

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs TZ 2013-2018

Liliane Leupi

Medikamentenabhängigkeit im Alter

Forschungsarbeit zur Interdisziplinären Arbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit
und der Pflege im spitalexternen Umfeld

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2018 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der
Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche
Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung
Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftige Sozialarbeiterin mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2018

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

Gegenstand dieser Bachelor-Arbeit ist die Medikamentenabhängigkeit im Alter. Eine Thematik welche existiert, aber von der Gesellschaft und der Politik nicht gross beachtet wird.

Schnell wird in der heutigen Zeit zu Schlaf- oder Beruhigungsmitteln gegriffen, Medikamente welche relativ rasch zu einer Abhängigkeit führen können. Vor allem bei älteren Menschen kann diese Abhängigkeit zu einer Einschränkung der Lebensqualität und zu sozialer Isolation führen.

In Anbetracht des demografischen Wandels sollten sich die Professionellen der Sozialen Arbeit vermehrt mit dem Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter auseinandersetzen. Ihr Ziel und das Ziel der Profession Soziale Arbeit ist es, die soziale Inklusion des Individuums in die Gesellschaft zu fördern und das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben.

Die folgende Arbeit hat den Fokus auf die Interdisziplinäre Arbeit mit der spitalexternen Pflege und der Pflege in Altersheimen gelegt. Ohne regelmässigen Kontakt ist eine Medikamentenabhängigkeit schwer zu erkennen. Die Pflegenden haben jedoch regelmässig Kontakt mit älteren Menschen.

Aber erkennen diese Fachleute eine Abhängigkeit und wie gehen sie damit um? Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit diese Fachpersonen unterstützen? Anhand von Interviews mit Pflegenden wurde diesen Fragen nachgegangen.

Es zeigt sich, dass ein Handlungsbedarf besteht und die Professionellen der Sozialen Arbeit mit ihrem Wissen bezüglich Prävention, Abhängigkeit aber auch über motivierende Gesprächsführung eine wichtige Rolle bei dieser Thematik übernehmen können.

Dank

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen Personen, welche mir bei der Erstellung und Fertigstellung dieser Bachelor Arbeit geholfen haben. Es sind dies im Besonderen:

- Evelyne Frey
- Andreas Pfister
- Simone Gretler Heusser
- Gregor Husi

welche mir in Fachgesprächen wertvolle Anregungen und wichtige Inputs gegeben haben.

Weiter bedanke ich mich bei meinen Studienkolleginnen und Studienkollegen für die wertvollen Tipps und Rückmeldungen, besonders Melanie Egger welche mich immer wieder zu motivieren wusste.

Ein besonderer Dank gilt auch meiner Familie und meinen Kolleginnen und Kollegen für die gute Unterstützung und die Geduld.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	3
Dank.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	8
1.1 Ausgangslage.....	8
1.2 Fragestellung und Ziele	10
1.3 Berufsrelevanz.....	11
1.4 Fokussierung	13
1.5 Abgrenzung	13
1.6 Aufbau der Arbeit.....	15
2 Alter, Abhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit im Alter.....	16
2.1 Alter.....	16
2.1.1 Noch erwerbstätige Senioren (50 plus)	18
2.1.2 Gesundes Rentenalter (drittes Lebensalter)	19
2.1.3 Lebensalter verstärkter Fragilisierung (viertes Lebensalter)	19
2.1.4 Pflegebedürftigkeit und Lebensende.....	20
2.2 Abhängigkeit	21
2.2.1 Das Trias-Modell	21
2.2.2 Das neurobiologische Modell	23
2.2.3 Einteilung nach ICD 10	24
2.3 Symptome bei älteren Menschen	25
2.4 Schutz- und Risikofaktoren.....	27
2.5 Faktoren, die eine Medikamentenabhängigkeit im Alter begünstigen.....	28
2.6 Schlaf- und Beruhigungsmittel	30
3 Prävention und Gesundheitsförderung	33
3.1 Primärprävention	34
3.2 Sekundärprävention.....	34
3.3 Tertiärprävention	35
3.4 Frühintervention	35
3.5 Universelle Prävention	36
3.6 Selektive Prävention.....	36
3.7 Indizierte Prävention	37
3.8 Verhaltensprävention.....	37
3.9 Verhältnisprävention.....	38
3.10 Gesundheitsförderung	39
3.11 Prävention und Gesundheitsförderung im Alter	40
3.12 Fazit	40
4 Forschungsdesign	42
4.1 Datenerhebung	42
4.2 Datenbearbeitung und Datenauswertung	44
5 Darstellung der Forschungsergebnisse.....	46
5.1 Häufigkeit	46
5.2 Erkennen	46
5.3 Erfahrungen mit Entzug.....	47
5.4 Teamkultur	47
5.5 Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen	48
5.6 Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit.....	49
5.7 Erwartungen an die Soziale Arbeit	49

5.8	Fazit	50
6	Diskussion der Forschungsergebnisse	51
6.1	Alter und Abhängigkeit.....	51
6.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Prävention.....	52
6.3	Entzug und Motivation	53
6.4	Beantwortung der Forschungsfrage.....	54
6.5	Fazit	55
7	Handlungsrelevanz für die Soziale Arbeit	56
7.1	Sozialarbeit.....	56
7.2	Sozialpädagogik.....	58
7.3	Soziokulturelle Animation	59
7.4	Fazit und weiterführende Gedanken	60
8	Literatur und Quellenverzeichnis.....	62
9	Anhang Leitfadeninterview	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alterspyramide	9
Abbildung 2: Arbeits- und Berufsfelder Sozialer Arbeit.....	12
Abbildung 3: Modell der Sucht Trias.....	22
Abbildung 4: Entstehung einer Abhängigkeit.....	29
Abbildung 5: Gliederung der Prävention nach Zeitpunkt der Intervention.....	33
Abbildung 6: Gliederung der Prävention nach Zielgruppen.....	36
Abbildung 7: ABC der Verhaltensprävention.....	38
Abbildung 8: Transtheoretisches Modell der Stufen der Verhaltensänderung.....	53

1 Einleitung

Das folgende Kapitel soll einen Überblick geben, aus welchem Grund das Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter ein wichtiges und aktuelles ist, was auch die Soziale Arbeit betrifft. Die aktuelle Ausgangslage wird aufgezeigt, das heisst, es wird dargelegt, wie es mit der Entwicklung der Bevölkerung aussieht und wie die Zahlen bezüglich Medikamentenabhängigkeit im Alter sind. Die Fragestellung und die Ziele der Arbeit werden erklärt. Zudem werden die Berufsrelevanz dargelegt und die Fokussierung der Arbeit erläutert. Am Schluss dieses Kapitels wird der Aufbau dieser Arbeit aufgezeigt.

1.1 Ausgangslage

Die folgende Arbeit beschäftigt sich mit der Medikamentenabhängigkeit im Alter. Sie soll aufzeigen, welche Rolle die Soziale Arbeit dabei hat und wie sie in Zukunft handeln kann und soll. Dies ist ein Thema, welches vorhanden ist, in der Öffentlichkeit selten angesprochen wird, jedoch häufiger vorkommt, als man denkt und uns wohl in Zukunft stärker beschäftigen wird. Die Schweizer Bevölkerung wird immer älter. Daher wird das Thema der demografischen Entwicklung und des demografischen Wandels die Gesellschaft und die Soziale Arbeit in den nächsten Jahren stetig begleiten und herausfordern. Die Soziale Arbeit kann dies aber auch als Chance sehen. Der demografische Wandel regt an, sich Gedanken über die Integration und die Gesundheit von älteren Menschen zu machen – Themen, welche die Soziale Arbeit bearbeitet.

Momentan leben in der Schweiz 1.5 Millionen Menschen, die 65 Jahre und älter sind, im Jahre 2030 werden es über 2.2 Millionen Menschen sein (Demografischer Wandel in der Schweiz, S. 10). Dies liegt daran, dass die geburtenstarken Jahrgänge der „Babyboomer Generation“ ins Pensionsalter kommen.

Laut dem Bundesamt für Statistik (2015) wird die Alterspyramide sich so verändern, dass aus einer Tanne mehr eine Urne werden wird, unklar ist noch, wie der Sockel aussehen wird (siehe Abbildung 1).

Alterspyramide

Nach den 3 Grundscenarien, in Tausend

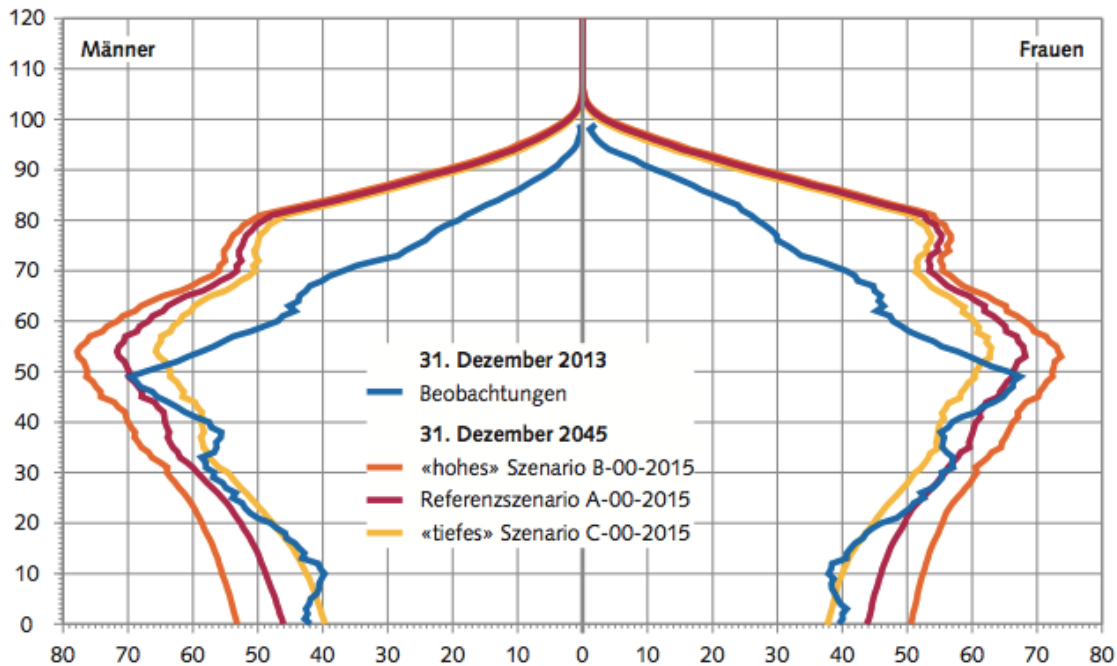


Abbildung 1: Alterspyramide, BSF - SCENARIO (Quelle: Bundesamt für Statistik, 2015)

Durch die Anzahl älterer Menschen wird auch das Thema Sucht im Alter weiterhin aktuell bleiben. Die Medien greifen diese Thematik sporadisch auf, so war kürzlich im Tagesanzeiger dazu der Artikel „Verborgene Sucht der Schweizer“ zu lesen (Tagesanzeiger, November, 2017). Laut Sucht Monitoring Schweiz nahmen im Jahre 2015 über 15.6 % der 65- bis 74-Jährigen Schweizer und Schweizerinnen regelmässig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein (2016, S. 20). Seit der letzten Befragung sind die Zahlen ungefähr gleichgeblieben. Da dies jedoch nur ein kleiner Ausschnitt ist, kann man nicht genau sagen, ob die Zahlen wirklich gleichbleibend sind. Es ist sehr gut möglich, dass man bei dieser Erhebung mehr Menschen erreicht hat, die nicht regelmässig Schlafmittel nehmen.

Die Befragung zeigte aber klar auf, dass vor allem ältere Menschen regelmässig Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen. Werden Schlaf- oder Beruhigungsmittel nach kurzer Einnahmedauer plötzlich abgesetzt, kann dies zu erneuten Schlafproblemen oder Unruhe führen und die Menschen nehmen die Medikamente wieder oder weiter ein, da sie denken, dass ihr Schlaf sonst weiterhin schlecht bleiben werde (Dirk K. Wolter, 2011, S. 109- 110). Ketzerisch könnte man nun sagen, dass es in diesem Alter doch keine Rolle mehr spielt, ob jemand regelmässig Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnimmt, diese Menschen selbst

entscheiden dürfen, was sie einnehmen wollen, und sie doch das Recht auf einen „guten“ Schlaf haben.

Jedoch kann eine solche Abhängigkeit vor allem im Alter zu negativen Folgen wie Vergesslichkeit, Stürzen oder sozialer Isolation führen (Suchtprävention Kanton Zürich, 2016). Diese Abhängigkeit kann bedingen, dass ältere Menschen nicht mehr in der Lage sind, alleine zu Hause zu leben und auf Spitex angewiesen sind oder es sogar zu einer Einweisung in ein Alterswohnheim oder in ein Pflegeheim kommt. Die Autonomie, aber auch die Lebensqualität dieser Menschen kann dadurch stark eingeschränkt werden. Studien zeigen, dass die Chancen für einen Entzug gut sind und sich dadurch die Lebensqualität und die Selbstständigkeit verbessern, somit wird auch die Autonomie von älteren Menschen wieder erhöht. Der Entzug sollte dabei immer vom Hausarzt beziehungsweise der Hausärztin kontrolliert und überwacht werden (Wolter, 2011, S.204).

1.2 Fragestellung und Ziele

Es ist wichtig, dass Medikamentenabhängigkeit im Alter mehr thematisiert und nicht einfach akzeptiert wird. Das Ziel dieser Arbeit ist, herausfinden, welchen Bedarf die Pflege bezüglich der Thematik Medikamentenabhängigkeit im Alter hat und wie die Soziale Arbeit diese unterstützen kann, welche Informationen und Interventionen erwünscht sind. Immer mit dem Gedanken, dass die Soziale Arbeit nicht belehrend sein will, sondern unterstützend arbeiten möchte. Dabei soll der aktuelle Istzustand herauskristallisiert werden und Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit sollen aufgezeigt werden.

Die folgenden Fragen soll diese Arbeit beantworten:

- Wie sieht die Zusammenarbeit im Moment zwischen der Sozialen Arbeit und der spitalexternen Pflege bezüglich der Medikamentenabhängigkeit im Alter aus? Wie kann die Soziale Arbeit die Pflege darin unterstützen, die Abhängigkeit zu erkennen und weiter zu handeln? Welche Unterstützung braucht die Pflege dabei?

- Wo soll die Prävention zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter ansetzen?
Wie kann sich die Soziale Arbeit dabei positionieren?

Nach Beantwortung der Fragen soll auch aufgezeigt werden, welcher Handlungsbedarf vonseiten der Sozialen Arbeit zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter wünschenswert oder notwendig ist.

1.3 Berufsrelevanz

AvenirSocial übersetzt im Berufskodex die Definition der Sozialen Arbeit folgendermassen:

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben...“ (2010, S. 8).

Das Wohlbefinden der Menschen ist eine Priorität der Sozialen Arbeit können ältere Menschen nicht mehr zu Hause leben, bedeutet dies für viele eine Einschränkung der Lebensqualität. Viele Menschen möchten so lange wie möglich zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und ihren Alltag so gut wie möglich selbstständig und selbstbestimmt gestalten. Es sollte das Ziel sein, dass Menschen ihre Autonomie und Lebensqualität erhalten können und die Soziale Arbeit sollte die Menschen dabei unterstützen.

Des Weiteren schreibt AvenirSocial unter den Zielen und Verpflichtungen der Sozialen Arbeit: „Soziale Arbeit zielt auf das gegenseitig unterstützende Einwirken der Menschen auf die anderen Menschen ihrer sozialen Umfeldler und damit auf soziale Integration“ (2010, S.6).

Die Soziale Arbeit kann andere Disziplinen, in diesem Fall die Pflege, befähigen, Merkmale einer Medikamentenabhängigkeit wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren. Zudem ist das Ziel der Sozialen Arbeit eine Inklusion, das bedeutet, dass Menschen sich in der Gesellschaft integrieren können und nicht ausgeschlossen werden. Durch eine Abhängigkeit ziehen sich viele ältere Menschen vermehrt zurück und nehmen nicht mehr aktiv am sozialen Leben teil oder können dies nicht. Diese Vereinsamung kann ein weiterer Grund sein, weshalb diese Menschen Medikamente und/oder Alkohol konsumieren. Die Soziale Arbeit möchte eine Exklusion verhindern und Menschen sollen einen Platz in der Gesellschaft haben und aktiv teilnehmen können.

Die folgende Abbildung zeigt, dass die Themen Sucht, Gesundheitsförderung und Prävention Aufgaben der Sozialen Arbeit sind und sie sich in verschiedenen Stellen und Arbeitsfeldern damit beschäftigt. Zudem ist auch die Arbeit mit Senioren und Seniorinnen ein wichtiges Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit, zum Beispiel der Pro Senectute. Nicht zu vergessen ist, dass auch informelle Bildung zu den Aufgabenbereichen der Sozialen Arbeit gehört. Medikamentenabhängigkeit im Alter ist daher ein Thema welches die Soziale Arbeit angeht und von ihr bearbeitet werden sollte.

