



Umgang mit Sucht bei Menschen mit Behinderungen

Information, Prävention, Beratung
und Vermittlung

Ein Praxisbuch für Mitarbeiter_innen
in der Behindertenhilfe

Jänner 2022

GELEITWORT

Seit mehr als 25 Jahren beschäftigen sich die Mitgliedsorganisationen im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen mit Fragen zur Qualität ihrer Angebote. Die Sucht- und Drogenkoordination Wien ist seit 2006 mit der Umsetzung der strategischen und operativen Ziele der Wiener Sucht- und Drogenpolitik betraut. Die Kooperation dieser beiden für Wien so wichtigen Einrichtungen ist seit Jahren von Erfolg geprägt.

Es entspricht der sozialpolitischen Tradition in Wien, sozioökonomisch benachteiligte Personengruppen durch soziale Maßnahmen zu integrieren und deren Ausgrenzung zu verhindern. So erhalten Menschen mit Behinderungen die für ihre Bedürfnisse notwendige Unterstützung, um möglichst aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. „Dabei sein können“ bedeutet in erster Linie, neue Möglichkeiten zu haben, aber auch Risiken ausgesetzt zu sein – so auch beim Thema Sucht.

Das vorliegende Praxisbuch „Umgang mit Sucht bei Menschen mit Behinderungen – Information, Prävention, Beratung und Vermittlung“ soll Mitarbeiter_innen in der Behindertenhilfe für die komplexe Thematik sensibilisieren. Der umfassende Übungsteil soll für Sie als Werkzeug dienen, damit Sie Menschen mit einer Suchterkrankung oder problematischem Konsum bzw. problematischen Verhaltensweisen professionell begegnen können.

Als Präsident des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen freut es mich, mit der Publikation ein gelungenes Beispiel für die Sozialpolitik und das Funktionieren der Soziallandschaft in unserer Stadt vorstellen zu können. Unterschiedliche Systempartner_innen bilden Netzwerke, tauschen sich aus, „reden miteinander“ und unterstützen sich gegenseitig, damit Hilfe dort ankommt, wo sie gebraucht wird – bei den Menschen der Stadt!

Peter Hacker

*Amtsführender Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport
Präsident Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen*

Wien, im Jänner 2022

VORWORT

Sucht ist eine komplexe und weit verbreitete chronische Erkrankung, die alle Gesellschaftsschichten und Bevölkerungsgruppen betrifft. Sie ist verbunden mit einer Vielzahl von Symptomen, Störungen und Belastungen, die spezielle Kenntnisse, Kompetenzen und ein hohes Engagement aller beteiligten Fachkräfte erfordern. Auch im Bereich der Behindertenhilfe werden Mitarbeiter_innen in ihrer täglichen Arbeit vor Herausforderungen in Bezug auf Suchtverhalten von Klient_innen gestellt.

Um diesen Herausforderungen qualifiziert begegnen zu können, wurde in bewährter Kooperation zwischen dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen und der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinsam ein Praxisbuch für die Arbeit im Behindertenbereich entwickelt.

Mit dem Praxisbuch wird den Mitarbeiter_innen eine fachlich fundierte und praxisnahe Arbeitsunterlage zum Umgang mit Personen mit problematischem Suchtverhalten zur Verfügung gestellt. Die ausgewählten Übungen zu Lebens- und Risikokompetenzen sowie der Teil zur Gesprächsführung bilden gemeinsam mit dem Kapitel Grundlagen Sucht eine umfassende Basis, um auch Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten in ihrer subjektiven Lebensqualität gut unterstützen zu können. Für eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Thema kann auf die sorgfältig ausgewählte und angeführte Literatur zurückgegriffen werden.

Unser Dank gilt allen engagierten Personen, die an der Erstellung des Praxisbuchs beteiligt waren. Sie haben ihre Expertise aus der Praxis und ihr fachliches Know-how in dieses Kooperationsprojekt eingebracht und damit diese Publikation erst ermöglicht.

Sandra Frauenberger

Geschäftsführerin Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen

Ewald Lochner, MA

*Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien
und Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination Wien*

EINLEITUNG

2008 hat Österreich die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert. Damit ist die aktive und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben rechtlich verankert. Dieses Recht ist entsprechend den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen mittels inklusionsfördernder Maßnahmen zu unterstützen. Bereits seit den 1990er-Jahren gibt es Bestrebungen, die für Menschen mit Behinderungen konzipierten Sondereinrichtungen zu schließen und stattdessen in das Gemeinwesen integrierte Angebote verstärkt weiter auszubauen.

Die Entwicklung vieler neuer Konzepte wie auch eine gesellschaftliche Veränderung der Sichtweise auf die sogenannte „Normalität“ bzw. die Infragestellung des Begriffes „Normalität“ haben viele Chancen eröffnet und wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen beigetragen. Mit diesen erfreulichen Entwicklungen und der stärkeren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbunden sind aber auch Risiken für diese Zielgruppe, wie etwa in Bezug auf den Umgang mit Suchtmitteln.

Legale und illegale Substanzen sind allgegenwärtig, und Verhaltenssuchte werden immer mehr zu einem gesellschaftlich problematischen Phänomen, auch bei Menschen mit Behinderungen. Die Arbeit mit behinderten Menschen, die Suchtmittel konsumieren, erfordert in den Hilfesystemen sowohl der Behindertenhilfe als auch der Suchthilfe fachlichmethodisches Wissen für geeignete Präventionsmaßnahmen und für die adäquate Beratung und Betreuung von Menschen mit problematischem Konsum. Darüber hinaus sind ausreichende Ressourcen für Hilfsangebote und vor allem auch etablierte und funktionierende bereichs- und institutionsübergreifende Netzwerke von zentraler Bedeutung. In diesem Sinne wurde als eine unterstützende Maßnahme das vorliegende Praxisbuch „Umgang mit Sucht bei Menschen mit Behinderungen - Information, Prävention, Beratung und Vermittlung“ entwickelt.

Arbeitsweise, Methodik und Struktur

Eine Abfrage des Dachbands Wiener Sozialeinrichtungen unter den Mitgliedsorganisationen aus dem Bereich Behindertenhilfe im Frühjahr 2019 hat ergeben, dass die Erarbeitung einer gemeinsamen Arbeitsgrundlage zum Thema Umgang mit Suchtmittel konsumierenden Klient_innen in der Behindertenhilfe Sinn macht und dass auch eine gewisse Notwendigkeit dafür gesehen wird. Daraufhin wurde zur Erstellung der Rahmenbedingungen, zur Definition des Auftrages und zur laufenden Evaluation der Arbeitsschritte eine Steuergruppe (bestehend aus Vertretern von drei Organisationen der Behindertenhilfe, dem Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien und dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen) eingerichtet. Die Erstellung des vorliegenden Praxisbuch erfolgte zu einem überwiegenden Teil durch die Arbeitsgruppe (bestehend aus Vertreter_innen von acht Organisationen der Behindertenhilfe, dem Institut für Suchtprävention Sucht- und Drogenkoordination Wien und dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen). Die Erstellung einzelner Kapitel des Praxisbuchs wurde auch vom Beauftragten für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, **Dr. Hans Haltmayer**, und vom Gesundheitsdienst der Stadt Wien (MA 15), unter **Drⁱⁿ. Marica Beslic**, begleitet und unterstützt. Die Zeichnungen im Übungsteil stammen von **Patrick Fill**, Mitarbeiter im

Institut für Suchtprävention. Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen und das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien haben in Kooperation alle Schritte dieses Projektes gemeinsam konzipiert, geplant und koordiniert. Die Freigabe erfolgte durch die Leitung des Instituts für Suchtprävention und die Geschäftsführung des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen.

Nach der grundsätzlichen Klärung von Intention und Zielen wurden die Inhalte festgelegt. Die Aufgaben in der Arbeitsgruppe wurden im Pat_innen-System vorbereitet und gemeinsam diskutiert und abgestimmt. Für einige Kapitel dienten die bereits bestehenden Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung, „Umgang mit Personen mit substanzbezogener Abhängigkeit“, als Vorlage, sie wurden für die Behindertenhilfe entsprechend angepasst. In der Steuergruppe wurden die erarbeiteten Inhalte reflektiert sowie abgenommen und allfällige Anmerkungen eingebracht. Auch die unterschiedlichen Gremien des Dachverbandes (z. B. Geschäftsführer_innen, operative Leitungen etc.) wurden laufend informiert und konnten ggf. Anregungen und Hinweise geben.

Die am Prozess beteiligten Personen einigten sich auf folgende Inhalte:

- Grundlagen Sucht
- Suchtpräventive Ansätze
- Tabak und Nikotin
- Alkohol
- Medikamente
- Illegale Substanzen
- Stoffungebundene Süchte
- Opioid-Substitutions-Therapie
- Gesprächsführung
- Lebens- und Risikokompetenzen
- Unterstützungsangebote

Das Praxisbuch ist eine Synthese aus wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertise aus der Praxis. Bei der Literaturrecherche wurde darauf geachtet, lokale und in weiterer Folge nationale und internationale Literatur heranzuziehen. Diese wurde für ein vertiefendes Nachlesen angeführt, und gleichzeitig wurde auch auf eine gute Lesbarkeit geachtet.

Das Praxisbuch ist eine fachlich inhaltliche Arbeitsunterlage für Mitarbeiter_innen im Behindertenbereich in Bezug auf den Umgang mit Personen mit problematischem Suchtverhalten und soll dazu beitragen, den Erhalt einer subjektiv guten Lebensqualität der betreuten Personen zu unterstützen.

An der Entwicklung des Praxisbuchs haben folgende Personen mitgearbeitet:

ARBEITSGRUPPE

Marcus **Ebertowski**, LOK
Günter **Griesser**, Jugend am Werk
Andrej **Jankela**, Auftakt
Marijana **Petrovic**, Lebenshilfe Wien
Alexander **Popp**, GIN
Margit **Preyler**, ÖHTB
Roswitha **Röska**, Sozialtherapeutisches Zentrum Ybbs
Barbara **Spießberger**, CARDO
Barbara **Wazek**, Lebenshilfe Wien
Stefan **Weidinger**, CARDO
Maria **Wiesberger**, ÖHTB (Praktikantin)
Sylvia **Zelezny**, GIN

STEUERGRUPPE

Emanuel **Durand**, GIN
Ute **Jordan** (bis 12/2019), Jugend am Werk
David **Schenner**, Auftakt
Grit **Turnovsky**, GIN

KOORDINATION UND FACHLICHE BEGLEITUNG

Manuela **Meissnitzer-Lackner**, Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien
Georg **Preitler**, Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien
Anton **Schmalhofer** Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Kurzporträts der mitwirkenden Organisationen | 16 |
| UN-Behindertenrechtskonvention – Autonomie und Selbstbestimmung | 18 |
| Grundlagen Sucht | 20 |
| 1. Definitionen | 21 |
| 2. Relevante Aspekte im Zusammenhang mit Suchterkrankungen | 24 |
| 3. Verlauf der Suchterkrankung | 25 |
| 4. Genderspezifische Aspekte von Suchterkrankungen | 26 |
| 5. Konsumformen | 26 |
| 6. Konsummotive | 27 |
| 7. Wirkungsweise von Suchtmitteln | 27 |
| 8. Allgemeine Folgen von Suchtmittelkonsum | 28 |
| 9. Komorbidität und Multimorbidität | 29 |
| 10. Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft | 31 |
| 11. Suchtmittelkonsum im Alter | 32 |
| 12. Soziale Integration und Sucht | 32 |
| 13. Sucht und Stigma | 32 |
| 14. Sucht und Scham | 33 |
| 15. An- und Zugehörige | 33 |
| 16. Ziele in der Arbeit mit Suchtkranken – Wiener Sucht- und Drogenstrategie | 34 |
| Suchtpräventive Ansätze | 38 |
| 1. Einleitung | 39 |
| 2. Unterscheidung von Präventionsmaßnahmen | 39 |
| 2.1 Universelle/selektive/indizierte Prävention | 39 |
| 2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention | 39 |
| 2.3 Früherkennung/Frühintervention | 40 |
| 3. Präventionsstrategien | 41 |
| 3.1 Wissen um Schutz- und Belastungsfaktoren | 41 |
| 3.2 Förderung von Lebenskompetenzen | 42 |
| 3.3 Förderung von Risikokompetenzen | 43 |
| 3.4 Suchtpräventive Maßnahmen in Betreuungseinrichtungen | 43 |
| 3.5 Geschlechtsspezifische Suchtprävention | 44 |
| Tabak und Nikotin | 46 |
| 1. Einleitung | 47 |
| 2. Substanz und Wirkung | 48 |
| 3. Auswirkungen von Tabak- und Nikotinkonsum | 50 |
| 4. Entzugssymptomatik | 51 |
| 5. Situationseinschätzung | 52 |

| | |
|--|------------|
| Alkohol | 54 |
| 1. Einleitung | 55 |
| 2. Substanz und Wirkung | 56 |
| 3. Trinkmengen | 58 |
| 4. Auswirkungen von Alkoholkonsum | 60 |
| 5. Entzugssymptomatik | 61 |
| 6. Situationseinschätzung | 62 |
| Medikamente | 64 |
| 1. Einleitung | 65 |
| 2. Schwierigkeit der Diagnosestellung bei einer Medikamentenabhängigkeit | 65 |
| 3. Erhöhtes Risiko bei älteren Menschen | 65 |
| 4. Die Rolle von Betreuungspersonen | 66 |
| 5. Substanzen und Wirkungen | 66 |
| 5.1 Hypnotika und Sedativa | 66 |
| 5.2 Analgetika (Schmerzmittel) | 69 |
| 5.3 Weitere Medikamente | 72 |
| 6. Situationseinschätzung | 73 |
| Illegale Substanzen | 76 |
| 1. Einleitung | 77 |
| 2. Substanzen | 78 |
| 2.1 Cannabis | 78 |
| 2.2 Heroin und andere Opiate bzw. Opioide | 80 |
| 2.3 Kokain | 80 |
| 2.4 Amphetamin und Methamphetamin | 82 |
| 2.5 Halluzinogene | 85 |
| 2.6 Neue psychoaktive Substanzen (Research Chemicals) | 85 |
| 3. Situationseinschätzung | 86 |
| Stoffungebundene Süchte oder Verhaltenssüchte | 88 |
| 1. Einleitung | 89 |
| 2. Pathologisches Glücksspiel (Glücksspielsucht) | 91 |
| 3. Pathologischer Gebrauch von Internet und sozialen Medien | 95 |
| 4. Pathologisches Kaufen, „Kaufsucht“ | 98 |
| Opioid-Substitutions-Therapie (OST) | 100 |
| 1. Bezeichnungen | 101 |
| 2. Wirkungen | 101 |
| 3. Öffentliche Gesundheitsfürsorge | 102 |
| 4. Zur Verfügung stehende Substanzen | 102 |
| 5. Verlaufsformen der Behandlung | 103 |

| | |
|---|------------|
| 6. Rechtliche Grundlagen für die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen in Österreich | 103 |
| 6.1 Ablauf der Substitution bei Unterstützung durch die betreuende Organisation | 107 |
| 6.2 Akutbedarf von Substitutionsmedikamenten | 108 |
| Gespräche führen | 110 |
| 1. Grundsätzliches zur Gesprächsführung | 111 |
| 1.1 Einfache Sprache | 111 |
| 1.2 Kommunikationsstile | 112 |
| 1.3 Grundhaltungen im Sinne von Motivational Interviewing (MI) | 114 |
| 1.4 Beziehung ist die Grundlage für jedes Gespräch | 116 |
| 1.5 Kommunikationsfallen | 117 |
| 1.6 Kernkompetenzen in der motivierenden Gesprächsführung | 119 |
| 2. Über Suchtmittelkonsum sprechen | 121 |
| 2.1 Früherkennung | 121 |
| 2.2 Früherkennung und Frühintervention | 121 |
| 3. Informationsgespräch | 123 |
| 4. Phasen der Veränderung | 124 |
| 5. Gespräche mit Personen ohne Veränderungswunsch – Diskrepanzen hervorrufen | 127 |
| 6. Gespräch mit ambivalenten Personen | 128 |
| 7. Der/die Klient_in trifft eine Entscheidung | 129 |
| 8. Ziele formulieren | 130 |
| 9. Risikosituationen und Bewältigungsstrategien | 132 |
| 10. Regeln kommunizieren | 134 |
| 11. Umgang mit Widerstand und Dissonanz | 134 |
| 12. Kurz-Tipps für ein Gespräch | 136 |
| Lebens- und Risikokompetenzen | 138 |
| 1. Einleitung | 139 |
| 2. Gesundheitsbewusstsein, Identität und Ressourcen stärken | 140 |
| 2.1 Mein Name/Spitzname | 140 |
| 2.2 Was hält mich gesund? | 142 |
| 2.3 Gesunde Ernährung besprechen | 145 |
| 2.4 Meine gesunde Mahlzeit | 146 |
| 2.5 Schritte zu gesundheitsförderndem Verhalten | 148 |
| 2.6 Gesundheits-Detektiv_in | 150 |
| 2.7 Besondere Dinge über mich | 153 |
| 2.8 Meine Ressourcen | 157 |
| 2.9 Stimmungsbarometer – wie geht es mir heute? | 162 |
| 2.10 Schätze dich selbst ein | 164 |

| | |
|--|------------|
| 3. Umgang mit Gefühlen erlernen | 166 |
| 3.1 Gefühlsermittlung | 166 |
| 3.2 Gefühlslinien zeichnen | 167 |
| 3.3 Gefühle erkennen | 167 |
| 3.4 Bedeutung von Gefühlen | 174 |
| 3.5 Wie kann ich meine Gefühle positiv beeinflussen? | 175 |
| 3.6 Reflexion der Gefühle Ärger und Wut | 176 |
| 3.7 Strategien – guter Umgang mit den Gefühlen Ärger und Wut | 178 |
| 3.8 Probleme lösen in 4 Schritten? | 179 |
| 3.9 Stress und Anspannung erkennen | 181 |
| 3.10 Arbeiten mit Spannungskurven | 183 |
| 3.11 Mein momentaner Spannungszustand | 187 |
| 3.12 Spannungszustände beschreiben | 190 |
| 3.13 Eigene Skills für unterschiedliche Spannungszustände finden | 192 |
| 3.14 Einsatz von starken Sinnesreizen | 195 |
| 3.15 Persönlicher Notfallkoffer | 196 |
| 3.16 Entspannung | 198 |
| 4. Beziehungen fördern und reflektieren | 201 |
| 4.1 Kennenlernen und Gemeinsamkeiten | 201 |
| 4.2 Menschen, die mir lieb sind (Beziehungsnetz) | 203 |
| 4.3 Die Kunst, eine Freundin/ein Freund zu sein | 205 |
| 4.4 Umgang mit Konflikten (Streiten) | 207 |
| 4.5 Gesprächsregeln und Streittipps | 207 |
| 4.6 Umgang mit Gewalt | 209 |
| 4.7 Meine Verantwortung | 212 |
| 4.8 Verbote und Gebote | 215 |
| 5. Freizeit- und Konsumverhalten reflektieren | 218 |
| 5.1 Wie nutze ich (sinnvoll) meine Zeit? (Freizeituhr) | 218 |
| 5.2 Freizeitbeschäftigungen | 223 |
| 5.3 Konsumgewohnheiten | 224 |
| 5.4 Verzichtsexperiment | 226 |
| 5.5 Was brauche ich wirklich? | 228 |
| 5.6 Meine Schätze – was ich alles habe | 230 |
| 5.7 Tagesexperiment Glück – wo ich es finden kann | 233 |
| 5.8 Genuss und Abhängigkeit | 234 |
| 5.9 Genussübung: Schokolade essen einmal anders | 236 |
| 6. Risikoverhalten und riskanter Konsum | 237 |
| 6.1 Mein Risikoverhalten | 237 |
| 6.2 Mutig oder riskant? | 239 |
| 6.3 Konsumiere ich riskant? (Beispiel Alkohol) | 240 |
| 6.4 Auswirkungen von Nikotin und Alkohol auf den Körper | 241 |
| 6.5 Über Suchtmittel ins Gespräch kommen | 244 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 6.6 | Konsumformen besprechen | 249 |
| 6.7 | Konsumzeiten besprechen | 253 |
| 6.8 | Suchtmittel bewerten und einschätzen | 253 |
| 6.9 | Konsumtagebuch | 259 |
| 7. | Motivation zur Verhaltensänderung | 261 |
| 7.1 | Meine Träume und Ziele | 261 |
| 7.2 | Vor- und Nachteile einer Veränderung | 264 |
| 7.3 | Wichtigkeit und Zuversicht sichtbar machen | 266 |
| 7.4 | Erinnerungshilfe für eine Entscheidung | 269 |
| 7.5 | Entscheidungen mithilfe von Körperbildern nachspüren | 270 |
| 7.6 | Erfolge sichtbar machen | 272 |
| 7.7 | Die 3 As | 272 |
| | Unterstützungsangebote | 276 |
| 1. | Fachberatung für Mitarbeiter_innen | 277 |
| 1.1 | Konnex – Liaisondienst des Ambulatoriums der SDW | 277 |
| 2. | Fort- und Weiterbildungen, Angebote und Informationen | 278 |
| 2.1 | Institut für Suchtprävention | 278 |
| 3. | Hilfe bei Sucht- und Drogenproblemen am Wochenende/Feiertag | 279 |
| 3.1 | Ambulatorium Suchthilfe Wien | 279 |
| 4. | Unterstützung bei konkreten Fragen bezüglich Substitutionsbehandlungen | 279 |
| 4.1 | Substituierende Ärzt_innen | 279 |
| 4.2 | Amtsärzt_innen der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien | 280 |
| 5. | Fragen rund um Klient_innen, die auch in Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes betreut sind | 280 |
| | Anhänge 282 | |
| | Anhang 1 – Einwilligungserklärung | 283 |
| | Erläuterung zum Anhang 1 | 284 |
| | Anhang 2 – Vollmacht (gesetzliche Vertretung) | 286 |
| | Anhang 3 – Vollmacht (Vidierung) | 287 |
| | Anhang 4 – Bestätigung für Mitarbeiter_innen | 288 |
| | Anhang 5 – Änderungsmeldung | 289 |
| | Anhang 6 – Vereinbarung (Substitutionsabgabe) | 290 |
| | Anhang 7 – Vereinbarung (Verwahrung von Medikamenten) | 291 |
| | Anhang 8 – Entsorgung von Suchtmitteln | 292 |

KURZPORTRÄTS DER MITWIRKENDEN ORGANISATIONEN

Auftakt

... unterstützt Menschen mit Lern- und mehrfacher Behinderung sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen im Wohnen. <https://www.auftakt-gmbh.at>

Cardo

... bietet Betreuung für Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf im Wohnen. <https://www.cardo.cc>

GIN – Gemeinwesenintegration und Normalisierung

... bietet Assistenz und Begleitung für Menschen mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung im Wohnen und in verschiedenen Werkstattprojekten. <https://www.gin.at>

Jugend am Werk

... erbringt (u. a.) soziale Dienstleistungen in den Bereichen Ausbildung, Arbeit und Wohnen für Menschen mit Behinderungen. <https://www.jaw.at>

Lebenshilfe Wien

... unterstützt Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Tagesstrukturen und im Wohnen. <https://www.lebenshilfe.wien>

ÖHTB – Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte

... ist in der Betreuung, Beratung, Beförderung, Ausbildung und beruflichen Förderung von Menschen mit Behinderungen tätig. <https://oehtb.at>

Sozialtherapeutisches Zentrum Ybbs

... ist eine Einrichtung des Wiener Gesundheitsverbundes, in der Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassend betreut werden. <https://ybbs.gesundheitsverbund.at>

Sucht- und Drogenkoordination Wien

... ist seit 2006 mit der Umsetzung der strategischen und operativen Ziele der Wiener Sucht- und Drogenpolitik betraut. <https://sdw.wien>

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen

... ist eine Vernetzungsplattform für Organisationen der Wiener Sozialwirtschaft. <https://www.dachverband.at>

UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION – AUTONOMIE UND SELBSTBESTIMMUNG

Im Dezember 2006 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen in New York das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, kurz UN-BRK). Die Konvention trat am 3. Mai 2008 international in Kraft. In Österreich ist die UN-Behindertenrechtskonvention seit 26. Oktober 2008 in Kraft und muss bei der Gesetzgebung und der Vollziehung der Gesetze berücksichtigt werden.

Die UN-Behindertenrechtskonvention stellt einen Meilenstein in der internationalen Behindertenpolitik dar, indem sie den Menschenrechtsansatz in der Behindertenpolitik einführt. Darüber hinaus fordert die UN-BRK das Recht auf Selbstbestimmung, Partizipation und umfassenden Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderung sowie eine barrierefreie und inklusive Gesellschaft.

Autonomie und Selbstbestimmung sind zwei zentrale Elemente der UN-Behindertenrechtskonvention. Sie bilden die Grundlage für die wirksame Inanspruchnahme der zugesicherten Menschenrechte.

Die Gleichberechtigung und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben eröffnen nicht nur neue Chancen, sondern bergen auch neue Risiken.

Vor allem in der Betreuung von Menschen mit intellektueller Behinderung ist man täglich mit Herausforderungen konfrontiert. Um eine bestmögliche Betreuung zu gewährleisten, sind eine klare Haltung und Absprache zwischen allen Beteiligten notwendig.

Wohnen/Tagesstruktur

Für Menschen, die nicht allein wohnen können, aber trotzdem ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen möchten, gibt es je nach individuellem Bedarf ein breites Angebot an betreuten Wohnformen. Grundsätzlich wird zwischen vollbetreutem und teilbetreutem Wohnen unterschieden.

Vollbetreutes Wohnen ist ein Angebot für Menschen mit Behinderungen, die auf Hilfestellungen im Alltag angewiesen sind. Es stehen Wohngemeinschaften bzw. daran angeschlossene Trainingswohnungen oder Einzel- und Paarzimmer in Wohnhäusern zur Verfügung. Bei Bedarf ist das vollbetreute Wohnen dauerhaft möglich und wird durch eine Tagesstruktur ergänzt. In einigen Wohngemeinschaften (WGs) wird auch Tagesbetreuung angeboten.

Für manche ist diese Betreuungsform ein Übergang zu einem selbstständigeren Leben in der eigenen Wohnung oder in einer Wohnung, die von einer Trägerorganisation zur Verfügung gestellt wird. Im **teilbetreuten Wohnen** wird das selbstständige Leben durch individuelle Betreuung und Unterstützung im Alltag für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen möglich. Die Betreuungskontakte finden zeitlich flexibel nach individueller Absprache direkt in der Wohnung, am Betreuungsstützpunkt oder an einem anderen vereinbarten Ort statt.

Das teilbetreute Wohnen kann auch ein Zwischenschritt zu einem selbstständigen Leben ohne Betreuung sein, jedoch muss dieser Schritt gut vorbereitet sein.

Das Angebot der **Tagesstruktur** richtet sich an Menschen mit Behinderung, die aktuell oder dauerhaft nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Die arbeitstherapeutische Struktur unterstützt sie dabei, ihre individuellen Fähigkeiten durch unterschiedliche Tätigkeiten zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Das Zusammenleben mit Mitbewohner_innen und das Teilen von Gemeinschaftsräumen mit Arbeitskolleg_innen in der Tagesstruktur bzw. in der Arbeit befördert gruppendynamische Prozesse (Umgang mit Sucht, Vorbildwirkung, problematisches selbst- und fremdgefährdendes Verhalten). Beim vollbetreuten Wohnen und auch in einer Tagesstruktur muss man sich an Haus- bzw. Gemeinschaftsregeln halten, wobei ein Verstoß dagegen auch zum Ausschluss führen kann.

LITERATUR

Spörke, M. (2011): UN-Behindertenrechtskonvention – Chancen und Auftrag für die Soziale Arbeit. Sozial Extra – Zeitschrift für Soziale Arbeit 11/12. Wiesbaden: Springer VS

GRUNDLAGEN SUCHT

Sucht ist eine komplexe und weit verbreitete Krankheit, die alle Gesellschaftsschichten betrifft und mit einer Vielzahl von Symptomen und Belastungen verbunden ist.

Besteht **Unterstützungsbedarf im Alltag**, kann eine Suchterkrankung eine zusätzliche Herausforderung darstellen. Für die Mitarbeiter_innen der Organisationen, die diese Unterstützung anbieten, ist daher Wissen zu diesem Themenfeld notwendig, um einen adäquaten und professionellen Umgang mit suchtkranken Personen zu gewährleisten und fachgerechte Betreuung zu ermöglichen.

Die möglichen Interventionen sind individuell wie auch situationsabhängig abzustimmen, wobei die persönliche Lebensqualität der betreuten Person unter Berücksichtigung von gesundheitlichen Risiken immer im Vordergrund stehen muss.

Zur Unterstützung von Mitarbeiter_innen in den Organisationen kann internes wie externes Expert_innenwissen dazu beitragen, situationsabhängig geeignete individuelle Lösungen zu finden.

(vgl. Konnex: <https://sdw.wien/konnex/>)

1. DEFINITIONEN

Der Begriff „Sucht“ wurde 1964 im offiziellen Sprachgebrauch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch „**Abhängigkeit**“ ersetzt. Vor allem umgangssprachlich ist seine Verwendung allerdings weiterhin üblich.

Die WHO bezeichnet diese Erkrankung mit dem medizinischen Terminus Abhängigkeitssyndrom. Dieses Abhängigkeitssyndrom wird durch eine Gruppe von körperlichen, verhaltensbezogenen und kognitiven Symptomen charakterisiert, die sich nach wiederholter Einnahme bzw. wiederholtem Konsum von psychotropen¹ Substanzen entwickeln.

(vgl. World Health Organization [WHO])

Abhängigkeit bzw. Sucht wird heute als Erkrankung verstanden. In der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie heißt es dazu: *„Suchtkrankheit ist mit einem gesellschaftlichen Stigma belastet. Sucht ist keine Willensschwäche oder moralische Verfehlung. Sucht ist eine Krankheit und als solche zu behandeln.“*

(BMG, S. 6)

¹ Eine psychotrope/psychoaktive Substanz ist ein Wirkstoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst. Dazu zählen z. B. Alkohol, Nikotin, Opiate etc. Auch einige Medikamente sind psychotrop/psychoaktiv.

Abhängigkeit nach ICD-10

In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), die von der WHO herausgegeben wird, werden sechs Kriterien genannt, von denen drei in den letzten zwölf Monaten gleichzeitig in Erscheinung getreten sein müssen, damit die Diagnose Abhängigkeit gestellt werden kann:

- ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
- verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
- ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum der gleichen Menge deutlich geringere Effekte auf.
- Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessen wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich vom Konsum zu erholen.
- anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.

(vgl. Dilling et al., 2006, S. 79f.)

Abhängigkeit nach DSM-5

Neben der ICD-10 ist das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA) ein maßgebliches Klassifikationssystem psychischer Störungen.

Das DSM-5 (2013) kategorisiert die „Substanzgebrauchsstörung“ – Substance Use Disorder (SUD) – anhand von elf Kriterien. Sind innerhalb der vergangenen zwölf Monate zwei bis drei Kriterien erfüllt worden, so liegt eine moderate Störung vor, ab vier Kriterien wird eine schwere Störung festgestellt.

Die Kriterien sind:

1. wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden;
2. wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
3. wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;
4. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung;
5. Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden;
6. längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust);
7. anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;
8. hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen;
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums;
10. fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind;
11. starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving).

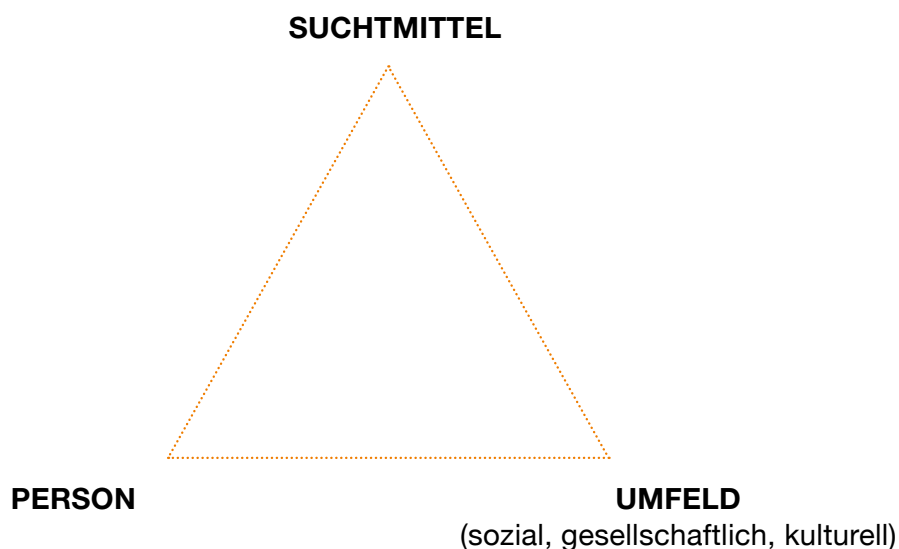
(vgl. SDW, S. 7)

2. RELEVANTE ASPEKTE IM ZUSAMMENHANG MIT SUCHTERKRANKUNGEN

Entstehung einer Suchterkrankung

Verschiedene körperliche, psychische und soziale Faktoren spielen bei der Entstehung eine Rolle. Sucht entwickelt sich niemals monokausal und auch nicht linear.

