichen von früheren erfolgreichen Änderungen, (2) Informationsvermittlung über erfolgreiche Änderungsprozesse, (3) Thematisieren hypothetischer Änderungen („Wie wäre Ihre Situation in einem Jahr, wenn Sie diese Änderung erreicht und durchgehalten hätten?“) gesteigert werden.

Inhalte

Analog zu den Beispielen des Fürsorgegesprächs I.

Im Vordergrund steht an dieser Stelle:

- Die Problemeinsicht und die Veränderungsbereitschaft des zu Pflegenden zu fördern.
- Einen reflektierten Entscheidungsprozess zu ermöglichen.
- Den zu Pflegenden über Hilfeangebote zu informieren.
- Die Einbeziehung der Suchthilfefachkraft anzubahnen.
- Die Schweigepflichtentbindung einzuholen, um Ärzte und die Suchthilfe beteiligen zu können.
- Zustimmung über die Einbeziehung von Angehörigen abklären.
- Beschreiben Sie die fachliche Notwendigkeit und den Nutzen für die Einbeziehung der Suchtberatung falls dies noch nicht geschehen ist.

G3 Fürsorgegespräch III

In dieser Phase des Gesprächsprozesses berühren die Inhalte auch Aspekte des Klärungs- und Vereinbarungsgesprächs. Doch kann es aufgrund der fehlenden Zustimmung nach wie vor nicht um die Erarbeitung und Vereinbarung von konkreten Ausstiegsinterventionen oder anderen Hilfeangeboten gehen. Vorrangig zielt das Gespräch auf Aufklärung und Motivation.

Die Ausgangssituation verlangt das Selbstbestimmungsrecht der zu Pflegenden zu wahren. „Jeder hat das Recht, seine Gesundheit zu schädigen!“ Dieses Recht steht der Pflicht gegenüber, die zu Pflegenden über konkret bestehende Gefahrenpotenziale aufzuklären. Wenn möglich, sollte mit der betreffenden Person über Maßnahmen zur Gefahrenminderung oder –abwendung gesprochen werden.

Wichtig ist ebenfalls, weiterhin auf Hilfeangebote aufmerksam zu machen und Unterstützung anzubieten.

Es sollten weiter die Techniken des Change Talk genutzt werden. Dabei geht es noch einmal um das Hervorrufen selbstmotivierender Aussagen im Sinne von Problembewusstsein („Langsam merke ich auch, dass das Problem viel größer ist“), und das Äußern von Besorgnis („Ich mache mir wirklich Sorgen“), das Thematisieren von Änderungseinsichten und –absichten und das Erzeugen von Zuversicht („Ich glaube, ich schaffe es, das Problem in den Griff zu bekommen“). Weiter sind Informationen und Empfehlungen hilfreich, um dem zu PF Anregungen für Änderungsmöglichkeiten zu geben.

Beteiligte sind: zu Pflegender und Pflegekraft. Die Pflegedienstleitung wird informiert.

Inhalt:

- Grenzen der Einrichtung oder des Pflegeauftrags aufzeigen.
- Mögliche oder geplante Konsequenzen ansprechen.
- Alternative Unterbringungsmöglichkeit aufzeigen.
- Über den Gesundheitszustand aufklären.

- Ergebnisse der Gefahrenanalyse offenlegen.
- Unterstützung anbieten.
- Konkrete Vereinbarungen zur Gefahrenabwehr treffen, Einhaltung der Hausordnung, Gewährleistung des Pflegevertrages.
- Nächsten Termin vereinbaren.
- Ggf. Mandat für Einbeziehung der Suchthilfe-Fachkraft.
- Ggf. Schweigepflichtentbindung einholen.

G4 Klärungsgespräch

Die Ausgangssituation ermöglicht durch die Annahme der angebotenen Hilfen und durch die erteilte Schweigepflichtentbindung die Einbeziehung der Suchthilfefachkraft. Sie übernimmt im weiteren Verlauf den suchtspezifischen Hilfeprozess. Eine Rückmeldung über den Prozessverlauf an die zuständige Pflegekraft ist wichtig.

Dieses Klärungsgespräch ist als nächster Schritt in Richtung konkreter Veränderung zu bewerten.

In dieser Phase geht es um die Stärkung der allgemeinen Absicht zur Verhaltensänderung, d.h. um die Entwicklung von Strategien zur Änderung des Problemverhaltens. Es sollen noch einmal die positiven Gründe des zu PF für eine Änderung zusammengefasst werden, verschiedene Alternativen besprochen und ein konkreter Plan vorbereitet werden. Dabei können noch einmal alle bisherigen Themen zusammengefasst und ggf. auch noch einmal diagnostische Instrumente zur Unterstützung der Änderungsnotwendigkeit herangezogen werden.