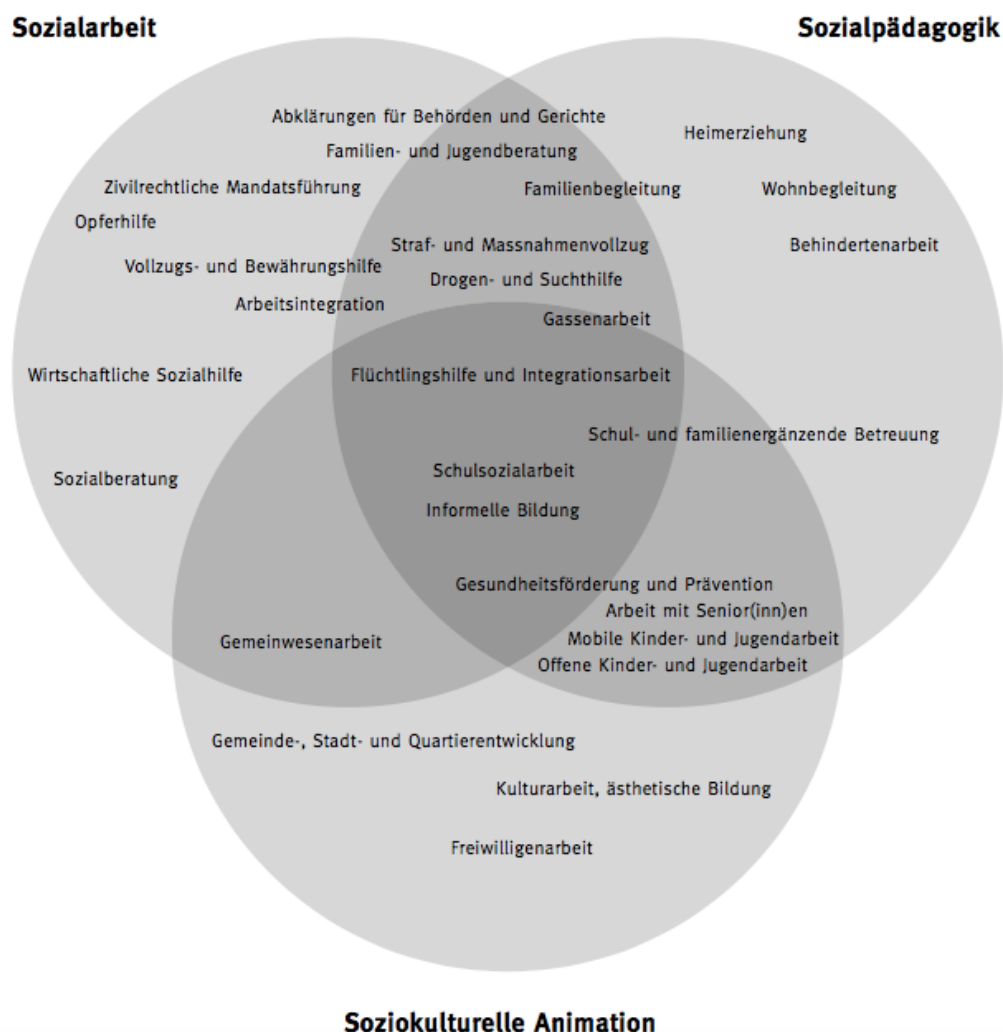


Abbildung 2: Arbeits- und Berufsfeld Sozialer Arbeit (Quelle: Gregor Husi, & Simone Villiger, 2012, S. 46)

Es gibt verschiedenen Fachstellen wie Sucht im Alter oder die Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZÜFAM), in welchen Professionelle der Sozialen Arbeit arbeiten und sich mit dem Thema beschäftigen. Diese Fachstellen oder Vereine haben einen Leistungsauftrag einer Gemeinde oder des Kantons oder erhalten Gelder vom Bund (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs,

ohne Datum). Trotzdem sollte dem Thema mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, gerade in Hinblick auf den demografischen Wandel.

1.4 Fokussierung

Der Fokus der Arbeit liegt bei Menschen, die über 65 Jahre alt und noch weitgehend selbstständig sind, aber dennoch leichte Unterstützung benötigen, das heisst, Menschen, die noch zu Hause in ihrem gewohnten Lebensumfeld wohnen, aber auf die Spitex angewiesen sind. Spitex bedeutet spitalexterne Pflege und ist ein Non-Profit-Verein. Ihr Auftrag ist „Hilfe und Pflege zu Hause“, Klienten und Klientinnen sollen ein selbstbestimmtes Leben führen können und werden daher in ihrem Umfeld im Alltag unterstützt (Spitex Schweiz, ohne Datum). Gleiches gilt für Menschen, die in einem Alterswohnheim leben und wenig Unterstützung von der Pflege benötigen, also noch weitgehend selbstständig und autonom leben können und (noch) nicht pflegebedürftig sind.

In Bezug auf die Abhängigkeit wird nur die Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel betrachtet, da diese Medikamente starke negative Auswirkungen auf die Lebensgestaltung und Autonomie der Menschen haben können.

Die Interviews wurden nicht mit Betroffenen selbst durchgeführt, sondern es wurden sogenannte Experten- und Expertinnen Interviews geführt. Befragt wurden Pflegende, welche einen direkten Einblick in die Lebenswelt der Menschen haben, die Lebensverhältnisse der Menschen und ihre individuellen und sozialen Ressourcen kennen und regelmässigen Kontakt mit diesen Menschen pflegen.

1.5 Abgrenzung

In dieser Arbeit wird nicht die Situation von Menschen angeschaut, welche in einem Pflegeheim leben, also sehr viel Unterstützung benötigen. Auch ältere Menschen, welche auf keine Unterstützung angewiesen sind oder keine Unterstützung im Alltag wollen, fallen aus dieser Forschung heraus, da sie nicht erreicht werden können. Schmerzmittel können auch zu

einer Abhängigkeit führen und werden im Alter sehr oft eingenommen, diese Medikamentengruppe steht in dieser Arbeit nicht im Fokus.

Auch auf den Alkoholmissbrauch wird nicht eingegangen, obwohl es sehr oft Mischformen von Medikamentenabhängigkeit und Alkoholmissbrauch gibt (ZÜFAM, 2016) und Alkoholmissbrauch im Alter auch ein grosses und wichtiges Thema ist, welches eigentlich nicht vergessen werden dürfte. Es wird auch nicht auf andere Formen von Abhängigkeit (z.B. Heroin) eingegangen.

Zudem wird auch der Aspekt einer psychischen Erkrankung nicht angeschaut, in diesen Situationen ist die Einnahme eines Beruhigungsmittels zum Teil indiziert und stellt keine Abhängigkeit dar.

Wichtige Akteure in dieser Thematik sind die Hausärzte und Hausärztinnen. Sie sind die Fachpersonen, welche Schlaf- und Beruhigungsmittel verschreiben. Da diese nicht in der Fragestellung berücksichtigt wurden, fanden mit diesen Personen keine Interviews statt. Es wurde auch nicht darauf geachtet ob die abhängigen Personen noch andere Suchtproblematiken haben.

Des Weiteren wird nicht explizit auf die Genderthematik eingegangen, obwohl es mehr Frauen als Männer betrifft.

Lorelies Singerhoff (2002) schreibt dazu, dass Frauen bis zu 50 % mehr Medikamente verschrieben werden als Männern, die Zahl bei den Psychopharmaka ist noch höher, bei Medikamentenabhängigkeit wird deshalb oft von einer heimlichen Sucht der Frauen gesprochen (S. 186). Es gibt verschiedene Gründe, weshalb Frauen mehr Medikamente als Männer einnehmen.

- Frauen gehen häufiger zu Arzt und fragen nach Hilfe
- Frauen leiden öfters an depressiven Verstimmungen (zum Beispiel wegen unausgesprochenen aggressiven Gefühlen)
- Hausärzte und Hausärztinnen verschreiben bei älteren Frauen schneller Medikamente, als sie ihnen eine Therapie verordnen
- Frauen beschreiben bei den Symptomen mehr die emotionalen und sozialen Aspekte als Männer und Beschwerden werden öfters als psychosomatisch diagnostiziert.

Zudem werden Frauen im Durchschnitt immer noch älter als Männer, es gibt also mehr ältere Frauen als Männer und diese Frauen erleben oft den Verlust ihres Mannes, was ein Auslöser zur Einnahme von Beruhigungs- oder Schlafmittel sein kann.

1.6 Aufbau der Arbeit

Nach dieser kurzen Einführung und ersten Annäherung an die Thematik werden im zweiten Kapitel die Begriffe Abhängigkeit, Alter und Altersabhängigkeit angeschaut und definiert.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema Prävention und hinterfragt, welche Formen von Prävention es gibt, wo und wie diese angewendet werden. Zudem wird das Thema Gesundheitsförderung betrachtet, da Prävention und Gesundheitsprävention sehr nahe beieinander sind, und erörtert, welche Aufgaben die Professionellen der Sozialen Arbeit in diesem Bereich haben. Danach wird im vierten Kapitel das Forschungsdesign erklärt, das heißt erläutert, mit welcher Forschungsmethode gearbeitet wurde und wie es zur Auswahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen kam. Danach werden im fünften Kapitel die Forschungsergebnisse dargestellt. Im sechsten Kapitel werden die Forschungsergebnisse diskutiert und die Forschungsfrage beantwortet. Das letzte Kapitel zeigt die Handlungsrelevanz zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter auf, aber auch Ideen und Fragen, welche diese Forschung aufgeworfen haben.

2 Alter, Abhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit im Alter

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema Abhängigkeit. Wann wird von einer Abhängigkeit gesprochen, wie zeigt sich eine Abhängigkeit und wie kommt es überhaupt dazu? Es gibt verschiedene Erklärungsansätze. In dieser Arbeit wird auf das Trias Modell und das neurobiologische Model eingegangen. Diese sind in der Literatur sehr oft anzutreffen. Abhängigkeit ist laut ICD 10 eine medizinische Diagnose, (ICD 10 ist eine internationale Klassifikation von Krankheiten und wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben), daher werden die Symptome dieser Diagnose aufgezeigt. Diese werden spezifisch auf Medikamentenabhängigkeit im Alter heruntergebrochen. Anschliessend werden die Medikamentengruppe der Schlaf und Beruhigungsmittel und ihre Wirkung erklärt und es wird dargelegt wann sie eingesetzt werden. Als Erstes wird jedoch das Thema Alter genauer betrachtet und erläutert, welche Altersgruppe im Fokus dieser Forschungsarbeit steht.

2.1 Alter

*„Das Alter ist ein höflich Mann:
Einmal übers andere klopft er an;
Aber nun sagt niemand: Herein!
Und vor der Türe will er nicht sein.
Da klinkt er auf, tritt ein so schnell,
Und nun heisst, er sei ein grober Gesell.“*
(Wolfgang Goethe, Das Alter, 1814).

Älter werden alle, ob sie wollen oder nicht. Es ist ein physiologischer Prozess welchen wir nicht ändern können. Aber was versteht man unter alt? Ab wann ist jemand alt? Wohl jede Person definiert Alter anders und hat ihre eigenen Bilder dazu im Kopf. Auch das eigene Alter spielt eine Rolle dabei, ab wann jemand als alt angeschaut wird.

Es gibt verschiedene Zugänge und Theorien zum Thema Alter. In der Literatur wird unter anderem vom biologischen, psychischen, kulturellen oder sozialen Ansatz zum Thema Alter gesprochen.

Des Weiteren wird auch vom kalendarischen Alter oder vom chronologischen Alter ausgegangen, das heisst, dass das Alter vom Geburtsdatum her errechnet wird und zum Beispiel juristische Konsequenzen hat - Volljährigkeit mit 18 Lebensjahren. Das kalendarische Alter ist eine Zahl, aber Menschen, die 70 Jahre alt sind, können sehr unterschiedlich sein. Die einen sind aktiv, noch im Berufsleben oder engagierte Grosseltern, sie reisen etc., andere Menschen sind auf Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen.

Lebensphasen, Entwicklungsstadien oder Altersstufen werden meistens mit gesellschaftlichen Ereignissen gekennzeichnet. Auf das Thema Alter bezogen wird hier das Erreichen des Rentenalters angesprochen, welches meistens zwischen dem 60. und 65. Altersjahr liegt. Hier beginnt ein neuer Lebensabschnitt und Menschen scheiden aus dem Erwerbsleben aus. Das biologische Alter bezieht sich auf Veränderungen des Körpers, jedoch sind diese individuell und hängen von vielen verschiedenen Faktoren ab, insbesondere von Lebensführung, Stress, Bewegung, Ernährung, aber auch genetisch bedingten Faktoren. Daher kann keine genaue Zahl genannt werden, ab wann jemand alt ist. Das subjektive Alterserleben wird oft in der Psychologie gebraucht, hier können bestimmte Lebensereignisse oder der Beginn von körperlichen Beschwerden der Auslöser dafür sein, dass sich jemand alt fühlt (Bernhard Nigg & Siegfried Steidl, 2014, S. 14). Dies kann jedoch auch wieder individuell differieren.

In der heutigen Zeit ist das Alter oft mit einem negativen Empfinden besetzt. Werbung und soziale Medien vermitteln, dass man jung sein soll, Falten und graue Haare will man nicht sehen. Der Stigma Ansatz entspricht diesem Bild. Unter „Stigmatisierung“ wird die Zuschreibung von meist negativ bewerteten Eigenschaften verstanden. Die Ursachen für die Alterung werden vorwiegend in den biologischen Veränderungen gesucht und die Bewertung dafür ist meistens negativ (van Dyk Silke, 2015, S.40).

In früheren Zeiten wurde der älteren Generationen aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrung sehr viel Respekt entgegengebracht. Die „Alten“ übernahmen wichtige Aufgaben in der Gemeinschaft. In der heutigen Zeit ist der grösste Teil auf die Jugend ausgerichtet. Gesundheit, Attraktivität und Leistungsfähigkeit sind wichtig. Mit zunehmenden Alter nehmen diese Eigenschaften ab, was bei älteren Menschen zu Selbstzweifeln führen und ein Gefühl

der Wertlosigkeit auslösen kann (ZÜFAM, 2010, S. 8), obwohl zahlreiche Rentner und Rentnerinnen noch sehr aktiv sind und viel unternehmen.

Die Gerontologie hat das Alter selbst in mehrere Lebensphasen eingeteilt, da die Lebenserwartungen steigen und auch die körperliche Leistungsfähigkeit länger anhält (Heinz Wieland, 2012, S.109). Als alt werden zum Teil Menschen bezeichnet, die 50 Jahre alt oder älter sind. Unterschieden wird zwischen „jungen Alten“, den Senioren und Seniorinnen, und den „alten Alten“, also den betagten Menschen. François Höpflinger (2014, S. 7) schreibt dazu, dass oft zwischen dem dritten und dem vierten Lebensalter unterschieden wird. Das dritte Lebensalter spricht meist die jüngeren Altersrentner und Rentnerinnen an, während man beim vierten Lebensalter hochaltrige Menschen meint.

Nachfolgend werden die Altersphasen von 50 plus bis zum Lebensende genauer beschrieben. Dies soll ein umfassendes Bild zum Thema Alter vermitteln. In den folgenden Kapiteln wird jedoch nur noch von Menschen im dritten und vierten Lebensalter gesprochen, denn um sie geht es in dieser Forschung.

2.1.1 Noch erwerbstätige Senioren (50 plus)

Dies sind Menschen, welche noch im Erwerbsleben stehen, jedoch auf der Schwelle zum Ruhestand sind. Durch Frühpension treten viele Menschen frühzeitig aus dem Erwerbsleben aus oder werden davon ausgeschlossen. Dieser Alter zeichnet sich auch dadurch aus, dass die eigenen Kinder ausziehen. Es zur Geburt der ersten Enkelkinder und dadurch zu einer neuen Altersrolle, der Grossmutter oder des Grossvaters kommt. Zudem werden diese Menschen oftmals mit dem Altwerden konfrontiert, wenn die eigenen Eltern pflegebedürftig werden oder sterben (ebd.). Diese Menschen sind jedoch immer noch sehr aktiv und in der Gesellschaft gut eingebunden. Auch körperlich geht es ihnen in den meisten Fällen gut und sie sind auf keine externe Unterstützung oder Pflege angewiesen.