Eine Abhängigkeitserkrankung ist ein biopsychosozial bedingtes Krankheitsgeschehen. Bei Entstehung und Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung wirken viele Einflussfaktoren in unterschiedlicher Stärke und aus verschiedenen Bereichen zusammen. Dabei handelt es sich um einen komplexen, phasenhaft verlaufenden Prozess. In der Literatur werden häufig drei Faktoren genannt, deren Zusammenspiel für die Entwicklung einer Abhängigkeit relevant ist:



- **Person:**
Die persönliche Lebensgeschichte, die Persönlichkeitsentwicklung und dementsprechend die individuellen Ressourcen für eine Krisenbewältigung und für die Veränderung innerer und äußerer Umstände sowie die gerade aktuell verfügbaren persönlichen Möglichkeiten – etwa begründet im jeweiligen Lebensabschnitt – bilden grundlegende Belastungs- oder Schutzfaktoren.
Auch wenn Abhängigkeitserkrankungen nicht als vererbbar angesehen werden, weist dennoch einiges auf epigenetische Faktoren hin, die bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung eine Rolle spielen. Neben neurobiologischen Faktoren sind hierbei zum Beispiel auch Toleranzbildung gegenüber Substanzen, Abbaukapazitäten, Geschlecht, Alter und Körpergewicht zu berücksichtigen.
- **Suchtmittel oder Verhaltensweise:**
Unterschiedliche Suchtmittel beziehungsweise abhängigkeitsfördernde Verhaltensweisen haben jeweils unterschiedliche Abhängigkeitspotenziale. Neben der pharmakologischen Wirkung der Suchtmittel spielen hierbei auch die Verfügbarkeit, die Art der Einnahme, die

Beschaffenheit der Substanz etc. eine Rolle. Bei abhängigkeitsfördernden Verhaltensweisen hat sich beispielsweise das Spielen an Automaten als problematischer erwiesen als andere Spielformen. Entscheidend sind – ähnlich wie bei legalen oder illegalen Substanzen – auch die Verfügbarkeit der Möglichkeiten abhängigkeitsfördernden Verhaltens, zum Beispiel die Verfügbarkeit von Spielautomaten, sowie die gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung eines bestimmten Verhaltens.

- **Umfeld:**

Soziales Umfeld: Das Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, aber auch die Chancen, eine bestehende Abhängigkeitserkrankung zu überwinden, stehen in engem Zusammenhang mit den sozialen Verhältnissen, in denen jemand lebt. Die Familie/Bezugspersonen, die Wohnsituation, der Freundeskreis und die beruflichen Möglichkeiten haben beispielsweise eine große Bedeutung. Menschen mit Unterstützungsbedarf haben oftmals geringere Möglichkeiten, darauf Einfluss zu nehmen.

Gesellschaftliche/kulturelle Bedingungen: An Belastungsfaktoren sind hier soziale Perspektivenlosigkeit, Ausgrenzung, Armut sowie insbesondere Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit zu nennen. Soziale Integration, Teilhabe – insbesondere auch an Bildung – und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind wesentliche Faktoren, die vor der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung schützen oder dabei hilfreich sein können, eine Abhängigkeitserkrankung zu überwinden.

(vgl. SDW, S. 21)

3. VERLAUF DER SUCHTERKRANKUNG

Sucht ist eine überwiegend chronisch verlaufende Erkrankung und erfordert eine nachhaltige, zuweilen auch eine lebensbegleitende Therapie. Der Erkrankungsverlauf ist dabei in der Regel nicht linear, sondern phasenhaft. Auf Perioden der psychischen Stabilität mit weitgehender Symptombefreiheit und nahezu völliger Remission der Suchterkrankung können Phasen psychischer Krisen mit Kontrollverlust oder Zustände mit verstärkter Symptomatik einer zugrunde liegenden psychischen Erkrankung (Depression, Schizophrenie, Angststörung etc.) folgen. Das kann zu verstärktem (Bei-)Konsum psychotroper Substanzen führen und zwischenzeitlich intensivere ärztliche, psychosoziale und pflegerische Interventionen erforderlich machen.

Auch wenn sich der Verlauf der Suchterkrankung nach Phasen der Instabilität wieder konsolidiert und die Klient_innen wieder an Lebensqualität dazugewinnen, ist eine dauerhafte Heilung der Suchterkrankung in den meisten Fällen nicht möglich. Ein Ansatz, der den Betroffenen dennoch eine positive Perspektive ermöglichen soll, ist es, gemeinsam mit ihnen (und ihren An- und Zugehörigen) Strategien zu entwickeln, die es ihnen ermöglichen, ihre Ressourcen für sich nutzbar zu machen und ein zufriedenes Leben zu führen.

4. GENDERSPEZIFISCHE ASPEKTE VON SUCHTERKRANKUNGEN

Es gilt heute als fachlich unumstritten, dass Suchterkrankungen bei Frauen und Männern neben Gemeinsamkeiten auch viele Unterschiede in den Ursachen, der Ausprägung und den Verläufen aufweisen.

Frauen zeigen tendenziell ein anderes Suchtverhalten als Männer, weil sie mit anderen Lebensweisen konfrontiert sind und ihnen andere Aufgaben zugewiesen werden. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass Männer ihre Probleme eher durch Externalisierung bewältigen, sie also nach außen tragen, Frauen diese hingegen eher durch Internalisierung zu bewältigen versuchen. Männer zeigen somit eher Aggression und Wut, Frauen eher Angst-, Scham- und Schuldgefühle.

Frauen konsumieren Suchtmittel oft heimlich oder im privaten Raum, während Männer dies eher im öffentlichen Raum tun.

Die Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Substanzen ist bei Männern deutlich häufiger (ca. zwei Drittel bis drei Viertel der Betroffenen), umgekehrt verhält es sich bei der Medikamentenabhängigkeit, vor allem bei der Abhängigkeit von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

(vgl. www.uni-due.de; www.suchtschweiz.ch)

5. KONSUMFORMEN

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein dynamischer Prozess und verläuft nicht linear. Experimentierverhalten oder Konsum führen nicht zwangsläufig in eine Abhängigkeit. Innerhalb des Spektrums von Abstinenz, Genuss und Abhängigkeit gibt es verschiedene Ausprägungen und fließende Übergänge.

Entstehung einer Suchterkrankung

- Abstinenz: gänzlicher Verzicht auf ein Suchtmittel
- Experimentier- oder Probierkonsum: Neugierde oder Sensationslust sind bestimmend; unregelmäßiger Konsum, der zu bestimmten Zeitpunkten (z. B. an Wochenenden) intensiver sein kann – keine Aussage über gesundheitliche Gefährdung oder Schädigung
- Risikoarmer Konsum/moderater Konsum: gelegentlicher Konsum eines Suchtmittels, bei dem mit einer hohen Wahrscheinlichkeit keine körperlichen, psychischen und/oder sozialen Folgen zu erwarten sind; Hauptmotiv Genuss und/oder Gewohnheit
- Riskanter, risikoreicher oder problematischer Konsum: Durch die Art des Konsums besteht ein erhebliches Risiko, sich zu schädigen; erste durch den Konsum verursachte körperliche, psychische und/oder soziale Schäden sind bereits aufgetreten.
- Abhängigkeit: Bei regelmäßigem problematischem Substanzkonsum besteht die Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

- (Selbst)kontrollierter Konsum liegt vor, wenn eine Person ihr Konsumverhalten an einem zuvor festgelegten Konsumplan bzw. an Konsumregeln ausrichtet. (<https://www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx#definition>)

6. KONSUMMOTIVE

Konsument_innen von Suchtmitteln haben für ihren Konsum unterschiedliche Beweggründe. Vielfach steht das menschliche Grundbedürfnis nach Geborgenheit, Zugehörigkeit oder Entspannung im Vordergrund.

Zentrale Motive werden in zwei Gruppen unterteilt:

- Verbesserungsmotive: z. B. Genuss, Steigerung des Wohlbefindens, Suche nach Glück, Wunsch nach Geborgenheit, Leistungs- und Konzentrationssteigerung, Verstärkung der Stimmung/des Erlebens, Erleben von Gruppendynamik, Bewusstseinsveränderung, ...
- Verringerungs- und/oder Fluchtmotive: Verringerung von Ängsten und Missempfinden, Flucht aus der Realität, Stressbewältigung, Entspannung, Verdrängen von negativen Gefühlen, ...
Das Thema der Selbstmedikation spielt dabei eine wesentliche Rolle.

(vgl. SDW, S. 14)

7. WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN

Mit dem Konsum von Suchtmitteln werden bestimmte Wirkungsweisen angestrebt – z. B. beruhigende oder aktivierende Wirkung. Abhängig von der Person, der Situation, der Dosierung und der Verabreichungsform können die Wirkweisen stark variieren. Eine Zuordnung bestimmter Substanzen zu bestimmten Wirkungsweisen ist in der Regel nicht eindeutig möglich.

Typische Wirkungsweisen

- Beruhigend: z. B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Alkohol, Nikotin, Cannabis, Heroin
- Aktivierend: z. B. Nikotin, Alkohol, Kokain, Speed
- Euphorisierend: z. B. Alkohol, Heroin, Kokain, Ecstasy, Cannabis
- Halluzinogen: z. B. Cannabis, Lysergsäurediethylamid (LSD)

(vgl. SDW, S. 14f.)

8. ALLGEMEINE FOLGEN VON SUCHTMITTELKONSUM

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden wesentliche Folgen des Konsums von Suchtmitteln beschrieben. In den folgenden Kapiteln wird auf diese, spezifiziert auf die jeweilige Substanz(gruppe), weiter eingegangen.

Neben den unterschiedlichen **Risiken für die Gesundheit** gilt grundsätzlich für die meisten psychoaktiven Substanzen, dass die Folge des regelmäßigen Konsums die Entstehung einer **Abhängigkeitserkrankung** sein kann.

Delir

Im Zusammenhang mit dem Konsum, dem Entzug von Suchtmitteln oder der Intoxikation durch solche, vor allem mit dem Absetzen oder der Dosisreduktion von Alkohol oder Benzodiazepinen, kann es zu einem Delir kommen.

Als Delir bezeichnet man eine akute, aber rückbildungsfähige Bewusstseinsstörung, die unter anderem durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

- Unkonzentriertheit
- zeitliche und räumliche Desorientiertheit
- Stimmungsschwankungen
- Verwirrtheit
- Halluzinationen
- Schlafstörungen
- Zittern
- ängstliche Unruhe
- Herzklopfen
- Schwitzen
- Bluthochdruck
- schneller Puls
- Temperaturanstieg

Der Beginn eines Delirs ist gewöhnlich akut. Die Symptomatik ist im Tagesverlauf typischerweise wechselnd mit besseren und schlechteren Phasen.

Da es sich bei einem Delir um einen akut lebensbedrohlichen medizinischen Notfall handelt, muss in jedem Fall eine intensivmedizinische Betreuung erfolgen.

(vgl. www.gesundheit.gv.at; www.mental-health-guide.com)

Intoxikation/Vergiftung bzw. Überdosis

Bei einer Überdosierung von Suchtmitteln sollte grundsätzlich immer auch eine mehr oder weniger verdeckte Suizidalität in Erwägung gezogen werden. In Bezug auf ältere Menschen ist zu beachten, dass sich der Stoffwechsel verändert. U. a. aufgrund des geringeren Wasseranteils im Körper können Suchtmittel stärker wirken und rascher zu Schädigungen führen. Dies kann z. B. dazu führen, dass jahrelang gewohnte Mengen eines Suchtmittels im Alter nicht mehr vertragen werden.

Da die Abbauprozesse verlangsamt sind, bleiben Suchtmittel auch länger im Körper. **Die Gefahr der Kumulation von Suchtmitteln bzw. von (Dauer-)Medikamenten steigt mit zunehmendem Alter.**

Entzug

Hat sich eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt, so kommt es in vielen Fällen beim Absetzen des Suchtmittels oder einer Dosisreduktion zu Entzugsserscheinungen. Die Intensität und Gefährlichkeit der Entzugssymptome sind je nach Suchtmittel, der Dosis, der Dauer des Konsums und bestehender Vorerkrankungen etc. unterschiedlich.

Körperliche Entzugsserscheinungen setzen wenige Stunden nach der letzten Dosis ein und erreichen nach 24–48 Stunden ihren Höhepunkt. Das Entzugssyndrom ist gekennzeichnet durch Unruhe, Schweißausbrüche, Zittern, Schwächegefühl, Gliederschmerzen, Magenkrämpfe, Muskelzittern, Brechreiz, Kreislaufstörungen, Tränenfluss, massive Temperaturschwankungen bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen mit schweren Krampfanfällen und akuten Geistesstörungen.

Psychische Entzugsserscheinungen sind gekennzeichnet durch Unruhezustände, Angst, depressive Verstimmungen etc. und das sogenannte Craving, das drängende Verlangen nach weiterem Konsum. Als schwerwiegende Folgen können im Entzug Entzugsspsychosen und Selbstmordgedanken auftreten.

(vgl. www.drugcom.de)

Da es bei einem Entzug zu schweren körperlichen und psychischen Folgen kommen kann, gilt grundsätzlich, dass er immer unter ärztlicher Kontrolle erfolgen sollte. Von einem Entzug ohne medizinische Abklärung und/oder Begleitung (umgangssprachlich „kalter Entzug“) ist abzuraten. Dies gilt insbesondere für geschwächte oder kranke Menschen, da die Risiken im Entzug für diese Menschen größer sind.

Zu beachten ist auch, dass nicht bei allen Klient_innen in professioneller Betreuung eine Abhängigkeitserkrankung bekannt ist, etwa wenn diese ihren Suchtmittelkonsum erfolgreich verbergen. Wenn sich z. B. Betroffene aufgrund von Einschränkungen in der Mobilität nicht mehr mit Suchtmitteln versorgen können, können Entzugsserscheinungen sehr überraschend auftreten bzw. auch sehr spät als solche erkannt werden.

9. KOMORBIDITÄT UND MULTIMORBIDITÄT

Eine Abhängigkeitserkrankung steht selten allein. Eine Komorbidität oder komorbide Erkrankung ist eine begleitende Erkrankung, die parallel zur Sucht läuft und nicht selten ursächlich mit ihr zusammenhängt, sie begünstigt oder sogar aufrechterhält. Multimorbidität bedeutet, dass mehrere Erkrankungen vorliegen.

Als Beispiel für psychische Komorbiditäten, die zusätzlich zur Suchterkrankung vorliegen können, sind folgende Erkrankungen häufig anzutreffen:

- Erkrankungen wie Depressionen, bipolare Störung oder Manie (affektive Störungen)
- Belastungsstörungen (Krisensituationen, akute und posttraumatische Belastungsstörung)
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

- Persönlichkeitsveränderungen (Impulskontrollstörungen, Persönlichkeitsstörungen)
- Angsterkrankungen (Ängste, soziale Phobien, Panikstörung)

(vgl. www.api.or.at)

Psychoaktive Substanzen werden in diesem Zusammenhang u. a. konsumiert, weil sie z. B. angstlösend (Angststörung) oder antriebssteigernd (Depression) wirken und als Hilfsmittel zur Stress- und Gefühlsregulation eingesetzt werden. Der Suchtmittelkonsum steht damit in enger Verbindung mit einer Form der „**Selbstmedikation**“, die dazu dienen soll, die Symptome der psychischen Erkrankung in den Griff zu bekommen. Dabei ist den Betroffenen meist weder bewusst noch bekannt, dass sie an dieser psychischen Erkrankung leiden.

Durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen selbst, aber auch durch Entzugserscheinungen bei einem Verzicht darauf können unterschiedliche psychische Störungen wie Angstzustände, Depressionen, psychotische Zustände etc. auftreten. Diesen ist – unabhängig von der Ursache – mit den gleichen Maßnahmen zu begegnen wie bei anderen Klient_innen mit diesen Störungsbildern.

Besonders in der Arbeit mit suchtkranken Menschen ist zu bedenken, dass Suchtmittelkonsum zu unterschiedlichen Störungen der Konzentration und der Merkfähigkeit führen kann. Vor allem chronischer Alkohol- oder Benzodiazepinkonsum können **demenzielle Erkrankungen** zur Folge haben oder deren Verlauf negativ beeinflussen.

Neben psychischen Erkrankungen und kognitiven Störungen spielen auch unterschiedliche körperliche Erkrankungen bei Suchtkranken eine Rolle. Man spricht dann von einer **somatischen Komorbidität**. Zusätzlich zu den gesundheitlichen Folgen, die direkt in einem Zusammenhang mit der konsumierten Substanz stehen (z. B. COPD bei Raucher_innen, Lebererkrankungen bei Alkoholiker_innen, HIV oder Hepatitis B und C bei intravenösem Drogenkonsum etc.), sind hier auch Faktoren einer ungesunden Lebensführung (ungesunde Ernährung, Schlafmangel etc.) Ursache unterschiedlichster Krankheitsbilder.

Viele Menschen mit einer Suchterkrankung sind schon in jüngeren Jahren mit Erkrankungen und Veränderungen konfrontiert, die regulär erst in einem höheren Lebensalter auftreten. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer sogenannten „Voralterung“ von Suchtkranken, die 10–15 Jahre betragen kann.

Vor diesem Hintergrund ist es wesentlich, nicht nur die Sucht zu behandeln, sondern ein integratives Konzept zur Behandlung aller psychischen und somatischen Erkrankungen in die Behandlung einfließen zu lassen. Die gesamte Person mit all ihren Symptomen, aber auch Ressourcen und Stärken steht im Vordergrund.

(vgl. www.api.or.at)

10. SUCHTMITTELKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT

Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft kann vor allem die Gesundheit des Kindes gefährden. Sowohl illegale als auch legale Suchtmittel können zu Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten, Fehlbildungen an den Organen, motorischen Defiziten, Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen sowie zum Teil irreparablen Folgeschäden für das Kind führen. Am risikoreichsten ist es, wenn mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert werden.

Was den Konsum von Alkohol betrifft, gibt es in der Schwangerschaft keinen Konsum ohne Risiko. Alkohol gelangt durch die Plazenta direkt in den Blutkreislauf des werdenden Kindes. Das ungeborene Kind kann den Alkohol nicht abbauen und bleibt somit länger den schädigenden Wirkungen ausgesetzt. Diese pränatale Alkoholexposition kann die geistige und körperliche Entwicklung des ungeborenen Kindes beeinträchtigen. Schon geringe Mengen Alkohol können Auswirkungen auf das spätere Leben des Kindes haben. Unter dem Begriff FASD werden Symptome wie beispielweise geringes Geburtsgewicht, kleiner Kopfumfang und Störungen der Exekutivfunktionen zusammengefasst.

Auch Rauchen und Passivrauchen in der Schwangerschaft sind schädlich. Mit dem Zigarettenrauch wird von der Mutter und auch vom ungeborenen Kind Kohlenmonoxyd aufgenommen. Die Sauerstoffversorgung der Organe des Kindes ist nicht vollständig gewährleistet; die Inhaltsstoffe einer Zigarette haben eine schädigende Wirkung auf das Nervensystem und den Kreislauf des Kindes.

Das Kind kann beispielsweise bei der Geburt ein niedrigeres Geburtsgewicht, eine geringere Größe oder eine Schwächung der Lungenfunktion aufweisen.

Während einer Schwangerschaft ist es grundsätzlich das Beste für die Gesundheit des Kindes und der Mutter, ganz auf den Konsum von Suchtmitteln zu verzichten. Zu beachten ist jedoch: Bei einer Opioid-Substitutionstherapie ist von einer Reduktion der Dosis, einer Beendigung bzw. von einem Opioid-Entzug in der Schwangerschaft dringend abzuraten. Da ein Opioid-Entzug ein massives Risiko für den Embryo darstellt (vorzeitige Wehen, Frühgeburtlichkeit, interuteriner Fruchttod), muss der/die substituierende Ärzt_in so rasch wie möglich über die Schwangerschaft informiert werden. Der/die Partner_in ist hierbei im optimalen Fall eine wesentliche Unterstützung.

11. SUCHTMITTELKONSUM IM ALTER

Im Alter passen viele Menschen ihren Lebensstil und ihre Gewohnheiten der sich verändernden Gesundheit an. Wenn der Konsum von abhängig machenden Substanzen jedoch beibehalten oder aus unterschiedlichen Gründen verstärkt wird, ist dieses Verhalten nicht ohne Risiko. Für den alternden Körper werden die Substanzen zur gesundheitlichen Belastung, weil die Organe ihre Fähigkeit, Nervengifte abzubauen, zunehmend verlieren. Die Wirkungen und Auswirkungen der konsumierten Substanzen verändern sich somit mitunter deutlich.

(vgl. DHS, 2011; DHS, 2013)

12. SOZIALE INTEGRATION UND SUCHT

Der Mensch braucht unterschiedliche, aber vor allem auch sichere Beziehungen, um seine Rollen und somit auch seine Identität positiv zu entwickeln. Dazu braucht es soziale Netzwerke und somit soziale Integration. Einige Bevölkerungsgruppen haben aber weniger Möglichkeiten, Kontakte zu knüpfen und tragfähige Beziehungen zu entwickeln. Besonders davon betroffen sind Menschen mit einer intellektuellen Behinderung, aber auch psychisch Kranke, suchtkranke Menschen, alleinerziehende Mütter, alte Menschen und generell armutsgefährdete bzw. arme Menschen.

Sowohl suchtpreventiv als auch in der Arbeit mit Suchtkranken ist es daher wichtig, soziale Beziehungen und die Entwicklung von sozialer Integration zu fördern. Die Erhaltung oder das Wiedererlangen von sozialen Rollen, die in diesem Zusammenhang auch sinnstiftend sind und der eigenen Identität Bedeutung geben, tragen daher maßgeblich zu „sozialer Gesundheit“ bei.

13. SUCHT UND STIGMA

Stigmatisierung ist ein Prozess, in dem ein bestimmtes Merkmal, z. B. Behinderung, psychische Erkrankung und/oder Suchtkrankheit, dazu führt, dass Menschen mit einem Etikett versehen, mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, ausgegrenzt und schließlich diskriminiert werden. Stigmatisierung findet nicht nur im Kontakt zwischen Menschen statt (öffentliches Stigma), sondern zeigt sich auch in diskriminierenden Strukturen und Regeln (strukturelles Stigma). Persönliche stigmatisierende Einstellungen können zur Abwertung anderer Menschen, aber auch zur Selbststigmatisierung führen, wenn eine Person sich mit eigenen Suchtproblemen auseinandersetzen muss.

Stigmatisierung schadet den Betroffenen und verstärkt Suchtprobleme. Sie ist ein Hindernis auf dem Weg zur Hilfe, führt zu schlechterer Behandlung und verschärft die sozialen und gesundheitlichen Folgen einer Suchtkrankheit. Das gilt sowohl für die individuellen Folgen als auch für die gesellschaftlichen einschließlich der öffentlichen Gesundheitskosten. Zudem ist Stigmatisierung ein ethisches Problem, weil sie eine

bestimmte Gruppe benachteiligt und die Menschenwürde der Betroffenen angreift.

Im Zentrum von Prävention, Behandlung sowie dem alltäglichen Umgang mit Suchtkrankheiten sollen Wertschätzung und Befähigung (Empowerment) stehen.

(vgl. DG Sucht, S. 2f.)

14. SUCHT UND SCHAM

Eine wesentliche Rolle im Zusammenhang mit (Selbst-)Stigmatisierung spielt Scham.

In Zusammenhang mit einer Suchterkrankung hat sich gezeigt, dass das Erleben von Scham und Beschämung als ein Vorläufer für die Entwicklung eines Suchtprozesses fungieren, aber auch als Folge dieses Prozesses entstehen kann. Die Erfahrung, zunehmend die Kontrolle an ein Suchtmittel abzugeben und damit einhergehend eine selbstbestimmte Lebensführung zu verlieren, ebenso wie das Auftreten von Rückfällen im Verlauf einer Behandlung können immer wieder erhebliche Scham- und Schuldgefühle sowie ein Gefühl von Versagen auslösen.

(vgl. Grechenig, S. 103)

Diese Aspekte gilt es vor allem im Hinblick auf die Entwicklung und den Aufbau einer funktionierenden Kommunikationsbasis und einer entsprechenden Vertrauensbeziehung, die eine wichtige Voraussetzung für Interventionen sind, zu beachten. Schuld- und Schamgefühle sollten daher auch angesprochen werden.

(vgl. Stracke, S. 18)

15. AN- UND ZUGEHÖRIGE

Sucht betrifft nicht nur die Person, die Suchtmittel konsumiert, sondern auch ihr Umfeld.

An- und Zugehörige sind von der Krankheit mitbetroffen und leiden darunter. Ob Partner_innen, Familie, Freund_innen, Arbeitskolleg_innen, Mitbewohner_innen, Betreuer_innen: Sie alle werden, oft ohne es selbst zu merken, in den Bannkreis der Suchterkrankung gezogen.

An- und Zugehörige von Suchtkranken fühlen sich oft allein gelassen. Es gibt jedoch für alle An- und Zugehörige immer wieder die Möglichkeit, aus nicht hilfreichen Verhaltensmustern auszusteigen. Dies bedeutet oft die Erkenntnis, sich den eigenen Gefühlen der Enttäuschung, Verletzung und Kränkung stellen zu müssen, sich der eigenen Sehnsüchte, Wünsche und Lebensbilder bewusst zu werden und Hilfe anzunehmen.

(vgl. Stiftung Marie Ebene, S. 4; ANS-Ost, S. 2)

Der Weg vom Erkennen der ersten Krankheitssymptome bis zum Annehmen von Hilfe ist oft lang. Hinzu kommt, dass An- und Zugehörige von Abhängigen oftmals mit dem Vorwurf konfrontiert werden, selbst eine Mitverantwortung für das Suchtverhalten der betroffenen Person zu

tragen. Ein Grund dafür ist die noch immer weit verbreitete Verwendung des Begriffs „Co-Abhängigkeit“.

(www.drugcom.de)

Mit dem Begriff „Co-Abhängigkeit“ soll kritisch umgegangen werden. Es handelt sich um einen populärwissenschaftlichen Begriff, der unter anderem zu Stigmatisierung und Problemfixierung führen kann. Zudem bringt die Zuweisung einer Mitschuld den An- und Zugehörigen mehr Schaden als Nutzen. Expert_innen fordern deshalb eine Konzentration auf die gezielte Unterstützung der Angehörigen bei der Bewältigung der bestehenden Situation.

(ANS-Ost, S. 3; www.drugcom.de)

Einrichtungen der Suchthilfe bieten auch Unterstützungsangebote wie Informationsabende für An- und Zugehörige, Einzelberatungen oder Angehörigengruppen, auch wenn die Klient_innen nicht von der Einrichtung betreut werden.

(vgl. www.gruenerkreis.at; www.api.or.at)

16. ZIELE IN DER ARBEIT MIT SUCHTKRANKEN – WIENER SUCHT- UND DROGENSTRATEGIE

In der Wiener Sucht- und Drogenstrategie ist, orientiert an der Grundsatzerklärung der Weltgesundheitsorganisation, folgendes Gesamtziel formuliert:

Das Ziel ist ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden aller Menschen in Wien.

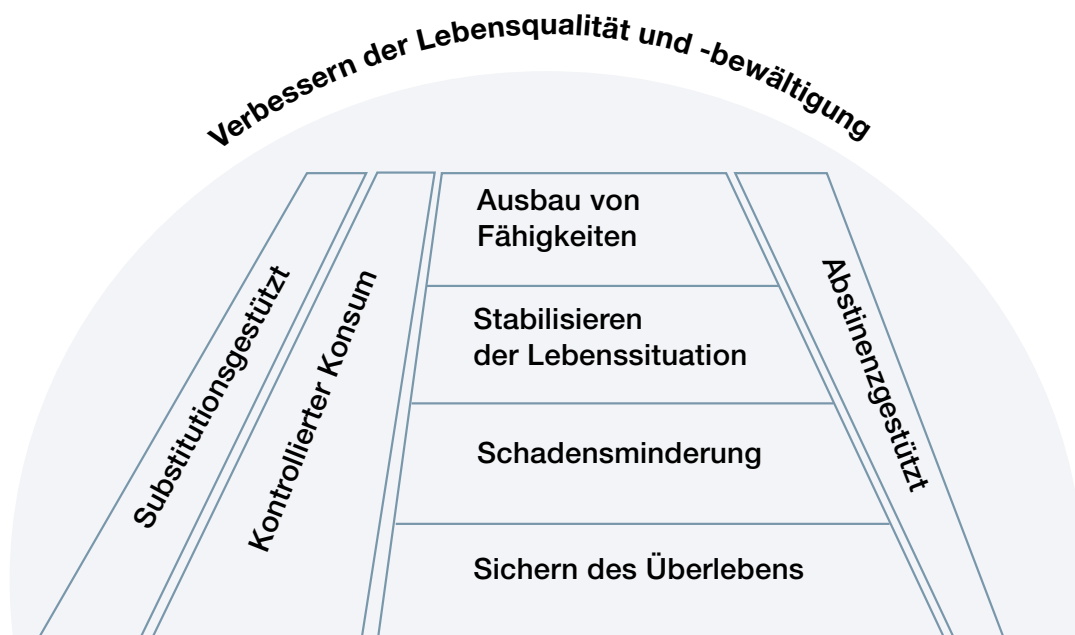
(vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien, S. 78)

Eine ausschließliche Orientierung an Heilung, die meist als Abstinenz verstanden wird, entspricht nicht der Realität. Viele Menschen können sich ein Leben ohne den Konsum von Suchtmitteln gar nicht vorstellen; für andere ist das Ziel der Abstinenz oft trotz vielfacher Versuche nicht erreichbar.

Die klassische Zielpyramide in der Suchtarbeit beschreibt die Lebensgestaltung und Lebensbewältigung in Zufriedenheit als grundsätzliches Ziel. Die Basis dafür bildet das Überleben. Darauf aufbauend gibt es unterschiedliche Ziele, die sich an den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen der suchtkranken Menschen orientieren.

Zunehmend setzt sich das Verständnis durch, dass Abstinenz oder auch der kontrollierte Konsum, also der Verzicht beziehungsweise die Reduktion, nicht für sich selbst als Ziel stehen können. Es sind Wege, um eine Verbesserung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens bzw. der Lebensqualität und Lebensbewältigung zu erreichen. Abstinenz, kontrollierter Konsum wie auch Substitutionsbehandlung werden dabei als Methoden zur Zielerreichung gesehen.

Voraussetzung für die Behandlung ist die entsprechende Motivation der Klient_innen.



Zielpyramide in Kombination mit Behandlungsmethoden nach Meili²

Eine Suchterkrankung kann die Lebensqualität in jedem Lebensalter einschränken. Reduzierter bzw. kontrollierter Konsum oder Abstinenz können zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen, und Beratungs- und Behandlungsangebote können die Konsumreduktion wirksam unterstützen.

Betreuungspersonen spielen bei der frühzeitigen Erkennung von Suchterkrankungen eine Schlüsselrolle, da sie oft Veränderungen am ehelichen wahrnehmen und daher auch entsprechende Maßnahmen einleiten können.

(vgl. DHS, 2013; www.suchtimalter.ch)

Der chronischen Abhängigkeitserkrankung ist mit individuellen Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungszielen zu begegnen. Wichtig ist die Berücksichtigung von physischen, psychischen und sozialen Faktoren, um eine Verbesserung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens bzw. der Lebensqualität zu erreichen.