Mit Zustimmung des zu Pflegenden kann die Fachkraft der Suchthilfe unabhängig vom Einsatzplan des ambulanten Pflegedienstes Gesprächstermine vereinbaren.

a.) Beteiligte sind: zu Pflegender und Fachkraft der Suchthilfe

Inhalt:

- Bisherigen Prozessverlauf würdigen.
- Kosten-Nutzen-Bilanzierung.
- Ergebnisse der Gefahrenanalyse besprechen.
- Ggf. CAGE oder Mast-G zur Hilfe nehmen.
- Geben Sie Information über Faktenbeschaffung hinsichtlich ärztlicher Diagnosen, bisherige Behandlungen und zurückliegende Rehabilitationsmaßnahmen.
- Über mögliche Behandlungsangebote informieren.

- Realistische Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen und anbieten. Grenzen deutlich machen.
- Verbindliche Ziele entwickeln. **Gute Ziele sind:** gemeinsam ausgehandelt, schriftlich festgehalten, klar, klein und einfach, verbindlich und überprüfbar.
- Hilfeplan mit dem zu Pflegenden erarbeiten.
- Nächsten Termin vereinbaren.

In der zweiten Variante werden andere Professionen hinzugezogen um wichtige Informationen über den Gesundheitszustand, Medikationen oder notwendige medizinische Behandlungen in Erfahrung zu bringen.

b.) Beteiligte sind: zu Pflegender, Pflegekraft und/oder Fachkraft der Suchthilfe, Arzt/Apotheker

Abklärung

- Medikation und Dosierung der verordneten Medikamente.
- Dauer, Wirkung und Wechselwirkungen Med/Med und Med/Alk.
- Sind weitere Untersuchungen oder medizinische Behandlungen notwendig?

Besonderer Hinweis bei einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen

Bei einem Verdacht auf eine nicht indikationsgerechte Verschreibung von Benzodiazepinen und Benzodiazepin-Analoga sollte grundsätzlich der verordnende Arzt angesprochen werden. Ziel sollte die Einleitung einer alternativen Behandlungsmöglichkeit sein.

Sollte eine Abhängigkeit vom Medikament, ohne Beikonsum weiterer psychotroper Substanzen, festgestellt werden und die Bereitschaft zur stationären Entgiftungsbehandlung seitens des zu Pflegenden nicht vorliegen, kann die Fachkraft der Suchthilfe darauf hinweisen, dass u. U. eine ambulante Abdosierung eingeleitet werden kann.

Eine ambulante Abdosierung im häuslichen Umfeld kann in Kooperation mit einem Arzt oder gemeinsam mit einem Arzt und Apotheker durchgeführt werden. Die Behandlungsdauer ist wesentlich länger als eine stationäre Entgiftungsbehandlung. Die Einschätzung der individuellen Behandlungsdauer hängt von verschiedenen

Faktoren ab und kann durch den Arzt, der die Abdosierung vornimmt, am besten eingeschätzt werden.

Bei Zustimmung des zu Pflegenden sind folgende Schritte zu unternehmen:

1. Kontakt zum behandelnden Arzt aufnehmen; den Sachverhalt darstellen; den Wunsch des zu Pflegenden nach einer ambulanten Abdosierung vorstellen und die Bereitschaft und Möglichkeiten für die Durchführung durch den behandelnden Arzt gemeinsam klären.
2. Liegt die Bereitschaft des behandelnden Arztes zur Durchführung der Abdosierung vor, kann er sich bei der Ärzte- und Apothekerkammer beraten lassen und ggf. notwendige Unterstützung in Anspruch nehmen.
3. Sollte der behandelnde Arzt eine ambulante Abdosierung grundsätzlich ablehnen, kann die Fachkraft der Suchthilfe bei der Ärztekammer den Bedarf anmelden. Die Ärztekammer wird das Anliegen aufnehmen und klären, ob sie einen niedergelassenen Arzt und ggfs. einen Apotheker für die Durchführung einer ambulanten Abdosierung vermitteln kann

Bitte nehmen Sie Kontakt auf mit:

Hotline Medikamentenabhängigkeit der Ärztekammer,

Dr. Jasper Kiehn, Telefon: 20 22 99 220

oder mit der Gemeinsamen Patientenberatung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg (KVH) Telefon: 20 22 99 222

Ein Beratungsangebot für Ärzte und Apotheker zur Verordnung von Benzodiazepinen kann bei den folgenden Ansprechpartnern in Anspruch genommen werden:

für Ärzte: Pharmakotherapieberatung der KVH, Telefon: 22 802 571

für Apotheker: Apothekerkammer, Herr Dr. Hanpft, Telefon: 44 80 48 30

Die Handlungsempfehlungen von Ärztekammer Hamburg, Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg und Apothekerkammer Hamburg zur Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga kann im Anhang eingesehen werden.