2.1.2 Gesundes Rentenalter (drittes Lebensalter)

Diese Lebensphase zeichnet sich durch die Pensionierung aus. Durch den Ausbau der Altersvorsorge und eine gute finanzielle Absicherung können die Rentnerinnen und Rentner diese Zeit genießen, sie leben relativ gesund, ohne finanzielle Sorgen und können so ihr Leben autonom nach ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestalten. Diese Phase dauert unterschiedlich lange an. Durch ein aktives, produktives und kreatives Altern wird versucht, diese Menschen auch mehr in die gesellschaftliche Verantwortung einzubeziehen (Höpflinger, 2014, S. 8). Das dritte Lebensalter unterscheidet sich vom vierten vor allem dadurch, dass die Menschen körperlich und geistig noch fit sind. Das dritte Alter ist auch ein Konzept, welches der Lebensweise und dem Lebensstil der Mittelschicht zugeordnet werden kann. Der Übergang ins dritte Lebensalter ist nicht klar bestimmt, meistens findet er zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr statt. Jedoch ist dies im Rahmen der verschiedenen Lebensläufe, Lebensplanungen und Altersübergänge von Person zu Person anders (van Dyk, 2015, S. 22). Die Menschen leben selbstbestimmt, es kann aber sein, dass sie auf eine geringe Unterstützung angewiesen sind. Durch die Pensionierung kann es zu einem sozialen Rückzug kommen. Da Menschen durch die Gesellschaft stark über die Arbeit definiert werden, können sich pensionierte Menschen „nutzlos“ und nicht mehr gebraucht fühlen. Eine weitere Veränderung ist, dass die eigenen Kinder von zu Hause ausziehen, dies ist ebenfalls ein einschneidendes Moment für alle und kann zu einer Krise führen. Andere genießen hingegen die neu gewonnene Freiheit und Unabhängigkeit.

2.1.3 Lebensalter verstärkter Fragilisierung (viertes Lebensalter)

In dieser Phase treten Einschränkungen und Defizite auf, diese hängen oft von der beruflichen und persönlichen Biografie und den familiären Konstitutionen ab. Häufig zeigen sich Defizite und funktionelle Einschränkungen nach dem 80. Altersjahr. Dieses Alter wird auch gebrechliches Alter genannt. Es bedeutet nicht, dass diese Menschen nicht mehr selbstständig leben können, aber es ist nicht mehr so einfach. Die Menschen sind meistens noch geistig und kognitiv in guter Verfassung. Aber durch diverse körperliche Altersgebrechen wie Gehschwierigkeiten, Seheinbussen oder Hörverlust müssen sie ihre Alltagsaktivitäten

anpassen, zum Beispiel durch Verzicht auf lange Reisen oder das Autofahren. Im fragilen Alter sind angepasste Wohnformen wichtig (Höpfinger, 2014, S. 8). Das heisst, dass eine Wohnung mit Lift, eine Wohnung ohne Treppen oder eine Dusche anstelle einer Badewanne sinnvoll sind. In dieser Lebensphase veränderte sich der Gesundheitszustand schleichend. Daher kann nicht genau gesagt werden, wann jemand vom dritten ins vierte Lebensalter übertritt. Zudem werden körperliche und geistige Veränderungen individuell wahrgenommen und bewertet. Jedoch würde niemand eine 85-jährige geistig fitte und selbstständig lebende Person als „junge Alte“ bezeichnen (van Dyk, 2015, S. 23). Diese Menschen können weiterhin selbständig leben, sind aber vielleicht in gewissen Bereichen auf Unterstützung angewiesen, beispielsweise beim Duschen, Putzen oder Einkaufen.

2.1.4 Pflegebedürftigkeit und Lebensende

In dieser Lebensphase ist ein selbstständiges Leben fast nicht mehr möglich. Die Menschen sind für die alltäglichen Lebensaktivitäten auf die Hilfe und Unterstützung anderer Personen angewiesen. Oft wird diese Phase negativ bewertet. Zwar sind nicht alle Menschen gegen Ende ihres Lebens auf Pflege angewiesen, aber die Bedürftigkeit nimmt zu. Neben der Multimorbidität kommt das Risiko einer Demenz hinzu, denn Rund ein Drittel der über 90-Jährigen leidet an einer Demenz (Höpfinger, 2014, S. 8- 9). Diese Menschen leben selten zu Hause, sondern vorwiegend in Pflegeheimen.

Nachdem das Alter erklärt wurde, wird als nächstes das Thema Abhängigkeit genauer angeschaut.

2.2 Abhängigkeit

Im Alltag wird oft der Begriff Sucht und nicht Abhängigkeit verwendet. Abhängigkeit ist eine medizinisch anerkannte Diagnose. Sucht wird in der Literatur oft als Oberbegriff verwendet, ist jedoch nicht sehr spezifisch. Um die Entstehung einer Sucht oder Abhängigkeit zu erklären, gibt es verschiedene Ansätze. Ein Erklärungsansatz geben das Trias-Konzept oder Trias-Modell (epidemiologisches Dreieck), der psychoanalytische Ansatz, die genetische Veranlagung, das neurobiologische Modell, die Persönlichkeitspsychologie, das entwicklungspsychologische Konzept oder der soziologische Erklärungsansatz. Nachfolgend werden jedoch nur das Trias-Modell und das neurobiologische Modell genauer angeschaut. Für das Trias-Modell spricht, dass es die Person, die Substanz und das Umfeld genau betrachtet und davon ausgeht, es brauche mehrere Faktoren, damit es zu einer Abhängigkeit kommt. Durch das neurobiologische Modell wird erklärt, was im Körper und vor allem im Hirn passiert, wenn man Substanzen konsumiert, und wie es in der Folge zu einer Abhängigkeit kommen kann. Dieser Ansatz ist sehr gut erforscht.

Abhängigkeit hat oft physische, psychische, aber auch soziale Probleme und/oder Konsequenzen zur Folge. Auf dieses Folgen wird später in diesem Kapitel eingegangen. Eine Abhängigkeit ist eigentlich immer an eine Substanz gebunden. Bei Spielsucht spricht man von einer Abhängigkeit, welche nicht an einen Stoff gekoppelt ist.

2.2.1 Das Trias-Modell

Die Entstehung einer Abhängigkeit kann vielfältig sein. Einen Erklärungsansatz bietet das Trias-Modell (siehe Abbildung 3), welches die biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen genauer anschaut. Es braucht alle Ebenen, damit eine Abhängigkeit entstehen kann.

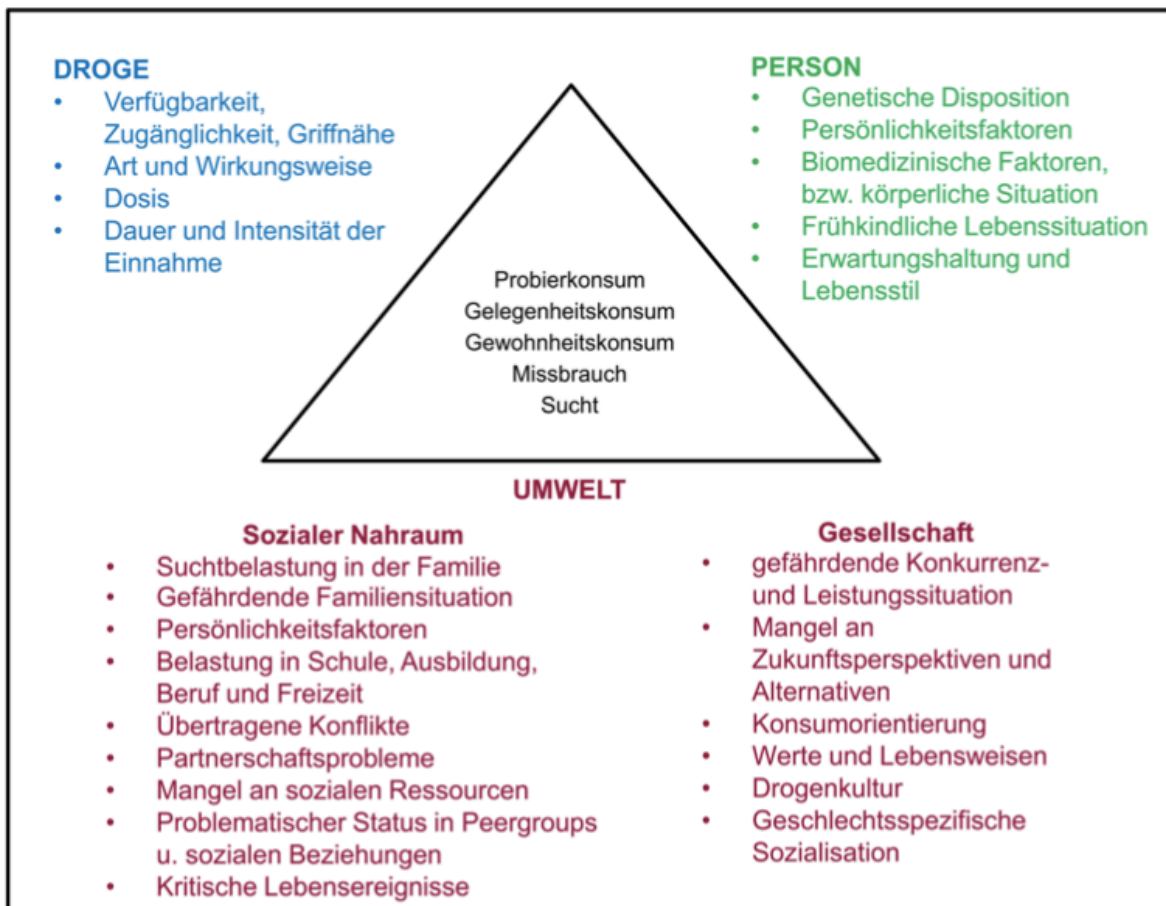


Abbildung 3: Modell der Sucht Trias (Quelle: Blum und Sting 2003, zit. in Sucht Schweiz 2013)

In der Mitte des Dreiecks steht die Sucht, welche wie bereits erwähnt auch als Abhängigkeit bezeichnet werden kann. Eine Abhängigkeit entsteht nicht beim ersten Konsum, meistens kommt diese schleichend.

Auf der linken Seite steht die Droge, also die Substanz oder das Suchtmittel, welche zur Abhängigkeit führen kann. Hier spielt vor allem die Verfügbarkeit eine Rolle. Massgeblich ist aber auch, wie schnell man abhängig wird und auf welche Art sie konsumiert wird. Die Substanzen können legal oder illegal sein.

Rechts steht die Person oder Persönlichkeit. Nicht jede Person, die eine bestimmte Substanz konsumiert, wird sofort abhängig. Neben der genetischen Disposition spielen auch die Frustrationstoleranz, eigene Ressourcen und Coping-Strategien, wie man mit schwierigen Lebenssituationen umgeht, eine wichtige Rolle. „Löst“ man Probleme mit Substanzen oder kennt man andere Möglichkeiten, wie man mit schwierigen Situationen umgeht? Auch Erfahrungen aus der Kindheit gemacht, können dafür relevant sein, ob eine Abhängigkeit entsteht oder nicht.

Die Umwelt beinhaltet wie schon gesagt den sozialen Nahraum. In welchem Umfeld lebt jemand, wie ist die familiäre Situation, welche Unterstützung hat die Person? Zudem spielen aber auch die Gesellschaft und die Politik eine wichtige Rolle dabei, wie die Substanz wahrgenommen wird. Alkohol zum Beispiel wird von der Gesellschaft akzeptiert, es gibt das Jugendschutzalter, aber ansonsten wird nicht viel zu dieser Thematik unternommen. Dass Medikamente abhängig machen können, ist den meisten Menschen bewusst, jedoch werden den Medikamenten meistens positive Wirkungen zugesprochen. Medikamentenabhängigkeit ist in der Gesellschaft noch immer ein Tabuthema.

2.2.2 Das neurobiologische Modell

Ein weiterer wichtiger Erklärungsansatz der Abhängigkeit ist das neurobiologische Modell. Dieses Erklärungsmodell begründet die Entstehung einer Abhängigkeit durch Stoffwechselfvorgänge im Gehirn (Helmut Kuntz, 2009, S. 34). Dabei spielen das dopaminerge Verstärkungs- oder Verhaltensmodifikationssystem, welches auch als „Belohnungssystem“ bezeichnet wird, und das Suchtgedächtnis eine wesentliche Rolle (Wolter, 2011, S. 55). Das Belohnungssystem, auch Reward-System genannt, hilft überlebensnotwendige Handlungen mit einer angenehmen Empfindung zu versehen. Damit wird sichergestellt, dass lebensnotwendige Tätigkeiten wie zum Beispiel Essen und Trinken, aber auch die Sexualität weitergeführt werden (Monika Vogelsang, 2007, S.28). Menschen empfinden weitere Erlebnisse als „Belohnung“, beispielsweise Erfolgserlebnisse, kulturelle Annehmlichkeiten wie Musik oder das Beenden eines unangenehmen Befindens. Bei allen diesen Ereignissen wird Dopamin freigesetzt (Wolter, 2011, S. 56). Dopamin ist ein Neurotransmitter, also ein chemischer Botenstoff, welcher die Signalübertragung zwischen zwei Nervenzellen sicherstellt. Drogen, aber auch Medikamente wie Benzodiazepine führen zu einer Dopaminausschüttung, ohne dass der betroffene Mensch etwas dafür leisten musste. Die Wirkung auf das Belohnungssystem ist meistens viel schneller, stärker und angenehmer als auf die ursprüngliche Weise. Durch diese Sinneseindrücke können unter Umständen suchtspezifische Verhaltensweisen beginnen.

Eine Abhängigkeitsentwicklung geschieht dadurch, dass durch die Substanzen eine viel grössere Menge an Dopamin ausgeschüttet wird und zusätzlich bei jeder wiederholten

Einnahme dieser Substanz wieder mehr Dopamin und andere Neurotransmitter freigesetzt werden. Dadurch werden Verhaltensmuster im Zusammenhang mit der Substanzeinnahme laufend verstärkt und so eingeübt, dass es zu einem Zwang führt (Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, 2009).

Der regelmässige Substanzen Konsum führt zu einer verminderten Ausschüttung von Dopamin bei lebensnotwendigen Tätigkeiten wie Essen und Trinken, Sport, Orgasmus etc., dadurch ist der Organismus auf die positive Wirkung der zugeführten Substanz angewiesen (Wolter, 2011, S. 57). Das Belohnungssystem ist umprogrammiert, dadurch verstärkt sich das Suchtverhalten.

2.2.3 Einteilung nach ICD 10

Wie oben beschrieben wurde, kann ein Abhängigkeitssyndrom durch die wiederholte Einnahme von psychotropen Substanzen entstehen. Das Abhängigkeitssyndrom wird durch verschiedene körperliche, verhaltensbezogene und/oder kognitive Erscheinungen beschrieben.

Die Abhängigkeit oder das Abhängigkeitssyndrom wird medizinisch durch die Weltgesundheitsorganisation WHO nach ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) als eine Krankheit definiert. Nach dem ICD-10-GM 2017 (2016) findet man unter dem Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen den Punkt F 13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, darunter ist unter F 13.2 das Abhängigkeitssyndrom zu finden (S. 184). Des Weiteren steht dazu geschrieben, dass es sich um Einheiten von verhaltensbedingten, kognitiven und körperlichen Erscheinungen handelt, welche sich nach regelmässigem und mehrmaligem Substanzgebrauch entwickeln (S. 181).

Wolter (2011) schreibt dazu: Nach ICD-10 liegt eine Abhängigkeit vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb von 12 Monaten gegeben sind:

- Starker Wunsch nach Konsum des Mittels („Craving“, Suchtdruck)
- Verminderte Kontrolle über den Konsum

- Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer Interessen, hoher Zeitaufwand für Konsum
- Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen (S. 50-51).

Entzugssymptome sind zu beobachten, wenn eine plötzliche Unterbrechung oder eine starke Reduktion der Einnahme einer bestimmten Substanz erfolgt, welche vorher über längere Zeit eingenommen wurde. Dabei können folgende Symptome auftreten (Karin Elsesser & Gudrun Sastory, 2001):

- Zittern der Hände
- Übelkeit und Erbrechen
- Beschleunigter Herzschlag
- Innere Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Schwäche oder Krankheitsgefühl
- Krampfanfälle
- Vorübergehende Halluzinationen
- Kopfschmerzen
- Paranoide Vorstellungen (S.14)

Unter Toleranzentwicklung versteht man die Gewöhnung an eine Substanz. Die normale Dosierung bringt nicht mehr den gewünschten Effekt und die Person braucht mehr von dieser Substanz, damit die erwünschte Wirkung eintritt.

2.3 Symptome bei älteren Menschen

Bei älteren Menschen kann man die oben genannten Symptome nicht immer so einfach und direkt erkennen und es fällt daher schwer eine Abhängigkeit festzustellen. (Wolter, 2011, S. 51-52) hat daher die Kriterien angepasst.

Vernachlässigungen von Verpflichtungen: Aktivitäten des täglichen Lebens werden nicht mehr oder nur dürftig wahrgenommen, der Haushalt wird nicht mehr gemacht, die Menschen pflegen sich nicht mehr richtig – wichtig dabei ist, dass man den Gesundheitszustand der Person beachtet, also keine körperlichen Gebrechen vorliegen.

Konsum, der gefährlich ist: Ältere Menschen haben einen anderen Lebensstil, daher sollte dieses Kriterium auf ihre Lebenswelt herunter gebrochen werden. Gefährliche Situationen könne hier zum Beispiel Treppen steigen oder Kochen (Kochherd nicht abstellen) sein.