² vgl. Meili, S. 8

LITERATUR

ANS-Ost (AngehörigeNetzwerk Sucht OSTösterreich) (2013): Positionspapier des ANS-Ost zur Entwicklung von Qualitätsstandards in der Angehörigenbetreuung

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Wien

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht): Memorandum: Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden, gefunden auf www.dg-sucht.de (letzter Zugriff: 08.05.2018)

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2015): Suchtprobleme im Alter – Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2011): Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Hamm

Dilling, H. et al. (Hrsg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. überarbeitete Auflage: Bern: Hans Huber

Furrer, B. (2017): Sucht im Alter. Umgang mit Abhängigkeit bei älteren Menschen. Erkennen, Reflektieren, Handeln. Altersforum Winterthur

Grechenig, K. (2012): Aspekte der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen. Wien

Kutschke, A. (2012): Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankender alter Menschen. Bern: Hans Huber

Landeskoordination Integration NRW (Hrsg.) (2010): Gender und Sucht. Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe. Gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Frankfurt/Main

Meili, D. et al. (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele der Suchttherapie. In: Suchttherapie, Ausgabe 1. Stuttgart: Thieme, S. 2-9

Stracke, R. (2014): Schuld, Scham, Stigma und Sucht: eine tabuisierte Viererbeziehung. Vortrag im Rahmen der 42. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, 19.–21. September 2014. Köln

Stiftung Maria Ebene: Angehörige, die Abhängigen von Abhängigen. Gefunden auf: http://www.suchtberatung-tirol.at/Info_PDFs_auf_HP_seiten/angehoerigenbrosch.pdf (letzter Zugriff: 11.05.2018)

Sucht Schweiz und ZÜFAM (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs) (2011): Alkohol und Medikamente beim Älterwerden – Informationen für Personen ab 60 und ihr Umfeld. Lausanne und Zürich

Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW), Institut für Suchtprävention (ISP) (2017): Skriptum zu Grundlagen Sucht. Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW), Institut für Suchtprävention (ISP) (2018): Grundlagen Sucht für Mitarbeiter_innen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) (2014). AG Ältere

Suchtkranke, Konzeptentwurf „Zeitgestaltung“. Wien

World Health Organisation (WHO): Management of substance abuse. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (letzter Zugriff: 23.12.2013)

Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZÜFAM) (2010): Suchtprobleme im Alter – es gibt Lösungen. Eine Präventionsbroschüre für Pflege-, Betreuungs- und Beratungsfachleute mit Kontakt zu älteren Menschen; 2., aktualisierte Auflage. Zürich

www.alter-sucht-pflege.de (letzter Zugriff: 12.02.2018)

www.alterundsucht.ch (letzter Zugriff: 12.01.2018)

www.api.or.at (letzter Zugriff: 25.01.2018)

www.dg-sucht.de (letzter Zugriff: 08.05.2018)

www.drugcom.de (letzter Zugriff: 09.05.2018)

www.kiss-heidelberg.de (letzter Zugriff: 20.1.2022)

www.gruenerkreis.at (letzter Zugriff: 12.01.2018)

www.medikamente-und-sucht.de (letzter Zugriff: 21.02.2018)

www.praevention.at (letzter Zugriff: 12.01.2018)

www.suchtberatung-ags.ch (letzter Zugriff: 12.01.2018)

www.suchtberatung-tirol.at (letzter Zugriff: 11.05.2018)

www.suchtimalter.ch (letzter Zugriff: 12.02.2018)

www.suchtschweiz.ch (letzter Zugriff: 12.01.2018)

www.uni-due.de/genderportal/studis_sucht2.shtml (letzter Zugriff: 25.01.2018)

SUCHTPRÄVENTIVE ANSÄTZE

1. EINLEITUNG

Das Ziel der Suchtvorbeugung ist, dass Menschen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Voraussetzungen selbstbestimmt, kritik- und genussfähig sowie sozial integriert sind.

Hierbei stellen die sozialen und ökonomischen Voraussetzungen von Personen wesentliche Faktoren dar.

Die Wiener Suchtprävention basiert auf einem wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbild und setzt auf die Eigenverantwortung der Menschen. Sie orientiert sich an wissenschaftlichen Theorien, empirischer Forschung und praktischem Erfahrungswissen.

(vgl. Wiener Sucht und Drogenstrategie, 2013, S. 81)

2. UNTERSCHIEDUNG VON PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

2.1 Universelle/selektive/indizierte Prävention

Zeitgemäße Suchtprävention ermöglicht in Anlehnung an die auf Gordon (1983) zurückgehende Einteilung eine inhaltliche Präzisierung in Bezug auf die Zielgruppe:

- **Universelle Prävention:** richtet sich an die allgemeine Bevölkerung bzw. an Bevölkerungssegmente ohne erkennbare Risikomerkmale. Dazu gehören zum Beispiel massenmediale Kampagnen, die Arbeit mit Kindergartengruppen oder mit Schulklassen.
- **Selektive Prävention:** richtet sich an definierte Gruppen. In der Regel sind diese Personen gesund und unauffällig. Die Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, ist bei ihnen jedoch aufgrund empirisch bestätigter Belastungsfaktoren erhöht.
- **Indizierte Prävention:** richtet sich an Personen mit bereits manifestem Risikoverhalten, die aber noch nicht die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllen (z. B. Personen, die an Wochenenden exzessiv Alkohol trinken).

(vgl. Mrazek & Haggerty, 1994)

Eine mögliche Erweiterung der oben angeführten Ansätze ist die umwelt- oder gemeindebezogene Suchtprävention. Das sind Maßnahmen, die auf Gemeinden oder größere Umwelten (z. B. regionale Bezirke) zugeschnitten sind.

(vgl. ISP, 2019, S. 3-4)

2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Suchtprävention berücksichtigt sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnisebene. Während Verhaltensprävention beim Verhalten der jeweiligen Person oder Gruppe ansetzt, zielt die Verhältnisprävention auf strukturorientierte Maßnahmen ab.

(vgl. Wiener Sucht- und Drogenstrategie, 2013, S. 82)

Personenzentrierte Maßnahmen (Verhaltensprävention) haben das Ziel, durch Kontakt und entsprechende Kommunikation mit den Zielpersonen die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung problematischer Verhaltensweisen zu verringern bzw. die Wahrscheinlichkeit für positive Verhaltensweisen zu erhöhen. Zu den fachlichen Ansätzen zur Verhaltensprävention gehört neben Früherkennung und Frühintervention die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen.

Die Förderung von Lebenskompetenzen, wie zum Beispiel die Unterstützung in der Persönlichkeitsentwicklung oder ein gesunder Umgang mit Frustrationen, hat sich in vielen Untersuchungen als effektive Methode zur Vorbeugung von Sucht, Gewalt und Stress erwiesen.

(vgl. <https://sdw.wien/de/praevention/schule>)

Verhältnisprävention zielt auf eine Veränderung struktureller sowie gesellschaftlicher Rahmenbedingungen in einer Art und Weise ab, die die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung problematischer Verhaltensweisen verringert bzw. die Entstehung positiver Verhaltensweisen erhöht. Darunter fallen z. B. gesetzliche Regelungen, Zugangsbeschränkungen, Preisgestaltungen, Normen, Umfeldbedingungen und auch indirekt Schulungen von Multiplikator_innen.

Am effizientesten bzw. nachhaltigsten ist es, wenn Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert werden, da damit die besten Effekte erzielt werden können.

Alles, was geeignet ist, persönliche Problemlösungskompetenzen zu erweitern bzw. zu wecken und Probleme in Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen bzw. schädlichem Verhalten und Sucht zu verringern, ist positiv zu beurteilen. Verhältnis- und Verhaltensprävention ergänzen sich.

(vgl. Uhl & Springer, 2002, S. 43)

2.3 Früherkennung/Frühintervention

Früherkennung bedeutet das frühzeitige Wahrnehmen von Auffälligkeiten und problematischen Verhaltensweisen und deren richtige Deutung. Hinweise zur Früherkennung sind in den folgenden Abschnitten unter „Situationseinschätzung“ zu finden.

Frühinterventionen sind zielgruppenspezifische Interventionen. Sie umfassen konkrete unterstützende Maßnahmen für diejenigen Personen, die als gefährdet erkannt worden sind, sowie für ihre Bezugspersonen. Maßnahmen der Frühintervention sind an der Schwelle vom riskanten zum problematischen Konsum angesiedelt, wenn noch keine Abhängigkeitsmerkmale sichtbar sind. Unterstützungsmaßnahmen können beispielsweise Beratung, Betreuung und frühzeitige Behandlung sein.

(vgl. ISP, 2019, S. 4-5)

3. PRÄVENTIONSSTRATEGIEN

3.1 Wissen um Schutz- und Belastungsfaktoren

Das Wissen um die Schutz- und Belastungsfaktoren ist eine wichtige Voraussetzung in der Präventionsarbeit. Sie zielt auf die Stärkung von Schutzfaktoren und die Reduktion von Belastungsfaktoren ab. Dies hat sowohl in der Vorbeugung als auch im therapeutischen Setting Relevanz.

Schutzfaktoren sind all jene Bedingungen, die zur Verbesserung und zum Erhalt von Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität beitragen, indem sie zum Beispiel die Wirkung von Belastungsfaktoren vermindern und das Risiko senken, später einen Suchtmittelkonsum bis hin zu einer Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Sie wirken wie ein Puffer.

Belastungsfaktoren sind all jene Bedingungen, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Personen in ihrer psychischen und physischen Entwicklung geschwächt werden und ihre Gesundheit nachhaltig negativ beeinflusst wird.

Zu beachten ist, dass Schutz- und Belastungsfaktoren keine allgemeingültige Aussagekraft und keine eindeutige Wirksamkeit haben. Sie sind immer auch individuell, situationsspezifisch und je nach Lebensphase zu betrachten. Die Aufhebung eines Belastungsfaktors bewirkt nicht automatisch, dass dieser Faktor damit zu einem Schutzfaktor wird. Durch das Fehlen eines Belastungsfaktors wirkt ein Schutzfaktor nicht automatisch besonders intensiv. Was für eine Person als Schutzfaktor gesehen wird, kann für eine andere Person eher einen Belastungsfaktor darstellen.

| Schutzfaktoren | | |
|---|--|--|
| Individuum | Soziales Umfeld | Gesellschaft |
| Großes Selbstbewusstsein | Wertschätzender und ermutigender Umgang in der Betreuung | Möglichkeit an Teilhabe und Integration in der Gesellschaft |
| Hohe Selbstwirksamkeitserwartung | Stabile Bezugspersonen | Positive Werte und Normen |
| Hohe Bewältigungskompetenzen (soziale und emotionale Kompetenz) | Sichere Bindung | Gesetzliche Bestimmungen wie z. B. Verkaufsbeschränkungen |
| Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. Humor | Positives Betreuungs- oder Arbeitsklima | Gute sozioökonomische Bedingungen, wie z. B. geringe Arbeitslosenrate, gute Infrastruktur der Wohnumgebung |

Belastungsfaktoren

| Individuum | Soziales Umfeld | Gesellschaft |
|---|--|---|
| Geringes Selbstbewusstsein | Ungünstige soziale Ausgangslage, wie z. B. Suchtproblematik in der Familie, delinquenter Freundeskreis | Soziale Benachteiligung/Ausgrenzung |
| Verhaltensauffälligkeiten | Unbeständige/unsichere Bindung | Geringer sozialer Zusammenhalt |
| Mangelnde soziale, kognitive, emotionale Kompetenzen | Überforderung, Krankheit, häufiger Wohnungswechsel | Leichte Erhältlichkeit von Suchtmitteln |
| Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. Ängstlichkeit, starkes Bedürfnis nach intensiver Stimulation (Sensation-Seeking) | Keine ausreichend stabilen Sozialkontakte/FreundInnen | Unklare Normen |

(vgl. ISP, 2018, S. 33-34)

3.2 Förderung von Lebenskompetenzen

Unter dem Lebenskompetenzansatz versteht man die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Menschen befähigen, mit Herausforderungen und Aufgaben des täglichen Lebens erfolgreich umzugehen.

Das Erlernen von sozialen und persönlichen Fähigkeiten wie dem adäquaten Umgang mit Gefühlen, die Entwicklung von produktiven Strategien in der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen und der Aufbau eines stabilen, positiven Selbstwertgefühls sind wichtige Faktoren, die vor einer Ausbildung suchtartiger Verhaltensweisen schützen.

In der Arbeit mit von Sucht betroffenen Personen ist das (Wieder-)Erlangen von Lebenskompetenzen und Bewältigungsstrategien von zentraler Bedeutung.

(vgl. ISP, 2018, S. 31)

Lebenskompetent ist nach Definition der WHO (1994) eine Person, die

- sich selbst kennt und mag (Selbstwahrnehmung),
- empathisch ist,
- kritisch denkt,
- kreativ denkt,
- kommunizieren kann,
- Beziehungen knüpfen und aufrechterhalten kann,
- durchdachte Entscheidungen trifft,
- erfolgreich Probleme löst,
- Gefühle bewältigen kann,
- Stress bewältigen kann.

(vgl. Bühler & Kröger, 2006, S. 23-24, ISP, 2018, S. 30)

Methoden zur Lebenskompetenzförderung können substanzspezifisch (z. B. sachliche Informationen einholen, Nein-Sagen lernen, kritisches Konsumverhalten, Erziehung zur Genussfähigkeit, sachliche und pragmatische Aufklärung über Suchtmittel und Problemverhalten usw.) und drogenunspezifisch sein (z. B. Selbstbehauptungstraining, Problemlösetraining, Förderung von kreativem Denken, Förderung von kritischem Denken, kritisches Medienverhalten bezogen auf Werbung, Kommunikationstraining, Sozialtraining usw.).

(vgl. Uhl & Springer, S. 52)

Hierzu beachten Sie bitte unsere **Methodensammlung** zur Lebens- und Risikokompetenzförderung (siehe Seite 138) sowie zur Gesprächsführung (siehe Seite 110).

3.3 Förderung von Risikokompetenzen

Risikoverhalten beschreibt das Verhalten in Situationen, die ein gewisses Risiko bergen und in denen mehrere Handlungsalternativen bestehen. Entsprechend der gewählten Handlungsalternative ist das Risiko, dem man sich aussetzt, höher oder geringer.

Der Ansatz der Risikokompetenz fokussiert auf Kompetenzen, die es ermöglichen sollen, Risikoverhalten in seinen positiven Aspekten auszuüben und dabei eventuelle Nachteile auf ein Minimum zu reduzieren.

(vgl. ISP, 2018, S. 32)

3.4 Suchtpräventive Maßnahmen in Betreuungseinrichtungen

Neben den bereits erwähnten Präventionsstrategien wie der Lebens- und Risikokompetenzförderung und dem Wissen über Schutz- und Risikofaktoren können noch folgende Maßnahmen in Betreuungsrichtungen beschrieben werden, die im Zusammenhang mit Suchtvorbeugung relevant sind.

Förderung der Qualität in Betreuungseinrichtungen

Qualität in betreuten Einrichtungen ist wesentlich von der Klient_innen-Betreuer_innen-Beziehungsebene geprägt. Daher ist die Stärkung der Ressourcen des Betreuungspersonals Voraussetzung dafür, unterstützend und förderlich für andere wirken zu können. Dazu gehören ein gutes Betriebsklima, passende räumliche Arbeitsbedingungen, Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung im Team, Supervisionsmöglichkeiten und Weiterbildungsangebote, um nur einige Beispiele zu nennen.

(vgl. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012, S. 25)

Förderung eines adäquaten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen

Ein weiteres wichtiges Element der Suchtprävention ist es, in der Organisation adäquate Strategien für den Umgang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen zu entwickeln. Dabei geht es zum einen um Grenzen und Regeln, zum anderen um die eigene Vorbildwirkung als Betreuer_in, aber auch um die Entwicklung von Handlungsmodellen für den Problem- und Krisenfall. Hier ist es wichtig, einen Überblick über

Hilfsangebote zu haben, über rechtliche bzw. dienstrechtliche Fragen Bescheid zu wissen, sich mit internen und externen Expert_innen (z. B. Konnex) gut zu vernetzen und nicht zuletzt die Grenzen der eigenen Handlungs- und Einflussmöglichkeiten zu erkennen.

(vgl. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012, S. 26)

3.5 Geschlechtsspezifische Suchtprävention

In der Suchtprävention gilt es genderspezifische Aspekte zu berücksichtigen, sensibel für die jeweiligen geschlechtsspezifischen Besonderheiten zu sein, ohne aber Geschlechterstereotype zu reproduzieren oder zu verstärken (siehe dazu auch Seite 26).

LITERATUR

Bühler, A. & Kröger, C. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (Hrsg.) (2012): Suchtprävention in der Schule. Wien

Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) (2018): Grundlage Sucht für Mitarbeiter_innen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Wien

Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) (2019). Skriptum Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. Wien

Mrazek, P. B. & Haggerty, R. J. (Hrsg.) (1994): Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C.: National Academy Press.

Uhl, A. & Springer, A. (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien

<https://sdw.wien/de/praevention/schule/> (letzter Zugriff: 14.01.2021)

TABAK UND NIKOTIN

1. EINLEITUNG

24 % (das sind mehr als 2,1 Mio.) der erwachsenen Österreicher_innen rauchen täglich (22 % der Frauen und 27 % der Männer). Das Rauchverhalten von Männern und jenes von Frauen hat sich im Verlauf der Jahrzehnte angeglichen. Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer. Der überwiegende Teil (98,5 %) der täglich Rauchenden konsumiert Zigaretten (im Durchschnitt ca. 16 Zigaretten pro Tag). Nur ein sehr geringer Anteil (1,5 %) raucht zumeist Zigarren, Pfeifentabak oder andere Produkte wie z. B. Shisha oder E-Zigaretten.

(vgl. Anzenberger et al., 2019, S. 90ff.; OECD 2019; Klimont & Baldaszi, 2015)

Die Raucher_innenraten unter Personen mit einer psychischen Erkrankung sind zwei- bis fünfmal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Es sind Menschen mit verschiedensten Erkrankungen, darunter Schizophrenie, affektive Störungen, Angsterkrankungen, ADHS, Binge Eating, Bulimie und Suchterkrankungen. Es gibt Hinweise auf kausale Zusammenhänge zwischen Rauchen und psychischen Erkrankungen.

(vgl. ÖGPB)

Bei Personen, die in Organisationen der Behindertenhilfe betreut werden, bestehen in vielen Fällen schon bestimmte Konsumgewohnheiten und -muster, die innerhalb der Organisation nicht oder nur sehr schwer zu verändern sind. Auch wenn Nichtrauchen bzw. ein Rauchstopp aus gesundheitlichen Gründen anzuraten ist, ist dies für viele Klient_innen schwer vorstellbar und daher manchmal nicht oder kaum möglich. In diesen Fällen liegt der Fokus der Betreuung auf dem adäquaten Umgang mit dem Wunsch oder dem Bedürfnis der Klient_innen nach Konsum von Tabak. Aufgrund der gesundheitsschädigenden Wirkung des Rauchens soll dennoch immer wieder versucht werden, rauchende Klient_innen zu einem Rauchstopp bzw. einer Rauchreduktion zu motivieren. Dabei kann auf professionelle und auf evidenzbasierte Unterstützungsangebote (wie zum Beispiel das Rauchfreitelefon) hingewiesen werden.

Gleichzeitig sollte der Umgang mit dem Thema Rauchen in der jeweiligen Einrichtung daraufhin reflektiert werden, ob und wie Rauchfreiheit gefördert wird (z. B.: Wo darf geraucht werden und wo nicht?, Umgang mit Rauchen auf Festen oder Ausflügen, Pausengestaltung etc.).

Wenn Klient_innen motiviert sind, ihren Konsum zu reduzieren oder zu beenden, kann seitens der Organisation, ggf. unter Beiziehung spezifischer Expertise, entsprechend unterstützt werden. Im Zentrum steht jedenfalls immer die individuelle Lebensqualität der Klient_innen.

2. SUBSTANZ UND WIRKUNG

Tabak wird aus der Tabakpflanze gewonnen und kann in Form von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen, Wasserpfeifen, Schnupf- oder Kautabak konsumiert werden.

Chemisch betrachtet ist Tabakrauch ein Aerosol, ein Gemisch aus verschiedenen Gasen, in dem 0,1–1 mm große Teilchen gelöst sind. Nach derzeitigen Erkenntnissen enthält Tabak mehr als 4.000 Inhaltsstoffe. Der Hauptwirkstoff ist Nikotin, das je nach Herkunft und Zubereitung des Tabaks in unterschiedlichen Mengen in den Blättern enthalten ist. Daneben enthält Tabak eine Reihe weiterer Alkaloide und zahlreiche andere Stoffe, darunter beispielsweise Cyanwasserstoff, Benzol, Formaldehyd, Hydrazin, Vinylchlorid, Cadmium, Blei, Nickel, Chrom, Aluminium und Kohlenmonoxid. Unter den Schadstoffen befinden sich allein mehr als 70 Substanzen, die nachweislich krebserregend sind. Diese zusätzlichen Schadstoffe sind es in erster Linie, auf die die gesundheitsschädigende Wirkung des Rauchens zurückzuführen ist. Sie sind nach dem heutigen Stand der Wissenschaft auch im Nebenstromrauch³ der Zigarette enthalten und können somit auch Nichtraucher_innen schädigen (Passivrauchen).

(vgl. www.dhs.de; Hauptstelle für Suchtfragen, S. 61)

Tabakrauch gefährdet daher nicht nur die Gesundheit der Raucher_innen selbst, sondern auch jener Menschen, die in ihrer Umgebung leben oder arbeiten. Kinder, Säuglinge, Ungeborene, alte und kranke Menschen reagieren besonders sensibel auf den Einfluss der Schadstoffe. Passivrauch entsteht, wenn gerade aktiv geraucht wird, und lagert sich auch in Form von Feinstaub ab. Diese kleinen Feinstaubpartikel lassen sich lange nach dem Ausdämpfen der Zigarette an Menschen (z. B. in den Haaren, auf der Haut, in der Kleidung) und in Räumen (z. B. an Wänden, auf Möbeln, in Teppichen, in Vorhängen und Autositzen) feststellen. Diese Ablagerungen von Passivrauch nennt man auch Dritthandrauch. Der Feinstaub wird wieder an die Raumluft abgegeben, auch wenn gerade nicht aktiv geraucht wird, und wird so wieder eingeatmet. Der Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird, schadet daher der Gesundheit, auch wenn gerade nicht aktiv geraucht wird. Lüften reicht nicht aus, um diese Feinstaubpartikel zu entfernen.

(vgl. www.rauchfrei.at)

Beim Rauchen entsteht Kohlenmonoxid. Dieses verbindet sich mit den für den Sauerstofftransport zuständigen roten Blutkörperchen und führt so zu einem Sauerstoffmangel im Körper. Dieser macht älteren Personen in der Regel mehr zu schaffen als jüngeren, da dem älteren Organismus ohnehin nur eine geringere Sauerstoffmenge zur Verfügung steht. Lungenvolumen, Auswurfleistung des Herzens und maximale Sauerstoffaufnahme des Blutes gehen altersbedingt deutlich zurück.

³ Der beim Rauchen freigesetzte, nicht von den Raucher_innen eingeatmete Rauch (ca. 75 %), der ungefiltert in die Luft gelangt und eine schwerwiegende gesundheitliche Gefährdung auch für Nichtraucher_innen bedeutet.

Tabakrauchen erzeugt bei 70–80 % der Raucher_innen eine Abhängigkeit, wofür Nikotin hauptverantwortlich ist. Nikotinabhängigkeit kann sehr schnell eintreten, oft stellen sich Symptome der Abhängigkeit und des Nikotinentzugs bereits nach dem Rauchen von wenigen Packungen Zigaretten ein.

25 % des inhalierten Nikotins erreichen innerhalb von 7–8 Sekunden das Gehirn, wo es sich an die sogenannten Nikotinrezeptoren bindet. Durch weiteren Tabakkonsum wird die körperliche Toleranz gegenüber Nikotin gesteigert, und es kommt zur Gewöhnung. Gleichzeitig stimuliert Nikotin einen Bereich im Gehirn, der für Lernvorgänge verantwortlich ist. Der Gewöhnungsprozess wird somit durch die Verbindung von Rauchen und bestimmten Verhaltensweisen (z. B. Rauchen zum Kaffee, Rauchen nach dem Essen, Rauchen in Stresssituationen) gesteigert bzw. gefestigt.

(vgl. www.rauchfrei.at; www.dhs.de)

Je nach Dosierung kann Nikotin u. a.

- kurzzeitig entspannend, beruhigend oder anregend wirken,
- Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung steigern,
- die psychomotorische Leistungsfähigkeit verbessern,
- die Stimmung aufhellen oder
- den Appetit hemmen.

Weitere körperliche Wirkungen:

- Verengung der Blutgefäße – u. a. schlechtere Durchblutung der Haut und der Herzkranzgefäße
- Anstieg der Pulsfrequenz, Zunahme der Herzfrequenz, Blutdruckanstieg
- Sinken der Hauttemperatur
- Beschleunigung des Stoffwechsels
- Abnahme des Hautwiderstands

Je nach Dosis reagiert der Körper auf den Giftstoff Nikotin auch mit Schwindel, Brechreiz oder Durchfall. Vermehrt ausgeschüttete „Stresshormone“ (z. B. Adrenalin) verursachen einen Blutdruckanstieg und einen höheren Glukosespiegel im Blut.

(vgl. www.gesundheit.gv.at; www.dhs.de)

Die akute Wirkung des Rauchens wird in erheblichem Maße von der individuellen Situation der Konsument_innen beeinflusst. So kann das Rauchen in Stresssituationen beruhigend, bei Niedergeschlagenheit anregend wirken. Von wesentlicher Bedeutung für das Genussempfinden beim Rauchen ist darüber hinaus die persönliche Verknüpfung des Rauchens mit positiv erlebten Situationen, wie beispielsweise Rauchen in Gesellschaft, die Zigarette nach dem Essen, die Pausenzigarette etc.

3. AUSWIRKUNGEN VON TABAK- UND NIKOTINKONSUM

Während das Nikotin in erster Linie für die Suchterzeugung verantwortlich ist, werden die eigentlichen Gesundheitsschäden vornehmlich durch die zahlreichen anderen Schadstoffe verursacht.

(vgl. www.dhs.de)

Nicht nur Zigaretten, auch andere Formen des Tabakkonsums wie von Zigarren, Pfeifen oder Wasserpfeifen sind gesundheitsschädlich, ebenso sogenannte „leichte“ Zigaretten. Besonders deutlich steigt das Risiko, wenn man sich bereits in jungen Jahren einen regelmäßigen Zigarettenkonsum angewöhnt hat.

Regelmäßiges Rauchen kann chronische und/oder nicht heilbare Erkrankungen mit deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität zur Folge haben. Die Lebenserwartung wird dadurch durchschnittlich um rund zehn Jahre gesenkt. Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Rauchenden stirbt vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums.

(www.gesundheit.gv.at)

Rauchen ist ein maßgeblicher Risikofaktor für Krebserkrankungen

- der Lunge
- der Bronchien
- des Kehlkopfs
- des Mund-, Nasen- und Rachenraums
- der Speiseröhre
- der Leber
- der Bauchspeicheldrüse
- der Nieren
- des Blutes (Leukämie)
- der Harnblase
- der Brust
- des Gebärmutterhalses

sowie für verschiedene andere Erkrankungen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen)
- Atemwegserkrankungen (z. B. chronische Bronchitis, COPD, Lungenemphysem)
- Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis, Akne, vorzeitige Hautalterung)
- Zahnerkrankungen (z. B. Parodontitis, bräunlich verfärbte Zähne)
- erektile Dysfunktion, verminderte Fruchtbarkeit
- Osteoporose

(vgl. www.gesundheit.gv.at; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, S. 62f.)

Grundsätzlich ist aufgrund der vielen gesundheitlichen Folgen ein Rauchstopp anzuraten: Ein verringerter Konsum kann sich zwar positiv auf das Krebsrisiko auswirken, aber die Gefahr für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

bleibt auch bei geringen Mengen relativ hoch. Auch sogenannte „leichte“ Zigaretten sind keine Lösung. Die leichtere Wirkung wird meist durch intensiveres Rauchen ausgeglichen.

Der Konsum von Tabak und Alkohol ist eine häufige Kombination: Sie ist besonders kritisch zu bewerten, vor allem wenn über viele Jahre beide Stoffe konsumiert worden sind und sich so die verschiedenen Folgeprobleme aufsummieren. In diesen Fällen kann eine deutliche Voralterung beobachtet werden, die oft mit Einbußen der Kondition einhergeht.

(vgl. Kutschke, S. 168)

4. ENTZUGSSYMPТОМАТИК

Wird kein Nikotin zugeführt, bleiben die Andockstellen unterversorgt, und der Körper kann mit Entzugsscheinungen reagieren – dem typischen Merkmal einer Sucht.

Zu den häufigsten Entzugssymptomen zählen:

- Nervosität
- Reizbarkeit
- Unruhe
- Konzentrationsschwäche
- Ärger
- Ängstlichkeit
- Müdigkeit
- Schlafstörungen
- schlechte Stimmung, verstärkter Hunger, Verstopfung
- ein starkes Verlangen nach der nächsten Zigarette

Die körperlichen Entzugssymptome sind meistens zwei Tage nach der letzten Zigarette am stärksten und lassen dann allmählich nach, bis sie nach circa drei Wochen verschwinden. Die psychische Abhängigkeit mit der Lust auf eine Zigarette in bestimmten Situationen kann aber noch jahre- bis lebenslang bestehen bleiben.

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

Mit dem Rauchen aufzuhören ist in jedem Alter möglich und sinnvoll und senkt das Risiko für Erkrankungen.

Im Gegensatz zu anderen Substanzen entsteht bei einem Rauchstopp ohne ärztliche Unterstützung kein gesundheitliches Risiko für die Konsument_innen.

Positive Auswirkungen eines Rauchstopps auf die Gesundheit:

- erhöhte Sauerstoffzufuhr im Körper (nach 8 Stunden)
- verbesserter Geruchs- und Geschmackssinn (nach 2 Tagen)
- Verbesserung der Atemfähigkeit (nach 3 Tagen)
- verbesserte Durchblutung, vor allem in Armen und Beinen (nach 2–12 Wochen)
- verbesserte Schlafqualität
- Stärkung des Immunsystems (nach 1–9 Monaten)

- geringeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bereits nach 24 Stunden – nach einem Jahr Reduktion um 50 %)
- geringeres Risiko für Krebserkrankungen (nach zehn Jahren Reduktion um 50 %)

(vgl. www.rauchfrei.at; www.gesundheit.gv.at)

Es gibt gute Möglichkeiten für einen evidenzbasierten, professionell begleiteten Rauchstopp, z. B. telefonische Beratung zum Rauchstopp, die international üblich und erwiesen wirksam ist. „Quitlines“, also Beratungsstellen, die telefonisch beim Aufhören („to quit“) unterstützen, gibt es in fast jedem Land. Das Rauchfrei Telefon (0800 810013, www.rauchfrei.at) ist die österreichische Quitline.

(vgl. www.rauchfrei.at)

5. SITUATIONSEINSCHÄTZUNG

Die Situationseinschätzung erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren durch Beobachtung und/oder gezieltes Ansprechen des Tabakkonsums während der laufenden Betreuung.

In der Betreuung spielt vor allem auch die direkte Beobachtung eine Rolle. Kognitiv eingeschränkte Klient_innen befinden sich z. B. in einer besonderen Situation, da sie manchmal noch rauchen wollen, sich aber nicht mehr adäquat mitteilen können. Auch ist es vorstellbar, dass Entzugerscheinungen bei kognitiv eingeschränkten Personen nicht erkannt werden und das beobachtete Verhalten einer diagnostizierten Demenz oder den verabreichten Psychopharmaka zugeordnet wird.

Eine biografische Sammlung von Informationen zu den bisherigen Konsumgewohnheiten ist daher wichtig.

(vgl. Kutschke, S. 171)

Bei physisch und/oder kognitiv eingeschränkten Raucher_innen kann eine Risikoeinschätzung notwendig sein, inwieweit sie gefährdet sind, unbeabsichtigt beim Rauchen die Kontrolle über die Zigarettenglut zu verlieren und so womöglich ein Feuer zu entfachen. Auch Klient_innen mit Sauerstoffgeräten sind betroffen.

Bei diesem Personenkreis sollten Mitarbeiter_innen sowie An- und Zugehörige besondere Vorsicht walten lassen, sodass die Klient_innen bei höchstmöglicher Sicherheit selbstbestimmt leben können.

(vgl. Kutschke, S. 187)

Im Hinblick auf Passivrauchen und Dritthandrauch (siehe Seite 48) sind auch der Schutz und die Gesundheit von nicht rauchenden Klient_innen und Mitarbeiter_innen zu beachten.

LITERATUR

Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Hojni, M.; Klein, C.; Schmutterer, I. & Tanios, A. (2019): Epidemiologiebericht Sucht. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich. Wien

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2011): Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen. Hamm

Klimont, J. & Baldaszi, E. (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria

Kutschke, A. (2012): Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankter alter Menschen. Bern: Huber

OECD (2019): Health at a Glance. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> (letzter Zugriff: 18.02.2020)

Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB): <https://oegpb.at/2018/04/04/rauchen-und-psychische-erkrankungen/> (letzter Zugriff: 16.06.2020)

www.dhs.de (letzter Zugriff: 11.04.2018)

www.gesundheit.gv.at (letzter Zugriff: 11.04.2018)

www.rauchfrei.at (letzter Zugriff: 11.04.2018)

www.rauchfrei-info.de (letzter Zugriff: 11.04.2018)

In der Literatur häufig genannte Screeninginstrumente:

ASSIST (Alcohol, Smoking & Substance Involvement Screening Test): <https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/assist> (letzter Zugriff: 19.02.2018)

Fagerström-Test zur Zigarettenabhängigkeit: <https://www.rauchfrei-info.de/aufhoeren/machen-sie-den-test/zigarettenabhaengigkeitstest-fagerstroem/> (letzter Zugriff: 11.04.2018)

ALKOHOL

1. EINLEITUNG

Je nach Perspektive kann Alkohol als relevanter Aspekt des gesellschaftlichen und sozialen Lebens und wichtiger Bestandteil unserer Traditionen oder als gefährliche Suchtsubstanz gesehen werden.