G5 Vereinbarungsgespräch

Diese Phase sieht die Umsetzung der konkret vereinbarten Ziele vor. Die Ziele der zu PF sollten „SMART“ (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminiert) sein. Dabei ist es von zentraler Bedeutung v.a. auch die Zuversicht des zu PF zu stärken. Dazu gehören das Betonen der eigenen Stärken, der Erfolge aus dem bisherigen Leben und die Möglichkeiten, Unterstützung zur Bewältigung des problematischen Konsums in Anspruch zu nehmen. Empfehlungen von der Fachkraft Sucht, z.B. suchtspezifische Hilfen zu nutzen, sollten individuell, konkret und erfolgsorientiert erfolgen. (Was ist für den zu PF die sinnvollste, erfolgsversprechendste Maßnahme?)

Beteiligte sind: zu Pflegender und Fachkraft der Suchthilfe

Weitere Optionen:

Die Pflegedienstleitung ist im Vorwege über die Hilfeplanung zu informieren. Getroffene Vereinbarungen und die Einleitung konkreter Maßnahmen müssen mit der Leitung abgestimmt werden.

Der Prozessverlauf wird mit der zuständigen Altenhilfefachkraft besprochen. Bei vorhandenen Kapazitäten kann sie/er am Gespräch beteiligt werden. Dies bedarf der Zustimmung des zu Pflegenden.

Inhalt

- Den entwickelten Hilfeplan dem zu Pflegenden vor Einleitung der konkreten Maßnahmen noch einmal erläutern und überprüfen, ob die Zustimmung des zu Pflegenden noch besteht.
- Den zu Pflegenden in seiner Selbstwirksamkeitszuversicht stärken.
- Konkrete Umsetzung der im Hilfeplan dokumentierten Maßnahmen.
- Ggf. „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ z. B. im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf veranlassen.
- Ggf. Entwöhnungsbehandlung beantragen.

- Konkrete Hilfen zur Veränderung von ungünstigen Verhaltensmustern in den Bereichen: Gesundheit, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte, Bewegung, Trauerarbeit.
- Konkrete Hilfen zur materiellen Absicherung.
- Nächsten Termin vereinbaren.

Eine veränderte Ausgangslage:

Im Verlauf des Hilfeprozesses könnte der zu Pf/B sich eindeutig **gegen Ausstiegsinterventionen** aussprechen. In diesem Falle wären folgende Interventionen zu klären:

Inhalt

- Ggf. Plan für eine kontrollierte Abgabe von Alkohol vereinbaren.
- Trinkplan vereinbaren mit dem Ziel, bewusst die Trinkmenge zu reduzieren und bestimmte Trinkanlässe zu vermeiden. Gilt insbesondere bei missbräuchlichem Konsumverhalten.

G6 Reflexionsgespräche

Die weiteren Gespräche dienen der Begleitung und Reflexion des Hilfeprozesses. Der Schwerpunkt liegt in der Aufrechterhaltung der entwickelten und erweiterten Bewältigungs- und Handlungsstrategien. Hierzu gehören ebenso die Förderung und Stabilisierung der Selbstzuversicht sowie weitere Maßnahmen zur Rückfallprävention.

Beteiligte sind: zu Pfleger und Fachkraft der Suchthilfe

Über den Verlauf ist die Pflegedienstleitung zu informieren.

Inhalt:

- Überprüfung der Interventionen auf ihre Wirksamkeit.
- Sind die Ziele erreicht, waren die Interventionen geeignet?
- Mit welchem Erfolg?
- Haben sich Veränderungen ergeben, die neue Hilfen erforderlich machen/neuer Hilfeplan?
- Rückfallprävention. Erarbeitung konkreter Notfallmaßnahmen sowie Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung der umgesetzten Ziele (Notfallkoffer).

G7 Abschlussgespräch

Beteiligte sind: zu Pfleger und Fachkraft der Suchthilfe

Inhalt:

- Zusammenfassung des gesamten Hilfeprozesses.
- Gemeinsame Bilanzierung des Prozesses.
- Würdigung und Wertschätzung des zu Pflegenden hinsichtlich seines/ihrer Entwicklungsprozesses (Veränderungs- und Umsetzungsbereitschaft und der dazugehörigen Kompetenzen).
- Erinnerung an den Notfallkoffer.
- Vereinbarung zur weiteren Kontaktgestaltung.