Gebrauch wird trotz sozialer oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten fortgesetzt: Da ältere Menschen oft nicht mehr so viele soziale Kontakte haben, ist dies schwer zu erkennen.

Körperlicher Entzug: Zittern, Schwitzen und Schlafproblem können Entzugssymptome, aber die auch eine Folge einer körperlichen Erkrankung sein.

Toleranz: Hier können eine körperliche Erkrankung oder andere Medikamente eine Beurteilung erschweren.

Vernachlässigung von Interessen: Es kann sein, dass Menschen durch körperliche Gebrechen in ihren Aktivitäten eingeschränkt sind. Möglich ist auch, dass eine depressive Störung vorliegt, allerdings kann aber ein Beruhigungsmittel Missbrauch vorliegen und dazu führen, dass die Person nicht mehr so aktiv ist.

Substanzkonsum wird trotz schädlichen Folgen für Körper, Psyche und soziale Kontakte fortgesetzt: Durch einen zurückgezogenen Lebensstil ist dieses Kriterium schwer zu beurteilen, es könnte auch fälschlicherweise eine Demenz vermutet werden.

Grosser Zeitaufwand für die Medikamentenbesorgung: Medikamentenabhängige Menschen gehen zum Teil zu verschiedenen Ärzten und Ärztinnen, damit sie ihre Medikamente erhalten, und brauchen daher für die Beschaffung viel Zeit.

Da ein stetiger biologischer Abbau und zum Teil auch ein geistiger Abbau bei älteren Menschen stattfindet, ist es oft schwer festzustellen oder zu unterscheiden, ob eine

Medikamentenabhängigkeit besteht oder ob eine Krankheit wie zum Beispiel eine depressive Störung oder Demenz vorliegt. Es macht daher Sinn, genauer hinzuschauen und zu beobachten.

2.4 Schutz- und Risikofaktoren

Wie bereits im Trias-Modell gibt es verschiedene Faktoren, welche eine Abhängigkeit begünstigen, diese können auch als Risikofaktoren bezeichnet werden. Es handelt sich um Eigenschaften, welche ein Problemverhalten erhöhen können. Je mehr Risikofaktoren zusammenkommen, desto höher ist die Gefahr, dass eine Abhängigkeit entsteht (Sucht Schweiz, 2013).

Beispiele für Risikofaktoren laut Sucht Schweiz (2013) und Institut Suchtprävention (2016):

- Fehlende Ressourcen zur Bewältigung von Krisen
- Isolation in der Familie, Gemeinde, geringer sozialer Zusammenhalt, mangelnde soziale Kontrolle
- Armut
- Missbrauchs- und Gewalterfahrung
- Leichte Erhältlichkeit der Substanz
- Genetische Risikofaktoren

Daneben gibt es aber auch Schutzfaktoren. Diese sollen die Risikofaktoren minimieren und zum Verbessern und Erhalten des Wohlbefindens und einer guten Lebensqualität beitragen. Es können nicht alle Schutzfaktoren beeinflusst werden, jedoch sollte versucht werden, diese zu fördern und stärken. Schutzfaktoren sind in der Familie, der Gemeinde, der Gesellschaft und in der eigenen Person vorhanden (Sucht Schweiz, 2013).

Beispiel für Schutzfaktoren nach Sucht Schweiz (2013) und Institut Suchtprävention (2016) sind:

- Hoher Selbstwert
- Positive soziale Beziehungen
- Möglichkeiten zur Teilhabe und Integration in der Gesellschaft und in der Gemeinde
- Positive Werte und Normen und deren Umsetzung
- Familiärer Rückhalt
- Möglichkeiten zur aktiven Lebensgestaltung

2.5 Faktoren, die eine Medikamentenabhängigkeit im Alter begünstigen

Wie bereits oben erwähnt, gibt es Schutz- und Risikofaktoren, welche eine Abhängigkeit begünstigen. Diese Faktoren werden nun genauer mit Blick auf das Alter angeschaut. Medikamentenabhängigkeit wird oft als eine heimliche Sucht, Alterssucht, Frauensucht oder iatrogene Abhängigkeit (durch den Arzt, die Ärztin verursacht) bezeichnet (Elsesser & Sartory, 2001, S. 3).

Der Verlust des Partners, der Partnerin kann zu einer Isolation und oft zum späten Beginn einer Abhängigkeit von Alkohol, Tabak oder Medikamenten führen. Ziel- und Sinnleere können ein Auslöser für die Abhängigkeit sein (Andreas Kutschke, 2012, S. 59).

Verschiedene negative Gefühle im Alter wie Nutz- und Wertlosigkeit, die Angst vor Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit, aber auch vor Einsamkeit, körperlichen Krankheiten oder dem Tod, machen ältere Menschen anfällig für angstlösende oder schlaffördernde Medikamente (Bernadette Ruhwinkel, 2009, S. 18). ZÜFAM (2010) schreibt dazu noch, dass oft ein Problembewusstsein bezüglich der Gefahr einer Langzeiteinnahme von Medikamente fehlt. Die Pensionierung ist ein weiterer Risikofaktor, hier fallen die beruflichen Kontakte weg und es beginnt eine neue Lebenssituation. Aber auch misslungene Anpassungsprozesse an das Alter, Selbstzweifel und das Gefühl der Nutzlosigkeit können eine Abhängigkeit begünstigen (S. 9).

Die folgende Abbildung soll verdeutlichen wie im Alter eine Abhängigkeit entstehen kann.

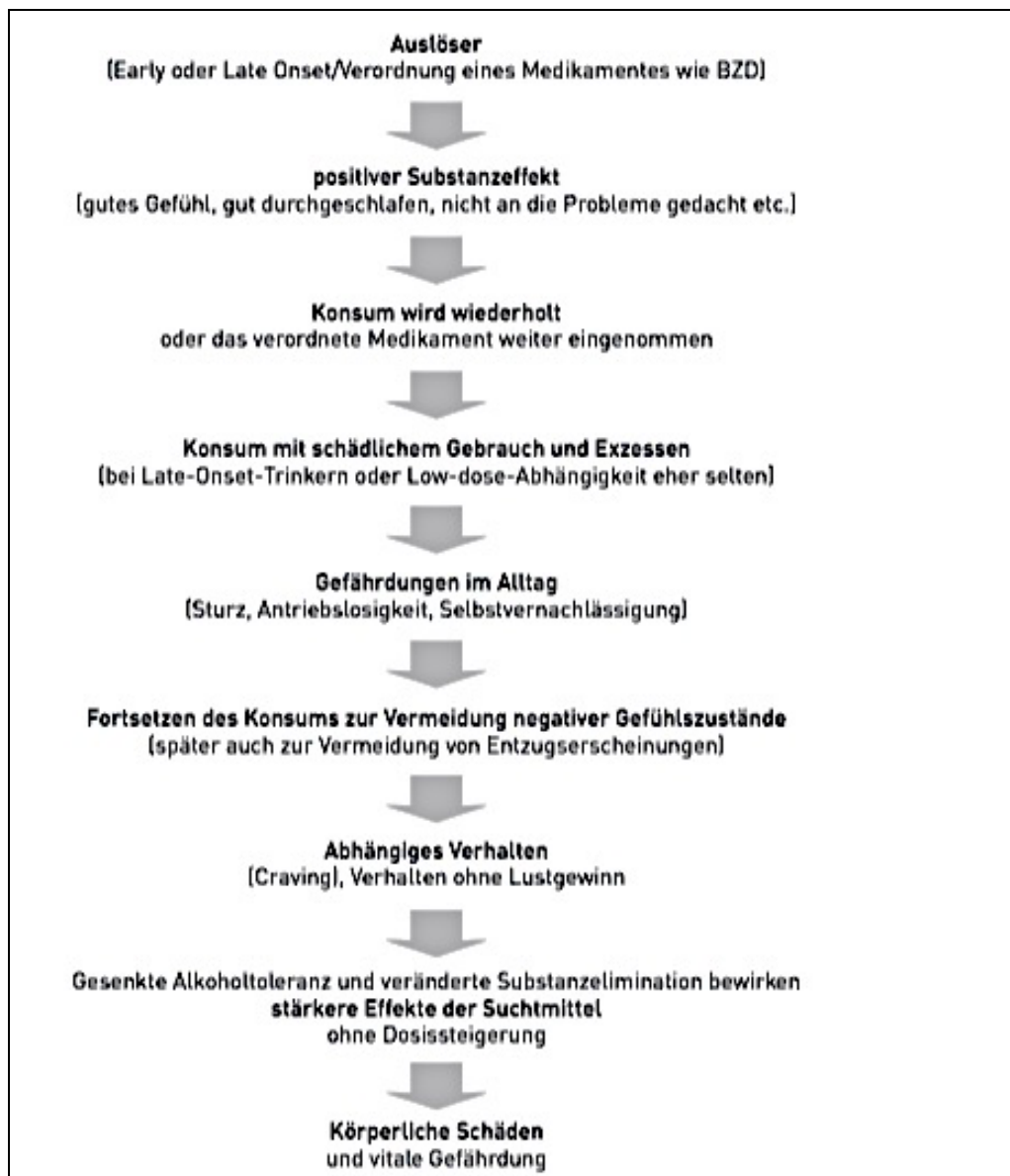


Abbildung 4: Entstehung einer Abhängigkeit (Quelle: Kutschke, 2012, S. 60, nach Wolter modifiziert)

Die Abbildung zeigt, welche positiven Effekte am Anfang einer Abhängigkeit im Vordergrund stehen. Aufgezeigt werden auch die Einschränkungen, welche eine Person mit der Zeit hat. BZD ist die Abkürzung für Benzodiazepine, welche im nächsten Unterkapitel erklärt werden. Die Low- Dose-Abhängigkeit zeichnet sich dadurch aus, dass die Dosis des Medikamentes nicht gesteigert wird und immer noch im Verordnungsbereich liegt, jedoch wird das Medikament regelmässig eingenommen und ein plötzliches Absetzen des Medikamentes würde zu Entzugserscheinungen führen. Die typische Dosissteigerung zeigt sich bei dieser Form der Abhängigkeit nicht (Kutschke, 2012, S. 215).

Unter „early onset“ versteht man Menschen die schon seit Jahrzehnten einen schädlichen Alkoholmissbrauch aufweisen. Es zeigen sich starke Schäden des und diese werden im Alter immer deutlicher. „Late-onset“ bedeutet, dass die Abhängigkeit im Alter angefangen hat und durch ein kritisches Lebensereignis wie zum Beispiel den Verlust des Partners beziehungsweise der Partnerin ausgelöst wurde (Helena Sieniawski, 2013, S. 214).

Nicht vergessen darf man, dass sich der Körper im Alter verändert. Dies ist ein weiterer Faktor welcher eine Abhängigkeit begünstigt. Durch einen erhöhten Fettanteil im Körper und einen geringeren Wasserhaushalt wird der Stoffwechsel verlangsamt, dadurch verlangsamt sich auch der Abbau von Medikamenten im Körper (Ruhwinkel, 2009, S. 19). Dadurch, dass im Körper weniger Wasser vorhanden ist, werden die Wirkstoffe nicht mehr so stark verdünnt und anders verteilt. Weitere Veränderungen im Organismus führen dazu, dass im Magen und Darm Wirkstoffe verzögert aufgenommen werden, durch eine verminderte Herzleistung werden die Wirkstoffe nicht mehr gleich schnell und gut im Organismus im Körper verteilt. Auch findet in der Leber und in den Nieren ein verlangsamer Abbau der Medikamente statt (Kutschke, 2012, S. 138). Dies kann dazu führen, dass die Wirkstoffe länger im Körper bleiben, kumulieren und ältere Menschen daher besonders empfindlich auf Medikamente reagieren.

2.6 Schlaf- und Beruhigungsmittel

Beruhigungsmittel, auch Anxiolytika oder Tranquilizer genannt, wirken angstlösend und beruhigend. Sie werden bei Spannungszuständen, Unruhe, innerer Unausgeglichenheit, Erregungen und Verstimmungen verschrieben, durch ihre dämpfende und beruhigende (sedierende) Wirkung werden sie oft auch bei Schlafstörungen eingesetzt (Hans-Bernd Rotenhäusler & Karl-Ludwig Täschner, 2013, S. 264).

Schlafmittel, Sedativa oder Hypnotika sind schlaffördernde Medikamente, welche bei Schlafstörungen eingesetzt werden. Schlaf- und Beruhigungsmittel haben oft die gleichen Inhaltsstoffe, jedoch ist der Wirkstoff verschieden stark dosiert (Wolfgang Ilge, Peter Lehle, Frauke Repschläger & Till Fuxius, 2015, S. 145).

Hauptinhaltsstoffe von Schlafmitteln waren meistens Barbiturate. Diese wurden vor allem bei hartnäckigen Schlafstörungen verschrieben, bei diesen Wirkstoffen kam es sehr schnell zu

einer Toleranzbildung und die Dosis musste erhöht werden (Täschner, Karl Ludwig, 2002, S. 114).

Daher wurden in den 1960er-Jahren Sedativa/Hypnotika mit den Inhaltsstoffen Barbiturate, Carbamate und Bromharnstoffe wegen ihres hohen Abhängigkeitspotenzial weitgehend durch den Inhaltsstoff Benzodiazepin ersetzt. Da dieser Wirkstoff als eine sicherere Wahlmöglichkeit galt, welcher nicht zu einer Abhängigkeit führen sollte. Benzodiazepin wirkt sedierend und schlafanstossend (Täschner, 2002, S. 115). Benzodiazepine wurden auch wegen ihrer grossen therapeutischen Breite gerne eingesetzt, zudem sind Benzodiazepine als Suizidmittel grösstenteils unbrauchbar (Michael Soyka, 2016, S. 66). Zwischenzeitlich sind Benzodiazepine jedoch die zahlreichste Ursache für eine Medikamentenabhängigkeit (Elsesser & Sartory, 2001, S. 8), da auch Benzodiazepine zu einer Toleranzbildung und einer darauffolgenden Dosissteigerung führen (Täschner, 2002, S. 116). Benzodiazepin ist der Überbegriff des Hauptwirkstoffs, die Wirkstoffe haben verschiedene Namen. Bekannte Medikamente mit Benzodiazepin als Wirkstoff sind Temesta, Dormicum, Mogadon oder Rohypnol (ebd.).

Weitere bekannte Schlafmittel, welche jedoch nicht zu der Gruppe der Benzodiazepine gehören, sind Zolpidem oder Stilnox, ihr Inhaltsstoff ist Zolpidemtartrat, die Wirkung ist jedoch ähnlich wie bei den Benzodiazepinen (Täschner, 2002, S. 117).

Risiken dieser Medikamente sind eine erhöhte Unfallgefahr durch Müdigkeit, Gleichgewichtsstörungen und einer verringerten Bewegungskontrolle. Bei einer Überdosierung kann es zu Gedächtnisstörungen, verminderter Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit kommen (Singerhoff, 2002, S. 188).

Vor allem bei älteren Menschen kann es zu Konzentrationsstörungen, aber auch Muskelschwäche, Schwindel und Verwirrheitszuständen kommen. Eine weitere Nebenwirkung kann der „Hang-over“-Effekt am Morgen sein. Des Weiteren kann die Einnahme von Benzodiazepinen zu einer Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens bis zu Gedächtnislücken führen. Benzodiazepine können aber auch paradox wirken. Dies kann sich durch Erregungszustände, erhöhte Angst, Schlaflosigkeit, Hyperaktivität und aggressives Verhalten zeigen. Ältere Menschen reagieren deutlich sensibler als jüngere Menschen auf Benzodiazepine. Unklar ist, ob Benzodiazepine bei einer längeren Einnahme zu einer Beeinträchtigung der neuropsychologischen Funktionen und Hirnatrophien führen können (Soyka, 2016, S. 70-71).

Es sollte nun klar sein, was Alter bedeutet, welche Zugänge es dazu gibt und wie Alter definiert wird. In dieser Arbeit interessieren vor allem das dritte und das vierte Lebensalter. Der Begriff Abhängigkeit wurde erläutert und dargelegt, wie es im Alter zu einer Medikamentenabhängigkeit kommen kann. Es sollte auch verständlich sein, was Beruhigungs- und Schlafmittel sind.

Schutz- und Risikofaktoren sind wichtige Bestandteile, welche eine Abhängigkeit verhindern respektive fördern können. Schutz- und Risikofaktoren spielen zudem eine wesentliche Rolle bei der Prävention. Das leitet zum nächsten Kapitel über, in diesem werden die verschiedenen Formen der Prävention, aber auch die Gesundheitsförderung genauer angeschaut.

3 Prävention und Gesundheitsförderung

Dieses Kapitel soll einen Überblick zum Thema Prävention geben. Was wird unter Prävention verstanden und wo liegt der Unterschied zur Gesundheitsförderung? Wenn von Prävention gesprochen wird, wird oft auch die Gesundheitsförderung genannt. Die beiden Begriffe können weder in der Theorie noch in der Praxis total voneinander getrennt werden (Stefan Pohlmann, 2016, S.16). Das folgende Kapitel soll die Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung aufzeigen und einen Überblick über die verschiedenen Präventionsarten geben.