Alkohol ist ein Zellgift und neben Nikotin jene psychoaktive Substanz, die in Österreich am häufigsten konsumiert wird.

Österreich liegt mit 11,6 Litern Pro-Kopf-Alkoholkonsum (reiner Alkohol) unter den „Top 15“ der am meisten konsumierenden Länder in Europa – noch vor Finnland (10,7), Dänemark (10,4) und Italien (7,5) (Daten von 2016). Spitzenreiter ist Moldawien mit 15,2 Litern. Die durchschnittliche Alkoholkonsummenge ist in Österreich aber seit den 1970ern rückgängig. Rund 370.000 Österreicher_innen (ca. 5 %) gelten als alkoholabhängig, insgesamt 14 % der Bevölkerung (mehr als 1 Mio. Österreicher_innen) trinken in einem problematischen, längerfristig eindeutig gesundheitsgefährdenden Ausmaß. Der Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung geht tendenziell zurück (Konsummenge, Problemkonsum, jugendlicher Alkoholkonsum), das Konsumverhalten gleicht sich zwischen den Geschlechtern immer mehr an. Der Durchschnittskonsum nimmt in Österreich mit dem Alter zu. Den höchsten Anteil an Menschen mit problematischem Alkoholkonsum findet man – mit einem deutlichen Überhang an Männern – bei Personen im mittleren Alter (ca. 50–60 Jahre) und nicht – wie in der öffentlichen Berichterstattung manchmal verbreitet wird – bei den Jugendlichen.

(vgl. SDW, S. 3; Bachmayer et al., 2020; www.api.or.at; www.dialogwoche-alkohol.at)

Bei Personen, die in Organisationen der Behindertenhilfe betreut werden, bestehen in vielen Fällen schon bestimmte Konsumgewohnheiten und -muster, auf die auch während der Betreuung durch eine Organisation nicht vollständig verzichtet werden kann. Der Fokus der Betreuung liegt daher auf dem adäquaten Umgang mit dem Wunsch oder dem Bedürfnis der Klient_innen nach Konsum von Alkohol und nicht auf einem etwaigen Alkoholverzicht. Wenn Klient_innen interessiert bzw. motivierbar sind, ihren Konsum zu reduzieren, kann seitens der Organisation, ggf. unter Beiziehung spezifischer Expertise, entsprechende Unterstützung geleistet werden. Im Zentrum steht jedenfalls immer die individuelle Lebensqualität der Klient_innen. In bestimmten Betreuungssettings (z. B. Werkstätten) ist Nüchternheit der Klient_innen ein Erfordernis.

Der Konsum von Alkohol führt in entsprechender Menge zu Bewusstseinsveränderungen und/oder Schädigungen des Nervensystems und beeinflusst dadurch unter Umständen auch die soziale Interaktion mit Mitarbeiter_innen, An- und Zugehörigen sowie etwaigen Mitbewohner_innen. In diesen Fällen ist das Gespräch mit den betroffenen Personen zu suchen, um Probleme möglichst rasch zu erkennen und gemeinsame Ziele oder Vorgehensweisen zu besprechen.

2. SUBSTANZ UND WIRKUNG

Substanz

Alkohol ist ein Produkt aus vergorenen Früchten (z.B. Wein) bzw. vergorenem Getreide (z.B. Bier). Nach der Vergärung beträgt der Alkoholgehalt höchstens 18 Volumenprozent (Vol.-%). Durch Destillation kann der Alkoholgehalt erhöht werden, dann sprechen wir landläufig von „Hochprozentigem“ oder Schnaps (bis zu 80 Vol.-%). So entstehen Getränke mit unterschiedlich hohem Alkoholanteil. Der Alkoholgehalt variiert je nach Art des Getränkes stark.

Der Wirkstoff ist Ethanol, ein giftiger Kohlenwasserstoff. Dabei handelt es sich um eine farblose, leicht entzündbare, brennend schmeckende Flüssigkeit.

Alkohol wird meist in Form von Getränken konsumiert und über die Mundschleimhaut, den Magen und – zum überwiegenden Teil – über den Dünndarm aufgenommen. Der Alkohol verteilt sich daraufhin durch das Blut im gesamten Körper und kann somit als Promille im Blut gemessen werden. Weniger als 10 Prozent des Alkohols werden über Urin, Schweiß und Atem ausgeschieden.

(vgl. www.dialogwoche-alkohol.at)

Im allgemeinen Sprachgebrauch versteht man unter Alkohol meist Getränke, die einen bestimmten Alkoholanteil enthalten. Er ist einerseits Genussmittel und führt andererseits in höheren Dosen zum Rausch. Alkohol kann jedoch auch Bestandteil von Speisen und nichtalkoholischen Getränken sein (z. B. Apfelsaft, Sauerkraut, Obst/Früchte, alkoholfreies Bier, Brot, ...), was bei z. B. Interpretation von Alko-Tests zu berücksichtigen ist.

Es ist wichtig zu wissen, dass z. B. auch Hustensäfte sowie verschiedene rezeptfreie Mittel zur Stärkung der körperlichen und geistigen Leistung und/oder homöopathische Mittel Alkohol enthalten können, teilweise bis zu 80 %. Dies ist auch bei der Medikationsempfehlung, z. B. bei abstinenten Alkoholiker_innen, zu beachten.

(vgl. Kutschke, S. 63)

Da Alkohol sowohl wasser- als auch fettlöslich ist, verteilt er sich im ganzen Körper. Die Alkoholkonzentration erhöht sich bei dessen Konsum daher nicht nur im Blut, sondern in allen Flüssigkeiten des Körpers. Welche Wirkung Alkohol auf den Körper bzw. die Gesundheit hat, hängt von der aufgenommenen Menge und der Alkoholkonzentration in Getränken und Speisen ab; auch die individuelle physische und psychische Verfassung hat Einfluss auf die Wirkung, ebenso der Zeitpunkt, die Art und die Menge von zu sich genommener Nahrung. Zudem spielen Trinkgewohnheiten sowie die Toleranz (die Gewöhnung an Alkohol und die dadurch verringerte Empfindlichkeit und Reaktion auf Alkohol) eine Rolle.

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

Ältere Menschen haben einen geringeren Körperwasseranteil und erreichen daher mit geringeren Alkoholmengen bereits eine deutlich höhere Blutalkoholkonzentration als jüngere Menschen, gleichzeitig wird Alkohol bei älteren Menschen langsamer abgebaut. Alkohol kann sich damit auf den älteren Körper schädlicher auswirken.

(vgl. BMGF, S. 10; Kutschke, S. 67f.)

Wirkung

Alkohol hat – in der gleichen Menge getrunken – unterschiedliche Auswirkungen auf Menschen. Jugendliche oder Personen, die selten oder wenig Alkohol trinken, können schon bei 0,5 Promille stark beeinträchtigt sein. Die folgenden Angaben zu Alkoholwirkungen und Promillewerten für Erwachsene sind lediglich als Anhaltspunkte zu betrachten.

| | | |
|--|--|--|
| <p>ab 0,2 Promille</p> | <p>ab 0,5 Promille</p> | <p>ab 0,8 Promille</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Risikobereitschaft steigt • Seh- und Hörvermögen lassen nach • Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit werden schlechter • Stimmung steigt • Selbsteinschätzung, Urteils- und Kritikfähigkeit werden schlechter | <ul style="list-style-type: none"> • enthemmende Wirkung • Selbstüberschätzung • intensive Gefühlsabläufe (Wut, Freude, Trauer) • Reaktionsvermögen lässt nach • Sehfähigkeit eingeschränkt • Gleichgewichtsstörungen | <ul style="list-style-type: none"> • Blickfeld verengt sich (Tunnelblick) • Reaktionszeit um 35 Prozent verlängert • Gehirn verarbeitet die Informationen nur mehr mangelhaft • psychomotorische Fähigkeiten beeinträchtigt • zunehmende Enthemmung |
| <p>1 - 2 Promille Rauschstadium</p> | <p>2 - 3 Promille Rauschstadium</p> | <p>3 - 5 Promille Rauschstadium</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Orientierungs- und Gleichgewichtsstörungen, Gehen und Stehen fällt schwer • erste Sprachstörungen treten auf • Enthemmung nimmt weiter zu • Verlust der Selbstkontrolle • Verwirrtheit | <ul style="list-style-type: none"> • Verwirrtheit nimmt zu • Gedächtnis- und Bewusstseinsstörungen • erste Anzeichen von Atemschwierigkeiten • Erbrechen • Alkoholvergiftung • Bewusstlosigkeit und Koma sind möglich • Muskeler schlaffung | <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstlosigkeit • Gedächtnisverlust • schwache Atmung • Unterkühlung • unkontrollierte Ausscheidung • tiefe Lähmung des Nervensystems • Koma • tödlicher Atemstillstand |

(vgl. www.dialogwoche-alkohol.at)

Mit der Einheit „Promille“ wird die Alkoholkonzentration im Blut bestimmt. Eine Blutalkoholkonzentration (BAK) von 1 Gramm Reinalkohol auf 1 Liter Blut wird als 1 Promille bezeichnet. Der körpereigene Abbau von Alkohol beginnt sofort nach Aufnahme und wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Deshalb variiert der Promillegehalt laufend. Pro Stunde werden etwa 0,15 Promille abgebaut, und zwar durch das Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH).

(vgl. www.dialogwoche-alkohol.at)

Kurzfristig bewirkt Alkohol im Körper unter anderem eine Erweiterung der Blutgefäße, Effekte auf den Blutzucker im Sinne einer Unterzuckerung, das Gefühl von Wärme, eine Blutdruck- und Pulssteigerung sowie eine Hautrötung. Alkohol gelangt rasch ins Gehirn und wirkt sich dort auf die Informationsübertragung der Nervenzellen aus. Alkohol kann stimulierend bis enthemmend wirken, jedoch auch aktivitätsmindernd und zunehmend dämpfend.

Bereits bei relativ geringen Alkoholmengen ist die Reaktionsfähigkeit herabgesetzt. Mit steigendem Blutalkoholspiegel treten Sprach-, Gleichgewichts- sowie Koordinationsstörungen auf. Besonders bei älteren Menschen ist damit auch die Sturzgefahr erhöht. Auch die Risikobereitschaft nimmt unter Alkoholeinwirkung zu. Eine anfangs ausgelassene Stimmung kann rasch kippen und in Gereiztheit und Aggression umschlagen.

In Zusammenhang mit hohem Alkoholkonsum kann es zum so genannten „Filmriss“ (Black-out) kommen. Die Betroffenen können sich an bestimmte Zeitabschnitte nur teilweise oder gar nicht mehr erinnern, da die Informationsverarbeitung des Gehirns gestört ist.

Werden große Alkoholmengen in kurzer Zeit getrunken, kommt es zu Vergiftungserscheinungen – im schlimmsten Fall sogar mit tödlichem Ausgang. Ab etwa 3–5 ‰ besteht Lebensgefahr.

Problematisch bei einer Alkoholabhängigkeit sind vor allem die Toleranzentwicklung und die damit verbundene Dosissteigerung. Dies bedeutet, dass immer größere Alkoholmengen konsumiert werden, um denselben Effekt zu erzielen.

Bei älteren Menschen kann sich diese Toleranzentwicklung jedoch u. a. aufgrund des veränderten Stoffwechsels auch umkehren. Das heißt zum Beispiel, dass unter Umständen bereits geringere Mengen Alkohol zu einer Berausung führen. Die Wirkung von Alkohol wird noch verstärkt, wenn andere zerebrale Leistungsschwächen (z. B. eine beginnende demenzielle Erkrankung) vorliegen.

(vgl. Kutschke, S. 67f.; www.gesundheit.gv.at; www.api.or.at)

3. TRINKMENGEN

Auf Basis wissenschaftlicher Untersuchungen kann man für die durchschnittliche Tagesalkoholconsummenge ungefähre Richtwerte angeben, bis zu der das Gesundheitsrisiko für gesunde Menschen geringer ist, und einen Wert, ab dem das Gesundheitsrisiko deutlich erhöht ist. Dabei muss beachtet werden, dass die Anfälligkeit für alkoholbedingte Probleme auch stark von genetischen Faktoren, Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme und anderen Verhaltensweisen abhängt. Insbesondere bei Kranken oder älteren Menschen ist davon auszugehen, dass geringere Werte angenommen werden müssen.

Für gesunde erwachsene Personen kann Folgendes festgehalten werden:

Risikoarmer Konsum

Als „risikoarm“ gilt ein durchschnittlicher täglicher Konsum von bis zu 24 Gramm Alkohol für Männer bzw. 16 Gramm für Frauen, das entspricht rund 0,6 Litern bzw. 0,4 Litern Bier pro Tag.

Abgesehen von der Menge gilt Alkoholtrinken dann als risikoärmer, wenn an die jeweilige Situation angepasst getrunken wird. Dazu gehört auch, in bestimmten Situationen und Lebenslagen wie im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz oder in der Schwangerschaft auf Alkoholkonsum vollständig zu verzichten.

An mindestens zwei Tagen pro Woche sollte man keinen Alkohol trinken.

Problematischer Konsum

Der Richtwert für problematischen Konsum, ab dem ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko vorliegt, wird für Männer üblicherweise mit einem Wert von 60 Gramm Alkohol pro Tag angegeben, für Frauen mit 40 Gramm. Das entspricht 1,5 beziehungsweise 1 Liter Bier täglich.

Die Mengen für den „problematischen Konsum“ dürfen aber nicht mit einer Abhängigkeitserkrankung gleichzusetzen werden.

Alkoholgebrauch in unangebrachten Situationen wird neben episodischem Rauschtrinken zu den problematischen Konsummustern gezählt. Durch die unmittelbare Wirkung des Alkohols entstehen Risiken etwa am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr, während der Schwangerschaft oder bei der gleichzeitigen Einnahme von Medikamenten. Hier stehen neben den Gefahren für die Person vor allem die Risiken für Dritte im Fokus, wie sie durch ein erhöhtes Unfallrisiko oder die Verwicklung in Gewaltsituationen bestehen.

(vgl. www.dialogwoche-alkohol.at)

| Gesundheitsrisiko | Männer | Frauen |
|-------------------|--|--|
| risikoarm |  0,6 Liter Bier oder  0,3 Liter Wein bis 24 g reiner Alkohol pro Tag |  0,4 Liter Bier oder  0,2 Liter Wein bis 16 g reiner Alkohol pro Tag |
| problematisch |  1,5 Liter Bier oder  0,75 Liter Wein ab 60 g reiner Alkohol pro Tag |  1 Liter Bier oder  0,3 Liter Wein ab 40 g reiner Alkohol pro Tag |

(aus: www.dialogwoche-alkohol.at)

**mindestens
2 Tage
alkoholfrei
pro Woche**

4. AUSWIRKUNGEN VON ALKOHOLKONSUM

Die Auswirkungen des Alkoholkonsums können im physischen, psychischen und sozialen Bereich liegen. Alkohol kann abhängig machen. Eine Alkoholabhängigkeit entwickelt sich meist langsam und für viele oft unbemerkt.

Physische Auswirkungen

Alkohol und sein Abbauprodukt Acetaldehyd sind Zellgifte. V. a. exzessiver und regelmäßiger Konsum von Alkohol führt zu schweren Schädigungen verschiedenster Organe. Viele Krankheiten verschlechtern sich unter dem Einfluss von Alkohol. Bei dauerhaftem Alkoholkonsum sind folgende Organe und Organsysteme hauptsächlich betroffen, was verschiedene Symptome und/oder Erkrankungen zur Folge haben kann:

- Leber: alkoholische Fettleber, alkoholische Fettleberhepatitis, Leberzirrhose mit Blutgerinnungsstörungen, Leberkarzinom, ...
- Bauchspeicheldrüse: alkoholbedingte akute und chronische Pankreatitis, Diabetes mellitus, ...
- Nervensystem/Gehirn: Verlust des Altgedächtnisses, Verschlechterung des Auffassungsvermögens, alkoholische Polyneuropathie, Alkohol-Demenz, Wernicke-Korsakow-Syndrom, ...
- Herz-Kreislauf-System: Herzmuskelschwäche, Bluthochdruck, ...
- Speiseröhre, Magen und Darm: Entzündungen, Geschwüre, Schleimhautrisse der Speiseröhre, Krampfadern in der Speiseröhre, Magenschleimhautentzündungen, Schleimhautschädigungen des Dünndarms, Durchfall, erhöhtes Krebsrisiko im Bereich der Mundhöhle, des Rachens, der Speiseröhre, des Magens und des Dickdarms, ...
- Blase: Verstärkung einer Harninkontinenz
- Hormonsystem: erniedrigter Testosteronspiegel mit Hodenatrophie, Libidoverlust und Impotenz beim Mann, erhöhter Östrogenspiegel mit gesteigertem Brustkrebsrisiko bei der Frau

Psychosoziale Auswirkungen

Die Schädigung von Gehirn und Nerven durch langfristigen hohen Alkoholkonsum beeinflusst zudem die Psyche. Verschiedene Auswirkungen zeigen sich, z. B.:

- starke Stimmungsschwankungen
- Gereiztheit, Aggressivität
- Enthemmung
- Angstzustände
- Depression
- Verwahrlosung
- Persönlichkeitsveränderungen, z. B. Misstrauen, Affekt- und Stimmungslabilität, Eifersucht, emotionale Abstumpfung, Interessenlosigkeit, Antriebsstörungen, ...
- Alkoholhalluzinose (akustische und optische Halluzinationen aufgrund der eingeschränkten Gehirnfunktion durch Alkohol)

(vgl. www.gesundheit.gv.at; www.dialogwoche-alkohol.at)

Übermäßiger Alkoholkonsum wirkt sich auf das Umfeld und auf das Zusammenleben aus. Vor allem Partner_innen, Kinder, Freund_innen oder Mitbewohner_innen sind oft stark belastet.

5. ENTZUGSSYMPТОМАТИК

Der Körper gewöhnt sich mit der Zeit an eine regelmäßige Alkoholfuhr, wodurch sich nach einiger Zeit (in der Regel nach Jahren) auch eine körperliche Abhängigkeit entwickeln kann. Wird bei einer Alkoholabhängigkeit die andauernde Alkoholaufnahme plötzlich unterbrochen, kann dies Entzugssymptome hervorrufen. Es kommt zu Fehlregulationen mit teils schwerwiegenden Folgen.

Das Entzugssyndrom beginnt ungefähr fünf bis zehn Stunden, nachdem der Alkoholspiegel im Blut abgesunken ist, geht etwa ab dem vierten oder fünften Tag wieder zurück und dauert in der Regel eine Woche. Nach etwa 48–72 Stunden erreicht das Syndrom seinen Gipfel. Eine ärztliche Behandlung des Alkoholentzugssyndroms ist indiziert.

Häufige Symptome:

- Tremor (Zittern der Hände)
- Unruhe
- Angst
- Übelkeit, Durchfall
- Schlafstörungen
- Anstieg von Puls- und Atemfrequenz
- Schwitzen
- Fieber
- epileptische Anfälle, Absencen
- delirante Zustände

Das Syndrom kann mit oder ohne Delirium (akute rückbildungsfähige Bewusstseinsstörung) ablaufen. Ein Entzugssyndrom mit Delirium wird auch als Delirium tremens (Alkoholdelir) bezeichnet. Heutzutage tritt ein Delirium zwar eher selten auf, allerdings haben Menschen über 60 Jahre ein erhöhtes Risiko dafür – ebenso für Krampfanfälle. Typische Anzeichen vor Eintreten eines Deliriums sind Schlafstörungen, Zittern und Angst. Es kommt zu Bewusstseinsstörung und Verwirrtheit, zu Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen, „Weiße-Mäuse-Sehen“), starkem Zittern, Wahnvorstellungen, Unruhe und Übererregbarkeit (z. B. Herzrasen).

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

Ein Entzugssyndrom ist ein medizinischer Akutfall, bei dem entsprechende Maßnahmen zu setzen sind. Bei einem Entzugsdelir bzw. einem entzugsbedingten Krampfanfall handelt es sich um einen medizinischen Notfall!

6. SITUATIONSEINSCHÄTZUNG

Die Situationseinschätzung erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren durch Beobachtung und/oder gezieltes Ansprechen bezüglich des Alkoholkonsums während der laufenden Betreuung.

Symptome, die auf einen (versteckten) Alkoholkonsum hindeuten können, sind z. B.:

- alkoholischer Atemgeruch („Fahne“)
- gerötetes, aufgedunsenes Gesicht
- Rosazea/Rhinophym („Trinkernase“)
- unsicherer, „staksiger“ Gang
- lallende Sprache
- Zittern, vor allem der Hände (Tremor)
- Erbrechen und Übelkeit (am Morgen)
- Durst am Morgen
- Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust
- Schlafstörungen
- Konzentrations-/Gedächtnisstörungen
- Vergesslichkeit, Verwirrtheit
- innere Unruhe
- erhöhte Reizbarkeit, Aggression, Angstschübe
- Stimmungsschwankungen
- Verwahrlosung, insbesondere Vernachlässigung der Körperpflege
- sozialer Rückzug
- Stürze, Verletzungen

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

LITERATUR

Bachmayer, S.; Strizek, J.; Hojni, M. & Uhl, A. (2020):
Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und
Berechnungsgrundlagen 2019, 8. Aufl. Wien: Gesundheit Österreich

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2017):
Alkoholkonsum und mögliche Folgen. Wien

Gesundheit Österreich (2015). Bevölkerungserhebung zu
Substanzgebrauch 2015. Fact Sheet. Wien

Hoff, T. et al. (2017): Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte
für die Pflege. Berlin: Springer

Kutschke, A. (2012): Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für
die Pflege suchtkranker alter Menschen. Bern: Hans Huber

Meyer, T. (o. J.): Expertenforum Altersalkoholismus. Zürich.
www.suchtimalter.ch (letzter Zugriff: 7.02.2018)

Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW), Institut für
Suchtprävention (ISP) (2017): Grundlagen zu Sucht. Skriptum. Wien

Uhl, A. et al. (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen.
Daten. Fakten. Trends. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage.
Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht), Alkohol
Koordinations- und Informations-Stelle (AKIS) des Anton Proksch
Instituts (API) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
Wien

www.alkohol.at (letzter Zugriff: 29.01.2018)

www.alter-sucht-pflege.de (letzter Zugriff: 31.01.2018)

www.api.or.at (letzter Zugriff: 25.01.2018)

www.dialogwoche-alkohol.at (letzter Zugriff: 18.06.2020)

www.gesundheit.gv.at (letzter Zugriff: 29.01.2018)

In der Literatur häufig genannte Screeninginstrumente:

ASSIST (Alcohol, Smoking & Substance Involvement Screening
Test): [https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/
screening/assist](https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/assist) (letzter Zugriff: 19.02.2018)

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): [https://www.
alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/audit](https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/audit) (letzter
Zugriff: 19.02.2018)

AUDIT-C (AUDIT-Kurzversion): [https://www.alterundsucht.ch/de/
aerztinnen/alkohol/screening/audit-c](https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/audit-c) (letzter Zugriff: 19.02.2018)

CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener):
[https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/
cage](https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/cage) (letzter Zugriff: 19.02.2018)

SMAS-T-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric):

[https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/
smast-g](https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/smast-g) (letzter Zugriff: 19.02.2018)

MEDIKAMENTE

1. EINLEITUNG

Gewisse Medikamente, insbesondere Substanzen mit psychotroper/psychoaktiver Wirkung, können aufgrund ihrer Wirkweise die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung hervorrufen bzw. begünstigen. Sogenannte Benzodiazepine, hochwirksame Medikamente, die als Schlaf- und Beruhigungsmittel eingesetzt werden, spielen hierbei eine besonders große Rolle.

Circa jeder fünfte Erwachsene in Österreich hat schon mindestens einmal im Leben Schlaf- oder Beruhigungsmittel konsumiert, Frauen häufiger als Männer. Anders als bei Substanzen wie Alkohol oder Nikotin nehmen Konsumerfahrungen mit Medikamenten mit steigendem Alter kontinuierlich zu. Insofern stellen ältere Menschen eine besondere Risikogruppe dar. Es wird geschätzt, dass in Österreich 150.000 Personen medikamentenabhängig sind, wobei eine hohe Dunkelziffer vermutet wird. Frauen sind, entgegen der Geschlechterverteilung bei allen anderen psychoaktiven Substanzen, von einer Medikamentenabhängigkeit öfter betroffen als Männer.

(vgl. Strizek & Uhl, 2016, S. 58; Musalek & Mader, 2019, S. 23-24).

2. SCHWIERIGKEIT DER DIAGNOSESTELLUNG BEI EINER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT

Da Medikamente ärztlich verschriebene Heilmittel sind, bleiben ein problematischer Konsum oder die Entwicklung einer Abhängigkeit oft unerkannt und/oder sind schwierig zu diagnostizieren. Wenn ein Arzneimittel von Ärzt_innen über eine längere Zeitspanne verschrieben wird, haben die meisten Klient_innen das Gefühl, dass alles in Ordnung sei. Sollten dann beim Absetzen der Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel Schlafstörungen, Angst- oder Unruhezustände auftreten, wird in der Regel von einem Wiederauftreten der Ausgangsbeschwerden ausgegangen. Dass es sich dabei in vielen Fällen um Entzugserscheinungen handelt, ist den meisten Menschen nicht bewusst oder nicht sofort ersichtlich.

(vgl. Deutsche Bundesärztekammer, S. 13ff; Kutschke, S. 129; DHS, 2015, S. 38; ISP, S. 20)

3. ERHÖHTES RISIKO BEI ÄLTEREN MENSCHEN

Bei älteren Menschen besteht generell ein höheres Risiko für das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen von Medikamenten. Medikamente wirken bei älteren Menschen oft verzögert, sie werden von Magen und Darm langsamer aufgenommen und auch langsamer im Körper verteilt. Auch der Abbau durch Leber und Niere erfolgt oftmals verzögert, und so bleiben die Wirkstoffe vielfach länger im Körper. Dadurch kann eine gute Steuerung der Medikation, insbesondere der Dosis, seitens des/der behandelnden Ärzt_in erschwert sein.

(vgl. DHS, 2016, S. 41; ISP, S. 17ff)

4. DIE ROLLE VON BETREUUNGSPERSONEN

Die Verantwortung für die Medikation der Klient_innen liegt bei den behandelnden Ärzt_innen. Je nach Berufsbild und Kompetenzbereich der Mitarbeiter_innen der Betreuung und Pflege und nach Adhärenz⁴ der Klient_innen können Mitarbeiter_innen ins Medikamentenmanagement einbezogen werden. Alle Mitarbeiter_innen der Organisation sind angehalten, im Rahmen ihres Aufgabengebiets den Allgemeinzustand der Klient_innen zu beobachten, ggf. Medikamente vorzubereiten und/oder die Klient_innen bei der Einnahme zu unterstützen. Auffälligkeiten bzw. Veränderungen müssen an die Ärzt_innen weitergeleitet werden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

(vgl. Hoff et al., S. 52f.)

Im Rahmen des Heimaufenthaltsgesetzes überprüft die Bewohner_innenvertretung eine mögliche Freiheitsbeschränkung durch Medikamente. In Betracht kommt hier insbesondere die Verabreichung beruhigender und dämpfender Medikamente (Tranquilizer, Sedativa) für die rein symptomatische Behandlung von Unruhezuständen oder Verhaltensstörungen, etwa um zu verhindern, dass andere Personen gefährdet werden. Näheres dazu in „Erläuterungen zur medikamentösen Freiheitsbeschränkung“, https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/6_Bewohnervertretung/Manual_FBdMed.pdf, Vertretungsnetz 2011

5. SUBSTANZEN UND WIRKUNGEN

Folgende Medikamentengruppen werden neben ihrer therapeutischen Bedeutung am häufigsten mit Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit in Zusammenhang gebracht.

5.1 Hypnotika und Sedativa

Hier spielen vor allem Medikamente aus der Substanzgruppe der Benzodiazepine eine wesentliche Rolle. Benzodiazepine sind die weltweit mit Abstand am häufigsten verordneten Schlaf- und Beruhigungsmittel und stellen die am häufigsten missbrauchten Psychopharmaka dar.

(vgl. SDW, S. 6)

Auch bei den sogenannten Z-Drugs (z. B. Zolpidem) muss man auf ein sich eventuell entwickelndes Suchtverhalten achten. Diese Substanzen haben eine ähnliche Wirkung wie Benzodiazepine, allerdings ist das Abhängigkeitsrisiko geringer.

5.1.1 Benzodiazepine

Benzodiazepine sind hochwirksame Medikamente (Wirkstoffe z. B. Alprazolam, Bromazepam, Clobazam, Clonazepam, Diazepam, Flunitrazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Nitrazepam, Oxazepam, Triazolam).⁵

Ihr Einsatz erfordert eine strenge Indikationsstellung sowie die Wahl

⁴ Adhärenz steht für die Einhaltung der gemeinsam von Patient_innen und dem medizinischen Fachpersonal (Ärzt_innen, Pflegepersonen) gesetzten Therapieziele.

⁵ Exemplarische Aufzählung, Stand Juni 2018

der niedrigsten notwendigen Dosis und der kürzestmöglichen Anwendungsdauer. Finden diese Grundsätze keine Berücksichtigung, kann sich innerhalb weniger Wochen eine Abhängigkeit entwickeln. In den meisten Fällen geht der Abhängigkeit eine längere Phase der ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen voraus. Auch der ausschließliche Einsatz zur Symptomlinderung, ohne auf die bestehende Grundproblematik diagnostisch und therapeutisch einzugehen, fördert das Entstehen einer Abhängigkeitserkrankung. Die Entwicklung hin zu einer Abhängigkeit erfolgt oft unbewusst und wird von vielen Betroffenen nicht gleich wahrgenommen.

(vgl. SDW, S. 5; www.gesundheit.gv.at)

Wirkung

Benzodiazepine gehören zur Gruppe der sedativ (dämpfend auf das zentrale Nervensystem) und hypnotisch wirkenden Medikamente. Sie haben u. a. eine angstlindernde, krampflösende, entspannende und beruhigende Wirkung. Anspannung, Furcht, Erregungs- und Angstzustände, Phobien oder Panikattacken können beispielsweise so beeinflusst werden, dass sie verschwinden oder von den Betroffenen nicht mehr als belastend wahrgenommen werden. Auch zur Linderung von Schlafstörungen werden Benzodiazepine verwendet.

Vor allem bei hohen Dosierungen treten Nebenwirkungen auf. Bei Überdosierung kommt es akut zu Müdigkeit, Schläfrigkeit, Lethargie, Verwirrtheit und Gedächtnisstörungen.

Bei langfristiger Einnahme kann es zu Einschränkung der Gedächtnisleistung, körperlicher Abgeschlagenheit und Abstumpfung (der Gefühle) kommen. Hohe Dosierungen sowie lange Einnahmedauer beeinträchtigen die Gedächtnisleistungen und führen zu verminderter Wahrnehmungs- und verlängerter Reaktionszeit. Müdigkeit, Benommenheit und Schwindel sind einige der Symptome. Werden Benzodiazepine als Schlafmittel eingesetzt, können sich am Morgen danach noch Nachwirkungen zeigen („Hangover“). Bei zusätzlicher Muskelschwäche besteht eine beträchtlich erhöhte Sturzgefahr.

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

Benzodiazepine werden manchmal missbräuchlich gemeinsam mit anderen dämpfenden Substanzen wie Opioiden und/oder Alkohol eingenommen. Dabei können sich die verschiedenen Substanzen in ihrer Wirkung um ein Vielfaches verstärken und zu lebensbedrohlichen Überdosierungen mit der Gefahr eines Atem- und in der Folge eines Herz-Kreislauf-Stillstandes führen.

Neben der Einnahmedauer spielt bei der Entwicklung einer Abhängigkeit auch die Geschwindigkeit der Anflutung im Zentralnervensystem eine Rolle. Bei rasch anflutenden Substanzen, vor allem bei Flunitrazepam (Rohypnol®), besteht ein deutlich erhöhtes Suchtrisiko.

(vgl. SDW, S. 9)

Bei der Einnahme von Benzodiazepinen kann sich bereits bei Dosierungen im therapeutischen Bereich eine schwere körperliche Abhängigkeit entwickeln.

(vgl. Deutsche Bundesärztekammer, S. 20)

Wenn Personen von Benzodiazepinen in niedriger, meist therapeutischer Dosierung abhängig sind, spricht man von einer „Niedrigdosisabhängigkeit“. Diese Menschen sind in der Regel relativ symptomfrei und bleiben damit weitestgehend unauffällig, solange die Einnahme der Medikamente nicht unterbrochen wird.