Anhänge

- Anhang 1 Beobachtungsbogen
- Anhang 2 Schweigepflichtentbindung
- Anhang 3 SMast-G Test
- Anhang 4 Kontaktdaten von Ansprechpartnern im Hamburger Suchthilfesystem
- Anhang 5 Kontaktdaten bezirklicher Seniorenberatungsstellen
- Anhang 6 Kontaktdaten der Hamburger Pflegestützpunkte

Beobachtungsbogen

Datum.....Pflegekraft.....

Zu Pflegenden.....

Häusliches Umfeld. Veränderungen sind feststellbar:

- Im Bereich der Hygiene
- Ordnung
- Vermehrt Flaschen oder Medikamentenpackungen
- Verdorbene Lebensmittel

Sonstiges.....

Soziales Verhalten/Beziehungen, Veränderungen:

- Zunehmender Rückzug
- Auffallende Abwertungen, Schuldzuweisungen und Beschimpfungen von Angehörigen und Bekannten
- Aggressives Verhalten im Kontakt
- Apathische Reaktion auf Ansprache
- Wechsel des Bekanntenkreises
- Hilflosigkeit
- Antriebslosigkeit

Sonstiges.....

Emotional, Veränderungen:

- Anhaltende Traurigkeit
- Gemütsschwankungen
- Angst
- Unzufriedenheit
- Lustlosigkeit
- Aggressivität, Ungeduld, Unausgeglichenheit
- Aufgeregt/hibbelig
- Angespannt

Sonstiges.....

Verhalten, Veränderungen:

- bittet oder verlangt die Besorgung von alkoholischen Getränken, wechselt den Arzt
- vernachlässigt die Hobbys/geliebte Beschäftigungen
- vermeidet jegliche Veränderungen
- gerät in finanzielle Engpässe

Sonstiges.....

Körper, Veränderungen:

- Gangunsicherheit
- Vermehrte Stürze
- Appetitlosigkeit
- Konzentrationsprobleme
- Gewichtsabnahme
- zunehmende Verwirrtheit/Orientierungslosigkeit
- erhöhte Leberwerte
- Schweißausbrüche
- Zittern

Sonstiges.....



Schweigepflichtentbindung

Im Rahmen des Projektes „Sucht im Alter“ arbeitet der ambulante Pflegedienst eng mit anderen Fachkräften und Diensten, insbesondere auch mit Suchthilfefachkräften zusammen. Wird beispielsweise im Rahmen der ambulanten Pflege ein Hilfe- oder Beratungsbedarf festgestellt, ist es sinnvoll - mit Ihrer Zustimmung - Informationen zwischen der ambulanten Pflege, der Suchthilfe und ggf. weiteren Stellen auszutauschen. Der Informationsaustausch bezieht sich auf alle Angaben, die erforderlich sind, um einen Hilfeplan zur Stabilisierung oder Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität durch einen angemessenen Umgang mit Alkohol und Medikamente zu entwickeln.

Hiermit entbinde ich

Name _____

Adresse _____

folgende Personen von der Schweigepflicht und mit einem Informationsaustausch einverstanden:

Behandelnde Ärzte:

Name
Anschrift

Name
Anschrift

Gesetzliche(r) Betreuer/in

Name
Anschrift
Betreuungsaufgabe

Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes
Anschrift
.....

Beteiligte Pflegekräfte

Name
Name
Name
Name

Suchtberater/in

Name:

Beratungsstelle:

Diese Schweigepflichtentbindung habe ich freiwillig abgegeben. Ich weiß, dass ich diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort Datum

Unterschrift des zu Pflegenden

SMast-G Test

Auf der nachfolgenden Seite finden Sie den Test als Kopiervorlage.

Werden mehr als zwei der zehn Fragen des SMAST-G mit JA beantwortet, ist von einem Alkoholproblem auszugehen. SMAST unterscheidet nicht zwischen Missbrauch und Abhängigkeit und tatsächlich ist die Grenzziehung zwischen beiden nicht einfach. Da in beiden Fällen ein Gesprächs- und Hilfeangebot erfolgen sollte, ist eine Unterscheidung zunächst auch nicht notwendig. Die genaue Diagnosestellung ist eine ärztliche Aufgabe bzw. Aufgabe einer Fachberatungsstelle.

Welche Rolle spielt Alkohol in Ihrem Leben?

Die folgenden Aussagen beschreiben eine Reihe von Verhaltensweisen und Problemen, die auftreten können, wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken.