Prävention geht auf den lateinischen Begriff „*praevenire*“ zurück, der zuvorkommen, verhüten bedeutet (Institut Suchtprävention, 2016). Damit werden vorbeugende Massnahmen bezeichnet, welche ein unerwünschtes Ereignis, einen Zustand oder eine Entwicklung vermeiden sollen. Nach wissenschaftlichen Definitionen wird unter Prävention auch Krankheitsverhütung verstanden (Ulla Walter, Uwe Flick, Anke Neuber, Fischer Claudia & Friedrich-Wilhelm Schwartz, 2006, S. 121). Prävention ist ein Überbegriff, je nachdem, wo die Prävention ansetzt, wird sie anders bezeichnet.

Die Prävention kann nach dem Zeitpunkt, in welchem eingeschritten wird, differenziert werden. Die Prävention wird so in Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention eingeteilt.

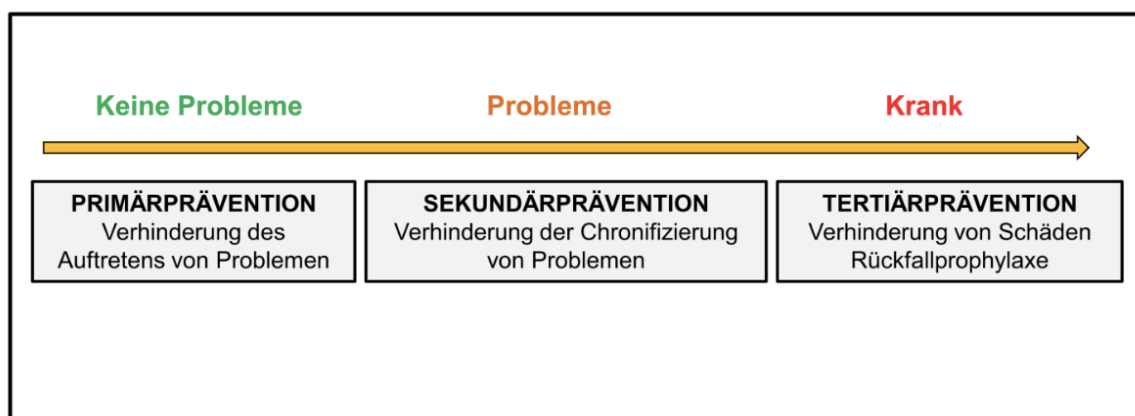


Abbildung 5: Gliederung der Prävention nach Zeitpunkt der Intervention (Quelle: Sucht Schweiz, 2013)

3.1 Primärprävention

Die Primärprävention setzt vor dem Auftreten einer Krankheit oder eines Problems an. Die Adressaten und Adressatinnen für primärpräventive Massnahmen sind gesunde Menschen oder Menschen ohne manifeste Symptome. Als primärpräventive Massnahmen bezeichnet man zum Beispiel Impfungen, Handlungen oder Interventionen zur Prävention von Drogenkonsum (Anja Leppin, 2010, S. 36).

Durch die Primärprävention sollen die Anzeichen einer Erkrankung minimiert werden. In der Arbeit mit Sucht- oder Abhängigkeitserkrankungen wird darunter die „allgemeine Prophylaxe an unselektierten Personengruppen“ verstanden. Des Weiteren werden Massnahmen, welche eine Veränderung von gesellschaftlichen Risikofaktoren vorsehen, als Primordialprävention bezeichnet (Ilse Exner-Kryspin & Nina Pintzinger, 2010, S. 25).

3.2 Sekundärprävention

Sekundärprävention beschäftigt sich mit der frühzeitigen Erkennung von Symptomen. Ziel ist eine Verbesserung der Problematik. Durch die Sekundärprävention sollen Krankheiten im Frühstadium erkannt und frühzeitig eingedämmt werden. Pathogenetische Prozesse haben hier meistens schon begonnen, ohne dass sie von den Betroffenen wahrgenommen werden. Beispiele dafür sind Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen wie zum Beispiel die Mammographie, aber auch Programme für Jugendliche, welche bereits Drogenerfahrungen gemacht haben. Hier ist das Ziel, dass die Jugendlichen keine Abhängigkeit entwickeln. Bei der Sekundärprävention werden Personen angesprochen, die gesund sind oder keine Symptome zeigen, durch diagnostische Massnahmen aber zu Patienten werden (Leppin, 2010, S. 36). Bezüglich des Themas Abhängigkeit und Sucht ist Sekundärprävention eine Prophylaxe an Hochrisikogruppen bevor sich eine Abhängigkeit entwickelt haben (Exner-Kryspin & Pintzinger, 2010, S. 25).

3.3 Tertiärprävention

Die Grenzen zwischen Tertiärprävention und Frühintervention vermischen sich. Bei der Tertiärprävention geht es um die Behandlung einer manifesten Erkrankung oder eines Zustandes und darum, Rückfälle zu verhindern. Ziel ist, eine Verschlimmerung einer Krankheit oder eines Zustandes zu verhindern. Dies geschieht meistens durch die Behandlung der Symptome oder die kurative Behandlung von Erkrankungen. Gewisse Konzepte sprechen von Tertiärprävention, wenn Interventionen darauf abzielen, dass es zu keinen bleibenden sozialen Funktionseinbußen kommt (Walter et al. 2006, S 122). In dieser Stufe kommt es oft zu Begriffsüberschneidungen zwischen medizinisch-therapeutischen Massnahmen und der Behandlung. Es ist eine Frage der Perspektive und der Ziele, ob eine Massnahme als „präventiv“ oder als „kurativ-therapeutisch“ bezeichnet wird (Leppin, 2010, S. 36).

3.4 Frühintervention

Unter Frühintervention werden pädagogische, beratende, therapeutische oder medizinische Massnahmen bezeichnet, welche in einer möglichst frühen Stufe der Problementwicklung eingesetzt werden. Frühinterventionen starten dann, wenn eine Gefährdung einer einzelnen Person oder einer Gruppe festgestellt wird. Im Suchtbereich soll die Frühintervention einem problematischen Konsum oder einer Abhängigkeit entgegenwirken (infodrog, 2017).

Eine weitere Unterteilung von Prävention ist die Prävention nach Zielgruppe.



Abbildung 6: Gliederung der Prävention nach Zielgruppen (Quelle: Sucht Schweiz, 2017)

3.5 Universelle Prävention

Universelle Prävention wendet sich an die Gesamtbevölkerung oder an eine unbestimmte Personengruppe. In Bezug auf das Thema Medikamentenabhängigkeit könnten alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen vor der Pensionierung angesprochen werden. Die Strategien verzichten auf eine Kriterien bezogene Auswahl ihrer Zielgruppe, sie versuchen flächendeckend zu intervenieren und alle zu erreichen (Leppin, 2010 S. 37). Beispiele von universeller Prävention sind mediale Kampagnen, Projekte mit Gemeinden oder Schulen (Sucht Schweiz, 2017), suchtpreventive Vorträge, Massnahmen am Arbeitsplatz oder die Abgabe von Informationsmaterial (Institut Suchtprävention, 2016).

3.6 Selektive Prävention

Die selektive Prävention richtet sich an Personen, die Risikofaktoren aufweisen, jedoch noch nicht erkrankt sind (Leppin, 2010, S. 37), oder die ein überdurchschnittlich hohes Risiko für eine Abhängigkeit oder einen Substanzmissbrauch zeigen (Institut Suchtprävention, 2016). Menschen dieser Gruppe sind gesund. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass eine spätere Abhängigkeitsentwicklung aufgrund empirisch bestätigter Risikofaktoren erhöht ist,

dies gilt zum Beispiel für Kinder von alkohol- oder drogenabhängigen Eltern (Sucht Schweiz, 2017).

3.7 Indizierte Prävention

Indizierte Prävention richtet sich an Personen, die bereits ein deutliches Risikoverhalten aufzeigen. Diese Zielgruppen sind einem besonders hohen Abhängigkeitsrisiko ausgesetzt. Eine dieser Zielgruppe wären zum Beispiel Jugendliche oder junge Erwachsene, welche am Wochenende regelmässig übermässig Alkohol konsumieren (Institut Suchtprävention, 2016). In Bezug auf Medikamentenabhängigkeit im Alter wären dies ältere, alleinstehende Frauen, welche kein grosses soziales Netz haben.

Die Übergänge sind nicht trennscharf zu differenzieren, sondern fliegend. Im besten Fall bauen universelle, selektive und indizierte Prävention aufeinander auf und ergänzen sich (Sucht Schweiz, 2017).

3.8 Verhaltensprävention

Bei der Verhaltensprävention handelt es sich um Massnahmen, die sich an die einzelnen Menschen richten. In Anbetracht des Trias-Modells der Suchtentstehung setzt die Verhaltensprävention bei der Person an. Die Massnahmen haben das Ziel, das Wissen, die Einstellung, die Motivation und das Verhalten einer einzelnen Person oder einer bestimmten Adressatengruppe zu beeinflussen. Um sich für ein Verhalten zu entscheiden oder dieses zu verändern, braucht der Mensch Wissen und Informationen. Das Wissen alleine reicht nicht, die Person muss auch motiviert sein, um ihr Verhalten zu ändern. Damit eine Veränderung erfolgreich gelingt, braucht die Person auch entsprechende Kompetenzen, wie sie Frust verarbeitet wird oder Probleme bewältigt werden (siehe Abbildung7). Wichtige Anliegen der Verhaltensprävention sind die Stärkung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten, aber auch die Stärkung des Selbstvertrauens (ebd.).

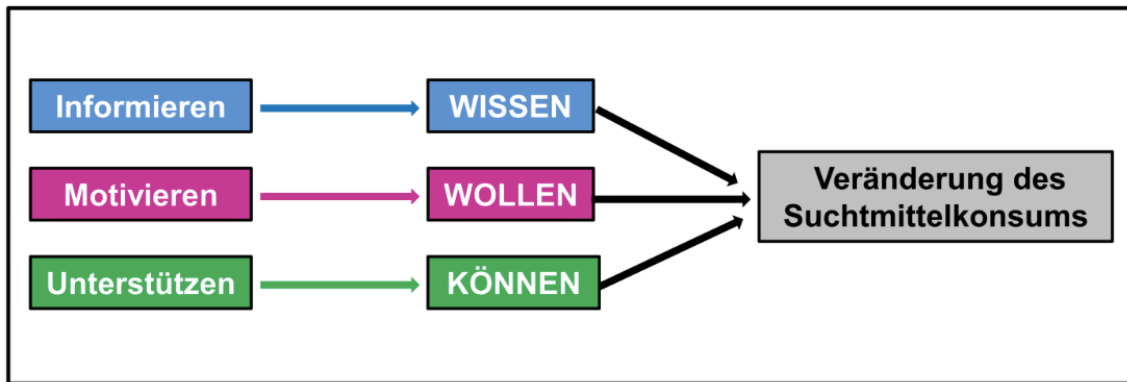


Abbildung 7: ABC der Verhaltensprävention (Quelle: Sucht Schweiz, 2013)

Beispiele dazu sind:

- Programme zur Entwicklung von Selbst- und Sozialkompetenz
- Peer-Involvement Ansätze
- Mass mediale Kampagnen

3.9 Verhältnisprävention

Verhältnispräventive Massnahmen sind umgebungsorientierte Massnahmen. Ziel ist, eine Veränderung in der Umwelt oder den Strukturen um die Zielgruppe herum zu erlangen. Dabei sollen Gesundheitsrisiken in der Lebens- oder Arbeitswelt oder Umwelt kontrolliert, reduziert oder falls möglich beseitigt werden. Im Zentrum der strukturorientierten Suchtprävention stehen beispielsweise die Verringerung des missbräuchlichen Konsums sowie die Reduktion der Verfügbarkeit wie auch die Nachfrage von Suchtmitteln (Sucht Schweiz, 2013). Verhältnisprävention findet oft auch durch politische Entscheide statt. Gesetzliche Vorgaben sind zum Beispiel die Beschränkung von Öffnungszeiten oder die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln durch Altersvorgaben oder Werbebeschränkungen. Daneben hat die Verhaltensprävention aber auch das Ziel, dass gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zum Beispiel an Arbeitsplätzen oder in der Schule geschaffen werden. Wie effektiv und effizient die Verhältnisprävention ist, ist schwer zu evaluieren, da die Verhaltens- und die Verhältnisprävention in einer gegenseitigen Beziehung zueinanderstehen (ebd.).

3.10 Gesundheitsförderung

Die WHO definiert Gesundheit folgendermassen: „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946, zit. in Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch, 2010, S. 13).

1986 verabschiedete die WHO die Ottawa Charta, in welcher steht, dass die Menschen befähigt werden sollen, ihre Gesundheit bewusst zu verbessern, indem sie lernen, mehr Einfluss auf ihre Gesundheit und Wohlbefinden zu entwickeln (Institut Suchtprävention, 2016). Neben diesen Für- und Vorsorgemassnahmen müssen aber auch soziale und politische Aktivitäten ausgearbeitet werden, damit die Menschen die Möglichkeit haben, ihre Gesundheit zu erhalten respektive wiederherzustellen (Martina Block, Hella von Unger & Michael T. Wright, 2010, S. 36). Damit ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden erreicht werden kann, ist es wichtig, dass nicht nur die Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen einer einzelnen Person, sondern auch die Bedürfnisse und Wünsche von Gruppen erkannt und befriedigt werden. Dazu gehört auch, dass die Umwelt verändert werden kann (Institut Suchtprävention, 2016). Ziel der Gesundheitsförderung ist also, dass alle Menschen Zugang zu den notwendigen Informationen erhalten und so befähigt werden, persönliche Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit zu treffen, und sie in ihren individuellen Fähigkeiten so gestärkt werden, dass sie ihr Leben besser bewältigen können. Ressourcen und folglich Schutzfaktoren sollen gestärkt werden.

Zudem hat auch die Politik einen Auftrag. Grundsätze einer gesundheitsfördernden Politik sind: Empowerment, Ressourcenorientierung, Teilhabe, Nachhaltigkeit und der Auf- und Ausbau von sozialen Netzwerken (ebd.).

Der Begriff Empowerment bedeutet „Ermächtigung“ oder „Bevollmächtigung“, damit werden Strategien und Massnahmen bezeichnet, welche die Autonomie und Selbstbestimmung im Leben eines Individuums oder einer Gruppe erhöhen sollen. Empowerment soll ihnen die Möglichkeit geben, ihre Interessen selbst zu vertreten und gestalten. Dabei geht es um die eigene Befähigung, aber auch um Prozesse in Gruppen bis hin zu einer gemeinsamen Handlungsfähigkeit (Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich, 2009, S. 15).

Am wirkungsvollsten ist Gesundheitsförderung, wenn verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Massnahmen miteinander verknüpft werden (Thomas Altgeld & Petra Kolip, 2010, S. 47).

3.11 Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

Präventionsziel im Alter sind die Erhaltung der funktionellen Unabhängigkeit, das Erhalten einer selbstständigen Lebensgestaltung und Führung sowie das Vermeiden psychischer Krankheiten aufgrund von Überforderungen (Andreas Kruse, 2010, S. 88).

Gesundheitsförderung im Alter bedeutet, die vorhandenen Ressourcen zu erhalten und falls möglich zu verbessern, aber auch Fähigkeiten, die verloren gegangen sind, wieder zu erlernen, daneben auch psychosoziale Diskriminierungen durch körperliche Einschränkungen zu hemmen oder gar nicht erst entstehen zu lassen (Hans Peter Meier- Baumgartner, Ulrike Dapp & Jennifer Anders, 2006, S. 32).

3.12 Fazit

Es zeigt sich, dass es viele verschiedene Ansätze und Arten der Prävention gibt. Je nachdem wo angesetzt wird, wird die entsprechend passende Präventionsart gewählt.

Im zweiten Kapitel wurde dargelegt, dass es verschiedene Erklärungsansätze für die Entstehung einer Abhängigkeit gibt. Das Trias-Modell zeigt auf, dass es immer verschiedene Ursachen und Einflussfaktoren dazu braucht. Mit diesem Wissen ist klar, dass Prävention nicht nur bei einer Person, sondern auch im Umfeld oder auf politischer, gesellschaftlicher Ebene ansetzen muss.

Die Soziale Arbeit erfasst eine Situation ganzheitlich, sie konzentriert sich nicht nur auf die einzelne Person oder auf das Umfeld. Sie nimmt den Menschen in seinem Umfeld wahr. Durch dieses Erkennen und Wissen ist es sinnvoll, wenn die Soziale Arbeit Präventionsarbeit leistet. Bricht man Präventionsarbeit auf das Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter herunter, zeigt sich, dass es Verhaltens- wie auch Verhältnisprävention braucht. Nur mit den „alten Menschen“ zu arbeiten und diese anzusprechen, reicht nicht. Benötigt werden auch Gestaltung und Veränderung der Verhältnisse, seien es mehr Möglichkeiten, damit die

Menschen agieren können, oder mehr Tagesstruktur. Zudem sollte das Thema zunehmende Wichtigkeit in der Öffentlichkeit erlangen, es handelt sich um eine Abhängigkeit, welche die Autonomie und Lebensqualität stark einschränken kann.