Eine suchtspezifische Behandlung macht in jedem Alter Sinn und kann die Lebensqualität erhöhen. Studien zeigen z. B., dass etwa 60 % der betagten Benzodiazepinabhängigen es mithilfe einer Suchtbehandlung schaffen, ihre Medikamentenabhängigkeit zu beenden.

(vgl. SDW, S. 40; DHS u. Barmer, S. 16)

Menschen mit einer „Hochdosisabhängigkeit“ sind hingegen meist durch ein sehr auffälliges Verhalten charakterisiert. Durch den hohen Bedarf an Benzodiazepinen infolge einer kontinuierlichen Dosissteigerung kommt es zu sozial auffälligem Verhalten bis hin zu Straffälligkeit. Häufig besteht bei diesen Klient_innen eine schwerwiegende psychische Komorbidität, die Ursache und Triebfeder des Medikamentenkonsums ist.

Entzugssymptome

Das Absetzen von Benzodiazepinen kann zu schweren, über Wochen andauernden Entzugssymptomen führen. Daher darf ein Entzug nur unter ärztlicher Aufsicht, ggf. im Rahmen eines stationären Aufenthalts, erfolgen.

(vgl. SDW, S. 6)

Die Symptome, die sich beim Absetzen von Benzodiazepinen zeigen, sind jenen Beschwerden sehr ähnlich, gegen die die Medikamente eingenommen werden oder wurden. Sie können somit von den Betroffenen fälschlicherweise als Verschlechterung der bestehenden Grundproblematik missgedeutet werden (Rebound-Effekte⁶).

In der Regel handelt es sich um Symptome wie:

- Schlafstörungen
- Unruhezustände
- Stimmungsschwankungen
- Angstzustände
- Panikattacken
- Wahrnehmungsstörungen, Verwirrheitszustände
- Psychoseähnliche Zustände
- Zittern
- Schwitzen
- Übelkeit und Erbrechen
- Magen-Darm-Krämpfe
- Muskelverspannungen
- erhöhte Krampfneigung, Krampfanfälle

⁶ Der Begriff Rebound- oder Absetzeffekt bezeichnet das verstärkte Wiederauftreten von Symptomen einer medikamentös behandelten Erkrankung nach Absetzen der Arzneimittel.

Vor allem bei einer hohen Dosis, einem lang andauernden Konsum und einem schlechten Allgemeinzustand sind die Entzugssymptome nach Absetzen der Medikamente intensiv.

Auch durch das Aufflackern einer zugrunde liegenden psychischen Erkrankung (Angsterkrankung, Depression etc.) kann es zu schweren Symptomen kommen.

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

5.2 Analgetika (Schmerzmittel)

Die Bedeutung des Einsatzes von Analgetika, auch des von Opioiden, in der Schmerzbehandlung ist unbestritten und kann die Lebensqualität betroffener Klient_innen deutlich steigern.

(vgl. Deutsche Bundesärztekammer, S. 26)

Im Zusammenhang mit problematischem Konsum und der möglichen Entstehung einer Suchterkrankung sind im Bereich der Schmerzmedikation vor allem opioidhaltige Medikamente zu nennen. Andere Analgetika wie z. B. nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) haben grundsätzlich kein Abhängigkeitspotenzial im Sinne einer Definition von Abhängigkeit nach ICD 10 oder DSM-5 (siehe Seite 22 und 23). In der Praxis gibt es aber immer wieder einzelne Fälle von missbräuchlicher Verwendung (z. B. Parkemed®). Problematisch kann auch die Einnahme von analgetischen Mischpräparaten sein.

(vgl. Kutschke, S. 136)

5.2.1 Opiate und Opioide

Unter Opiaten (siehe dazu auch Seite 80) versteht man Wirkstoffe, die Opium oder dessen Alkaloide enthalten (Wirkstoffe z. B. Alfentanil, Buprenorphin, Dihydrocodein, Fentanyl, Tramadol, Tilidin, Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Codein, Pethidin).⁷ Zu den bedeutendsten gehören Morphin und Codein.

Opioide sind teilsynthetische oder synthetische Substanzen, die morphinähnliche Wirkung haben.

Die Begriffe Opiate und Opioide werden im Fachjargon meist synonym gebraucht, in der Folge wird der Begriff Opioide verwendet.

Die verschiedenen Opioide sind unterschiedlich stark wirksam, verschreibungspflichtig und unterliegen dem Suchtmittelgesetz.

Schwach wirksame Opioide sind z. B. Tramadol oder Codein, ein sehr stark wirksames Opium ist beispielsweise Fentanyl.

Stark wirksame Opioide sind für die Behandlung von starken Schmerzzuständen bedeutsam und oft unerlässlich (z. B. bei Krebserkrankungen, sehr starken Nervenschmerzen). Opioide unterdrücken auch den Hustenreiz, und somit werden schwach wirksame Opioide (z. B. Codein) auch als Antitussiva (Antihustenmittel) eingesetzt.

⁷ Exemplarische Aufzählung, Stand Juni 2018

Opioide haben ein vergleichsweise hohes Suchtpotenzial und sollen daher niemals ohne ärztliche Verschreibung und Kontrolle angewendet werden.

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

Das Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung ist aber stets gegen die Gewährleistung einer suffizienten Schmerzbehandlung abzuwägen. Keinesfalls darf aus der Sorge vor einer Abhängigkeit eine indizierte Schmerzbehandlung mit opioidhaltigen Medikamenten vorenthalten oder die Dosis dafür zu gering gehalten werden.

Eine Suchterkrankung in der Vorgeschichte von Personen ist insofern zu beachten, als sich daraus ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit ergibt.

Wirkung

Opioide wirken auf das Zentralnervensystem und sind bei korrekter Anwendung äußerst wirkungsvolle schmerzstillende Substanzen. Neben der analgetischen Wirkung kommt es auch zu einer Verminderung von Angst und Anspannung. In höheren Dosierungen können Gefühle der Zufriedenheit bis hin zur Euphorie auftreten. Diese Wirkungen sind auch der Grund für deren missbräuchliche Verwendung.

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

Bei längerem Gebrauch entwickelt der Körper eine Toleranz gegenüber diesen Wirkungen, und die meisten dieser als sehr positiv empfundenen Effekte gehen verloren. Der fortgesetzte Konsum dient dann überwiegend der Vermeidung von Entzugssymptomen.

Opioide sind grundsätzlich nicht direkt organschädigend, bewirken aber bei längerer Einnahme eine körperliche Abhängigkeit, und bei entsprechender Disposition kann sich auch eine psychische Abhängigkeit entwickeln. Opioide greifen in den Hormonregulationsmechanismus ein und können eine Dysbalance der Sexualhormone mit unterschiedlichen Auswirkungen (sexuelle Dysfunktion, metabolisches Syndrom, Osteoporose etc.) hervorrufen.

Bei einer Überdosierung von Opioiden kann der Atemreflex unterdrückt werden, was zu einer lebensgefährlichen Atemlähmung führen kann. In Kombination mit Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen (wie Benzodiazepinen) kann die atemdepressive Wirkung erheblich verstärkt werden.

Nebenwirkungen bei der Einnahme sind z. B.:

- Übelkeit
- Erbrechen
- Kopfschmerzen
- Schwindel
- Müdigkeit
- Dysphorie
- Angst, Panik
- Verlangsamung der Atemfrequenz
- Verstopfung bis hin zu Koliken
- Verengung der Pupillen

Entzugssymptome

Manche der Symptome, die je nach Substanz bis zu 20 Stunden nach dem Absetzen einsetzen, erinnern an Symptome eines grippalen Infektes, wie z. B.:

- Unwohlsein
- Schwächegefühl
- Muskel- und Gelenkschmerzen
- Niesen bzw. Nasenlaufen
- Wärme-Kälte-Schauer
- Gänsehau

Darüber hinaus können weitere Symptome auftreten wie z. B.:

- Magen-Darm-Krämpfe
- Durchfall
- starke innere Unruhe
- Beinunruhe
- ausgeprägtes Ziehen und Reißen in den Beinen
- Muskelkrämpfe
- Schlafstörungen
- starke Reizbarkeit
- Stimmungsschwankungen
- ein schwer zu beherrschendes Bedürfnis nach erneuter Einnahme des Mittels (Craving)

(vgl. www.medikamente-und-sucht.de)

Ein Entzug von Opioiden muss immer mit ärztlicher Unterstützung durchgeführt werden und kann ambulant oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts erfolgen.

5.2.2 Mischanalgetika

Mischanalgetika sind Arzneimittel, die ein oder mehrere peripher wirksame Schmerzmittel sowie zusätzlich eine oder mehrere Substanzen mit Wirkung auf das Zentralnervensystem, z. B. Koffein, enthalten. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass die Wirkung von Acetylsalicylsäure oder von Paracetamol durch die Kombination mit Koffein verstärkt wird, allerdings tritt die schmerzstillende Wirkung durch die Beigabe von Koffein etwas schneller ein.

Der Gebrauch von Mischanalgetika ist in der Bevölkerung verbreitet, zumal viele von ihnen rezeptfrei erhältlich sind (Schmerzmittel mit Koffein). Motivation für deren Einnahme ist zunächst der analgetische Effekt, in den meisten Fällen werden sie gegen Kopfschmerzen eingenommen. Zur Aufrechterhaltung der Medikation kann der immer wieder auftretende Kopfschmerz, aber auch die psychische Stimulation beitragen. Ist nach längerem dauerndem Gebrauch eine Gewöhnung eingetreten, rufen die bei Absetzen auftretenden vegetativen Symptome, insbesondere der Entzugskopfschmerz, ein starkes Bedürfnis nach erneuter Einnahme des Mittels hervor. So kann ein Teufelskreis entstehen.

5.3 Weitere Medikamente

Bei einer Reihe von weiteren Medikamenten wird ein Zusammenhang mit missbräuchlicher Verwendung bzw. Abhängigkeit diskutiert. Im Folgenden werden hier ohne Anspruch auf Vollständigkeit die wichtigsten erwähnt.

5.3.1 Stimulanzien

Stimulanzien (vgl. auch Kapitel Illegale Substanzen, Seite 76 ff) sind typischerweise amphetaminartige Substanzen (Koffein, Theophyllin, Nicotin oder Ephedrin), die bei regelmäßigem Gebrauch zu psychischer Abhängigkeit führen können (Wirkstoffe z. B. Etilefrin, Methylphenidat, Lisdexamfetamin, Modafinil, Theophyllin, Ephedrin, Nicotin, Pseudoephedrin, Koffein).⁸

(vgl. Kutschke, S. 136)

Weitere Medikamente, die Stimulanzien enthalten, sind unter den Mischanalgetika zu finden.

Auch einige Grippe- und Asthmamittel enthalten Wirkstoffe aus der Ephedrin-Gruppe (Ephedrin, Pseudoephedrin).

Andere Medikamente enthalten Wirkstoffe aus der Amphetamingruppe (z. B. Lisdexamfetamin) bzw. Amphetaminderivate (Methylphenidat). Das Missbrauchspotenzial dieser Wirkstoffe wird als hoch bis mittel klassifiziert.

Als Indikationen für Methylphenidat oder Lisdexamfetamin gelten heute das Aufmerksamkeits-Defizitsyndrom/das hyperkinetische Syndrom (ADHS/HKS) bei Kindern sowie bei Erwachsenen die Narkolepsie.

5.3.2 Antidepressiva

Nach derzeitigem Forschungsstand kann davon ausgegangen werden, dass Antidepressiva kein Abhängigkeitspotenzial haben, obwohl es immer wieder Einzelberichte von Missbrauch und Abhängigkeit gibt (Wirkstoffe z. B. Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Duloxetin, Venlafaxin, Mirtazapin).⁹

Meist handelt es sich dabei aber um Klient_innen, die von mehreren Substanzen abhängig sind. Die bei ihrem Absetzen auftretenden Rebound-Phänomene werden nicht selten fälschlicherweise mit Entzugssymptomen und damit mit einer Abhängigkeit verwechselt.

(vgl. Deutsche Bundesärztekammer, S. 23; Soyka, S. 89ff.)

5.3.3 Laxanzien (Abführmittel)

Laxanzien haben keinen psychotropen Effekt im engeren Sinn. Ein Missbrauch von Laxanzien findet sich häufig bei Personen mit einer Essstörung, insbesondere Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Eine regelmäßige Einnahme über einen längeren Zeitraum hinweg kann

⁸ Exemplarische Aufzählung, Stand Juni 2018

⁹ Exemplarische Aufzählung, Stand Juni 2018

¹⁰ Exemplarische Aufzählung, Stand Juni 2018

zu Wirkverlust führen, sodass die Dosis gesteigert werden muss, um die gewünschte Wirkung zu erzielen (Wirkstoffe z. B. Bisacodyl, Natriumpicosulfat, Lactulose).¹⁰

(vgl. Soyka, S. 103ff.)

5.3.4 Abschwellende Nasentropfen und -sprays

Der regelmäßige Einsatz von Nasensprays oder Nasentropfen führt grundsätzlich zu keiner Abhängigkeit im Sinne einer Diagnose nach ICD 10 oder DSM-5 (siehe Seite 22 und 23). Die regelmäßige Einnahme von Nasenschleimhaut-abschwellenden Mitteln über eine sinnvolle Akutbehandlung hinaus führt jedoch häufig zu einem Teufelskreis von Wirkverlust durch Gegenregulation und Dosissteigerung.

(vgl. DHS, 2015, S. 113)

6. SITUATIONSEINSCHÄTZUNG

Die Situationseinschätzung erfolgt durch Beobachtung und/oder gezieltes Ansprechen bezüglich einer Medikation, die eine Abhängigkeit auslösen könnte.

Die Einschätzung des Abhängigkeitsrisikos obliegt dem/der behandelnden Ärzt_in.

Mögliche Symptome eines schädlichen Medikamentenkonsums:

- motorische Unsicherheit, Gleichgewichtsstörungen
- Schwindel
- Sturz, insbesondere wiederholte Stürze
- Schläfrigkeit, Benommenheit
- kognitive Defizite, z. B.
 - › mangelnde Konzentration
 - › nachlassende Leistungsfähigkeit
 - › mangelnde Aufmerksamkeit
- Interessenlosigkeit/-verlust
- sozialer Rückzug
- Horten von Medikamenten
- Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Ängste
- Sprechstörungen
- Tremor
- paradoxe Reaktionen, z. B.:
 - › gesteigerte Unruhe
 - › Kopfschmerzen
 - › Verwirrung
 - › Erregungszustände

(vgl. DHS, 2016, S. 52)

LITERATUR

Deutsche Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2007): Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2016): Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. 8. Auflage. Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und Barmer GEK (2013): Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege, 2. Auflage. Hamm, Berlin

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2015): Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 5. Hamm

Hoff, T. et al. (2017): Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege. Berlin: Springer

Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) (2019): Unabhängig bleiben – Alkohol, Medikamente und Tabak – was ist zu beachten? Wien

Kutschke, A. (2012): Sucht – Alter – Pflege: Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankter alter Menschen. Bern: Hans Huber

Musalek, M. & Mader, R. (2019): Medikamentenabhängigkeit. Österreichische Ärztezeitung, 5, 22-29.

Soyka, M. (2016): Medikamentenabhängigkeit. Entstehungsbedingungen – Klinik – Therapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Strizek, J. & Uhl, A. (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1: Forschungsbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH

Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) (Hrsg.) (2016): Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Wien

www.gesundheit.gv.at (letzter Zugriff: 09.02.2018)

www.medikamente-und-sucht.de (letzter Zugriff: 09.02.2018)

www.sucht-alter-pflege.de (letzter Zugriff: 12.02.2018)

In der Literatur häufig genannte Screeninginstrumente:

ASSIST (Alcohol, Smoking & Substance Involvement Screening Test): <https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/assist> (letzter Zugriff: 19.02.2018)

KFM (Kurzfragebogen für Medikamentengebrauch):

<http://www.alter-sucht-pflege.de/Handlungsempfehlungen/Download/KFM.pdf> (letzter Zugriff: 20.02.2018)

ILLEGALE SUBSTANZEN

1. EINLEITUNG

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen finden sich in Österreich am häufigsten mit Cannabis, mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 30 bis 40 % bei jungen Erwachsenen. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa 2 bis 4 % mit Ecstasy, Kokain und Amphetamin sowie von rund 1 bis maximal 2 % mit Opioiden.

(vgl. Horvath et al., 2019, S. 55)

Aktuell konsumieren in Österreich zwischen 35.000 und 38.000 Personen risikoreich Opiode, meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka. Drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Gut die Hälfte ist 35 Jahre oder älter, 39 % sind zwischen 25 und 34 Jahre alt und lediglich 9 % sind unter 25 (ca. 3.000 Personen). Nach einem rasanten Anstieg Anfang der 2000er-Jahre und anschließender Stabilisierung ist seit 2014 wieder ein Anstieg der Prävalenz zu beobachten. Dieser darf jedoch nicht als Verschärfung der Problematik interpretiert werden, sondern dürfte vor allem im chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und der guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung), die zu einem Anstieg der Lebenserwartung von Personen mit problematischem Opioidkonsum führt, begründet sein. Insgesamt zeigen die Daten einen Rückgang an Personen unter 25 mit problematischem Opioidkonsum, d. h., es gibt weniger Einsteiger_innen.

(vgl. Horvath et al., 2019, S. 68ff.)

Viele Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen sind gleichzeitig von anderen Substanzen (z. B. Benzodiazepine, Alkohol) abhängig. Mischkonsum ist insofern riskant, als die Wirkung aufgrund unterschiedlicher Konzentration und unterschiedlicher Wirkdauer nicht abschätzbar ist. Je nach Substanz verstärken sich die jeweiligen Effekte und werden noch unkalkulierbarer als beim Konsum einer einzigen Substanz. Die gesundheitlichen Risiken erhöhen sich durch Mischkonsum, und es kommt zu einer extremen Belastung für den Körper. Am Schwarzmarkt besorgte Substanzen bergen die Gefahr von riskanten Beimischungen oder Verunreinigungen mit unbekanntem Wirkungen.

Viele negative Auswirkungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen sind nicht direkte Folgen des Konsums. Die indirekten Folgen durch die Illegalität der Substanzen, durch die soziale Exklusion der Konsument_innen und eine allgemein ungesunde Lebensweise sind oft gravierender (z. B. Haftverfahren, Kleinkriminalität, Stigmatisierung, ungesunde Ernährung, zusätzlicher Konsum von Alkohol und Tabak).

Der Fokus der Betreuung liegt vor allem auf der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Bei Bedarf werden tagesstrukturierende Aktivitäten, Entlastungsgespräche, die Organisation der Substitutionsmedikamente und ggf. die Unterstützung bei deren Einnahme angeboten.

Der Konsum psychoaktiver Substanzen kann zu Bewusstseinsveränderungen führen und dadurch unter Umständen auch die soziale Interaktion mit Unterstützungspersonen, An- und Zugehörigen, Kolleg_innen und ggf. Mitbewohner_innen beeinflussen. In diesen Fällen sind individuell und situationsabhängig Gespräche mit den betroffenen Personen zu führen, um auftretende Probleme rasch zu erkennen und gemeinsame Vorgehensweisen zu besprechen.

Die folgende Aufzählung von Substanzen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll einen Überblick über die wichtigsten illegalen Substanzen geben.

2. SUBSTANZEN

2.1 Cannabis

Cannabis ist die botanische Bezeichnung für die Hanfpflanze. Im allgemeinen Sprachgebrauch werden unter Cannabis meist jene Hanfpflanzen mit psychoaktiver Wirkung verstanden, die meist in Form von Haschisch oder Marihuana (Gras) als Rauschmittel konsumiert werden. Haschisch besteht im Wesentlichen aus dem Harz der Blütenstände der weiblichen Hanfpflanze. Die dunkle, meist braunschwarze und zu Platten oder Klumpen gepresste Substanz ist von fester, teils eher harziger, teils eher bröckeliger Konsistenz.

Bei Marihuana handelt es sich überwiegend um getrocknete und zerkleinerte Pflanzenteile der weiblichen Cannabispflanze, vor allem der Spitzen, Blätter und Blüten.

Cannabis wird meist als „Joint“ (meist mit Tabak gemischt) oder mittels Wasserpfeife („Bong“) geraucht. Weitere verbreitete Konsumformen sind die orale (z. B. als cannabishaltige Kekse) oder die inhalative mittels Vaporizer.

Der Wirkstoff THC (Tetrahydrocannabinol), der sich in Blüten, Blättern und Harz der Hanfpflanze sammelt, ist hauptsächlich für die berauschende Wirkung verantwortlich und unterliegt dem Suchtmittelgesetz. Cannabissorten, die nur wenig THC enthalten (< 0,3 %), sind nicht als Suchtmittel klassifiziert (z. B. Nutzhanf). Als Arzneimittel finden vor allem Tetrahydrocannabinol (THC) (z. B. Dronabinol) und der nicht berauschende Wirkstoff Cannabidiol (CBD) Anwendung.

(vgl. www.check-it.wien; www.dhs.de; www.praevention.at)

Wirkung

Der Cannabisrausch tritt meist relativ schnell ein und besteht vor allem aus psychischen Wirkungen, die von der jeweiligen Grundstimmung des Konsumenten/der Konsument_in beeinflusst werden. Grundsätzlich werden die bereits vorhandenen Gefühle und Stimmungen – ob positiv oder negativ – durch den Wirkstoff verstärkt. Wie bei jeder anderen Rauschdroge auch hängt die Wirkung zusätzlich sowohl von der Dosierung als auch von der Qualität der Substanz ab, d. h. von der Wirkstoffkonzentration und den streckenden Beimengungen. Cannabis ist schmerzlindernd, bei sehr guter Qualität und entsprechender Dosierung entfaltet es auch

halluzinogene Wirkungen. Zu der akuten psychischen Wirkung gehört eine deutliche Anhebung der Stimmungslage. Je nach Gefühlslage des Konsumenten/der Konsument_in tritt ein Gefühl der Entspannung, der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit ein. Wohlbefinden und Wohlgestimmtheit gehen häufig einher mit vermindertem Antrieb und einer Tendenz zur Passivität. Möglich ist auch ein ausgesprochen heiteres Gefühl, verbunden mit einer gesteigerten Kommunikation. Manchmal werden auch akustische und visuelle Sinneswahrnehmungen intensiviert und das sexuelle Erleben wird verstärkt.

(vgl. www.check-it.wien, www.dhs.de)

Als eher unerwünschte Nebeneffekte können Denkstörungen auftreten, die sich vor allem in veränderter Zeitwahrnehmung, einem bruchstückhaften, nach assoziativen Gesichtspunkten geordneten, ideenflüchtigen Denken äußern. Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit können vermindert werden, ebenso die Leistung des Kurzzeitgedächtnisses. Die Konsument_innen sind leicht ablenkbar und setzen in der Wahrnehmung ungewöhnliche Schwerpunkte. Dabei konzentrieren sie sich auf Nebenreize.

(vgl. www.dhs.de)

Als seltene, ungewöhnliche Wirkungen gelten niedergedrückte Stimmung, gesteigerter Antrieb, Unruhe, Angst und Panik. Desorientiertheit und Verwirrtheit sowie alptraumartige Erlebnisse mit Verfolgungsfantasien bis hin zum Wahn sind ebenfalls selten, aber möglich, jedoch vermehrt bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu beobachten.

Negative körperliche Auswirkungen des Cannabiskonsums sind relativ selten und meist nicht stark ausgeprägt. Allerdings enthält der Rauch von Cannabis zahlreiche Schadstoffe, die Lungen- und Bronchialerkrankungen verursachen können. Hinzu kommt die dem Tabakkonsum eigene stark gesundheitsschädigende Wirkung. In bestimmten Fällen kann es auch zu Herz-Kreislauf- und Hormonstörungen kommen.

Als wesentlich schwerwiegender werden die möglichen seelischen und sozialen Auswirkungen eines dauerhaft hohen regelmäßigen Cannabiskonsums eingeschätzt, die jedoch nicht zuletzt davon abhängen, ob und in welchem Maße persönliche und soziale Risikofaktoren vorhanden sind.

(vgl. www.dhs.de, www.check-it.wien)

Bei einer Überdosierung sind Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Herzrasen und Kreislaufprobleme möglich. Es kann zu Angst, Verwirrung, Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen kommen. Eine tödliche Cannabis-Überdosierung ist bisher nicht bekannt.

(vgl. ISP, S. 10)

Entzugssymptome

Regelmäßiger Konsum kann psychische Abhängigkeit erzeugen, die an einer Reihe von Entzugserscheinungen deutlich wird. So können beispielsweise Abstinenzsymptome in Gestalt von innerer Leere, Freudlosigkeit, Antriebsmangel, Konzentrationsstörungen und Unruhe auftreten. Vegetative Symptome wie Schlafstörungen und Appetitmangel sind ebenfalls möglich.

(vgl. www.dhs.de, www.check-it.wien)

2.2 Heroin und andere Opiate bzw. Opioide

Heroin gehört zur Substanzgruppe der Opiate (siehe dazu auch Seite 69 ff) und ist in der Regel ein weißbraunes Pulver, das verflüssigt („aufkochen“), intravenös, inhalativ („Folie rauchen“) oder nasal konsumiert werden kann. Heroin spielt in Österreich im Bereich des illegalen Substanzkonsums derzeit eine geringere Rolle als früher. Auch über den Konsum des aus Mohnkapseln zubereiteten Opiumtees (O-Tee) wird immer wieder berichtet, er ist aber selten. Durch den Ausbau der Opioid-Substitutionstherapie konnte der Großteil der Opioid-Abhängigen in Behandlung gebracht werden. Im Rahmen dieser Behandlung erhalten die Patient_innen opioidhaltige Medikamente aus der Apotheke als Ersatz für illegal konsumiertes Heroin bzw. andere Opioide.

(vgl. www.dhs.de, www.check-it.wien)

Wirkung

Opiate und Opioide wirken in der Regel beruhigend, entspannend und schmerzlösend. Bei Heroin kommt auch eine euphorisierende Wirkung hinzu. Angst, Spannung und Schmerzen werden gedämpft, und stattdessen wird meist ein Gefühl von Geborgenheit, Zufriedenheit und Angstfreiheit erlebt.

Eine Überdosierung zeigt sich in Bewusstlosigkeit, Atemdepression und in der Folge Herz-Kreislauf-Versagen. Die meisten Todesfälle infolge einer Überdosierung sind auf die Lähmung des Atemzentrums zurückzuführen. Eine mit der Bewusstlosigkeit verbundene besondere Gefahr ist das Erstickten an Erbrochenem. Ein weiteres Risiko sind Druckschädigungen von Nerven oder Blutgefäßen an Armen und/oder Beinen. Ein Mischkonsum mit Alkohol oder Benzodiazepinen erhöht diese Risiken.

(vgl. www.dhs.de, www.check-it.wien, www.praevention.at)

Entzugssymptome u. a.:

- erweiterte Pupillen
- blasse, kalte Haut
- Schwitzen
- Durchfall
- Gelenkschmerzen, Muskelkrämpfe
- „Craving“ (heftiges Bedürfnis nach erneuter Einnahme des Mittels)

(vgl. www.dhs.de)

Eine Entzugsbehandlung muss immer mit ärztlicher Unterstützung durchgeführt werden und sollte (bei weiteren gesundheitlichen Problemen auf jeden Fall) im Rahmen eines stationären Aufenthalts erfolgen; unter bestimmten Voraussetzungen ist auch eine ambulante Behandlung möglich.

2.3 Kokain

Unter Kokain wird meistens ein weißes, kristallines, bitter schmeckendes Pulver verstanden, das aus Kokablättern hergestellt wird (Kokainhydrochlorid). Kokain wird in der Regel geschnupft, kann aber auch intravenös verabreicht (gespritzt) oder geraucht werden.

(vgl. www.check-it.wien, www.dhs.de)

Wirkung

Kokain verursacht ein intensives euphorisches Gefühl, das von gesteigerter Aufmerksamkeit, Unruhe, Erregung und einem Drang nach Bewegung begleitet wird. Gedanken beginnen zu rasen, die Konsument_innen reden viel und schnell, häufig schweifen sie ab und produzieren unzusammenhängende Äußerungen. Die gesteigerte Selbstsicherheit geht manchmal in Leichtfertigkeit und arrogante Selbstüberschätzung über. Kokain verengt die Blutgefäße und wirkt dadurch örtlich (z. B. auf der Zunge oder dem Zahnfleisch) betäubend. Es kommt zu einem Anstieg der Herz- und damit der Pulsfrequenz sowie zu erhöhtem Blutdruck. Kokain unterdrückt Hunger, Durst und Müdigkeit. Bei hohen Dosierungen kann Kokain Angst und Wahnzustände auslösen – etwa das Gefühl, ständig beobachtet oder verfolgt zu werden – und auf körperlicher Ebene Muskelkrämpfe oder -zittern, Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckprobleme und eine Zunahme der Atemfrequenz. In extremen Fällen kann Kokainkonsum zum Herzstillstand führen. Später wird der euphorische Zustand häufig von depressiven Verstimmungen, Gereiztheit, Angstgefühlen und dem Wunsch, mehr zu konsumieren, abgelöst.

(vgl. www.dhs.de, www.check-it.wien, www.praevention.at)

Regelmäßiger Kokaingebrauch kann mittel- und langfristig zu problematischen körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen führen.

Mögliche körperliche Auswirkungen:

- Schwächung der körperlichen Widerstandskraft
- verminderte Belastbarkeit
- Gewichtsverlust
- Schädigungen der Blutgefäße und verschiedener Organe wie Leber, Herz, Nieren
- Schädigung von Nasenschleimhäuten und Nasennebenhöhlen, chronisches Nasenbluten
- Verminderung von Geruchs- und Geschmackssinn

Mögliche psychische Auswirkungen:

- ausgeprägte Verstimmungen
- Schlafstörungen
- Depressionen
- Angst
- Misstrauen, Befürchten des Kontrollverlusts
- Antriebs- und Konzentrationsstörungen
- verstärkte Reizbarkeit, Aggressivität
- sexuelle Funktionsstörungen

In manchen Fällen kann sich eine Psychose entwickeln:

- paranoide Wahnvorstellungen
- Beeinträchtigung des Realitätsbezugs
- optische, akustische, taktile Halluzinationen

(vgl. www.dhs.de, www.check-it.wien, www.praevention.at)

Charakteristisch ist ein Dermatozoenwahn, bei dem der/die Konsument_in z. B. davon überzeugt ist, Insekten krabbelten unter der Haut. Diese Psychosen können auch chronisch werden.

(vgl. www.dhs.de)

Bei dauerhaftem Kokainkonsum sind zudem nachhaltige Persönlichkeitsveränderungen zu beobachten wie Angststörungen, erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität, innere Unruhe, starke psychomotorische Erregung, paranoides Verhalten sowie Ess- und Schlafstörungen.

(vgl. www.dhs.de)

Abhängigkeit/Entzugssymptome

Sowohl ein episodischer als auch ein kontinuierlicher Konsum von Kokain können zur Abhängigkeit führen, wobei die psychischen Aspekte deutlich im Vordergrund stehen. Temporär kann ein massives Craving auftreten. Dieser Zustand des starken Verlangens nach Kokain wird umgangssprachlich auch als „Kokain-Run“ bezeichnet. Kokain kann in diesem „Kokain-Run“ exzessiv mehrere Tage ununterbrochen konsumiert werden, anschließend kann es zu Erschöpfungszuständen bis zum Kollaps kommen.

Die Kombination von Kokain und anderen Suchtmitteln (insbesondere Opiaten) ist riskant.

Beim Absetzen von Kokain kann es zu Entzugssymptomen wie Angstzuständen, paranoidem Verhalten bis zu psychotischen Episoden, Müdigkeit, Erschöpfung, Depressionen, allgemeiner Verstimmung, mangelnder Energie und sexueller Lustlosigkeit, gefolgt von einem starken Schlafbedürfnis kommen. Diese Symptome können über Wochen andauern. Noch weit über diesen Zeitraum hinaus kann ein starkes Verlangen nach der Substanz bestehen, was die Rückfallgefahr entsprechend vergrößert.

(vgl. www.dhs.de, www.check-it.wien)

2.4 Amphetamin und Methamphetamin

Bei Amphetamin und seinen Derivaten handelt es sich um eine Gruppe synthetisch hergestellter Substanzen (z. B. Speed, Mephedron). Amphetamine gehören zur Stoffgruppe der Psychostimulanzien und werden vor allem in Pulver- oder Tablettenform geschluckt. Daneben werden die Substanzen auch geschnupft oder in die Mundschleimhäute eingerieben, beides wirkt schneller und stärker. In gelöster Form werden Amphetamine auch intravenös injiziert.

Methamphetamin (Crystal, Piko, Tina) ist ein Amphetamin mit einer sehr intensiv stimulierenden Wirkung und kommt als Pulver oder in kristalliner Form vor. In der Regel wird es nasal oder oral eingenommen.