Prüfen Sie bei jeder Aussage, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht und kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

1. Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol Sie trinken?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
2. Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
3. Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihre Zittrigkeit oder Ihr Zittern zu verhindern?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
4. Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
5. Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
6. Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
7. Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in Ihrem Leben erlitten haben?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
8. Hat Ihnen schon einmal ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine andere Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
9. Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klar zu kommen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
10. Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Haben Sie zwei oder mehr dieser Fragen mit JA beantwortet? Dann haben Sie vermutlich ein ernstzunehmendes Alkoholproblem entwickelt und sollten Hilfe und Beratung annehmen.

Bundesweite Sucht- und DrogenHotline 0 18 05/31 30 31 (12 Cent/Min.) täglich 0 bis 24 Uhr	BZgA-Info-Telefon 02 21/89 20 31 Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr
---	---

Kopiervorlage 2.2 aus: DHS, Substanzbezogene Störungen im Alter, 2005



Hilfe und Unterstützung für ältere, suchtgefährdete Menschen in Hamburg

In dieser Adressliste finden Sie spezifische und allgemeine Beratungs- und Behandlungsangebote für ältere suchtfähige Menschen in Hamburg die sich in der Altersgruppe der über sechzigjährigen Frauen und Männer befinden. Die Informations- und Beratungsangebote stehen auch Familienmitgliedern und allen Angehörigen (z.B. Freundeskreis, Nachbarschaft) von älteren suchtfähigen Menschen zur Verfügung, die sowohl für sich selbst als auch für die Betroffenen Angebote suchen.

Für Fach- und Pflegekräfte sowie Multiplikator/-innen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit (z. B. Seniorenarbeit, Gemeindeförderung, Bildungsarbeit) mit suchtfähigen älteren Menschen zu tun haben, können die Informations- und Beratungsangebote ebenso eine hilfreiche Unterstützung für den Umgang mit Betroffenen sein.

1 Allgemeine Suchtberatungsstellen

280 21 70	Aktive Suchthilfe e. V. 20097, Repsoldstraße 4 www.aktive-suchthilfe.de
29 82 11 08	Ambulante Beratungsstelle Blaues Kreuz 22045, Jenfelder Straße 100 www.blaueskreuz-hamburg.de
668 36 36	Die Brücke Beratungs- und Therapiezentrum e. V. (Altona) 22767, Große Bergstraße 231 www.ambulante-suchthherapie.de www.bruecke-online.de
668 36 38	Die Brücke Beratungs- und Therapiezentrum e. V. (Eilbek) 22089, Conventstraße 14 www.bruecke-online.de
666 126	Die Brücke Beratungs- und Therapiezentrum e. V. (Wandsbek) 22047, Walddorferstraße 337 www.bruecke-online.de
422 90 86	DREI Suchtberatung Eimsbüttel 20146, Grindelallee 41 www.drei-hamburg.de
432 96 00	Frauenperspektiven e. V. 20257, Charlottenstraße 26 www.frauenperspektiven.de