Die in der Sozialen Arbeit tätigen Personen übernehmen in der Präventionsarbeit oft die Rolle der Multiplikatoren. Multiplikatoren leiten Informationen an andere Personen oder Institutionen weiter. Das heisst, dass sie Informationen, neueste Erkenntnisse etc. zielgruppengerecht und damit lebenswelt- und alltagsnahe weitergeben. Sie unterstützen und Verstärken die Ideen und Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung (Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich, 2009, S. 8-9).

Wo die Soziale Arbeit ansetzen und intervenieren könnte respektive müsste, wird im siebten Kapitel besprochen.

In der Literatur steht nichts darüber, wie spitalexterne Pflegefachfrauen und -männer mit dem Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter umgehen, respektive ob und wie es wahrgenommen wird und was die Soziale Arbeit dazu beitragen kann. Daher beschäftigt sich die vorliegende Bachelorarbeit mit diesem Thema

Als Nächstes wird im kommenden Kapitel jedoch das Forschungsdesign erklärt.

4 Forschungsdesign

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben und dargelegt, mit welchen Mitteln gearbeitet wurde, wie es zum Sampling der Interviewpartner und Partnerinnen kam. Das Leitfadeninterview, das Erhebungsinstrument für die Forschung, wird beschrieben und erläutert, wie es zu den Fragen kam und mit welcher Auswertungsmethode die gewonnenen Informationen aus den Interviews aufbereitet wurden. Am Schluss werden die Ergebnisse dargestellt.

4.1 Datenerhebung

Da es in dieser Forschung um die Sicht der Betroffenen und nicht um eine Aussenperspektive geht, handelt es sich um eine qualitative Forschung. Ziel ist, einen differenzierten Einblick zu erhalten. Die Vorgehensweise ist induktiv, also sinnverstehend, und es wird nicht gemessen. Ein typisches Arbeitsinstrument für die qualitative Forschung ist das Leitfadeninterview. Daten werden anhand von mündlichen Erzählungen gewonnen. Da bei dieser Forschungsarbeit konkrete Aussagen im Vordergrund stehen, ist das Leitfadeninterview dem narrativen Interview vorzuziehen, damit das Interview etwas gesteuert werden kann.

Die Fragen des Leitfadeninterviews werden offen formuliert, damit die Befragten möglichst offen und frei antworten können. Der Leitfaden soll jedoch dazu dienen, dass an alle wichtigen Aspekte gedacht wird, und eine Orientierungshilfe bereitstellen (Horst Otto Mayer, 2013, S. 37).

Eine spezielle Form des Leitfadeninterviews, ist das Experteninterview. Dabei interessiert weniger die Person, sondern die Funktion die die Person in einem Handlungsfeld einnimmt und die sie zur Expertin bzw. zum Experten macht. Die Forscherin bzw. der Forscher definiert, wer Experte oder Expertin ist und begrenzt sich nur auf das Forschungsgebiet respektive die Fragestellung (Michale Meuser & Ulrike Nagel, 1991, S. 443).

Die folgende Forschung beschäftigt sich mit dem Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter und damit, wie Professionelle der Sozialen Arbeit die spitalexterne Pflege oder Pflegenden in Altersheimen bei dieser Thematik unterstützen kann. Daher wurden Pflegenden aus der Spitex

und aus einem Alterswohnheim befragt. Die Auswahl dieser Experten und Expertinnen wurde getroffen, weil die Personen einen Einblick in die Lebenswelt der betroffenen Menschen haben und über genügend Wissen zum Thema Schlaf- und Beruhigungsmittel und deren Wirkungen und Nebenwirkungen haben sollten.

Dabei wurde anhand des zielgerichteten Samplings gearbeitet. Dies bedeutet, dass inhaltliche Kriterien entwickelt wurden, um die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen auszusuchen. Wichtig ist, diese bewusst aufgrund der Forschungsüberlegungen auszuwählen (Heinz Moser, 2008, S.48-49).

Wie schon erwähnt, sollten Pflegende befragt werden, die einen Einblick in die Lebenswelt von älteren Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit haben. Die Auswahl fiel daher auf folgende Personen:

- Zwei Personen aus einer Spitex der Stadt Zürich (ein diplomierter Pflegefachmann HF und eine Fachangestellte Gesundheit)
- Zwei Personen aus einem Alterswohnheim (beides diplomierte Pflegefachfrauen HF)
- Eine Person von der Spitex Wädenswil (diplomierter Pflegefachfrau HF)
- Eine Person aus einer Siedlungsspitex der Stadt Zürich (diplomierter Pflegefachfrau FH).

Der Leitfaden soll das Gespräch lenken und als Gedächtnisstütze dienen. Er zeichnet sich durch Kern- oder Leitfragen aus, welche offen formuliert sind, damit sich die Befragten möglichst offen und vertieft zu einem Themenbereich äussern können. Ergänzt werden Kern- und Themenfragen durch Stütz- oder Nachfragen (HSA Luzern, 2006, S2).

Der Leitfaden für diese Forschung wurde grob in drei Teile eingeteilt. Damit sollte dem Interviewee eine sinnvolle und inhaltliche Struktur gegeben werden.

Der erste Teil befasste sich mit der aktuellen Situation. Ist Medikamentenabhängigkeit überhaupt eine Thematik, die erkannt und angesprochen wird, welche Erfahrungen werden damit gemacht und wie oft? Wird im Team darüber gesprochen, wenn ja wieso, wenn nein, wieso nicht?

Im zweiten Teil ging es um die Bedürfnisse, welche die Pflege zur Thematik hatte.

Die Schlussfrage beschäftigte sich damit, welche Anliegen die Pflege bezüglich der Medikamentenabhängigkeit an die Soziale Arbeit hat. Dieser Frage wurde dahin geöffnet, ob es noch weitere Anliegen an die Soziale Arbeit gibt.

Alle Fragen wurden als offene Fragen formuliert.

Das Leitfadeninterview wurde einer Fachperson vorgelegt welche in der Suchprävention arbeitet. Zudem wurde das Interview mit einer Person als Pretest durchgeführt, welche in einem Alterswohnheim als diplomierte Pflegefachperson HF gearbeitet hat.

Danach wurden kleine Ergänzungen anhand von Stichwörtern wie die Genderthematik und auch die Frage, wie das Thema von der Leitung her gelebt wird, in den Fragebogen eingefügt.

Bei der Durchführung der Interviews wurden die Befragten am Anfang nochmals informiert, auf was sich die Forschung fokussiert und welche Themen nicht interessieren. Es wurde das Einverständnis der Befragten eingeholt, dass das Interviewe aufgezeichnet werden durfte, und auch nachgefragt, ob die Institution namentlich erwähnt werden darf oder nicht.

Zudem wurden während des Interviews stichwortartige Notizen gemacht.

4.2 Datenbearbeitung und Datenauswertung

Nachdem die Interviews durchgeführt worden waren, erfolgten die Datenbearbeitung und die Datenauswertung. Wie bereits erwähnt, wurden während der Interviews Notizen gemacht und alle Interviews aufgenommen. Der nächste Schritt ist nun, diese Daten auszuwerten.

Ziel der der Datenauswertung ist, dass Gemeinsamkeiten erkannt und herausgehoben werden (Meuser & Nagel, 1991; zit. in Mayer, 2013, S. 47).

Die Interviews wurden nicht transkribiert, sondern paraphrasiert.

Laut Meuser und Nagel (1991) ist das Paraphrasieren der erste Schritt des Verdichtens des Materials, es sollte so paraphrasiert werden, dass die Interviews miteinander verglichen werden können (S.457). Dies sollte auch sehr genau durchgeführt werden, damit nicht einzelne Informationen verloren gehen. Die Gespräche sollten sinngetreu wiedergegeben werden.

Beim Paraphrasieren können auch einzelne wichtige Aussagen transkribiert werden.

Der nächste Schritt war das Setzen von Überschriften, auch Codes oder Kategorien genannt. Hierbei werden den paraphrasierten Stellen einzelne Überschriften zugeordnet. Dabei entsteht eine Liste mit Codes. Das führt dazu, dass Passagen, in welchen es sich um gleiche oder ähnliche Themen handelt, zusammengeführt werden (Meuser & Nagel, 1991 S. 458).

Danach folgt der thematische Vergleich. Hierbei werden die Interviews miteinander verglichen. Ausschnitte aus den verschiedenen Interviews, welche die gleichen oder ähnlichen Themen beinhalten, werden zusammengestellt und die Codes normiert (Meuser & Nagel, 1991, S. 459). Das Material wurde so nochmals verdichtet und mehr zusammengefügt.

Anschliessend folgte der vierte Schritt, die Konzeptualisierung, das heisst, das Wissen wird weiter verdichtet, die gewonnenen Erkenntnisse werden in einen Bericht eingewoben. Diese Feststellungen werden im fünften Kapitel dargestellt.

Als letzter Punkt wird der Text mit Theorien und Studien in Verbindung gesetzt. Die Theorien sollen helfen, die Forschungsergebnisse zu interpretieren. Dieser Teil wird im sechsten Kapitel Diskussion der Forschungsergebnisse beantwortet.

Nachdem erklärt wurde, nach welcher Forschungsmethode vorgegangen, wer befragt und wie die Interviews ausgewertet wurden, geht es nun darum, die gewonnenen Ergebnisse aufzuzeigen. Diese werden im nächsten Kapitel als Bericht dargestellt.

5 Darstellung der Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse aus den Interviews gezeigt. Dabei werden die wichtigsten gewonnenen Erkenntnisse und Aussagen aus den Interviews wiedergegeben. Es geht wie bereits erwähnt nicht um eine quantitative, sondern um eine qualitative Auswertung. Welche Aussagen waren besonders interessant, was hat überrascht, was nicht? Das Kapitel ist in der Reihenfolge ähnlich aufgebaut wie es das zum Leitfadeninterview war.

5.1 Häufigkeit

Aus den Interviews geht hervor, dass die Pflegenden immer wieder auf Menschen treffen, die regelmässig Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen. Einzelnen Pflegenden fällt dies phasenweise auf, sie äusserten, dass es dann auch wieder ein grösseres Thema in den Teams sei. Aufgefallen ist, dass eigentlich alle sich erst nach der Interviewanfrage mehr mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben und es ihnen erst da aufgefallen ist, dass einige Klienten und Klientinnen sehr viele Beruhigungsmittel einnehmen und auch täglich eine Schlaftablette brauchen. So zeigte sich, dass es sich um eine Thematik handelt, die oft vorkommt, jedoch selten gewichtet wird.

5.2 Erkennen

Beim Thema erkennen waren die Aussagen homogen. Die Pflegenden sagten, dass sie das Medikamentenblatt sehen und denken, da hat jemand auch viele Beruhigungsmittel oder da braucht jemand täglich eine oder mehrere Schlaftabletten. Dies ist meistens der erste Moment, in welchem die Pflegenden an eine Abhängigkeit denken.

Eine Pflegende erzählte, dass sie bei einem Einsatz eine Schere brauchte, die Klientin sagte ihr, in welcher Schublade sie diese finden würde, und als sie die Schublade öffnete, sah sie einige Packungen mit Beruhigungsmitteln. Diese Pflegende erzählte auch, sie habe es schon erlebt, dass Klientinnen angerufen haben, unbedingt ihre Beruhigungstabletten oder Schlaftabletten zu brauchen, da sie keine mehr hätten. Dabei wurden diese für eine Woche vorgerichtet.

Eine Pflegende, welche im Altersheim arbeitet, meinte, dass sie aufhorche, wenn beim Eintrittsgespräch abgemacht wird, dass die Pflege das Medikamentenmanagement (bestellen,

richten und verabreichen) übernimmt, die Bewohnerin oder der Bewohner dann aber sagt, dass sie oder er die Schlafmittel bei sich behalte, damit er oder sie diese bei Bedarf selbst einnehmen kann.

Ein Pflegender erzählte, dass ihn Schwindel und Müdigkeit am Morgen aufhorchen lassen. In solchen Fällen, messe er jedoch meistens den Blutdruck und mache eventuell nochmals eine Schlafanamnese.

Ein unsicherer Gang und Stürze wurde in diesem Sampling oft erwähnt, dies sei ein Zeichen, dass eine Abhängigkeit vorhanden sein könnte.

Die Pflegenden der Spitex konnten keine genauen Angaben zu sozialen Kontakten beziehungsweise zu sozialem Rückzug machen. Jedoch ist den beiden Pflegenden aus dem Altersheim aufgefallen, dass sich Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit mehr und mehr zurückziehen.

5.3 Erfahrungen mit Entzug

Hierzu kamen nur vereinzelte Aussagen. Einer Pflegenden ist eine Abhängigkeit mit Beruhigungsmitteln aufgefallen. Mit der Unterstützung einer Alterspsychiaterin wurde ein Entzug durchgeführt. Die Klientin hat sehr gut mitgemacht. Die Pflegende erzählte, dass die Klientin wieder einen viel sichereren Gang habe, wacher sei und vermehrt am sozialen Leben teilnehmen.

Eine andere Pflegende sagte, dass sie oft mit den Hausärzten- und Ärztinnen über die Medikamente diskutiere und diese auch reduzieren lasse. Sie erlebe es oft, dass mit den Klienten und Klientinnen nicht gesprochen werde, diese aber für einen Entzug motiviert wären.

5.4 Teamkultur

Hier zeigte sich wieder ein homogeneres Bild. Das Thema Schlaf- und Beruhigungsmittelabhängigkeit wird in den Teams selten thematisiert oder angesprochen. Bis auf eine Pflegende antworteten alle, dass es nie ein Thema bei einer Teamsitzung oder

Fallbesprechung sei. Es werde ab und zu angesprochen, wenn mit Lernenden zusammengearbeitet wird.

Besteht bei einem Klienten oder einer Klientin der Verdacht auf eine Medikamentenabhängigkeit, wird zuerst beobachtet und dokumentiert. Zum Teil wird es im Team besprochen. Es dauert meistens jedoch sehr lange, bis direkt etwas unternommen wird. Es wurden diverse Gründe genannt, wieso die Pflegenden die Betroffenen nicht direkt auf eine Abhängigkeit ansprechen. Eine Pflegende sagte, dass sie zuerst eine Vertrauensbasis aufbauen müsse, damit schwierige Themen angesprochen werden können. Das Weiter wurde genannt, dass die Autonomie der Klienten und Klientinnen an erster Stelle stehe, dies sei im Leitbild geschrieben und es werde so gelebt. Eine weitere Aussage war, dass man nicht in ein System eingreifen wolle, welches bisher mehr oder weniger gut funktioniert habe.

Mehrmals wurde darauf hingewiesen, dass es nicht der Auftrag der Pflege sei, eine Abhängigkeit zu erkennen oder zu „behandeln“, daher werde nichts unternommen, solange alles funktioniere.

Homogen war auch die Aussage, dass die Leitung das Thema Medikamentenabhängigkeit nicht wirklich thematisiere.

5.5 Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen

In diesem Sampling zeigte sich zu der Frage eine recht homogene Antwort. Die Hausärzte und Hausärztinnen seien diejenigen, welche die Medikamente verschreiben, und es läge daher in deren Kompetenz, die Medikamente und die Dosierung zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern. Wenn die Zusammenarbeit mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt gut ist, werden Auffälligkeiten jedoch angesprochen und es kommt vor, dass dann die Dosierung oder das Medikament geändert wird. Ist die Zusammenarbeit schwierig, wird die Thematik nicht angesprochen.

Hat die Spitex Kontakt zu einer Psychiatrispitem, wird diese beigezogen, jedoch weniger um auf den Entzug hin zu arbeiten, sondern eher, um eine zusätzliche externe Stelle zu involvieren, welche mehr Zeit für Gespräche hat.

5.6 Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit

Auch hier zeigte sich ein homogenes Bild. Nur die Spitex Wädenswil arbeitet regelmässig mit einer Suchtpräventionsstelle (Samowar, Thalwil) zusammen. Hier wurde beim Interview festgestellt, dass die Thematik Medikamentenabhängigkeit im Alter stärker wahrgenommen und regelmässig im Team angesprochen wird. Zudem finden Weiterbildungen oder Fallbesprechungen statt.

Bei der Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW) ist eine Sozialarbeiterin angestellt. Sie beschäftigt sich jedoch mit finanziellen Fragen oder arbeitet mit Fachstellen zusammen, wird eine Abhängigkeit bei einem Klienten oder einer Klientin festgestellt, wird sie nicht hinzugezogen. Die anderen Interviewpartner und Partnerinnen arbeiten bis jetzt nicht mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit zusammen.