(vgl. www.dhs.de, www.check-it.wien)

Wirkung

Niedrige Dosen von Amphetaminen führen zu Euphorie, Rededrang und gesteigertem Selbstvertrauen. Es stellt sich ein Gefühl von entspannter Aufmerksamkeit und Stärke ein. Die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit wird erhöht, während gleichzeitig Müdigkeit und Schlafbedürfnis wie auch Appetit und Hungergefühl unterdrückt werden. Zu den körperlichen

Wirkungen gehören eine Erweiterung der Bronchien sowie ein Anstieg von Pulsfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur. Mittlere bis hohe Dosen führen dagegen zu ausgeprägten Erregungszuständen, begleitet von beschleunigter Atemfrequenz, Zittern, Unruhe und Schlafstörungen. Die Berührungsempfindung wird stärker, während das Schmerzempfinden sowie Hunger- und Durstgefühle abnehmen.

Infolge des Amphetaminkonsums kann es zu unvermittelt ausbrechenden Aggressionen und Gewalttätigkeiten, zu Verfolgungswahn und – eher selten – auch zu Halluzinationen kommen. Solche Psychosen treten in der Regel nach hohen Dosen auf, können sich im Einzelfall aber auch bereits nach sehr geringen Mengen einstellen. Zu den Vergiftungserscheinungen infolge des Amphetaminkonsums gehören u. a. Verlangsamung der Herzaktivität, Herzjagen, erhöhter oder erniedrigter Blutdruck, Schwitzen oder Frösteln, Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust, Muskelschwäche, Verwirrtheit und Krampfanfälle.

Die Wirkung von Methamphetamin ähnelt der von Amphetaminen. Vor allem die lang anhaltende Wirkung (bis zu 72 Stunden) und die im Vergleich zu Amphetamin wesentlich höhere Wirksamkeit machen den Konsum von Methamphetamin wesentlich riskanter.

Zu den möglichen psychischen Langzeitfolgen gehören Aggressionen, Depressionen, ständige Unruhe, Schlafstörungen, starke Ängstlichkeit und Paranoia. Metamphetamin hat ein hohes Abhängigkeitspotenzial und ist bekannt dafür, dass es starkes Craving (den übermächtigen Wunsch, eine Substanz weiter zu konsumieren) auslösen kann. Es ist möglich, dass man nicht genug auf die Bedürfnisse des Körpers achtet. Daher kann Methamphetamin besonders bei chronischem Konsum sehr auszehrend sein. So kann es zu Gewichtsverlust, Mangelerscheinungen (die sich auf Zähne und Knochen auswirken), Kreislaufstörungen und Veränderungen des Menstruationszyklus kommen. Weitere Langzeitfolgen können Schädigungen der Nasen- und Magenschleimhaut, Hautentzündungen, Hirnblutungen, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen und Schlaganfälle sein.

(vgl. www.dhs.de, www.praevention.at, www.check-it.wien)

Die Folgen des Konsums von Amphetaminen bzw. Methamphetamin sind ähnlich wie bei einem Kokainkonsum.

Entzugssymptome

Zu den Entzugssymptomen beim Absetzen der Substanz gehören Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit und Unruhe, aber auch psychische Symptome wie Stimmungsschwankungen, Angststörungen und Depressivität. Die Konsument_innen verspüren einen ungemein starken Druck, erneut zur Droge zu greifen (Craving).

(vgl. www.praevention.at)

MDMA/Ecstasy

MDMA (Methylen-Dioxy-Methyl-Amphetamin) ist ein Amphetaminderivat mit empathogener (Gefühl der Nähe und Verbundenheit zu anderen Menschen hervorrufender), entaktogener („das Innere berührender“) und stimulierender Wirkung. MDMA kommt meist in Tabletten (= Ecstasy) vor. Seltener wird es in kristalliner bzw. in Pulverform (z. B. auch in Kapseln gefüllt) verkauft.

(vgl. www.check-it.wien, www.praevention.at)

Wirkung

Ecstasy löst nach der Einnahme vor allem ein inneres Glücksgefühl und friedliche Selbstakzeptanz hervor. Die Konsument_innen fühlen sich angstfrei und empfinden ein verstärktes Selbstvertrauen. Visuelle und akustische Eindrücke können intensiviert und die Berührungsempfindung kann gesteigert werden, während gleichzeitig Schmerzempfinden sowie Hunger- und Durstgefühle vermindert werden. Nach Abklingen der Wirkungen stellt sich ein Zustand körperlicher Erschöpfung ein, der unter Umständen von Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Depressionen und Angstzuständen begleitet wird.

Die akuten Risiken des Ecstasykonsums liegen – neben der nicht immer abschätzbaren Wirkung infolge unbekannter Inhaltsstoffe – nach derzeitigen Erkenntnissen vor allem in den körperlichen Begleiterscheinungen wie z. B. starker körperlicher Aktivität, bei der mit einem bedrohlichen Flüssigkeitsverlust zu rechnen ist. Als unerwünschte körperliche Symptome können zudem Übelkeit, Mundtrockenheit, Herzklopfen, Unruhe und Verspannungen der Kiefermuskeln sowie eine verstärkte motorische Aktivität auftreten. Gleichzeitig können Geschicklichkeit und Feinmotorik beeinträchtigt sowie das Konzentrations- und Urteilsvermögen vermindert sein.

(vgl. www.dhs.de, www.praevention.at, www.check-it.wien)

Akute Komplikationen sind relativ selten, können jedoch schwerwiegend sein. Es kann zu einem Anstieg der Körpertemperatur bereits im Ruhezustand kommen. Diese Hyperthermie führt unter Umständen zu einer lebensbedrohlichen Situation, die beispielsweise durch hohes Fieber, Schädigungen der Herzmuskulatur und Störungen der Blutgerinnung gekennzeichnet ist. Aber auch Hirnblutungen, Krampfanfälle, Störungen des Bewusstseins sowie Störungen der Organe wie Nierenversagen etc. kommen vor.

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

Bei der akuten Intoxikation treten unter Ecstasy als Komplikationen manchmal dysphorisch-ängstliche Reaktionen auf. Nach Abklingen der akuten Intoxikation und teilweise noch für die darauffolgenden zwei bis fünf Tage geben Konsument_innen häufig unangenehme „Nacheffekte“ in Form eines „Katers“ (Erschöpfung, Kopfschmerzen, Ängstlichkeit, vermehrte Irritierbarkeit und traurige Verstimmung) an.

Häufiger Ecstasykonsum kann das Gehirn möglicherweise dauerhaft verändern, Forschungen deuten auch auf Wortfindungs- und Gedächtnisstörungen hin.

(vgl. www.praevention.at)

Entzugssymptome

Das Abhängigkeitspotenzial von MDMA ist im Vergleich zu Opiaten, Kokain etc. eher gering ausgeprägt. Bei längerer Einnahme kann die gewünschte Wirkung ausbleiben, eine Toleranzentwicklung ist möglich. Auch Symptome wie Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmung oder der Wunsch nach der Droge, die auch als psychische Entzugserscheinungen auftreten, können vorkommen.

(vgl. www.gesundheit.gv.at)

2.5 Halluzinogene

Unter dem Begriff der Halluzinogene werden sehr unterschiedliche psychoaktive Substanzen wie LSD (Lysergsäure-Diäthylamid), Magic Mushrooms (Pilze mit den halluzinogenen Wirkstoffen Psilocybin und Psilocin) oder Mescaline (Wirkstoff des Peyote-Kaktus) zusammengefasst.

Wirkung

Das gemeinsame Merkmal dieser Stoffe liegt darin, dass sie Sinnestäuschungen und tiefgreifende psychische Veränderungen hervorrufen können. Charakteristisch ist dabei ein stark verändertes Erleben von Raum und Zeit sowie des Selbst.

(vgl. www.drugcom.de)

Meist sind die ersten Symptome Ruhelosigkeit und Erregung, wobei auch Übelkeit vorkommen kann. Ob es zur Ausprägung von Euphorie oder Angstzuständen kommt, ist abhängig von der Grundstimmung der Konsument_innen, von der Umgebung, in der sie sich befinden, und von den eigenen Erwartungen. Bei Einnahme höherer Dosen kommt es zu einer veränderten Wahrnehmung. Farben und Töne können unerwartete Qualitäten entwickeln. So können beispielsweise Farben gehört oder Klänge in Farben und Formen umgesetzt werden. Am häufigsten treten Halluzinationen visueller Natur auf, meist mit geometrischen Formen oder Figuren, manchmal auch von Personen und Gegenständen.

(vgl. www.drogen.co.at)

Bei atypischen Halluzinogenen (z. B. Fliegenpilzen, Engelstropfen) kann es zu Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen und deliranten Symptomen sowie zu ausgeprägten und potenziell lebensgefährlichen vegetativen Begleiterscheinungen kommen. Im Extremfall können Bewusstlosigkeit und Koma mit Atemlähmung eintreten.

(vgl. www.praevention.at)

Entzugssymptome

Da Halluzinogene kaum Abhängigkeitspotenzial haben, treten diese nicht auf.

2.6 Neue psychoaktive Substanzen (Research Chemicals)

Der Begriff bezieht sich auf psychoaktive Substanzen, die bisher nicht oder kaum pharmakologisch untersucht wurden. Ihre Wirkmechanismen, Toxizität, möglichen Langzeitfolgen und tödliche Dosis sind größtenteils unbekannt.

Das Risiko beim Konsum ist nicht abschätzbar und könnte um ein Vielfaches größer sein als jenes beim Konsum bekannter (illegaler) Substanzen.

Meistens handelt es sich um synthetische Cannabinoide oder Cathinone (amphetaminähnliche Strukturen), deren Wirkung mitunter stärker sein kann als die von Cannabis oder Amphetaminen.

Gemäß dem Neupsychoaktive-Substanzen-Gesetz ist der Konsum, aber nicht der Handel straffrei.

(vgl. www.check-it.wien)

3. SITUATIONSEINSCHÄTZUNG

Die Situationseinschätzung erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren durch Beobachtung und/oder gezieltes Ansprechen bezüglich eines Konsums von illegalen Substanzen während der laufenden Betreuung.

Die Einschätzung des Abhängigkeitsrisikos obliegt dem/der behandelnden Ärzt_in.

Mögliche Symptome eines Konsums von illegalen Substanzen sind z. B.:

- rote oder glasige Augen
- verschnupfte oder laufende Nase
- Pupillenveränderung
 - › Verengung (z. B. bei Opiaten)
 - › Erweiterung (z. B. bei Cannabis, LSD)
- Stimmungsschwankungen
- Gewichtsverlust
- plötzliche Verhaltensänderungen
- sozialer Rückzug
- Vernachlässigung der Körperpflege
- Vernachlässigung von Hobbys und anderen Lieblingsbeschäftigungen
- veränderte Schlafgewohnheiten
- herumliegende Konsumutensilien (z. B. Nadeln, Spritzen, angebrannte Alufolie, ...)

(vgl. www.drogen-wissen.de; www.drogen.net)

LITERATUR

Hoff, T.; Kuhn, U.; Kuhn, S. & Isfort, M. (Hrsg.) (2017): Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege. Berlin: Springer

Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I.; Tanios, A. & Weigl, M. (2019). Bericht zur Drogensituation 2019. Wien: Gesundheit Österreich

Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH (SDW) und wienXtra-Jugendinfo (2016): pocket-info – Cannabis, 4. Auflage. Wien

Kutschke, A. (2012): Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankter alter Menschen. Bern: Huber

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (o. J.): Faltblätter.

www.checkit.wien (letzter Zugriff: 21.02.2018)

www.dhs.de (letzter Zugriff: 21.02.2018)

www.drogen.co.at (letzter Zugriff: 22.02.2018)

www.drogen.net (letzter Zugriff: 01.03.2018)

www.drogen-wissen.de (letzter Zugriff: 01.03.2018)

www.drugcom.de (letzter Zugriff: 22.02.2018)

www.gesundheit.gv.at (letzter Zugriff: 22.02.2018)

www.heroinetoxeuropa.com (letzter Zugriff: 21.02.2018)

www.praevention.at (letzter Zugriff: 22.02.2018)

In der Literatur häufig genanntes Screeninginstrument:

ASSIST (Alcohol, Smoking & Substance Involvement Screening Test): <https://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/assist> (letzter Zugriff: 19.02.2018)

STOFFUNGEBUNDENE SÜCHTE ODER VERHALTENSSÜCHTE

1. EINLEITUNG

Unter stoffungebundenen Abhängigkeitserkrankungen werden Erkrankungen verstanden, die nicht durch die Einnahme von psychotropen Substanzen, sondern durch bestimmte Verhaltensweisen verursacht werden.

Von einer Verhaltenssucht, Verhaltensabhängigkeit oder stoffungebundenen Sucht spricht man, wenn ein bestimmtes stoffungebundenes Verhalten exzessive Formen angenommen und den Charakter einer Abhängigkeit entwickelt hat. Seit Langem ist bekannt, dass exzessives Glücksspielen zu einer Glücksspielsucht führen kann. In Zusammenhang mit dem Spielen von Computerspielen oder dem Gebrauch des Internets werden ebenfalls teils extreme Nutzungsmuster beobachtet, welche die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllen.

(www.drugcom.de)

Zwar werden keine bewusstseinsverändernden Substanzen konsumiert, Studien konnten jedoch aufzeigen, dass im Gehirn ähnliche physiologische Prozesse stattfinden wie bei der Einnahme von Alkohol oder anderen Suchtmitteln. Es sind die Bereiche des Gehirns betroffen, in denen vor allem der Neurotransmitter (Botenstoff) Dopamin eine Rolle spielt. In den offiziellen Diagnosesystemen wie der ICD-10 oder dem DSM-IV werden Verhaltenssuchten nicht als eigenständige Störungsbilder anerkannt. Lediglich das pathologische Glücksspiel wird unter dem Punkt „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ aufgelistet, hat aber nicht den Status einer eigenständigen Abhängigkeitserkrankung.

In der aktuellen Ausgabe des von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) herausgegebenen Klassifikationssystems, dem „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen“ (DSM-5, Falkai & Wittchen, 2015) wird die „Störung durch Glücksspielen“ hingegen den Abhängigkeitserkrankungen zugeordnet, ebenso in der neuen ICD-11, die im Mai 2019 in englischer Version von der WHO vorgestellt wurde.

Zudem wurde auch die „Gaming Disorder“ (Störung durch Spielen von Computerspielen) als neue anerkannte Abhängigkeitserkrankung aufgenommen. Ebenfalls als neue anerkannte Erkrankung wird das zwanghafte Sexualverhalten in ICD-11 unter den Impulskontrollstörungen angeführt.

Im Diagnosemanual DSM-5 wird die Störung durch Spielen von Internetspielen unter dem Punkt „Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf“ gelistet, d. h., es werden Kriterien für die Diagnose vorgeschlagen, die jedoch (noch) nicht für die klinische Anwendung gedacht sind.

Viele Verhaltensweisen können jedoch problematische und pathologische Formen annehmen und Merkmale einer Abhängigkeitserkrankung aufweisen, auch wenn sie nicht durch offizielle Diagnosemanuale erfasst sind. Werden alltägliche Verhaltensweisen wie Arbeiten, Spielen, Einkaufen, Internetnutzung problematisch oder sogar pathologisch, entzieht sich das Verhalten weitgehend der Kontrolle der Betroffenen und hat meist negative, psychische, körperliche, soziale und/oder finanzielle Auswirkungen.

(vgl. Sozialministerium, 2019)

Essstörungen sind psychische Erkrankungen. In der ICD-10 sind sie unter F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren klassifiziert. Manchmal werden sie auch als psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter bezeichnet.

(vgl. DHS)

Laut dem DSM-5 besteht eine Ähnlichkeit zu Substanzkonsumstörungen im Hinblick auf das unwiderstehliche Verlangen („Craving“) und zwanghaft anmutende Verhaltensmuster in Zusammenhang mit dem Essen.

Viele Expert_innen erachten das Thema Essstörungen in der Behindertenhilfe als sehr herausfordernd. Eine eigene einrichtungsübergreifende Auseinandersetzung zum Thema Essstörungen in der Behindertenhilfe wird empfohlen.

Substanzungebundene Süchte erfordern, genauso wie substanzgebundene Süchte, Abklärung, Beratung, Betreuung und ggf. therapeutische Maßnahmen von Suchtexpert_innen. Bei der Suche nach einem entsprechenden Unterstützungsangebot werden Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Wien von Konnex unterstützt.

LITERATUR

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Sozialministerium): <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Verhaltens%C3%BCchte.html> (letzter Zugriff: 27.03.2020)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): <https://www.dhs.de/suchtstoffeverhalten/essstoerungen.html> (letzter Zugriff: 20.03.2020)

Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber

Drugcom <https://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-v/verhaltenssucht/> (letzter Zugriff: 24.04.2020)

Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

Institut für Suchtprävention (ISP) (2020): Skriptum Lucky-Methodenkoffer zur Prävention von Glücksspielsucht. Wien

2. PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL (GLÜCKSSPIELSUCHT)

Als Glücksspiele werden Spiele bezeichnet, bei denen das Ergebnis ausschließlich oder überwiegend zufallsabhängig ist. Die Teilnahme erfordert den Einsatz eines Vermögenswertes, meistens Geld. Auch der Gewinn besteht aus einem Vermögenswert. Dazu gehören neben Spieltischen in Spielbanken (z. B. Roulette, Black Jack, Poker) auch Geldspielautomaten ebenso wie Lotterien (z. B. Lotto, Rubbellose, Toto). Glücksspiele können abhängig machen. Das größte Gefährdungspotenzial geht in Österreich von Glücksspielautomaten aus, gefolgt von Sportwetten und klassischen Casinospielen.

(vgl. Raschle & Kranz, 2013, S. 1)

Die Sportwette wird derzeit gesetzlich als Wette definiert, die gewerbsmäßig aus Anlass sportlicher Veranstaltungen abgeschlossen oder vermittelt wird. In Österreich fallen Sportwetten noch nicht in den Geltungsbereich des Glücksspielgesetzes.

Von den Expert_innen wird dies jedoch dringend empfohlen.

(vgl. ISP, 2020, S. 23 und vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2020, S. 5)

Diagnose nach ICD 10

Die WHO definiert das pathologische Glücksspiel in der ICD-10 als wiederholt episodenhafte Störung, welche die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.

(vgl. Dilling, 2000, S. 237)

Diagnose nach DSM-5

Diagnosekriterien

Von einer Störung durch Glücksspielen wird gemäß DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015, S. 803-804) gesprochen, wenn „mindestens vier der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen:

1. Notwendigkeit des Glücksspielens mit immer höheren Einsätzen, um eine gewünschte Erregung zu erreichen.
2. Unruhe und Reizbarkeit bei dem Versuch, das Glücksspielen einzuschränken oder aufzugeben.
3. Wiederholte erfolglose Versuche, das Glücksspielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben.
4. Starke gedankliche Eingenommenheit durch Glücksspielen (z. B. starke Beschäftigung mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmung, Nachdenken über Wege, Geld zum Glücksspielen zu beschaffen).
5. Häufiges Glücksspielen in belastenden Gefühlszuständen (z. B. bei Hilflosigkeit, Schuldgefühlen, Angst, depressiver Stimmung).

6. Rückkehr zum Glücksspielen am nächsten Tag, um Verluste auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“ [„Chasing“]).
7. Belügen anderer, um das Ausmaß der Verstrickung in das Glücksspielen zu vertuschen.
8. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, eines Arbeitsplatzes, von Ausbildungs- oder Aufstiegschancen aufgrund des Glücksspielens.
9. Verlassen auf finanzielle Unterstützung durch andere, um die durch das Glücksspielen verursachte finanzielle Notlage zu überwinden.“

Gefährdungspotenzial und Risikofaktoren des pathologischen Glücksspiels

Derzeit zeigen in Österreich rund 64.000 Personen im Alter von 14 bis 65 Jahren ein problematisches Spielverhalten, und davon gelten rund 37.000 Personen als pathologische Spieler_innen nach diagnostischen Kriterien.

(vgl. Kalke & Wurst, 2015, S. 23f.)

Das größte Gefährdungspotenzial der in Österreich angebotenen Glücksspiele geht von den Glücksspielautomaten aus. Laut einer Untersuchung von Kalke und Wurst (2015) sind in Österreich 27 % der Nutzer_innen des Automatenspiels außerhalb von Kasinos, d. h. in Spielhallen, der Gastronomie oder Tankstellen, problematische oder pathologische Spieler_innen. Es folgen die Sportwetten mit 17 % und die Automaten in Kasinos mit 8 % an problematischen oder pathologischen Spieler_innen.

(vgl. Kalke & Wurst, 2015, S. 28)

Zu beachten ist, dass vor allem jene Spiele ein hohes Suchtpotenzial aufweisen, die eine schnelle Spielabfolge haben. Gefährlich sind auch Spiele, die das Gefühl vermitteln, den Spielverlauf steuern zu können. Als Beispiel, um es zu verdeutlichen: Die ausschlaggebende dritte Kirsche wird nur halb angedeutet und vermittelt den Eindruck, „fast gewonnen“ zu haben. Fast-Gewinne sind Situationen, in denen die Spieler_innen zwar verloren haben, die ihnen jedoch suggerieren, sie wären „ganz nah dran“ gewesen am Gewinn.

(vgl. ISP, 2020, S. 24)

Ebenso motivieren sogenannte „Fast-Gewinne“ zum Weiterspielen. Forschungen haben gezeigt, dass „Fast-Gewinne“ das Belohnungssystem im Gehirn aktivieren, obwohl es keine Verstärkung durch einen Geldgewinn gab, sondern de facto Geld verloren wurde.

(ISP, 2020, S. 24)

Aktuelle bekannte/vermutete Risikofaktoren bei „problematischem bzw. pathologischem Glücksspiel“ – Gefährdungspotenzial für folgende Personengruppen

- Arbeitslose um das 5-Fache
- Personen, in deren Familien es aktuelle Spielprobleme gibt, um das 4,8-Fache
- Personen mit einem aktuellen Cannabiskonsum um das 3,6-Fache
- Personen, die zumindest einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, um das 3-Fache
- Männer um das 2,4-Fache

- Personen mit Pflicht-/Hauptschulabschluss um das 2,3-Fache
- Personen unter 35 Jahren um das 2,2-Fache
- Personen mit Migrationshintergrund um das 2,2-Fache
- Personen, die in einem Elternhaus mit Spielproblemen aufgewachsen sind, um das 2,2-Fache

(vgl. Kalke, 2011, S. 175)

Männer und jüngere Personen weisen zu höheren Anteilen ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten auf. Besonders betroffen sind zudem Personen mit Pflichtschulabschluss als höchstem Bildungsabschluss, Personen ohne Beschäftigung oder gering Verdienende. Außerdem weisen Personen mit Migrationshintergrund sowie Befragte, in deren Familien es bereits Glücksspielbezogene Probleme gibt, ein erhöhtes Risiko auf.

(vgl. Kalke et al., 2011; Kalke & Wurst, 2015)

Pathologisches Glücksspiel – mögliche Entstehungsphasen

Der Übergang von einem unproblematischen zu einem problematischen Spielverhalten ist fließend und dieses wird von den betroffenen Personen oft erst zu spät als solches wahrgenommen. In der Regel verläuft eine pathologische Spielsucht in folgenden Phasen:

1. Gewinnphase (positiver Anfang): Viele Spieler_innen haben anfangs größere und kleinere Gewinne zu verzeichnen. Die Erfolgserlebnisse werden als gute persönliche Leistung bewertet und dienen als Rechtfertigung, die Einsätze ständig zu vergrößern und damit mehr zu gewinnen. Die Risikobereitschaft steigt.
2. Verlustphase (kritische Gewöhnung): Das Spielen wird intensiver. Die Verluste nehmen zu, es wird mehr Geld verloren als gewonnen. Denken und Fühlen der betroffenen Personen kreisen nur noch ums Spielen. Viele verheimlichen ihr Spielverhalten und beginnen, unter Lügen und Täuschungsmanövern größere Geldbeträge zu leihen. Das Spielen hat zunehmend negative Auswirkungen auf die Familie, das Berufsleben und die sozialen Kontakte.
3. Verzweiflungsphase (pathologische Sucht): Diese Phase ist gekennzeichnet durch Kontrollverlust und enorme finanzielle Schwierigkeiten. Die Menschen sind getrieben von der falschen Überzeugung, verlorenes Geld zurückzugewinnen. Das Spielen hat eine Eigendynamik entwickelt. Spieler_innen versprechen sich und anderen immer wieder, mit dem Spielen aufzuhören, schaffen dies aber nicht und verzweifeln am zwanghaften Drang zu spielen. Schuldzuweisungen, Selbstverachtung und Panik bestimmen den Alltag.

(vgl. Promente Oberösterreich, 2011, S. 6)

Gesetzeslage

Das Glücksspiel in Österreich ist grundsätzlich dem Bund vorbehalten (Glücksspielmonopol). Dieser übt sein Monopol über ein Konzessionssystem mit begrenzten und streng überwachten Glücksspielkonzessionen aus. Dazu sieht das Gesetz eine staatliche Glücksspielaufsicht durch das Bundesministerium für Finanzen vor.

(vgl. www.bmf.gv.at)

Eine Ausnahme vom Glücksspielmonopol bildet das „kleine Glücksspiel“ (Automatenspiele). Jedes Bundesland kann entscheiden, ob es für das „kleine Glücksspiel“ Lizenzen vergibt und es somit erlaubt oder nicht. Derzeit gibt es in Österreich fünf Länder mit einer solchen Erlaubnis: Niederösterreich, Oberösterreich, Kärnten, das Burgenland und die Steiermark.

Glücksspiele und Wetten sind in Österreich erst ab 18 Jahren erlaubt (Ausnahme Lotterierprodukte: ab 16 Jahren). Für die Teilnahme an elektronischen Lotterien und das Platzieren von Sportwetten ist ein Mindestalter von 18 Jahren notwendig. Der Zutritt zu den Spielstätten in Casinos setzt ebenso Volljährigkeit voraus.

(vgl. ISP, 2020, S. 25)

Hilfe bei pathologischem und problematischem Glücksspielverhalten

Im Hinblick auf ein problematisches Glücksspielverhalten empfiehlt es sich, professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Unterstützung bieten Fachkräfte in Einrichtungen der Suchtberatung und Schuldenberatung. Die Beratungsangebote stehen in der Regel auch Angehörigen der Betroffenen offen. Die Stabstelle Spielerschutz gibt einen Überblick über die Beratungsangebote in Wien und ganz Österreich.

<https://www.bmf.gv.at/themen/gluecksspiel-spielerschutz/spielerschutz-hilfsangebote.html>

Weitere Beratungseinrichtungen finden Sie im Kapitel Unterstützungsangebote (siehe Seite 276)

LITERATUR

Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber

Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe

Institut für Suchtprävention (ISP) (2020): Skriptum Lucky-Koffer zur Prävention der Glücksspielsucht. Wien

Kalke, J.; Buth, S.; Rosenkranz, M.; Schütze, C.; Oechsler, H. & Verthein, U. (Hrsg.) (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich: Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Kalke, J. & Wurst, M. F. (2015): Glücksspiel und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD). Hamburg

Ledgerwood, D. M. & Petry, N. M. (2006): What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical Psychology Review*, 26 (2): 216-228

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2020): Positionspapier Glücksspiel – Sportwetten. Wien

Promente Oberösterreich (2011). Game Over – Glücksspiel. Infos und Risiken. Institut für Suchtprävention. Linz

<https://www.bmf.gv.at/themen/gluecksspiel-spielerschutz.html> (letzter Zugriff: 31.03.2020)

3. PATHOLOGISCHER GEBRAUCH VON INTERNET UND SOZIALEN MEDIEN

Die exzessive Computer- und vor allem Internetnutzung, die Ähnlichkeiten mit einer Abhängigkeitsstörung aufweist, wird intensiv diskutiert. Dafür wird zum Teil der Begriff der Online- bzw. Mediensucht, aber auch jener der pathologischen Internetnutzung verwendet. Während die Mediensucht auch andere Medien umfasst, steht bei der Onlinesucht/ Internetsucht die Nutzung des Internets im Vordergrund.

(vgl. Sozialministerium, 2019)

Das Internet wird von rund 88 % der österreichischen Bevölkerung ab 14 Jahren genutzt. 74 % nützen das Internet (fast) täglich, bei den unter 40-Jährigen sind es zwischen 95 und 100 % (INTEGRAL 2019). Mobile internetfähige Geräte und der Ausbau von mobilen Datennetzen haben einen Zugang zum Internet rund um die Uhr möglich gemacht, der unser Leben in vielen Bereichen komfortabler, angenehmer und spannender macht. 62 % der 16- bis 74-jährigen Österreicher_innen nutzen die Möglichkeit des Online-Shoppings. Am höchsten ist mit über 80 % der Anteil bei Frauen zwischen 16 und 34 Jahren. Insgesamt shoppen jedoch mehr Männer als Frauen online.

(vgl. Statistik Austria, 2019)

Wird die Smartphone-Nutzung Jugendlicher betrachtet, so zeigt sich, dass sich ca. ein Viertel der Mädchen und ein Fünftel der Burschen (5. bis 11. Schulstufe) mehr als fünf Stunden täglich im Liegen oder Sitzen mit ihrem Smartphone beschäftigt, wobei der Anteil tendenziell mit dem Alter zunimmt. 9 % zeigen eine stark auffällige Nutzung von sozialen Medien.

(vgl. Felder-Puig, Teutsch, Ramelow & Maier, 2019, S. 34ff.)

Internetbasierte Anwendungen befriedigen in vielerlei Hinsicht rasch menschliche Grundbedürfnisse. Computerspiele (online und offline) stillen das Grundbedürfnis nach Spielen. Mit Online-Rollenspielen können beispielsweise unterschiedliche Identitäten erprobt werden. Digitale soziale Netzwerke dienen dem Kontakt und Austausch.

(vgl. Sozialministerium, 2019, S. 6)

Neben den Vorteilen kann die Mediennutzung auch problematische bis pathologische Formen annehmen. Besonders wird die Nutzung von (Online-)Computerspielen und sozialen Medien im Zusammenhang mit problematischem Verhalten diskutiert.

Umso wichtiger ist es, **Medienkompetenzen** zu fördern. Darunter versteht man *die Fähigkeit, die Medien zu nutzen und die verschiedenen Aspekte der Medien und Medieninhalte zu verstehen*. Weiters, das eigene Mediennutzungsverhalten zu reflektieren *und kritisch zu bewerten sowie selbst in vielfältigen Kontexten zu kommunizieren*.

(vgl. bmbwf.gv.at)

Ein Stärken dieser Fähigkeiten gilt als einer der zentralen Schlüssel für eine kompetente Mediennutzung im Sinne der Suchtprävention.

Suchtpotenzial

Vor allem drei Bereiche der Mediennutzung sind bekannt, die in Zusammenhang mit Suchtpotenzial bzw. einer problematischen Nutzung stehen:

- *Online-Games (betroffen sind vor allem männliche Jugendliche)*
- *Online-Kommunikation (zum Beispiel Chats, betroffen sind besonders Frauen)*
- *Konsum von Sex- und Pornoseiten (der Anteil jüngerer Männer scheint hier besonders hoch zu sein)*

(Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2013, S. 1)

Ins DSM-5 wurde die „**Internet Gaming Disorder (IGD)**“ als Forschungsdiagnose aufgenommen, und Kriterien für die Diagnose werden vorgeschlagen. Internet Gaming Disorder bedeutet übersetzt „Störung durch Spielen von Internetspielen“ und bezieht sich auf die **problematische Nutzung von Computerspielen**. Die Diagnose der IGD stützt sich auf insgesamt neun Kriterien, die von den Kriterien zur Diagnose von pathologischem Glücksspiel und von Abhängigkeiten abgeleitet wurden.

Vorgeschlagene Kriterien für IGD nach dem DSM-5:

- *übermäßige Beschäftigung (z. B. gedankliche Vereinnahmung durch Computerspiele)*
- *Entzugssymptomatik (z. B. Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Traurigkeit), wenn das Spielen wegfällt*
- *Toleranzentwicklung (z. B. Bedürfnis nach immer längeren Spielzeiten)*
- *erfolglose Versuche, das Spielen zu kontrollieren*
- *Verlust des Interesses an früheren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen (als Ergebnis des Spielens)*
- *Fortführung eines exzessiven Spielens, trotz Einsicht in die psychosozialen Folgen*
- *Täuschen von Familienangehörigen, Therapeut_innen und anderen Personen bezüglich des Umfangs des Spielens*
- *Nutzen von Spielen, um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen (z. B. Gefühl der Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ängstlichkeit)*
- *Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit aufgrund des Spielens*

(Wartberg, 2017, S. 421)

Um die Diagnose einer IGD nach den DSM-5-Standards zu stellen, müssen mindestens fünf dieser neun Kriterien in den letzten 12 Monaten erfüllt worden sein.