2 Entgiftungsangebote / Qualifizierter Entzug

390 86 40	KODROBS Altona 22765, Hohenesch 13 – 17 www.kodrobs.de	55 88 21 79	Albertinen-Krankenhaus – Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie 22457, Süntelstraße 11a www.albertinen.de
721 60 38	KODROBS Bergedorf 21031, Lehniggrüner Landstraße 6 www.kodrobs.de	18 18 87-24 25	Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll Gerontopsychiatrie und –psychotherapie mit Tagesklinik/Haus 6 22419, Langenhörner Chaussee 560 www.asklepios.com
75 16-20/29	KODROBS Wilhelmshubung/Sidelarbe 21107, Weimarer Straße 83 – 85 www.kodrobs.de	18 18 87-25 24	Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll Suchtambulanz/Haus 3, EG 22419, Langenhörner Chaussee 560 www.asklepios.com
970 77-0	LUKAS Suchthilfezentrum Hamburg-West Diakonisches Werk Hamburg-West/Südholstein 22547, Luruper Hauptstraße 138 www.lukas-suchthilfezentrum.de	50 77 32 41	Iv. Krankenhaus Alsterdorf Abteilung für Innere Medizin 22337, Bodelschwinghstraße 24 www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de
767 94 90	M.A.T./Seehaus Harburg Ambulantes Suchtberatungs- und Behandlungszentrum 21073, Schlossmühlendamm 8 – 10 www.therapiehilfe.de	20 00 10 90 00	Fachklinik Bokholt (Therapiehilfe e. V.) Fachklinik für Qualifizierten Entzug und Kurzzeitbeobachtung 25339 Bokholt-Hannefelder, Hannefelder 30 – 32 www.fachklinik-bokholt.de
713 65 64	Parc-IN – Treffpunkt Billstedt Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit Suchtproblemen. 22117, Oststeinbeker Weg 2 h www.parc-in.de	04184 / 89 9-0	Fachkrankenhaus Hansenberg 21271 Hanstedt bei Buchholz, Franz-Barca-Weg 36 www.altda.de
20 00 10 20 00	Seehaus Ambulantes Suchtberatungs- und Behandlungszentrum 22089, Hasselbrookstraße 94 a www.therapiehilfe.de	53 89 93-0	STZ – Fach- und Tagesklinik 22339, Hummelbütter Hauptstraße 15 www.martha-stiftung.de
61 13 60 60	STZ Beratungsstelle BARMBEK 22305, Drosselstraße 1 www.martha-stiftung.de	741 05 32 10	Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 20246, Martinstraße 52/Haus W37 www.uke.de/kliniken/psychiatrie
33 47 53 30	STZ Beratungsstelle HARBURG 21073, Knoopstraße 37 www.martha-stiftung.de		
53 90 42 80	STZ Beratungsstelle HUMMEL 22339, Am Heisel 40 www.martha-stiftung.de		
65 40 96 28	Suchtberatung Jenfeld Beratungs- und Behandlungsstelle AHA 22045, Jenfelder Straße 100 www.suchtberatung-jenfeld.de		
68 22 11	Suchtberatungsstelle der Guttempler in Hamburg 20097, Bockmannstraße 4 www.georg-smussen-haus.de		
652 90 95	Treffpunkt Eilbek Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle 22049, Alter Teichweg 55a www.gpd-nordost.de		
471 13 10	Viva Wandsbek Suchtberatung und Behandlung 22041, Lotharstraße 2b www.vivawandsbek.de		

3 Psychosoziale Betreuung und Beratung für Substituierte

668 36 38	Die Brücke Beratungs- und Therapiezentrum e. V. 22089, Conventstraße 14 www.bruecke-online.de
890 58 33	Jugend hilft Jugend e. V. in Kooperation mit Asklepios Klinik Nord PSB-Mendelssohnstraße 22761, Mendelssohnstraße 15 c www.jugend-hilft-jugend.de

43 29 25-0 **Jugend hilft Jugend e. V.**
 Psychosoziale Betreuung Ambulanz Altona
 22765, Holstenstraße 115
 www.jugend-hilft-jugend.de

251 76 17 **M.A.E.X./M.A.T.**
 Suchtberatungsstelle mit Schwerpunkt PSB
 20537, Hammer Landstraße 56
 www.therapiehilfe.de

57 19 31 31 **M.A.T. West**
 Suchtberatungsstelle mit Schwerpunkt PSB
 22523, Elbgenstraße 83
 www.therapiehilfe.de

430 25 90 **Palette Bartelsstraße, Palette e. V.**
 20257, Bartelsstraße 12
 www.palette-hamburg.de

643 63 09 **Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe
 Landesverband Hamburg e. V.**
 22159, Bramfelder-Weg 25 b
 www.fksucht-hamburg.de

40 68 22 11 **Guttempler in Hamburg**
 20097, Böckmannstraße 4
 www.guttempler-hamburg.de

39 57 67 **Kontakt- und Informationsstellen für
 Selbsthilfegruppen in Hamburg**
 Selbsthilfe-Telefon
 www.kiss-hh.de

46 38 32 **Kreuzbund Selbsthilfegruppen**
 Kreuzbund Diäsesamenband Hamburg e. V.
 20251, Martinistraße 42
 www.kreuzbund-hamburg.de

643 63 09 **Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe
 Landesverband Hamburg e. V.**
 22159, Bramfelder-Weg 25 b
 www.fksucht-hamburg.de

40 68 22 11 **Guttempler in Hamburg**
 20097, Böckmannstraße 4
 www.guttempler-hamburg.de

39 57 67 **Kontakt- und Informationsstellen für
 Selbsthilfegruppen in Hamburg**
 Selbsthilfe-Telefon
 www.kiss-hh.de

46 38 32 **Kreuzbund Selbsthilfegruppen**
 Kreuzbund Diäsesamenband Hamburg e. V.
 20251, Martinistraße 42
 www.kreuzbund-hamburg.de

4

Eingliederungshilfen für Suchtmittelabhängige

04104/97 13 17 **f & w fördern und wohnen ARB Sachsenwaldan**
 21465 Reubek, Sachsenwaldan 8
 www.forderungundwohnen.de

30 68 82-12 **Jugend hilft Jugend e. V.**
 Soziale Orientierung
 22765, Max-Bräuer-Allee 116
 www.jugend-hilft-jugend.de