5.7 Erwartungen an die Soziale Arbeit

Zu dieser Thematik wurden in diesem Sampling heterogene Aussagen getroffen. Zwei Interviewpartner und Partnerinnen äusserten, dass sie keine Erwartungen an die Soziale Arbeit hegen. Sie sehen bezüglich des Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter keinen Handlungsbedarf.

Die anderen Interviewpartnerinnen äusserten, dass eine Sensibilisierung zum Thema Abhängigkeit im Alter von Seiten der Sozialen Arbeit notwendig sei. Es sollten mehr Schulungen zu diesem Thema durchgeführt werden. Wissen sei vorhanden, jedoch werde der Thematik wenig Priorität im Alltag gegeben oder sie werde vergessen, da alles mehr oder weniger gut laufe.

Eine Pflegende äusserte, dass sie auch froh wäre, wenn sie eine Suchtexpertin oder einen Suchtexperten als Ansprechperson hätte, an welche sie sich bei Fragen oder Unsicherheiten wenden könnte. Eine weitere Aussage war, dass die Soziale Arbeit proaktiv sein, auf die Pflegenden oder die Spitex zugehen und Schulungen anbieten und nicht warten sollten, bis die Pflege auf sie zukommt.

Mehrmals wurde erwähnt, dass die Pflegenden froh wären, wenn die Soziale Arbeit allgemein mehr mit alten Menschen im Sinne von Tagesstruktur geben oder Events organisieren und durchführen machen würde.

5.8 Fazit

Bei diesem Setting zeigte sich ein heterogenes Bild zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter. Die Pflegenden haben viel Fachwissen, jedoch wird die Thematik nur bedingt angesprochen, da die Pflege oft andere Themenschwerpunkte hat und das Thema daher häufiger in den Hintergrund tritt. Ist jedoch die Soziale Arbeit bereits involviert, wird das Thema häufiger beobachtet und angegangen.

Es zeigt sich daher, dass für die Soziale Arbeit auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels Handlungsbedarf besteht.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse genauer angeschaut, und mit der Theorie verknüpft, weiterhin wird die Forschungsfrage beantwortet.

6 Diskussion der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse der Forschung mit Theorien verknüpft, des Weiteren wird die folgende Forschungsfrage beantwortet:

- Wie sieht die Zusammenarbeit im Moment zwischen der Sozialen Arbeit und der spitalexternen Pflege bezüglich der Medikamentenabhängigkeit im Alter aus? Wie kann die Soziale Arbeit die Pflege darin unterstützen die Abhängigkeit zu erkennen und weiter zu handeln? Welche Unterstützung braucht die Pflege dabei?

6.1 Alter und Abhängigkeit

Die Pflegenden sind sich bewusst, dass ihr Klientel eine Abhängigkeit hat oder entwickeln könnte. Es wird jedoch nur wenig darauf eingegangen. Dass die Menschen sich zurückziehen oder schon zurückgezogen leben, scheint für die Pflegenden relativ „normal“ zu sein. Dies würde für die Disengagement-Theorie sprechen. Diese Theorie geht davon aus, es sei ein vollkommen normaler Ansatz, dass sich ältere Menschen, bedingt durch den psychischen und physischen Abbau immer mehr zurückziehen. Zudem sei dies auch ein normales Verhalten für das Individuum und die Gesellschaft (van Dyk, 2015, S. 37). Dieser Ansatz, würde erklären, warum der soziale Rückzug und die Medikamentenabhängigkeit im Alter in der Gesellschaft nicht oft angesprochen werden, denn es ist ein mehr oder weniger normales Verhalten, dass ältere Menschen sich zurückziehen. Jedoch spricht gerade die Beschreibung des dritten Lebensalters gegen die Disengagement-Theorie, da diese Personengruppe noch sehr aktiv ist. Die Aktivitäts- oder Ausgliederungsthese passt besser zum dritten Lebensalter, bei dieser These geht man davon aus, dass es wünschenswert wäre, bis ins hohe Alter weiterhin aktiv zu sein. Die These legt zugrunde, dass die gesellschaftliche Ausgliederung der Grund für den körperlichen und geistigen Abbau ist (ebd.). Für die Aktivitätstheorie würde sprechen, dass sich die Pflegenden mehr Aktivitäten für die älteren Menschen wünschen. Es wirkte nicht so, als ob die Pflegenden ihr Klientel aufgrund des Alters stigmatisieren würden. Deutlich wurde, dass die meisten Pflegenden die Symptome einer Abhängigkeit erkennen, welche bereits erwähnt wurden. Sie beobachten, dass die Menschen die Kontrolle über das Schlafmittel haben wollen, sehen einen sozialen Rückzug, nehmen auch körperliche Veränderungen wahr. Jedoch wird darauf nicht aktiv reagiert, so lange es für die Pflegenden und das Umfeld

funktioniert, wird abgewartet. Reagiert wird eigentlich erst, wenn die Person durch einen Sturz aus ihrer Lebenswelt herausgerissen wird. Aber auch in solchen Fällen, ist der Entzug nicht das erste Thema, welches angegangen wird. Es wird auch nicht mit speziellen Instrumenten gearbeitet, um eine Abhängigkeit zu erkennen oder erfassen.

6.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Prävention

Bei der Bearbeitung von sozialen Problemen sind die Professionellen der Sozialen Arbeit auf weitere Bezugswissenschaften wie zum Beispiel Medizin, Gesundheit, Pflege und Psychologie angewiesen. Wissen wird integriert oder es wird zusammengearbeitet (Diana Wider, 2013, S. 10). Die Pflege arbeitet zum Teil mit Professionellen der Sozialen Arbeit zusammen, beide profitieren vom Wissen der anderen Disziplin. Jedoch könnte in diesem Bereich noch viel mehr gemacht werden. In Bezug auf die Prävention könnten die Professionellen der Sozialen Arbeit bei der Primär- oder Sekundärprävention ansetzen. Es gibt verschiedene Methoden, Konzepte und Strategien, um präventiv zu arbeiten, die bekanntesten sind das edukative Verfahren, normativ-regulatorische Verfahren und das ökonomische Anreiz-/Bestrafungssystem. Die Prävention müsste in diesem Bereich im psycho-edukativen Verfahren ansetzen, darunter wird Information/Aufklärung, Beratung sowie Verhaltens- und Selbstmanagementtraining verstanden (Leppin, 2010, S. 41). Information und Aufklärung könnte bei Schulungen mit/für die Pflege stattfinden. Für Beratungs- und Verhaltensgespräche müssten die Professionellen der Sozialen Arbeit in direkten Kontakt mit Betroffenen kommen, was in diesem Setting eher schwierig sein wird. Es zeigt sich auch, dass vor allem auf der Verhältnisebene gearbeitet werden müsste, die Pflegenden äusserten mehrmals, dass ältere Menschen eine Tagesstruktur oder mehr soziale Kontakte bräuchten. Frühzeitig könnte die Soziale Arbeit auch bei der Verhaltensprävention ansetzen, Menschen unterstützen und bezüglich des Gesundheitsverhaltens und des Umgangs mit Veränderungen und Krisen beraten. Die Methoden der normativ-regulatorischen Massnahmen und das ökonomische Anreizsystem spielen hier keine Rolle, da es sich vorwiegend um repressive Massnahmen handelt, welche über Gesetze und Verbote oder Erhöhung von Steuern durchgesetzt werden.

6.3 Entzug und Motivation

In den Interviews zeigte sich, dass es nur wenig Erfahrung zum Thema Entzug von Schlaf- und Beruhigungsmitteln gibt. Eine positive Erfahrung gab es allerdings. Aus Studien geht hervor, dass der Entzug möglich ist, die Erfolgsaussichten für einen Entzug sind grösser, wenn die aktuelle Belastungssituation nicht zu stark ist, sie steigen, je besser und befriedigender das soziale Umfeld und dessen Unterstützung sind und wenn der Klient oder die Klientin motiviert für den Entzug ist und mitmacht. Die aktive Mitarbeit des Klienten bzw. der Klientin ist wichtig. Die positiven Erwartungen sind meistens stärker als die Angst vor negativen Auswirkungen, daher soll das Verhalten gefördert werden. Ein Entzug dauert einige Wochen, die Abstinenzrate nach einem Entzug beträgt zwischen 13 % und 73 %. Es erscheint sinnvoll, dass immer wieder motivationsfördernde Gespräche geführt werden, eine ablehnende Antwort bedeutet noch keine Ablehnung für immer, oft sind Beharrlichkeit und ein langer Atem für einen Entzug notwendig (Wolter, 2017, S. 116- 118). Die Soziale Arbeit kennt sich mit motivationsfördernden Gesprächen aus und arbeitet regelmässig mit dem transtheoretischen Modell, welches hier überaus passend wäre.



Abbildung 8: Transtheoretisches Modell der Stufen der Verhaltensänderung (Quelle: Cipret, modifiziert nach James O. Prochaska und Carlo, 2017)

Das erste Stadium ist die Absichtslosigkeit oder Unentschiedenheit, der oder die Betroffene sieht kein Problem in seinem/ihrem Verhalten und will nichts daran ändern. Informationen bezüglich der Risiken werden ignoriert. In der zweiten Phase wird das Problem

wahrgenommen, es werden Überlegungen bezüglich einer Veränderung angestellt, jedoch ohne eine Entscheidung zu treffen. Im nächsten Schritt wägt der Klient bzw. die Klientin verschiedene Strategien ab, welche er oder sie nutzen könnte. Das Handlungsstadium zeichnet sich dadurch aus, dass der Klient oder die Klientin aktiv und konkret daran arbeitet, sein/ihr Verhalten zu ändern. In der Phase der Aufrechterhaltung geht es darum, das neu erlernte Verhalten beizubehalten und zu stabilisieren (Marianne Bosshart, Ursula Ebert & Horst Lazarus, 2013, S. 409).

Mit Hilfe des Modells und durch das Erkennen, in welcher Stufe sich eine Person befindet, kann sehr gut gearbeitet werden. Das grössere Problem ist, wie der Kontakt zwischen Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter und dem Klienten oder der Klientin zustande kommt. Würde in einem Altersheim eine Stelle für die Soziale Arbeit geschaffen, wäre eine Kontaktaufnahme sicher erleichtert.

6.4 Beantwortung der Forschungsfrage

Wissen zur Thematik Medikamentenabhängigkeit im Alter ist zum Teil vorhanden. Es ist jedoch kein Schwerpunkt im Tagesgeschäft; solange alles einigermaßen läuft, scheint man die Abhängigkeit zu tolerieren.

Würde die Soziale Arbeit das Thema bei den Pflegenden mehr thematisieren und die Pflege sensibilisieren, könnte mehr zu dieser Thematik unternommen werden. Da aber fast keine Zusammenarbeit mit der Pflege und der Sozialen Arbeit besteht, kann die Soziale Arbeit nicht agieren. Als Erstes müsste die Soziale Arbeit als Suchtfachstelle den Kontakt zu einer Spitex oder zu Altersheimen suchen und dort Schulungen oder Informationssequenzen anbieten. In diesen Sequenzen müsste zuerst der Fachstelle oder Organisation der Auftrag erklärt und dann auch genauer auf die Thematik eingegangen werden. Danach wäre es notwendig, die Pflegenden zu diesem Thema zu sensibilisieren, damit die Thematik präsenter ist. Die Soziale Arbeit müsste hier proaktiv werden und dürfte nicht warten bis eine Spitex oder ein Altersheim auf sie zukommt.

6.5 Fazit

Es zeigt sich, dass noch grosser Handlungsbedarf bezüglich der Medikamentenabhängigkeit im Alter herrscht. Die Soziale Arbeit kann einen grossen Teil dazu beitragen. Die Zusammenarbeit mit der Pflege ist dabei ein wichtiger Punkt, jedoch besteht diese bislang fast nicht. Wie bereits gesagt, müsste die Soziale Arbeit von sich aus aktiver werden und das Thema mehr ansprechen und in den Mittelpunkt rücken, indem sie aktiv auf Altersheime, Spitexvereine etc. zugeht.

Die Forschungsfrage ist nun beantwortet. Das letzte Kapitel wird sich mit der Praxisfrage beschäftigen und darlegen welche Aufgaben die Soziale Arbeit bezüglich der Prävention noch übernehmen könnte.

7 Handlungsrelevanz für die Soziale Arbeit

Diese Kapitel befasst sich damit, was die Ergebnisse der Forschung für die Soziale Arbeit bringen. Weiterhin soll es aufzeigen, in welchen Bereichen sich die Soziale Arbeit einbringen soll und wo Handlungsfelder für die Soziale Arbeit liegen. Die Frage, wo die Prävention zum Thema Medikamentenabhängigkeit ansetzen und wie sich die Soziale Arbeit dabei positionieren soll, kann damit beantwortet werden.

Es wird versucht, die einzelnen Aufgaben auf die verschiedenen Berufsrichtungen aufzuteilen. Dabei steht fest, dass gewisse Themen und Ideen nicht nur Aufgabe der Sozialarbeit sind, sondern sich mit der Sozialpädagogik oder soziokulturellen Animation überschneiden.

Da Soziale Arbeit Inklusion fördern soll, ist gerade im Bereich der älteren Menschen viel zu tun. Wie bereits erwähnt, ziehen sich viele Menschen nach der Pensionierung oder dem Verlust des Partners oder der Partnerin zurück. Dies sollte verhindert werden.

Des Weiteren sollte auch das Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter mehr an Gewicht gewinnen und früher interveniert werden, damit keine weitere Isolation stattfindet.

7.1 Sozialarbeit

Wie schon dargelegt, ist die Sensibilisierung von anderen Berufsgruppen zum Thema Medikamentenabhängigkeit eine Aufgabe der Sozialarbeit.

Des Öfteren wurde dies bei den Interviews geäußert. Das bedeutet, dass Suchtfachstellen sich an Spitexvereine wenden und Schulungen anbieten sollten. Eine Alternative wäre aber auch, dass die Suchtfachstelle einen Input an einer Versammlung der Spitex macht. Bei einer solchen Versammlung könnten mehr Menschen zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter erreicht werden. Angehörige könnten merken, dass sich ihre Mutter oder ihr Vater immer mehr sozial isoliert, oder sie könnten Medikamentenpackungen gesehen haben.

Sinnvoll wäre auch, wenn in Alters- und Pflegeheimen einen Sozialarbeite bzw. eine Sozialarbeiterin angestellt wäre. Dies Fachperson der Sozialen Arbeit könnte einige Themen bearbeiten und beantworten. Dasselbe gilt auch für die Spitex, wäre eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter dort angestellt, könnte er oder sie Ansprechperson zum Thema Abhängigkeit sein. Dies würde auch viele Prozesse vereinfachen. Die Spitex könnte evtl. die

Fachperson der Sozialen Arbeit zu einem Klienten oder einer Klientin mitnehmen und es wäre keine externe Stelle involviert.

Eine weitere Idee wäre, dass die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter zum Beispiel Frauen- und Müttergemeinschaften oder andere Vereine anschreiben und einen Informationsabend anbieten würde. Diesen könnte man noch mit weiteren sozialarbeiterischen Themen ergänzen.

Diese Arbeit hat sich mit der interdisziplinären Zusammenarbeit mit einer anderen Berufsgruppe auseinandergesetzt. Jedoch wäre es auch sinnvoll, innerhalb der Sozialen Arbeit diese Thematik verstärkt anzusprechen. So wäre eine weitere Möglichkeit, Berufsbeistände und Beiständinnen zu dieser Thematik zu schulen und zu sensibilisieren, da auch diese oft Einblick in die Lebenswelt ihrer Klientinnen und Klienten haben.

Auch Mitarbeitende der Pro Senectute sollten weitergebildet werden. Diese Fachstelle ist Ansprechpartner für ältere Menschen und daher schon im Kontakt mit ihnen.

Das Weiteren könnte auch die betriebliche Sozialarbeit einen Teil zur Thematik Medikamentenabhängigkeit im Alter beitragen könnte. Hier beraten Fachpersonen der Sozialen Arbeit Angestellte unter anderem zum Thema Pensionierung. Wie im Kapitel 2.3 Schutz- und Risikofaktoren dargelegt, ist die Pensionierung ein Risikofaktor zur Entstehung einer Abhängigkeit. Hier könnte die Sozialarbeit präventiv wirken, indem sie das Thema nicht tabuisiert, sondern anspricht. Es macht Sinn, das Thema kurz vor dem Ende der Erwerbsfähigkeit, also vor der Pensionierung anzusprechen, viel früher würde es seinen Effekt verlieren. Empfehlenswert ist, Präventionsmassnahmen in Entwicklungsphasen durchzuführen in welchen Veränderungen vorkommen, da diese Krisen auslösen können (Martin Hafen, 2013, S. 223).

Immer wieder wurde erwähnt, dass die Hausärzte und Hausärztinnen die Schlaf- und Beruhigungsmittel verschreiben und daher nichts unternommen wird. Auch bei diesen müsste die Sozialarbeit respektive die Suchtpräventionsstelle ansetzen. Eine Möglichkeit wäre, dass man zu Kongressen von Hausärzten und Hausärztinnen gehen würde und dort Inputs zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter geben könnte. Eine weitere Alternative wäre, mit Geriatern und Geriaterinnen zusammenzuarbeiten. Diese Fachärzte und -ärztinnen haben ein

grosses Fachwissen zum Thema Alter und kennen die Wirkungsweisen der Medikamente sehr gut.

Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern könnten mit abhängigen Menschen erfolgreich in Bezug auf die Motivation zum Entzug arbeiten. Mit ihrem Fachwissen wären sie hier sicher sehr gute Ansprechpersonen. Es ist klar, dass der Entzug mit Unterstützung eines Arztes oder einer Ärztin und evtl. auch mit einem Psychologen bzw. einer Psychologin durchgeführt werden müsste. Jedoch besitzen die Sozialarbeitenden ein grosses Wissen bezüglich der Motivationsarbeit und arbeiten häufig mit dem transtheoretischen Modell welches in Kapitel 6.3 erklärt wurde.

7.2 Sozialpädagogik

Sozialpädagogik beschäftigt sich mit Erziehung und Bildung. Sie ist daher sowohl mit dem Thema „Lebenslanges Lernen“ als auch mit der Pädagogisierung von älteren Menschen konfrontiert. Dies ist ein Konzept, welches sich auf die politisch-sozialen Probleme einer älteren Gesellschaft konzentriert und diese bearbeitet. Das Konzept fokussiert sich auf die moralischen und psychischen Eigenschaften von Menschen (Kristen Aner, 2012, S.28).

Unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens könnte die Sozialpädagogik hier ältere Menschen beim Umgang mit Krisen oder beim Übertritt ins Rentenalter unterstützen. Die Sozialpädagogik könnte dazu auch Workshops anbieten oder mit anderen Disziplinen zusammenarbeiten.

Das Psychologische Institut der Universität Zürich hat ein Projekt unter dem Titel „Beloved-Hundehaltung und gesundes Altern“ durchgeführt. Dieses Projekt vermittelt Hunde an ältere Personen, diese sollen das Wohlbefinden und die Lebensqualität der älteren Menschen fördern oder verbessern (Psychologisches Institut, Universität Zürich, 2017). Bei Projekten wie diesen könnten Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, aber auch die soziokulturelle Animation ältere Menschen bei Fragen und Unsicherheiten unterstützen. Für dieses Projekt spricht, dass die Menschen wieder eine Aufgabe und eine Tagesstruktur haben. Da dass sie täglich nach draussen müssen, ist die Chance gross neue Bekanntschaften mit anderen Menschen zu machen und sich dadurch sozial weniger zu isolieren.

Wird Bildung als einer der Schwerpunkte der Sozialpädagogik gesehen, dann wäre sie prädestiniert, um Informationsanlässe von Suchtfachstellen etc. vorzubereiten, das heisst, Konzepte dazu zu schreiben und evtl. auch durchzuführen.

7.3 Soziokulturelle Animation

Für die soziokulturelle Animation gibt es verschiedene Ansatzmöglichkeiten zum Arbeiten mit älteren Menschen.

In einem Quartiertreff sollte nicht nur an Jugendliche, sondern auch an ältere Menschen gedacht werden. Dabei sollten Räume und Möglichkeiten geschaffen werden, damit diese Menschen aktiv am Quartierleben teilnehmen können und sich auch willkommen fühlen. Die Räume müssten sich an einem Ort befinden, die ältere Menschen auch erreichen könnten, wenn sie auf Hilfsmittel angewiesen sind. Jüngere Menschen könnten von den Erfahrungen von älteren Menschen profitieren.

Die soziokulturelle Animation könnte den älteren Menschen eine gewisse Wochenstruktur geben und sie motivieren wieder vermehrt unter Menschen zu gehen und soziale Kontakte zu pflegen. Auch hier könnte soziokulturelle Animation nach dem partitiven Ansatz wie in der Jugendarbeit vorgehen, um herauszufinden, welche Bedürfnisse und Wünsche die älteren Menschen haben.

Diese Ideen könnte man auch auf eine Siedlung übertragen.

Die Stadt Genf hat eine „Senioren-Stadt“-Cité Seniors eingerichtet. Dort können sich Senioren und Seniorinnen treffen. Sie haben die Möglichkeit, Kurse zu besuchen, andere Menschen zu treffen sich über verschieden Themen zu informieren oder gemeinsam Ausflüge zu machen (World Health Organization, 2015, S.188).

Dieser Ort könnte ein Vorbild für andere Schweizer Städte sein, einen Treffpunkt für und mit älteren zu Menschen gestalten, ein Ort der Begegnung zu schaffen, der Struktur gibt und an dem sich Senioren und Seniorinnen einbringen und die Aktivitäten mitgestalten können. Dies wäre ein Ort, an dem man Weiterbildungen und Informationsnachmittag gestalten könnte, ein Begegnungszentrum für alle Generationen. Die soziokulturelle Animation wäre hier prädestiniert, um ein solches Zentrum zu leiten. Sie hat Erfahrung in Gemeinwesenarbeit sowie Projektarbeit und arbeitet partizipativ.

7.4 Fazit und weiterführende Gedanken

In Anbetracht des demografischen Wandels und der Forschung zeigt sich, dass ein grosser Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit besteht. Eine Herausforderung hierbei ist sicher, dass das Thema die Öffentlichkeit mehr interessieren sollte, damit daran gearbeitet werden kann. Es würde sehr sinnvoll sein, wenn in Alters- und Pflegeheimen eine Stelle für die Soziale Arbeit geschaffen würde, damit Suchtfragen aber auch andere Fragen zu sozialen Phänomenen bearbeitet und beantwortet werden könnten. Im Zeitalter des Spardruckes ist jedoch unklar, wie diese neu geschaffene Stelle finanziert werden könnte/sollte. Handlungsbedarf wäre da, ob die Politik dies auch so sieht, ist jedoch unklar.

Das Thema Alter ist weiterhin zu wenig aktuell, es bräuchte auch hier ein Umdenken der Personen, welche in der Sozialen Arbeit tätig sind, viele Themen und Projekte beziehen sich auf Kinder, Jugendliche und Familien. Diese Personen sind wichtig, aber die älteren Menschen dürfen trotzdem nicht vergessen werden. Hier könnten zum Beispiel in Rahmen des Moduls Projektmethodik in Zusammenarbeit mit einer Suchtfachstelle und einer Spitex oder einem Altersheim zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter Projekte gestalten werden, beispielsweise Informationen/-Schulungen für Pflegende oder für Angehörige. Des Weiteren könnte auch im Rahmen der Projektmethodik recherchiert werden, ob Erhebungsinstrumente bezüglich einer Abhängigkeitserkennung im Gebrauch sind, wenn ja, ob diese gebraucht werden, wenn nein warum dies nicht der Fall ist. Im Rahmen dieses Projektes könnte ein neues Erhebungsinstrument geschaffen werden.

Daher stellen sich folgende Fragen:

- Wie können die Hochschulen der Sozialen Arbeit das Thema Alter mehr ins Studium einbringen, damit diese Personengruppe „nicht vergessen“ wird?
- Wie können in der Sozialen Arbeit tätige Personen dem Thema „Medikamentenabhängigkeit im Alter“ mehr Gewicht zukommen lassen?
- Wie kann die Soziale Arbeit das Thema Alter mehr in den Mittelpunkt rücken und die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit im Bereich mit alten Menschen aufzeigen und die Politik dazu bringen, dass Stellen dafür geschaffen werden?

Folglich gibt es zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter noch viel zu tun. Die Professionellen der Sozialen Arbeit haben dazu ein grosses Fachwissen, sie sollten hier in die Offensive gehen und aufzeigen, dass sie die richtige Berufsgruppe für diese Arbeit sind. Ebenso sollte dem Thema auch medial und politisch mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

8 Literatur und Quellenverzeichnis

- Altgeld, Thomas & Kolip, Petra (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl. S. 45- 56). Bern: Huber.
- Aner, Kirsten (2012). Übergänge als Normalität für Jung und Alt. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten- Lebenskrisen begleiten* (S. 22-33). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: Autor.
- Block, Martina, von Unger, Hella & Wright Michael T. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Michael T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S.35-51). Bern: Huber.
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (5. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bundesamt für Statistik (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.html>
- Cipret (2017). *Rauchstopp – in sechs Etappen zum Ziel*. Gefunden unter <http://www.cipretfribourg.ch/de/rauchstopp/les-etapes.html>
- Elsesser, Karin & Sartory Gudrun (2001). *Medikamentenabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologe.
- Exner-Kryspin, Ilse & Pintzinger, Nina (2010). Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 24-34.). Bern: Huber.
- Fuxisu, Til, Ilg Wolfgang, Lehle Peter & Repschläger Frauke (2015). *Fertigarzneimittelkunde* (9. Aufl.). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Goethe, Wolfgang. (1814). *Das Alter*. Gefunden unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1C.html>
- Graubner, Bernd (2016). *ICD- 10- GM2017 Systematisches Verzeichnis* (10. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzteverlag.

- Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl- Auer.
- Höpflinger, François. (2014). *Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen*. Gefunden unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>
- HSA Luzern (2006). *Kurzbeschrieb Leitfadenterview*. Unveröffentlichtes Skript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor & Haisch Jochen (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 13- 23). Bern: Huber.
- Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation*. Luzern: Interact.
- Infodrog (2017). *Frühintervention*. Gefunden unter <http://www.infodrog.ch/fruehintervention.html>
- Institut Suchtprävention (2016a). *Gesundheitsförderung und Prävention*. Gefunden unter <https://www.praevention.at/sucht-vorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/gesundheitsfoerderung-und-praevention.html>
- Institut Suchtprävention (2016b). *Schutz- und Risikofaktorenmodell*. Gefunden unter <https://www.praevention.at/sucht-vorbeugung/praeventionsmodelle/schutz-und-risikofaktoren.html>
- Institut Suchtprävention (2016c). *Was bedeutet der Begriff Prävention?* Gefunden unter <https://www.praevention.at/sucht-vorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/der-begriff-praevention.html>
- Kruse, Andreas (2010). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl. S. 88- 98). Bern: Huber.
- Kuntz, Helmut. (2009). *Der rote Faden in der Sucht. Abhängigkeit überwinden und verstehen* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kutschke, Andreas (2012). *Sucht- Alter- Pflege*. Bern: Huber.
- Leppin, Anja (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl. S. 35- 44). Bern: Huber.
- Mayer, Horst Otto (2013). *Interview und schriftliche Befragungen* (6. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.

- Meier- Baumgartner, Hans Peter, Dapp, Ulrike & Anders, Jennifer. (2006). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (1991). ExpertInneninterviews- vielfach erprobt, wenig bedacht. In Detlef GrazGraz & Klaus Kraimer (Hrsg.), *Qualitative- empirische Sozialforschung* (S. 441- 471). Wiesbaden: Springer.
- Moser, Heinz (2008). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung* (4. Aufl.). Zürich: Pestalozzianum.
- Nigg, Bernhard & Steidl, Siegfried (2014). *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie* (4. Aufl.). Wien: Facultas.
- Pohlmann, Stefan. (2016). Prävention im Alter verstehen- eine Einführung. In Stefan Pohlmann (Hrsg.), *Alter und Prävention* (S.11-45). Wiesbaden: Springer.
- Psychologisches Institut Universität Zürich (2017). Beloved- Hundehaltung und gesundes Leben. Gefunden unter <http://www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/dev/lifespan/forschung/beloved.html>
- Rotenhäusler, Hans- Bernd & Täschner, Karl- Ludwig (2013). *Kompodium Praktische Psychiatrie und Psychotherapie* (2 Aufl.). Berlin: Springer.
- Ruhwinkel, Bernadette (2009). Medikamente im Alter. In Suchtmagazin, 35 (3), 18-19.
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2009). *Neurowissenschaft und Sucht*. Gefunden unter http://www.ssam.ch/d8/sites/default/files/empfehlungen/Neurowissenschaften_und_Sucht_100401.pdf
- Sieniawski, Helena (2013). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im höheren Lebensalter Beratungs- und Behandlungsansätze in der ambulanten Suchthilfe. In Harald Blonski (Hrsg.), *Beratung älterer Menschen Methoden- Konzepte- Erfahrungen* (S.211-224). Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.
- Singerhoff, Lorelies (2002). *Frauen und Sucht*. Basel: Beltz.
- Soyka, Michael (2016). *Medikamentenabhängigkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Spitex Schweiz (ohne Datum). Leitbild. Gefunden unter https://www.spitex.ch/files/MEYKMIL/prog_leitbild_npo_spitex_dt.pdf
- Suchtmonitoring Schweiz (2016). *Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2015*. Gefunden unter http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_z7siqrt0zbpX.pdf

- Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich (2009). *Glossar Grundlegende Begriffe der Suchtprävention und Gesundheitsförderung*. Zürich: Autor.
- Suchtprävention Kanton Zürich (2016). *Schlaf- und Beruhigungsmittel Abhängigkeit vermeiden*. Zürich: Autor.
- Sucht Schweiz (2013a). *Konzept der Suchtprävention*. Gefunden unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Konzepte-Suchtpraevention.pdf
- Sucht Schweiz (2013b). *Theoretische Grundlagen der Suchtprävention*. Gefunden unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf
- Sucht Schweiz (2013c). *Verhaltensprävention: Personenorientierte Suchtprävention*. Gefunden unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Verhaltenspraevention.pdf
- Täschner, Karl- Ludwig (2002). *Rauschmittel Drogen- Medikamente- Alkohol*. (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Ulla, Walter, Flick, Uwe, Neuber, Anke, Fischer, Claudia & Schwartz, Friedrich- Wilhelm (2006). *Alt und gesund?*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Van Dyk, Silke (2015). *Soziologie des Alters*. Bielefeld: Transcript.
- Vogelsang, Monika (2007). Neurobiologische Hintergründe des Substanzenmissbrauchs. In Petra Schuhler (Hrsg.), *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten* (S. 26.- 31). Weinheim: Beltz.
- Wider, Diana (2013). *Soziale Arbeit und Interdisziplinarität*. In Sozial Aktuell, 45 (4), 10- 13.
- Wieland, Heinz (2012). Erwachsensein und Alter. In Iris Beck & Heinrich Greving (Hrsg.), *Lebenslage und Lebensbewältigung* (S.105- 114). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolter, Dirk K. (2011). *Sucht im Alter- Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolter, Dirk K. (2017). *Benzodiazepine absetzen im Alter*. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50 (2), 115- 122.
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. Gefunden unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten- Missbrauchs (2010). *Suchtprobleme im Alter- es gibt eine Lösung!* (2. Aufl.). Zürich: Autor.
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten- Missbrauchs (2016). *Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten*. Zürich: Autor.
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten- Missbrauchs (ohne Datum). *Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten- Missbrauchs*. Gefunden unter <https://www.zuefam.ch/home.html>
- Zweifel, Philippe (2017, 13. November). Eine Verborgene Sucht der Schweiz. Tagesanzeiger, <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Eine-verborgene-Sucht-der-Schweizer/story/24719386>

Leitfadeninterview:

Kurze Einführung:

Persönliches (Studium und beruflicher Hintergrund)

Idee und Motivation zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter, Personen ab 65 Jahren, welche nur auf wenig Unterstützung angewiesen sind.

Nur Schlaf- und Beruhigungsmittel

Namen werden nicht verwendet, evtl. einzelne markante Aussagen im Text hervorgehoben.

Name:

Vorname:

Berufliche Ausbildung:

Berufsort:

Darf Ort erwähnt werden: Ja:..... Nein:

Tätig seit:

Situation

Wie häufig machen Sie Erfahrungen mit Klienten, Klientinnen welche eine Medikamentenabhängigkeit haben? Gender?

Wenn ja, welche Erfahrungen sind das?

(Vernachlässigung der Körperpflege, Soziale Kontakte, Haushalt, Stürze,....

Wie haben sie die Abhängigkeit erkannt?

(siehe oben, aber auch Medikamentenpackungen etc...)

Wie wird das Thema Medikamentenabhängigkeit im Team thematisiert? Wie wird es allg. wahrgenommen (z. B. mit Fallbesprechungen, ...)

Wenn es wahrgenommen und angesprochen wird- wie?

(Weiterbildungen, Teamsitzungen, Anlaufstellen zum Thema welche sich vorstellen, etc.

Wenn nein; Hypothesen wieso nicht (kommt nicht vor, interessiert uns nicht,...)

Was läuft im Team zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter gut?

Was könnte verbessert werden?

Bedürfnisse

Welche Informationen zum Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter wären wünschenswert? Was fehlt?

(Broschüren, Schulungen, ...)

Falls keine Bedürfnisse; Wieso?

(Zeitaspekt, Desinteresse, nicht mein Auftrag, Aufgabenbereich,...)

Soziale Arbeit

Wie könnte die Soziale Arbeit aus Sicht der Pflege bei dieser Thematik unterstützen? Wie könnte ein Zusammenarbeit konkret aussehen (Schulungen, Informationen, Gespräche mit Klienten, Klientinnen...)