Ähnliche Kriterien werden auch generell für eine pathologische Internetnutzung diskutiert. Weitere Hinweise können sein:

- sozialer Rückzug und Vernachlässigung sozialer Beziehungen außerhalb des Internets
- Betroffene versäumen Verabredungen und Verpflichtungen aufgrund des Internetgebrauchs

- intensiver Drang, das Internet zu nutzen, und ein einhergehender Kontrollverlust bezüglich Dauer und Beendigung des Internetkonsums
- Nervosität und Aggressivität bei Entzug der Internetnutzung
- Gesprächen zum Umgang mit dem Internet wird aus dem Weg gegangen
- Verdrängung negativer Gefühle hin zu einer „kompensatorischen Nutzung“ von Internetangeboten (Ersatz für reales Leben)
- Leistungsrückgang und Probleme in der Schule bzw. dem Beruf
- veränderter Tag-Nacht-Rhythmus mit verändertem Essverhalten und damit einhergehenden körperlichen Problemen
- Die Nutzungszeit bietet dabei keinen klaren Anhaltspunkt, der es erlauben würde, einen problematischen Konsum festzustellen.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2013, S. 3)

Bei einem Verdacht auf ein problematisches oder pathologisches Verhalten ist es empfehlenswert, Suchtexpert_innen oder Personen aus der psychosozialen Beratung hinzuzuziehen.

- Die Internetplattform www.feel-ok.at bietet Informationen sowie Dienstleistungen zu zahlreichen gesundheits- und gesellschaftsrelevanten Themen in Form von Texten, Spielen und Tests an.
- Saferinternet.at: unterstützt vor allem Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrende beim sicheren, kompetenten und verantwortungsvollen Umgang mit digitalen Medien.

Weitere Beratungseinrichtungen finden Sie im Kapitel Unterstützungsangebote (siehe Seite 276).

LITERATUR

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019): Broschüre: Süchtig nach digitalen Welten. Wien

Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Ramelow, D. & Maier, G. (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)

Institut für Suchtprävention (ISP) (2020): Skriptum Lucky-Koffer zur Prävention der Glücksspielsucht. Wien

INTEGRAL (2019): AIM – Austrian Internet Monitor. Kommunikation und IT in Österreich. 4. Quartal 2019 [Power-Point Präsentation].

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung. (2013): Onlinesucht (Faltblatt) 2. Auflage. Wien

Statistik Austria, Pressemitteilung vom 28.10.2019: Mehr als 80 % der unter 35-Jährigen nutzen Online-Shopping. http://statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/121982.html (letzter Zugriff: 09.04. 2020)

Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2017). The prevalence and psychosocial correlates of internet gaming disorder. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 419-424

<https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/uek/medien.html> (letzter Zugriff: 25.06.2020)

4. PATHOLOGISCHES KAUFEN, „KAUFSUCHT“

Das pathologische Kaufen von Konsumgütern und Dienstleistungen hat in seiner Entstehungsgeschichte und hinsichtlich der Beschreibungsmerkmale starke Ähnlichkeit mit Abhängigkeitserkrankungen. Hierbei stehen nicht die gekauften Gegenstände an sich im Mittelpunkt, sondern der Akt des Kaufens. Allerdings hat nicht jede_r, der/die viel oder übermäßig viel kauft, gleich ein pathologisches Kaufverhalten. Belohnungskäufe, Frustkäufe und überflüssige Schnäppchenkäufe sind weit verbreitet und können durchaus im Bereich der Normalität liegen. Ein charakteristisches Merkmal für eine Pathologie wäre der ständige und wiederkehrende Drang, neue Dinge zu erwerben.

(vgl. VIVID)

Aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz ist das pathologische Kaufen nicht als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung in die Klassifikationssysteme ICD und DSM aufgenommen. Dennoch sind sich Expert_innen weitgehend einig, dass im Zusammenhang mit dem Kaufen problematische oder pathologische Verhaltensmuster entstehen können, die bei den Betroffenen zu Leidenszuständen führen und einer Beratung bzw. Behandlung bedürfen.

Zudem leiden Betroffene in vielen Fällen auch an weiteren psychischen Beeinträchtigungen wie Depressionen oder anderen Abhängigkeiten. Vor allem beim pathologischen Internetgebrauch besteht durch die vielen Kaufmöglichkeiten im Internet oft ein Zusammenhang mit dem pathologischen Kaufen.

(vgl. gesundheit.gv.at)

Das „pathologische Kaufen“ ist durch ein wiederkehrendes, nicht kontrollierbares Verlangen nach einem exzessiven oder nicht unbedingt nötigen Kaufen gekennzeichnet. In vielen Fällen ist es zu Beginn schwierig, ein problematisches Kaufverhalten von einem Normalverhalten abzugrenzen. Bei fortgeschrittenen Stadien werden Produkte zwanghaft gekauft oder Dienstleistungen zwanghaft in Anspruch genommen. Dabei steht nicht das Gekaufte im Mittelpunkt, sondern vielmehr die Handlung des Kaufens als solche. Gekaufte Dinge werden teilweise in der Originalverpackung belassen oder heimlich gehortet. Meist kaufen Betroffene zur Problembewältigung oder um Gefühle von Angst oder Depression zu mildern. Der Kick stellt sich in der Kaufsituation selbst ein. Der Prozess des Kaufens gibt eine tiefe Befriedigung. Kurz nach dem Kauf fühlen sich Betroffene überschwänglich gut, es folgt allerdings rasch das Stimmungstief. Niedergeschlagenheit, Enttäuschung oder ein schlechtes Gewissen sind typische Empfindungen, die nach einem pathologischen Kaufen wiederkehren. Das pathologische Kaufen gehört zu den „heimlichen Leiden“ und bleibt meist lange Zeit unbemerkt

(vgl. API Kaufsucht; Gesundheitsportal Österreich).

Epidemiologische Daten

Laut einer Studie der Arbeiterkammer aus dem Jahr 2016 zeigt knapp ein Viertel (24 %) der österreichischen Bevölkerung ein problematisches Kaufverhalten, bei 11 % ergeben sich Hinweise auf ein pathologisches Kaufverhalten.

Frauen weisen deutlich höhere Anteile bei problematischem Kaufverhalten auf. Jede dritte Frau, jedoch nur jeder fünfte Mann hat Probleme beim Kaufverhalten. Auch sind junge Menschen stärker von der Symptomatik betroffen.

(vgl. Tröger, 2017, S. 9ff)

Das pathologische Kaufen ist in den gängigen Diagnoseklassifikationssystemen nicht mit eigenen Diagnosekriterien erfasst. Orientiert man sich an den Diagnosekriterien für das pathologische Glücksspiel und substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen, können unter anderem folgende mögliche Merkmale für ein pathologisches Kaufverhalten abgeleitet werden:

- Es gibt eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich der Menge des Kaufens. Häufiges Kaufen (von Dingen, die nicht benötigt werden) über die vorhandenen finanziellen Mittel hinaus und über einen längeren Zeitraum als eigentlich geplant.
- Das Kaufverhalten folgt einem als unwiderstehlich empfundenen Impuls oder Zwang.
- Das Kaufverhalten ist kompensatorisch gegen Stress als Flucht vor Anforderungen und Druck.
- Es besteht eine häufige und starke Beschäftigung mit Kaufen bzw. Kaufimpulsen, die sich unabwendbar aufdrängen und eigentlich sinnlos erscheinen.
- Das Kaufverhalten wird weiterbetrieben, trotz nachweislich negativer Folgen. Es erzeugt Leidensdruck und benötigt viel Zeit. Soziale und berufliche Beziehungen leiden darunter. Häufig treten finanzielle Probleme auf, bzw. die gekauften Gegenstände häufen sich an und nehmen z. B. Wohnraum in großem Maß in Anspruch.

(vgl. Gesundheitsportal Österreich; VIVID)

Auch hier empfiehlt es sich, beim Verdacht auf ein problematisches oder pathologisches Kaufverhalten Expert_innen oder eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Bei der Suche nach einem entsprechenden Unterstützungsangebot werden Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Wien von Konnex unterstützt.

LITERATUR

Anton Proksch Institut (API): Kaufsucht. <https://api.or.at/Klinikum/Abhaengigkeit/Kaufsucht.aspx>. (letzter Zugriff: 04.03.2020)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht/kaufsucht> (letzter Zugriff: 02.04.2020)

Tröger, N (2017): Kaufsucht in Österreich 2016. Arbeiterkammer Wien

VIVID Kaufsucht. <http://www.vivid.at/uploads/Verhaltens%C3%BCchte/Kaufsucht.pdf> (letzter Zugriff: 10.11.2019)

OPIOID- SUBSTITUTIONS- THERAPIE (OST)

Seit 1987 können Opiatabhängige in Österreich mit Substitutionsmedikamenten behandelt werden.

Eine Opioid-Substitutionstherapie (OST) kann nur von Ärzt_innen durchgeführt werden, die dazu gemäß der „Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution“ ausgebildet sind, durch die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzt_innen eingetragen wurden (LISA-Liste) und dort zu finden sind (<https://lisa-public.ehealth.gv.at/>).

Wie bei jeder anderen medikamentösen Behandlung auch ist der/die verschreibende Ärzt_in für die OST verantwortlich. So können Änderungen der Dosis, Umstellung der Behandlung oder Wechsel des Medikaments nur durch die behandelnden Ärzt_innen erfolgen.

Im Gesamtjahr 2018 waren in Wien beispielsweise 8.606 Personen in Substitutionsbehandlung gemeldet, davon waren 47 % 40 Jahre oder älter.

(vgl. Horvath et al., 2019, S. 152f.)

1. BEZEICHNUNGEN

Es existieren zahlreiche Synonyme zu dieser Therapieform, wie z. B. arzneimittelgestützte Behandlung der Opioidabhängigkeit, Substitutionsbehandlung, substitutionsgestützte Behandlung, Substitutionstherapie, Substitution, Opioid-Erhaltungstherapie (OET), Opioidsubstitution, Opioidgestützte Behandlung, Opioid-Agonisten-Therapie u. a.

(vgl. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie, S. 12)

2. WIRKUNGEN

Substitutionsmedikamente gehören der Gruppe der Opioide an (opiatähnlich wirkende Substanzen), kommen ursprünglich aus der Schmerzbehandlung und sind in der Lage, die illegal erworbenen und konsumierten Opiate zu ersetzen (zu substituieren).

Bei regelmäßiger Einnahme von Opioiden entwickelt der Körper eine Toleranz gegenüber ihrer Wirkung. Das bedeutet, dass es durch eine therapeutische Dosierung im Rahmen der OST zu keiner Euphorie, Sedierung, Unterdrückung des Atemzentrums und der Schmerzempfindung kommt. Die Entwicklung einer Toleranz ist einer der Gründe, warum substituierte Schmerzpatient_innen ein Vielfaches der Dosis von Schmerzpatient_innen benötigen, die sich nicht in einer OST befinden. Unter Substitutionsbehandlung treten keine Entzugserscheinungen auf. Wenn das Medikament allerdings abrupt abgesetzt wird, sind massive Entzugserscheinungen die Folge.

Substitutionsmedikamente stellen bei korrekter Einnahme und Beachtung des Umgangs mit anderen psychoaktiven Substanzen (z. B. Beruhigungs-, Schlaf-, Aufputschmittel, Alkohol) kein Risiko für die Patient_innen dar.

Weiterführende Informationen zu Opioiden finden Sie auf Seite 69ff und Seite 80.

3. ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSFÜRSORGE

Die OST ist ein wichtiger Teil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge/-vorsorge.

Sie bewirkt:

- Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Reduktion drogenbezogener Delinquenz
- Verbesserung der psychosozialen Lage und Erleichterung der sozialen Rehabilitation
- geringeres Ausmaß übertragbarer Krankheiten und Reduktion ihrer Ausbreitung.

(vgl. Haltmayer, S. 7f.)

4. ZUR VERFÜGUNG STEHENDE SUBSTANZEN

Für eine reguläre orale OST stehen in Österreich derzeit vier verschiedene Substanzen zur Verfügung: racemisches (Levo- und Dextro-)Methadon, Levo-Methadon, Buprenorphin (wie auch die Kombination der Wirkstoffe Buprenorphin und Naloxon) sowie Morphin in Retardform.

(vgl. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioidsubstitutionstherapie, S. 37ff.)

Die meisten Medikamente sind oral einzunehmen. Medikamente mit dem Wirkstoff Buprenorphin werden sublingual (unter der Zunge zergehen lassen) oder als Depotinjektion verabreicht.

Aufgrund der unterschiedlichen Wirkmechanismen und Wirkprofile muss die Auswahl des geeigneten Medikaments stets individualisiert und unter der Berücksichtigung bestehender somatischer und psychischer Begleiterkrankungen erfolgen. Die Dosierung richtet sich nach der individuellen Behandlungssituation. Dabei ist anzumerken, dass die Höhe der Tagesdosis keinen Rückschluss auf den Schweregrad der Suchterkrankung zulässt. Das gilt sowohl im Hoch- als auch im Niedrigdosisbereich.

Mögliche Nebenwirkungen von Substitutionsmedikamenten:

- Schwitzen
- Müdigkeit
- Benommenheit
- Übelkeit
- Obstipation
- Kopfschmerzen
- Gewichtszunahme

Bei Nebenwirkungen/Unverträglichkeiten ist der/die verschreibende Ärzt_in zu kontaktieren.

5. VERLAUFSFORMEN DER BEHANDLUNG

Opioidabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung und erfordert eine nachhaltige, zuweilen eine lebenslange Therapie. Daher ist die OST meistens eine Erhaltungs- oder Dauertherapie.

Es können 3 Varianten der Dauertherapie unterschieden werden.

1. Die Therapie wird bei gutem Verlauf unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle unverändert so lange wie nötig und bei entsprechender Lage des Falles lebenslang durchgeführt.
2. Die Therapie ist bei wechselnden Gegebenheiten den jeweiligen Erfordernissen anzupassen. Die Anpassung kann eine Dosisänderung in beide Richtungen erfordern, sie kann einen Wechsel des Substitutionsmedikamentes erfordern oder eine Umstellung der Begleitmedikation nach sich ziehen. Die wechselnden Gegebenheiten können somatisch, psychisch oder sozial bedingt sein.
3. Die Therapie wird aus ärztlicher Sicht mit Einverständnis des/der Patient_in geplant, beendet und bei gegebener Indikation wieder aufgenommen. Die dauerhafte Abstinenz nach Beendigung der Therapie stellt eine Möglichkeit dar, ist aber nach allgemeinen Erfahrungen ein wenig häufiger Verlauf.

Für andere Interventionsformen wie z. B. erzwungene Ein- oder Umstellung, forcierte Reduktion und ähnliche gibt es keine medizinische Indikation.

Die OST stellt bei diagnostizierter Opioidabhängigkeit die Therapie der ersten Wahl dar und soll in der Regel nicht zeitlich befristet werden.

Befristete OST kann in folgenden Situationen sinnvoll sein:

- als Überbrückungsmaßnahme bei Wartezeiten auf einen Entzugsplatz, während somatischer oder psychiatrischer stationärer Behandlungsphasen oder kurzer Gefängnisaufenthalte
- als substituionsgestützter („homologer“) Entzug

Auch nach länger dauernder Abstinenz, etwa im Kontext mit oder nach abstinenzgestützten stationären Behandlungen, kann nach Abwägung etwaiger Vor- und Nachteile bzw. Risiken der Umstieg bzw. Wiedereinstieg in eine OST indiziert sein.

(vgl. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie, S. 29, 35)

Ablauf der Langzeitbehandlung

Die Langzeitbehandlung gestaltet sich je nach psychischer und physischer Gesundheit der Patient_innen sehr unterschiedlich. In vielen Fällen bleibt das Substitutionsmedikament in Substanz und Dosis jedoch lange Zeit unverändert.

Die Patient_innen erhalten von den behandelnden Ärzt_innen ein Monatsdauerrezept, welches sie von den Amtsärzt_innen¹¹ vidieren lassen müssen. Anschließend steht es den Patient_innen frei, sich eine Apotheke des Vertrauens zu suchen, wo die Substitutions-Dauerverschreibung abgegeben wird und die Patient_innen das Medikament erhalten.¹²

Exkurs COVID-19:

Im Zuge der COVID-19-Krise im Jahr 2020 wurde die verpflichtende persönliche Vidierung der Dauerverschreibungen vorübergehend ausgesetzt, um Kontakte zu minimieren.

Durch einen speziellen Vermerk des/der substituierenden Ärzt_in auf der Verschreibung ist die Vidierung des Rezepts nicht erforderlich. Das Rezept wird direkt aus der Ordination an die Wunschapotheke geschickt. Eine Kopie der Dauerverschreibung muss jedoch unverzüglich, längstens innerhalb von drei Werktagen ab Ausstellung, an die zuständigen Amtsärzt_innen geschickt werden. Diese Regelung ist befristet, solange eine Entlastung des amtsärztlichen Dienstes zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 und zur Sicherstellung der Opioid-Substitutionsbehandlung erforderlich ist.

Bei Ausstellung der Substitutionsverschreibung haben die Ärzt_innen einen Abgabemodus anzuordnen.

Für die Mitgabe des verschriebenen Substitutionsmedikaments über mehrere Tage bzw. für eine Depotmedikation für über eine Woche sprechen die damit verbundene Förderung von autonomer Lebensgestaltung, beruflicher und sozialer Integration, die Aufrechterhaltung von sozialen Rollen sowie die Reduktion von Beikonsum und die Erhöhung der Haltequote.

Restriktionen bei der Mitgabe können eine soziale Destabilisierung bewirken sowie die Kooperationsbereitschaft der Patient_innen vermindern (Verringerung der Haltequote). Aber auch eine unreflektiert „liberale“ Mitgaberegulation kann sozial destabilisieren (Verkauf/Weitergabe des Substitutionsmedikamentes und damit weiterer Kontakt zur Szene) und darüber hinaus die Gesundheit (von Patient_innen und anderen) gefährden.

Die Abgabe unter Sicht kann je nach psychopathologischem Hintergrund auch eine kontraproduktive Belastung darstellen, sodass sich eine flexible Mitgaberegulation empfiehlt.

11 Den Amtsärzt_innen obliegt laut Suchtgiftverordnung die Überprüfung der formalen und inhaltlichen Rechtskonformität. In ihrer Kontrollfunktion bei der Vidierung der Substitutions-Dauerverschreibungen sollen sie die behandelnden Ärzt_innen bei der Durchführung der hoch bükratisierten und formalisierten Behandlung unterstützen (siehe § 23g Suchtgiftverordnung).

Die therapeutisch-inhaltliche Letztverantwortung liegt bei dem/der behandelnden Arzt/Ärzt_in.

(vgl. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie, S. 52)

12 Die Apotheker_innen sind für die Abgabe der Substitutionsmedikamente laut Rezept verantwortlich.

Häufig entwickeln sich im Rahmen der Versorgerrolle langjährige positive Betreuungsbeziehungen zwischen Apotheken-Mitarbeiter_innen und Patient_innen.

(vgl. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie, S. 52)

Folgende Kriterien fließen in die Entscheidung bzgl. einer Mitgabe und ihrer genauen Durchführung oder bzgl. einer Depotmedikation für über eine Woche ein:

- Plausibilität des konkreten Grundes (Arbeit, Reisen, Wohnort, Lebenssituation)
- aktuelle objektivierte Vorfälle im Zusammenhang mit Weitergabe der Medikation (polizeiliche Meldungen)
- Qualität der therapeutischen Beziehung (Offenheit, Krisenfestigkeit, Vertrauensverhältnis, Arbeitsbündnis)
- psychische Stabilität (psychiatrische Komorbidität, Ressourcen der Impulskontrolle, Emotionsregulation, Realitätsanpassung, ausreichende Selbstfürsorge)
- somatische Stabilität
- Grad der sozialen Integration (Wohnen, Finanzen, Beschäftigung/ Tagesstruktur, soziales Umfeld)
- Konsumverhalten (Dosisstabilität, Beikonsum, intravenöser Konsum, Begleitbehandlung mit psychotropen Substanzen)

(vgl. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie, S. 46ff.)

Behandlung der Opioidabhängigkeit im höheren Lebensalter

Der Anteil der über 50-Jährigen in Substitutionsbehandlung ist in Wien relativ hoch und stetig steigend. Er hat sich in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt. Vor allem die gesundheitsfördernden und therapeutischen Prinzipien, die bei der Behandlung opioidabhängiger Personen zum Einsatz kommen, reduzieren das Risiko, an den Folgen des Drogenkonsums frühzeitig zu sterben, dazu kommen Fortschritte in der medikamentösen Behandlung von Begleiterkrankungen wie Virushepatitis oder HIV-Infektionen.

An einem erheblichen Anteil älterer Suchtkranker lässt sich beobachten, dass der Alterungsprozess beschleunigt abläuft und daher früher ein möglicher Pflege- und Betreuungsaufwand entsteht.

Bei der Pharmakotherapie multimorbider älterer und alter Opioidabhängiger ist zu berücksichtigen, dass prinzipiell die OST unter günstigen Bedingungen aufrechterhalten werden soll. Dementsprechend sind, wenn möglich, Verschreibungen von Arzneimitteln, deren Kombination mit Opioiden kontraindiziert ist, zu vermeiden. Allerdings muss auch die OST selbst an altersgemäß veränderte Verhältnisse angepasst werden.

(vgl. Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie, S. 80f.)

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN FÜR DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG VON OPIAT-ABHÄNGIGEN IN ÖSTERREICH

Die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen gehört zu den am strengsten regulierten und kontrollierten Behandlungsformen in Österreich.

Die Substitutionsbehandlung ist eine ärztliche Tätigkeit; sie wird durch das Suchtmittelgesetz, die Suchtgiftverordnung und die Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution und das Ärztegesetz geregelt.

Ärzt_innen, die zur Substitutionsbehandlung berechtigt sind (Liste unter <https://lisa-public.ehealth.gv.at>), können zur Substitutionsbehandlung kurzfristig Substitutionseinzelschreibungen verwenden (jedes Einzelschreibung zur oralen Substitution ist gültig für max. 3 Tagesdosen bzw. bei Depotmedikation für die kürzestmögliche Anwendungsdauer; insgesamt für durchschnittlich 3 Wochen, danach ist in der Regel eine Dauerschreibung notwendig). Ist der/die Patient_in auf ein Medikament gut eingestellt, muss von dem/der Ärzt_in als Rezeptformular eine sogenannte Substitutionsdauerschreibung (Dauerrezept gültig für max. 1 Monat) verwendet werden.

Die Auswahl des im Einzelfall am besten geeigneten Arzneimittels ist Aufgabe des/der verschreibenden Ärzt_in, ebenso sind Dosis, Verabreichungsform und der Abgabemodus von dem/der verschreibenden Ärzt_in festzulegen.

Als automatischer Abgabemodus bei oraler Substitution ist gemäß Suchtgiftverordnung die täglich kontrollierte Einnahme unter Sicht in der Apotheke vorgesehen.

Ausnahmen von der täglichen Einnahme sind bei ausreichender Stabilität des/der Patient_in gemäß Suchtgiftverordnung möglich und dort geregelt (z. B. für Berufstätige und solche Personen zulässig, die krankheitsbedingt vorübergehend oder ständig nicht in die Apotheke zur Einnahme kommen können).

Der/die Amtsärzt_in der MA 15 überprüft die Substitutionsverschreibung und kann bei Ungereimtheiten oder Fehlern, aufgrund deren die Verschreibung den Regelungen widerspricht und die sich nicht klären lassen, sogar die Vidierung verweigern.

Amtsärzt_innen können Änderungen des Rezeptes nur bei offensichtlichen Flüchtigkeitsfehlern wie z. B. falsches Datum, offensichtliche Rechenfehler bei der Dauer des Rezeptes o. Ä. selbst – ohne Rücksprache mit dem/der Verschreiber_in – vornehmen.

Erst durch die Vidierung des Rezeptes durch den/die Amtsärzt_in wird das Rezept gültig. Verweigerungen der Vidierung sind in Wien extrem selten. Amtsärzt_innen müssen bei Änderungen des Rezeptes Rücksprache mit den verschreibenden Ärzt_innen halten und weisen auf Mängel in den zur Verfügung gestellten Unterlagen hin bzw. erklären die Notwendigkeit einer Änderung in der Mitgaberegung.

Die Substitutionsverschreibung wird in der Apotheke abgegeben und verbleibt dort für die Dauer des Rezepts.
Empfehlung: Kopie anfertigen und bei der Klient_innendokumentation aufbewahren.

Klient_innen, die dazu in der Lage sind, holen sich ihr Substitutionsmedikament aus der Apotheke selbst ab. Bei Pflegebedürftigkeit kann eine Betreuungsperson das erledigen. Dafür ist eine entsprechende Erlaubnis zur Abholung durch eine Betreuungsperson unter Vorlage eines Lichtbildausweises durch den/die Amtsärzt_in möglich. Bei Betreuungspersonen ist die namentliche Bekanntgabe erforderlich, der Name der Organisation alleine ist nicht ausreichend.

Sowohl das Rezept als auch das Substitutionsmedikament sind Eigentum des/der Klient_in.
Es muss eine Einwilligung des/der Klient_in für alle von der Betreuungsperson durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung eingeholt werden.

6.1 Ablauf der Substitution bei Unterstützung durch die betreuende Organisation

Bei Immobilität kann die Unterstützung bei der Organisation der Substitution durch die betreuende Organisation notwendig sein. In solchen Fällen holt eine bevollmächtigte Vertrauensperson oder bevollmächtigte Betreuungsperson die Rezepte von dem/der verschreibenden Ärzt_in, lässt das Rezept vom/von der zuständigen Amtsärzt_in (je nach Meldeadresse) vidieren, geht damit in die Apotheke und holt das verschriebene Substitutionsmedikament – in der Regel 1-mal in der Woche, bei Depotpräparaten auch 1-mal pro Monat – aus der Apotheke ab. Substitutionsmedikamente zur oralen Einnahme werden am Wohnort des/der Klient_in sicher verwahrt und eine tägliche Einnahme wird sichergestellt. Depotpräparate dürfen nur durch medizinisches Personal verabreicht werden.

Dazu gibt es eine klar vorgeschriebene Handlungsweise der Gesundheitsbehörde. Dabei ist auf eine genaue Dokumentation zu achten. Dies gilt vor allem in Bezug auf die Übernahme und Abgabe von Substitutionsmedikamenten.

Folgende Schritte sind erforderlich:

1. Erfassen der Kooperationspartner_innen
 - › Behandelnde/r Ärzt_in mit Berechtigung zur Substitutionsbehandlung
 - › Nach dem Hauptwohnsitz des/der Klient_in zuständige/r Amtsärzt_in
 - › Apotheke, in der das Substitutionsmedikament ausgegeben wird
2. Einholen/Ausstellen der Zustimmungserklärung und Vollmachten (siehe Formulare Zustimmungserklärung, Vollmacht) bzw. Ausstellung der Bestätigung (siehe Formular Bestätigung)
3. Rezeptausstellung durch die/den behandelnden Ärzt_in mit Berechtigung zur Substitutionsbehandlung

- Dabei sind folgende Unterlagen mitzunehmen: Vollmacht, Bestätigung, Lichtbildausweis
4. Vidierung des Rezeptes durch die/den Amtsärzt_in der MA 15
Dabei sind folgende Unterlagen mitzunehmen: Rezept, Vollmacht, Bestätigung, Lichtbildausweis
Es ist zu empfehlen, eine Kopie des Rezeptes anzulegen und diese in der Klient_innendokumentation abzulegen.
 5. Abgabe des Substitutionsmedikamentes durch die Apotheke
Dabei sind folgende Unterlagen mitzunehmen: Rezept, Vollmacht, Lichtbildausweis
 6. Übernahmebestätigung des/der Klient_in
 7. Ggf. sichere Verwahrung nach schriftlicher Vereinbarung mit dem/der Klient_in (z. B. mittels Formular Vereinbarung über die Verwahrung von Medikamenten)

Änderungen (z. B. durch Veränderung der betreuenden Organisation) sind den Kooperationspartner_innen (behandelnde/r Ärzt_in, Amtsärzt_in, Apotheke) mitzuteilen (Formular Änderungsmeldung betreffend Substitutionspatient_innen bzw. Stornierung Dauerverschreibung)

Nicht mehr gebrauchte bzw. abgelaufene Medikamente sind entsprechend dem Anhang 8 – Entsorgung von Suchtmitteln an das Chemisch-pharmazeutische Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer abzugeben. Auch viele Apotheken bieten als Serviceleistung die Übernahme nicht mehr gebrauchter und abgelaufener Medikamente an. Dabei ist darauf zu achten, dass eine Übernahmebestätigung ausgestellt wird. Diese Bestätigung ist der Dokumentation beizulegen.

6.2 Akutbedarf von Substitutionsmedikamenten

Wenn Patient_innen in Substitutionsbehandlung die Substitutionsmedikamente nicht regelmäßig und rechtzeitig erhalten (z. B. durch häufiges Erbrechen, Verlust, ...) sind Krisensituationen vorprogrammiert. Die erste Ansprechperson in diesen Fällen ist der/die behandelnde Ärzt_in mit der Berechtigung zur Substitutionsbehandlung. Im Akutfall kann jede/r Ärzt_in mit jus practicandi zur Überbrückung ein Notfallrezept für ein Substitutionsmedikament für max. einen Tag ausstellen.

In Wien können nach vorhergehendem telefonischem Aviso (Tel.: 4000 53760) Patient_innen auch das Ambulatorium der Suchthilfe Wien (<https://www.suchthilfe.wien/2/ambulatorium>) bzw. eines der Ambulatorien des Vereins Dialog (<http://www.dialog-on.at/ueber-uns/standorte>) aufsuchen. Dort erfolgen eine medizinische Abklärung und Behandlung. Außerhalb der Öffnungszeiten dieser Ambulatorien ist der Ärztesendienst für Wien (Tel.: 141) zu kontaktieren.

Wenn die Situation rasches Handeln erfordert, ist ggf. die Rettung zu verständigen, um den/die Klient_in in ein Krankenhaus zur Behandlung zu bringen.

Bei ungeplanter Abwesenheit (z. B. Krankenhausaufenthalt) des/der Klient_in mit Substitutionsbehandlung sollen der/die behandelnde Ärzt_in sowie (wenn bekannt) die zuständige Apotheke informiert werden.

Werden Substitutionsmedikamente von der Organisation in einem versperrenbaren Behälter im Wohnbereich des/der Klient_in verwahrt, ist bei ungeplanter Abwesenheit der/die behandelnde Ärzt_in über die noch vorhandenen Dosen zu informieren und bzgl. der weiteren Vorgehensweise Rücksprache zu halten.

Generell ist bei Fragen, Unklarheiten oder Unsicherheiten der/die behandelnde Ärzt_in oder der/die zuständige Amtsärzt_in zu kontaktieren.

LITERATUR

Haltmayer, H. (2018): Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie (OST). Wien

Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I; Tanios, A & Weigl, M (2019): Bericht zur Drogensituation 2019. Wien: Gesundheit Österreich

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP) & Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage.

GESPRÄCHE FÜHREN

1. GRUNDSÄTZLICHES ZUR GESPRÄCHSFÜHRUNG

Die folgenden Kapitel enthalten Anregungen für das Führen von Gesprächen zum Thema Sucht und Suchtmittelkonsum mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialbereich sind Fachpersonen in Beratungsgesprächen immer wieder mit Situationen konfrontiert, in denen eine Verhaltensänderung ihrer Klient_innen sinnvoll und notwendig erscheint – sei es nach eigener fachlicher Einschätzung oder weil der/die Betroffene selbst etwas am Verhalten ändern möchte. Um die Bereitschaft zur Veränderung zu stärken und den Menschen gleichzeitig mit Empathie und Verständnis zu begegnen, hat sich die „motivierende Gesprächsführung“ als geeigneter Gesprächsstil bewährt. Motivierende Gesprächsführung wird mittlerweile in der medizinischen Behandlung, in der Gesundheitsförderung, in der Schule und in der Sozial- und Jugendarbeit mit großem Erfolg angewendet.

Motivational Interviewing ist ein kooperativer Gesprächsstil, mit dem wir einen Menschen in seiner eigenen Motivation und seinem eigenen Engagement für Veränderung stärken können.

(Miller & Rollnik, 2015, S. 50)

Da es sich bei Gesprächen zum Thema Suchtmittelkonsum oft um mögliche Verhaltensveränderungen handelt, haben wir uns entschieden, schwerpunktmäßig einige Aspekte aus der motivationalen Gesprächsführung nach Miller und Rollnik aufzugreifen und für die Kommunikation mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu adaptieren.

Darüber hinaus fließen auch weitere Anregungen und methodische Überlegungen wie z. B. das Skills-Training nach Marsha Lineham, das „trans-theoretische Modell“ (TTM) nach Prochaska und DiClemente oder die zieloffene Suchtarbeit nach Körkel ein.