899 75 41 **Maltesser Nordlicht**
 22525, Hogenfeldweg 2
 www.maltesser-nordlicht.de

49 29 99-0 **Projektverbund Wohngruppen / Projekt Care**
 Eingliederungshilfe für chronisch mehrfach
 belastete Drogenabhängige
 22767, Große Bergstraße 219
 www.projekt-care.de

65 40 96-0 **Therapeutische Gemeinschaft Jentfeld (TGU)**
 Soziale Orientierung
 22045, Jentfelder Straße 100
 www.alida.de

5

Selbsthilfe

29 82 11 08 **Blaues Kreuz Suchtkrankenhilfe**
 Ottoverein Hamburg
 22045, Jentfelder Str. 100
 www.blaues-kreuz.de/hamburg

306 20-308 **ELAS-Suchtselbsthilfe**
 Diakonie-Hilfswerk
 22167, Königstraße 54
 www.elas-suchtselbsthilfe.de

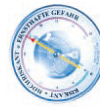
6

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen

Die **Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz** hat unter der Internetadresse www.hamburg.de/pflege-zu-hause/1578456/ **ambulante-pflegedienste** ambulante Pflegedienste aufgeführt. Hier finden sich unter dem Spezialgebiet „Sucht“-Pflegedienste, die Pflegebedürftige mit Suchtmittelmissbrauch bzw. pflegebedürftige Suchtkranke betreuen.

Weitere Unterstützung zum Thema Pflege erhalten Betroffene und Angehörige bei den **Pflegestützpunkten**. Weitere Informationen unter der Internetadresse: www.hamburg.de/pflegestuetzpunkte

**Rat und Hilfe
 rund um Alkohol,
 Tabak, Drogen
 und Sucht**



www.rauschbarometer.de

Das Rauschbarometer ist ein Internetangebot für Menschen, die über Rauschmittel wie illegale Drogen oder Alkohol und ihren Konsum (beziehungsweise den ihrer Angehörigen) nachdenken.

Es unterstützt bei der Suche nach geeigneten Beratungsstellen oder Selbsthilfeangeboten in Hamburg und Umgebung. Alle Angebote werden aktuell und übersichtlich aufgeführt.

Herausgeber:



Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.
 Rensoldstr. 4, 20097 Hamburg
 Tel. (040) 284 99 18-0, Fax (040) 284 99 18-19
 E-Mail: hlis@sucht-hamburg.de
www.sucht-hamburg.de
www.rauschbarometer.de
 Juli 2013

Büro für Suchtprävention

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.



Hilfe und Unterstützung für ältere, suchtgefährdete Menschen

Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe, die sich mit dem Thema „Sucht im Alter“ seit vielen Jahren auseinandersetzen.

Spezialisierte Angebote für ältere Menschen im Hamburger Suchthilfesystem sind noch nicht flächendeckend vorhanden. Hier einige Beispiele von Einrichtungen, die sich mit dem Thema „Sucht im Alter“ (Alkohol und Medikamente) seit Jahren intensiv auseinandergesetzt haben und z. T. spezifische Angebote vorhalten.

Suchtberatungsstellen:

- LUKAS, Suchthilfezentrum Hamburg-West, Luruper Hauptstr.138, 22547 Hamburg, Tel. 970 77-0
- STZ Beratungsstelle Barmbek, Drosselstr. 1, 22305 Hamburg, Tel. 040-611 3606-0
- STZ Beratungsstelle Hummel, Am Hehsel 40, 22339 Hamburg, Tel. 040-53904 28-0
- STZ Beratungsstelle Harburg, Knoopstraße 37, 21073 Hamburg, Tel. 040-33 475 33-0

Kliniken mit dem Angebot einer „Qualifizierten Entzugsbehandlung“:

- Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Innere Abt., Bodelschwinghstr. 24, 22337 Hamburg, Tel. 040-5077-3232 und 3241
- Albertinen Krankenhaus, Süntelstr. 11a, 22457 Hamburg/Schnelsen, Tel. 040-5588-2177

Fachkliniken für Entwöhnungsbehandlungen:

- Fachklinik Hansenbarg, Franz-Barca-Weg, 21271 Hanstedt b. Buchholz i.d.Nordheide, Tel. 04184/899-0

Anhang 5

- STZ Fachklinik, Hummelsbüttler Hauptstr. 15,
22339 Hamburg, Tel. 040-53 8077-0
- STZ Tagesklinik, Hummelsbüttler Hauptstr. 15,
22339 Hamburg, Tel. 040-53 89 93-0.

Selbsthilfegruppen (Alkohol u. Medikamente)

Da sich diese Angebote ständig verändern, kann hier nur darauf hingewiesen werden, dass Sie Auskünfte über die detaillierten Angaben in den regionalen Suchtberatungsstellen erhalten.

Bezirkliche Seniorenberatungsstellen in Hamburg

Die Bezirkliche Seniorenberatung ist ein unabhängiger, stadtteilbezogener und kostenloser Fachdienst für ältere Bürgerinnen und Bürger ab 60 Jahren. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Pflegefachkräfte beraten in altersspezifischen Fragen und sozialen Angelegenheiten.

Die Bezirkliche Seniorenberatung versucht dazu beizutragen, das Leben in der gewohnten Umgebung zu erleichtern und die Selbstständigkeit älterer Menschen zu erhalten. Bei Pflegefragen arbeitet die Seniorenberatung eng mit den Pflegestützpunkten zusammen.

Altona

Bezirksamt Altona
Beratungszentrum Senioren u. Pflege
Achtern Born 135
22549 Hamburg
Tel. 428.11.5251 /-3265

Eimsbüttel

Bezirksamt Eimsbüttel
Seniorenberatung
20144 Hamburg, Grindelberg 62 - 66
Tel.: 428013578 /- 2302

Mitte

Bezirksamt Hamburg-Mitte
Seniorenberatung
Besenbinderhof 41
Tel.: 4120097

Horn-Ost, Billstedt,	Tel.: 42854 - 7226
Billstedt, Mümmelmansberg	Tel.: 42854 - 7317
Hamm, Hafencity, Finkenwerder	Tel.: 42854 – 5185

St.Georg, Billbrook, Altstadt	
Rothenburgsort, Borgfelde	Tel.: 42854 - 4557

St.Pauli, Neustadt,Horn-West	Tel.: 42854 – 4563
Wilhelmsburg, Veddel	Tel.: 42854 - 3048

Anhang 5

Nord

Bezirksamt Hamburg Nord
Soziales Dienstleistungszentrum
Seniorenberatung
20249 Hamburg, Kümmellstraße 7
Tel.: 428.04.2311 /-2355 /-2354 / - 4313 / -4053

Wandsbek

Bezirksamt Wandsbek
Dienstleistungszentrum Alstertal
22391 Hamburg, Wentzelplatz 9
Tel.: 428815263 / -5340 / -5413

Dienstleistungszentrum Bramfeld (nur bis Frühjahr 2014)
22179 Hamburg, Herthastraße 20
Tel.: 428814493 / -4491

Dienstleistungszentrum Rahlstedt
22143 Hamburg, Rahlstedter Straße 151
Tel.: 428813915

Dienstleistungszentrum Wandsbek
22041 Hamburg, Wandsbeker Allee 73
Tel.: 428812505

Harburg

Bezirksamt Harburg
Seniorenberatung
21073 Hamburg, Harburger Rathausforum 1
Tel.: 428712522 / -3714

Bergedorf

Bezirksamt Bergedorf
Seniorenberatung
21029 Hamburg, Weidenbaumsweg 21
Tel.: 428912913 / -2927

Die Pflegestützpunkte in Hamburg

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte beraten und unterstützen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Sie

- informieren über die Möglichkeiten der Pflege in der eigenen Wohnung,
- helfen bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz,
- unterstützen bei der Beantragung von Versicherungs- und Sozialleistungen und
- beraten bei Finanzierungsfragen.

Auch bevor eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, informieren die Beraterinnen und Berater darüber,

- welche Hilfemöglichkeiten es gibt, wenn die eigene Haushaltsführung nicht mehr möglich ist,
- welche Senioren-Betreuungs- und Begleitdienste in Hamburg tätig sind,
- was es an sonstigen Unterstützungsmöglichkeiten gibt.

Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte
Besenbinderhof 41

20097 Hamburg

Pflegestützpunkt Altona
Achtern Born 135

22549 Hamburg

Pflegestützpunkt Eimsbüttel
Garstedter Weg 13

22453 Hamburg

Pflegestützpunkt Hamburg-Nord
Kümmellstraße 7

20249 Hamburg

Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche
Beratungszentrum sehen|hören|bewegen|sprechen
Eppendorfer Landstraße 59

20249 Hamburg

Pflegestützpunkt Wandsbek-Markt
Wandsbeker Allee 62

22041 Hamburg

Anhang 6



Pflegestützpunkt Rahlstedt
Rahlstedter Straße 151- 157

22143 Hamburg

Pflegestützpunkt Bergedorf
Weidenbaumsweg 21 / Eingang D

21029 Hamburg

Pflegestützpunkt Harburg
Harburger Ring 33

21073 Hamburg