Gesprächsführung sollte auch geübt werden, Schulungen und Trainings werden empfohlen. Das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien bietet solche Seminare zur motivierenden Gesprächsführung unter dem Titel „movin“ an.

1.1 Einfache Sprache

„Einfache Sprache“ ist eine möglichst simple und klare Ausdrucksweise, um schnelles Erfassen zu ermöglichen.

Hierbei gilt es einige Grundregeln zu beachten, die sich ursprünglich primär auf das geschriebene Wort (aus dem Englischen: „easy to read“) beziehen, jedoch auch in gesprochener Sprache angewendet werden können.

Entsprechend dem deutschen Netzwerk „Leichte Sprache“ sind folgende Grundregeln zu beachten:

Wörter:

- Benutzen Sie einfache Wörter.
- Benutzen Sie Wörter, die etwas genau beschreiben.
- Benutzen Sie bekannte Wörter. Verzichten Sie auf Fach-Wörter und Fremd-Wörter.

- Benutzen Sie positive Sprache.
- Vermeiden Sie Rede-Wendungen und bildliche Sprache.

Sätze:

- Verwenden Sie kurze Sätze.
- Benutzen Sie einen einfachen Satz-Bau.

Sprechen:

- Sprechen Sie langsam und deutlich.
- Machen Sie Sprech-Pausen, bevor Sie einen neuen Punkt anfangen.
- Sprechen Sie laut genug.
- Sprechen Sie die Menschen direkt an.

Beispiele dazu und zum Vertiefen finden Sie z.B. im Ratgeber Leichte Sprache des deutschen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. (https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/LS_EinRatgeber.pdf?__blob=publicationFile&v=4)

1.2 Kommunikationsstile

Miller und Rollnik ordnen in ihren Überlegungen zur motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) Beratungsgespräche in lenkend („Direct“), geleitend („Guide“) und folgend („Follow“) ein.

Beim **lenkenden Stil (Direct)** versuchen Berater_innen, ihr Gegenüber in eine bestimmte Richtung zu bringen, z. B. durch Instruktionen, Anweisungen oder Empfehlungen. Dieser Stil ist etwa gut geeignet, wenn es um die richtige Einnahme notwendiger Medikamente geht, wenn im Rahmen einer Betreuung bestimmte Auflagen befolgt werden müssen oder es um die Einhaltung einer Hausordnung geht.

Beispiele: Direct

Bitte nimm deine Medikamente am Abend ein! z. B.: unregelmäßiger Konsum, akute Erkrankung

Du weißt, dass du auf das Essen achten musst. Der Arzt empfiehlt dir, dein Essen genau einzuteilen und eine Liste zu führen! z. B.: Übergewicht, Unverträglichkeiten

Beim **folgenden Stil (Follow)** versuchen sich Berater_innen so wenig wie möglich in die Überlegungen des Gegenübers einzumischen. Berater_innen hören zu, nehmen Anteil, versuchen zu verstehen und bringen eigene Überlegungen, eigenes (Fach-)Wissen und eigene Standpunkte so wenig wie möglich ein. Es geht darum, einfach nur da zu sein und zuzuhören, z. B. in Phasen großer Emotionalität.

Beispiele: Follow

Erzähle mir, wie es dir geht.

Kannst du mir das näher beschreiben?

Wer war noch daran beteiligt?

Was ist geschehen?

Bestätigendes Nicken, bestätigende Laute (mhm, ja, ...), offene Körperhaltung, Blickkontakt

Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick orientiert sich **am leitenden Stil (Guide)**. Dieser Stil erscheint für Gespräche zu einer Verhaltensveränderung, z. B. bei riskantem Suchtmittelkonsum, gut geeignet. Berater_innen sind gute Zuhörer_innen und bieten gleichzeitig Fachkenntnisse an, sobald sie gebraucht werden. Die Rolle von Berater_innen ist mit der von guten Fremdenführer_innen vergleichbar. Gespräche finden auf Augenhöhe statt.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 18-19)

Beispiele: Guide

Ich weiß zwar nicht, ob das auch für dich passt, aber ich hätte Ideen, wie es dir gelingen kann, weniger zu naschen. Möchtest du meine Ideen hören?

Berater_in: Dein Arzt hat dir vorige Woche gesagt, dass du Diabetes hast. Was weißt du über diese Krankheit?

Klient_in: Ich habe nicht verstanden, was der Arzt mir dazu erzählt hat.

Berater_in: Möchtest du, dass ich dir erzähle, was ich über Diabetes weiß?

Berater_in: Wie geht es dir jetzt am Abend?

Klient_in: Es ist schwer, nur ein kleines Bier zu trinken.

Berater_in: Es ist toll, wie du das dennoch schaffst. Wie gelingt dir das?

Klient_in: Ich versuche, ein Computerspiel zu spielen, um mich abzulenken. Das hilft.

Klient_in: Es ist schwer. Am liebsten würde ich ins Beisl gehen.

Berater_in: Toll, dass du es trotzdem schaffst. Gibt es noch etwas, was es für dich leichter machen könnte?

Klient_in: Da fällt mir im Moment nichts ein.

Berater_in: Möchtest du, dass wir gemeinsam weiter überlegen, was noch helfen könnte?

Klient_in: Ja, gerne.

Berater_in: Ich hätte einen Vorschlag, das hat bei einem/ein_er anderen Klient_in von mir gut geklappt, ich weiß aber nicht, ob das auch für dich passend ist. Möchtest du ihn hören?

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Überlegen Sie sich, welchen Stil in welchen Situationen Sie in Ihren Gesprächen mit Klient_innen anwenden und warum.

1.3 Grundhaltungen im Sinne von Motivational Interviewing (MI)

Für das Gelingen eines Gesprächs ist es bedeutsam, die eigene Grundhaltung in der Beratung zu reflektieren. Ohne positives und autonomieorientiertes Menschenbild besteht die Gefahr, dass Methoden der Gesprächsführung zu manipulativen Tricks verkommen. Daher ist die Grundhaltung von zentraler Bedeutung.

In der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) werden vier Grundhaltungen genannt:

A. Partnerschaftlichkeit

Motivierende Gesprächsführung ist etwas, das „mit“ einem und „für“ einen Menschen geschieht (Miller & Rollnick, 2015, S. 30). Jeder Mensch ist Experte für sich selbst. Niemand hat mehr Zeit mit ihm verbracht als er selbst oder kennt ihn besser als er sich selbst. So gesehen geschieht ein Beratungsgespräch auf Augenhöhe zwischen zwei Expert_innen. Beratene verfügen über Kenntnisse über sich selbst, die von den Berater_innen ergänzt werden. Die Aufgabe von Berater_innen besteht unter anderem darin, diese Kenntnisse zu aktivieren. Gerade in der Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Behinderungen ist dies eine besondere Herausforderung. Die Anerkennung, dass Beratene Expert_innen für sich selbst sind, erfordert v. a. in der Beratung von Menschen mit intellektuellen Behinderungen Geduld und echtes Interesse.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 30-31)

Beispiel:

Schauen wir uns das Buch/die Broschüre einmal gemeinsam an und reden wir darüber.

(z. B.: Broschüren in Leichter Sprache der Sucht und Drogenkoordination Wien: „Alkohol ist riskant“ https://sdw.wien/wp-content/uploads/201122-Alkohol-ist-riskant-Broschuere_148x210-RZ.pdf oder „Rauchen ist riskant“ https://sdw.wien/wp-content/uploads/201118-Rauchen-ist-riskant-Broschuere_148x210-RZ.pdf oder „Kiffen ist riskant“ https://sdw.wien/wp-content/uploads/210615-Kiffen-ist-riskant_148x210-RZ.pdf)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Inwieweit gelingt Ihnen in den Beratungen ein partnerschaftlicher Umgang? Wie muss ein Beratungsgespräch gestaltet sein, damit Beratene ihre Kenntnisse für sich selbst aktivieren?

B. Akzeptanz

Mit Akzeptanz ist gemeint, Beratene so zu akzeptieren, wie sie sich zeigen. Das bedeutet aber nicht, dass bestimmte Verhaltensweisen gutgeheißen werden müssen.

Akzeptanz in der motivierenden Gesprächsführung hat vier Aspekte:

Wir begegnen jedem Menschen und dem Potenzial, das er in sich trägt, mit bedingungsloser Wertschätzung, nehmen ihn wahr in seiner unveräußerlichen autonomen Freiheit, den eigenen Weg zu wählen, unterstützen

ihn darin und sind mit präziser Empathie bestrebt, seine Perspektiven nachzuvollziehen, und würdigen seine Stärken und Bemühungen.

(Miller & Rollnick, 2015, S. 35)

- 1. Bedingungsfreie positive Wertschätzung:** Dabei geht es um eine Haltung, jeden Menschen mit seinen Möglichkeiten zu würdigen und zu achten. Wenn sich Menschen akzeptiert fühlen, so wie sie sind, dann haben sie auch die Freiheit, etwas zu verändern.

Beispiel:

Schön, dass du da bist!

- 2. Empathie:** Es geht um das Bemühen, die Welt des Gegenübers mit seinen Augen sehen zu können.

- 3. Unterstützung in der Autonomie:** Akzeptanz bedeutet auch, die Eigenständigkeit jedes Menschen anzuerkennen und zu respektieren. Jeder Mensch darf und muss für sich selbst entscheiden und hat das Recht, selbst seinen Weg zu finden. Die Rolle von Berater_innen ist es, dabei zu unterstützen und zu begleiten.

Beispiel:

Was, glaubst du, kann dir dann helfen?

Hast du eine Idee?

Sollen wir uns etwas gemeinsam überlegen?

Es ist deine Entscheidung, niemand kann dich dazu zwingen.

Auch wenn ich wollte: Ich kann diese Entscheidung nicht für dich treffen.

- 4. Würdigung:** Es geht darum, Stärken und Bemühungen zu suchen und anzuerkennen.

Beispiel:

Ich finde es total toll, wie du heute mitgearbeitet hast.

Es freut mich, wie gut du verstanden hast, worum es geht.

Das ist nicht selbstverständlich.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 32-35)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Inwieweit gelingt es, Akzeptanz in der Beratung herzustellen?

Gelingt Akzeptanz im Sinne von motivierender Gesprächsführung, auch wenn ein Verhalten nicht Ihrer Vorstellung entspricht?

C. Mitgefühl

Mitgefühl zeigt sich darin, dass wir das Wohlbefinden des anderen aktiv fördern und dessen Bedürfnissen Priorität einräumen (Miller und Rollnick, 2015, S. 36). Es geht nicht um „mitleiden“, sondern darum, sich bewusst für das Wohl des anderen einzusetzen.

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Was bedeutet für Sie Mitgefühl? Wie muss es geäußert werden, dass es für Sie passt?

D. Evokation

Vieles von dem, was ein Mensch für eine Veränderung braucht, bringt er bereits mit. Aufgabe von Berater_innen ist es, diese Ressourcen zu finden und zu aktivieren. Es geht nicht darum, nach Defiziten oder Problemen zu suchen, um diese durch die Fachkenntnisse der Berater_innen zu beheben, sondern es geht um die Suche nach Stärken und Ressourcen.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 36-37)

Beispiele:

Was kannst du gut?

Wann fühlst du dich besonders stark/wohl?

Was macht dir Spaß?

Was hat dir bisher geholfen?

Was wäre besser, wenn du bestimmte Gewohnheiten ablegen könntest?

Wer oder was kann dir dabei helfen?

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Gelingt es Ihnen, Ressourcen und Stärken zu suchen und ggf. diese auch zu aktivieren?

Welche Fragestellungen können hilfreich sein?

1.4 Beziehung ist die Grundlage für jedes Gespräch

Die Basis für ein gelingendes Gespräch ist immer die Beziehung zwischen beratenen Personen und Berater_innen. Daher ist bei jedem Gespräch auf den Prozess des Beziehungsaufbaus zu achten. Es geht darum, eine Beziehung auf gegenseitigem Respekt und Vertrauen aufzubauen.

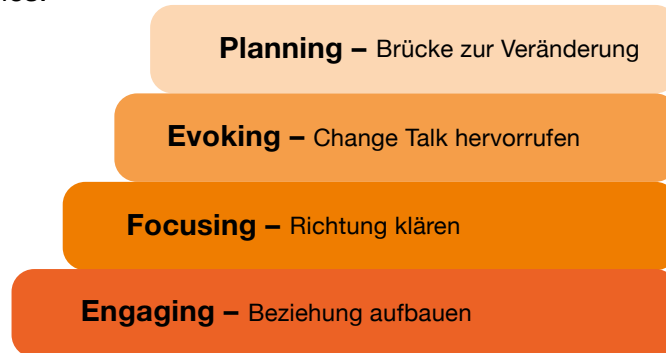
Anregungen zur eigenen Reflexion:

Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Ihren Klient_innen beschreiben?

Stellen Sie sich vor, Sie gehen in eine Beratungsstelle oder zum ersten Mal in einen Sportverein, in eine Musikgruppe oder zu einer Elternversammlung etc. Wovon würde es abhängen, dass Sie diese Orte gerne wieder besuchen?

Nach der motivierenden Gesprächsführung gibt es in einem Veränderungsgespräch vier Prozessschritte, die aufeinander aufbauen und sich überlappen. Diese werden als Treppe dargestellt. Es kann sein, dass man z. B. bei einem ersten Gespräch nur die erste Stufe nimmt und erst bei folgenden Gesprächen weitere Stufen erreicht. Unter Umständen wird die erste Stufe sehr schnell überwunden, um in den nächsten

Prozessschritt zu kommen. Es kann aber auch sein, dass man in einem Gespräch wieder Schritte zurückgehen muss. Das kann z. B. dann der Fall sein, wenn es aufgrund von Misserfahrungen wieder notwendig ist, an einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zueinander zu arbeiten. Eine tragfähige Arbeitsbeziehung ist die Voraussetzung für das Gelingen des weiteren Gespräches.



Erst wenn der Beziehungsaufbau (**Engaging**) geklappt hat, kann man sich auf eine gemeinsame Richtung im Gespräch einigen (**Focusing**), darauf folgt das Hervorrufen der Selbstmotivation zur Veränderung (**Evoking**). Im Prozessschritt **Planning** geht es um die Entwicklung der Selbstverpflichtung und um die Formulierung eines konkreten Handlungsplans.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 44-49)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Kann ich dieses Modell in Veränderungsgesprächen anwenden? Was passiert aus Ihrer Sicht, wenn man eine „Stufe“ auslässt, z. B. ohne den Aufbau einer passenden Arbeitsbeziehung ein bestimmtes Thema besprechen will?

1.5 Kommunikationsfallen

In der motivierenden Gesprächsführung werden sechs Fallen genannt, die für einen gelingenden Beziehungsaufbau hinderlich sein können.

1. Die Diagnose-Falle

Wenn Berater_innen der Meinung sind, möglichst viele Informationen über Klient_innen und deren Situation sammeln zu müssen, um dann auch eine gute Hilfe anbieten zu können, führt das oft dazu, dass diese nicht den Sinn dahinter erkennen können, eher passiv reagieren und nur kurze Antworten geben.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 61-62)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Wie gehen Sie oder Ihre Einrichtung mit Anamnesen um? Welche Strategien können Sie entwickeln, wenn Sie z. B. aufgrund der Vorgaben Ihrer Institution umfassende Anamnesen erheben müssen, um nicht in die Diagnose-Falle zu tappen?

2. Die Expert_innen-Falle

Für Gespräche, in denen man eindeutig eine Expert_innenmeinung braucht – z. B. welches Medikament man bei einer bestimmten Erkrankung nehmen soll –, macht es Sinn, wenn Berater_innen eine Expert_innen-Rolle einnehmen. Wenn es aber darum geht, im eigenen Leben etwas zu verändern, hat dies meist kaum Sinn. „Machen Sie es so und so“ funktioniert bei Lebensveränderungen meist nicht, da sich Beratene als „Expert_innen für sich selbst“ nicht ernst genommen fühlen. In der Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Einschränkungen besteht besonders die Gefahr, rasch mit Vor- und Ratschlägen Verhaltensveränderungen erwirken zu wollen.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 62-63)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Hatten Sie in Ihren Beratungen schon einmal das Gefühl, dass Sie sich den „Mund fusselig geredet“ haben, dass aber es nichts bei der/dem Beratenen bewirkt hat?

3. Die Falle der vorschnellen Fokussierung

Noch bevor eine gute Beratungsbeziehung hergestellt worden ist und noch bevor man sich gemeinsam auf ein Thema geeinigt hat, meinen Berater_innen bereits das Problem erkannt zu haben, und beginnen es zu bearbeiten. Aber vielleicht sehen Beratene das ganz anders, haben vielleicht (momentan) andere Prioritäten. Das kann dazu führen, dass die Beratungsbeziehung und der Beratungsprozess gestört sind und somit auch eine etwaige Veränderung behindert wird.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 63-64)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Wie kann es Ihnen im Arbeitsalltag gelingen, ausreichend Zeit für die Anliegen der beratenen Person zu finden?

4. Die Etikettierungsfalle

Zuschreibungen wie „Sie sind behindert“, „Sie sind suchtkrank“ oder auch „Sie haben ein Problem mit ...“ können bei Beratenen dazu führen, dass sie sich stigmatisiert fühlen, sich gegen solche Zuschreibungen zur Wehr setzen und damit eine weitere Reflexion über das eigene Verhalten erschwert wird. Falls es in einer Einrichtung notwendig ist, Diagnosen zu stellen oder Diagnosen zu besprechen, sollte dies auf eine kooperative Weise geschehen. Selbstzuschreibungen (z. B.: „Ich bin Alkoholiker_in“) sind jedoch anders zu betrachten und können in manchen Fällen vielleicht auch hilfreich sein.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 64-66)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Wie gehen Sie in Ihren Beratungen mit Diagnosen um?
Welche Bedeutung haben Zuschreibungen wie z. B. „Sie haben eine Behinderung“, „Sie sind Alkoholiker_in“ für Ihre Klient_innen? Und was lösen sie bei Ihnen und Ihren Klient_innen aus?

5. Die Schuldzuweisungsfälle

Oft nehmen Fragen wie „Wer ist schuld an der Problemlage?“, „Wer trägt die Verantwortung?“, „Wer hat etwas falsch gemacht?“ sehr viel Zeit in Anspruch, sind aber nicht zielführend. Berater_innen sollten sich aus der Klärung der Schuldfrage eher heraushalten.

„Ich will nicht herausfinden, wer etwas falsch gemacht hat, sondern was Ihnen das Leben schwer macht und was Sie daran ändern können.“

(Miller & Rollnick, 2015, S. 66)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Wie sehr beschäftigen Sie sich in Ihren Beratungen mit Fragen nach der Schuld oder nach der Ursache der Problemlage?

6. Die Small-Talk-Falle

Ein bestimmtes Ausmaß an Small Talk ist je nach Kultur (auch Kultur in der eigenen Einrichtung) gut und notwendig für den Beziehungsaufbau. Es kann z. B. ein Zeichen für Freundlichkeit oder Höflichkeit sein. Wenn man jedoch als Berater_in versäumt, zum richtigen Zeitpunkt „zur Sache“ zu kommen, wird das Gespräch für eine mögliche Veränderung wenig bis gar nichts bringen.

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 66)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Überlegen Sie für sich selbst, wie viel Small Talk für Sie und für den Auftrag Ihrer Einrichtung – und vielleicht auch, bei welchen Beratungssituationen – gut passt.

1.6 Kernkompetenzen in der motivierenden Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung erfordert einen flexiblen und strategischen Einsatz unterschiedlicher Kommunikationstechniken. Als Kernkompetenzen in der motivierenden Gesprächsführung gelten:

• **Offene Fragen stellen**

Offene Fragen lassen keine kurzen Antworten zu (z. B. lassen sie sich nicht nur mit Ja oder Nein beantworten). Geschlossene Fragen dienen v. a. der Sammlung von Informationen und bringen befragte Personen in eine eher passive Rolle. Um Menschen aber zu motivieren, ist es wesentlich, Beratene zum Erläutern der Situation und zum Reflektieren einzuladen.

Beispiele:

Wie siehst du das?

Worüber möchtest du sprechen?

Wenn du es anders machst, wie wäre es dann?

Was wäre gut daran, wenn du es anders machst?

Was kann dir helfen, das zu schaffen?

- **Würdigen**

Um eine Veränderung zu bewirken, muss man auch auf die Stärken, Bemühungen und Ressourcen der zu beratenden Person vertrauen. Die Beratenen leisten die Veränderung, nicht die Berater_innen. Berater_innen sind als Personen mit ihren Fähigkeiten zu Veränderung und zu autonomen Entscheidungen wertzuschätzen. Berater_innen achten auch darauf, spezifische positive Stärken, Fähigkeiten, Bemühungen, Absichten und Fortschritte wahrzunehmen und zu thematisieren. Positives soll betont werden.

Beispiele:

Danke, dass du gekommen bist.

Das ist sehr positiv, dass du diesen großen Schritt getan hast.

Es war sicher nicht einfach für dich, dies zu tun.

Du hast es geschafft bei all den Schwierigkeiten, deine Arbeit noch gut auszuführen.

Vielleicht ist es einfach noch nicht der richtige Zeitpunkt gewesen ...

- **Reflektierendes Zuhören**

Reflektierendes Zuhören vermittelt Verständnis und Akzeptanz und erzeugt ein empathisches Gesprächsklima. Einfache Reflexionen wie z. B. das Wiederholen von ein bis drei gesagten Wörtern zeigen Aufmerksamkeit und Interesse. Komplexe Reflexionen drücken aus, was die Berater_innen hören, glauben verstanden zu haben und/oder auf der Verhaltensebene wahrnehmen, und zwar in Form einer Feststellung. Solche Aussagen können einen Gedanken fortführen, neue Bedeutungsmuster oder neue Schwerpunkte setzen. Reflektiertes Zuhören animiert zum Reden, Erklären, Überdenken und zum Reflektieren.

Beispiel:

Ich fühle mich heute ziemlich deprimiert.

Einfache Reflexion:

Sie fühlen sich deprimiert.

Sie fühlen sich irgendwie niedergeschlagen.

Ziemlich deprimiert ...

Komplexe Reflexion:

Es ist etwas geschehen, seit wir uns das letzte Mal unterhalten haben. Ihre Stimmung ging in den vergangenen Wochen rauf und runter.

- **Zusammenfassen**

Zusammenfassungen sind im Grunde Reflexionen, die das Gesagte resümieren. Sie enthalten möglichst alle vom Beratenen genannten Argumente, die für eine Veränderung sprechen (Change Talk). Zusammenfassungen können dazu dienen, ein Thema abzuschließen, um das Gesagte mit anderen Aspekten in Verbindung zu bringen, oder als Überleitung, um auf ein neues Thema zu wechseln. Zusammenfassungen werden mit einer Frage abgeschlossen!

„War das so korrekt?“, „Ist etwas Wichtiges vergessen worden?“, „Was noch?“

- **Informationen geben**

Dabei ist es wesentlich, die Grundhaltungen der Gesprächsführung ständig im Auge zu behalten: dass man Informationen immer nur mit Einverständnis gibt und dass man nicht in einen lenkenden Beratungsstil wechselt (siehe dazu auch Seite 123).

(vgl.: Miller & Rollnick, 2015, S. 51ff.)

Um diese Kernkompetenzen zu erlernen und auch in den Prozessen anwenden zu können, sind Schulungen bzw. Trainings für alle beratenden Mitarbeiter_innen wichtig. Das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien bietet dazu zum Beispiel die „movin“-Schulung an.

2. ÜBER SUCHTMITTELKONSUM SPRECHEN

2.1 Früherkennung

(Früh-)Erkennung von Problemen im Zusammenhang mit Suchtmitteln heißt, Auffälligkeiten wahrzunehmen, im Team oder mit der Leitung zu reflektieren und zu versuchen, die Probleme auch richtig einzuschätzen (Gefährdungseinschätzung). Es geht dabei um die individuellen körperlichen, psychischen und sozialen Risiken wie auch um die Risiken für das Umfeld (z. B. für Mitbewohner_innen).

Hinweise auf einen problematischen Konsum von Suchtmitteln können sehr unterschiedlich sein. Oft ist es auch schwer, bestimmte Auffälligkeiten richtig zu deuten. Viele suchtmittelkonsumierende Menschen versuchen, ihren Konsum zu verbergen.

(vgl. ISP 2018, S. 3)

(Siehe dazu auch Situationseinschätzung auf Seite 52, 62, 73 und 86).

2.2 Früherkennung und Frühintervention

Mit **Früherkennung und Frühintervention** (F&F) sollen Krankheitssymptome, problematische Verhaltensweisen und Entwicklungen, aber auch individuelle Gefährdungen möglichst früh erkannt und angemessene Interventionen eingeleitet werden. So gibt es Ansätze zur Früherkennung von Suchtproblemen, psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Suizidgefährdung oder auch sozialer Desintegration. Es besteht ein Konsens, dass sich der Terminus „früh“ primär auf das Problemstadium respektive den Interventionszeitpunkt und nicht auf das Alter der

Betroffenen bezieht, wo sonst bei Bezug auf Interventionen bei Kindern von „früher Förderung“ gesprochen wird. Dementsprechend gibt es also auch Frühinterventionsprogramme für ältere Menschen.

Die beiden Komponenten des Handlungskonzeptes F&F sind ein „Paar“. Prävention und Behandlung (einschließlich F&F) schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern bedingen sich wechselseitig und sind auf einem Kontinuum anzusiedeln.

Generell muss beachtet werden, dass Früherkennung nur dann Sinn macht, wenn eine passende Möglichkeit für eine daran anschließende Intervention bekannt und diese verfügbar ist. Zur Früherkennung gehört zudem eine gute Kenntnis von Schutz- und Belastungsfaktoren (siehe dazu Seite 41) in Zusammenhang mit dem jeweiligen Problem.

(vgl. www.infodrog.ch)

Eine eventuell bestehende Suchtproblematik anzusprechen wird oft als schwierig angesehen. Es kommt nicht selten vor, dass sich Berater_innen und Betreuer_innen wie ohnmächtig und nicht in der Lage fühlen, etwas daran zu verändern. Dies ist außerdem mit der Befürchtung verbunden, dass der Zeitpunkt des Ansprechens falsch gewählt und eventuell nicht passend sein könnte. Es ist von Vorteil, eine erkennbare Suchtproblematik so früh wie möglich anzusprechen und nicht lange abzuwarten. Dabei ist zu beachten, dass der Konsum einer Substanz nicht zwangsläufig und automatisch zu einer Suchterkrankung führt. Viele Berater_innen und Betreuer_innen haben die Sorge, nicht ausreichend über Sucht und Suchtmittel Bescheid zu wissen, und meiden diese Themen deshalb. Es ist aber gerade in der Früherkennung und Frühintervention wesentlich, problematische Verhaltensweisen frühzeitig anzusprechen. Dafür ist kein spezifisches Wissen zu Sucht nötig. Im Sinne der bereits angeführten und beschriebenen Grundhaltungen in der motivierenden Gesprächsführung geht es darum, Betroffene als Expert_innen für sich selbst ernst zu nehmen und zu würdigen.

Es kann auch passieren, dass das Ansprechen bei der betroffenen Person Verstimmungen oder aggressives Verhalten auslöst. Um dies zu vermeiden, sollten die bereits beschriebenen Kommunikationsfallen (siehe Seite 117) beachtet werden.

Für das Wohlbefinden und die Gesundheit der betroffenen Person ist es wichtig, dass auf ein mögliches Suchtproblem reagiert wird.

Um über Sucht und Suchtmittelkonsum ins Gespräch zu kommen, eignet sich unter anderem das Arbeiten mit Bildkarten, wie es im Kapitel Lebens- und Risikokompetenzen in den Übungen von Seite 244 bis Seite 257 beschrieben ist.

3. INFORMATIONSGESPRÄCH

In einem Beratungsgespräch geht es oft darum, Informationen auszutauschen. Berater_innen haben ein bestimmtes Fach- oder Expert_innenwissen und die beratenen Personen Informationen und Wissen über sich selbst und die eigene Situation.

Man kann das Bedürfnis von Klient_innen nach Information und Ratschlägen aber leicht überschätzen. Selbstverständlich erwarten die meisten Klient_innen, dass Berater_innen ihr Fachwissen mit ihnen teilen. Aber auch die Klient_innen verfügen über eine Fülle relevanter Informationen; schließlich kennt niemand sie besser als sie sich selbst.

(vgl. Miller & Rollnick, 2015, S. 159)

Wenig sinnvoll ist es, Informationen zu geben, die der/die Betroffene bereits hat (z. B. Rauchen ist ungesund). Das Gleiche gilt auch für Ratschläge. Etwas vorzuschlagen, was bereits versucht wurde, bringt meist nicht weiter. Es ist daher sinnvoll, Informationen und auch Ratschläge nur mit Erlaubnis der beratenen Person anzubieten.

Eine bewährte Strategie dazu ist:

NEIN zu Besserwisserei!

N Nachfragen – z. B.: „Was weißt du darüber?“, „Welche Informationen hast du zu dem Thema?“, „Welche Informationen dazu hast du bereits erhalten?“

E Erlaubnis erbitten – z. B.: „Worüber möchtest du gerne mehr wissen?“, „Du hast dich ja schon sehr intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt. Brauchst du dazu noch mehr Informationen?“ „Was wäre besonders interessant für dich?“ „Hast du vielleicht Fragen zu dem Thema?“ „Möchtest du vielleicht von mir noch etwas dazu wissen?“, „Sollen wir uns gemeinsam die Broschüre anschauen?“

I Information geben – die Information sollte möglichst verständlich, kurz und kompakt sein und sich an dem Bedürfnis der beratenen Person orientieren. Die Information soll das Wissen der beratenen Person ergänzen und relevant sein.

N Nachfragen – z. B.: „Ergibt das für dich einen Sinn?“ „Wie denkst du darüber?“, „Habe ich das einigermaßen verständlich erklärt?“, „Ist diese Information für dich hilfreich?“

(vgl. ginko Stiftung für Prävention, 2017)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Haben Sie selbst auf ein Anliegen schon mehr Informationen bekommen, als Sie wollten?

Ist die Strategie „NEIN zu Besserwisserei!“ in Ihrem Arbeitsfeld einsetzbar?

4. PHASEN DER VERÄNDERUNG

Anhand empirischer Studien haben Prochaska und DiClemente ein trans-theoretisches Modell menschlicher Veränderung entwickelt, bei dem sich der Veränderungsprozess als Abfolge von Stufen betrachten lässt.

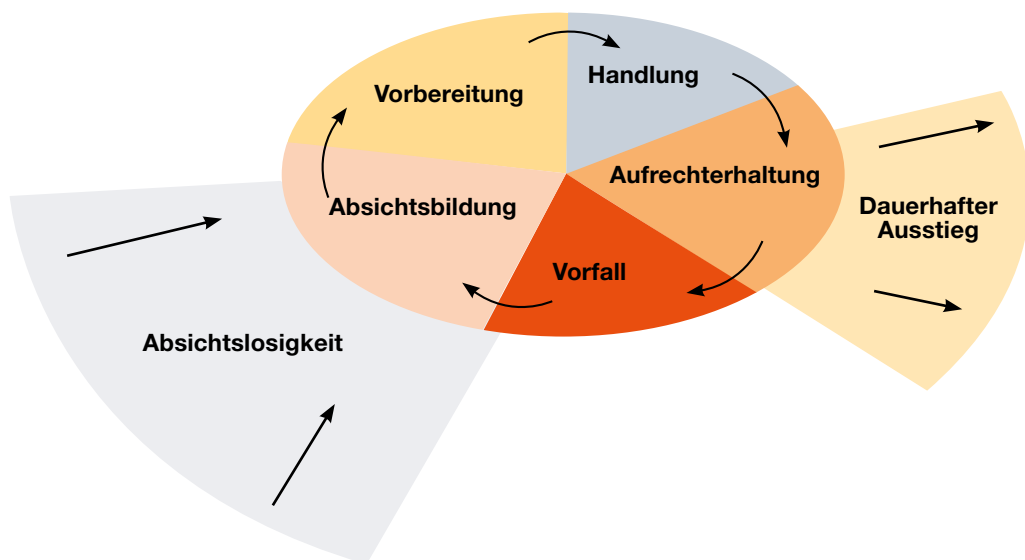
(vgl. Stangl, 2019)

Jede Veränderung ist letztlich eine Selbstveränderung. Aufgrund einer Befragung von Personen nach einem Veränderungsprozess konnten verschiedene Veränderungsphasen festgestellt werden („Rad der Veränderung“): die anfängliche Leugnung des Problems, ein erstes Nachdenken, ein Schwanken zwischen „verändern wollen oder besser doch nicht?“, das Fassen eines festen Veränderungsentschlusses und die tatsächlich durchgeführte Veränderung sowie die langfristige Aufrechterhaltung dieses Verhaltens.

Innerhalb der Phasen kann es zu Rückschritten kommen, die Schritte wieder „nach vorne“ fallen im Anschluss aber leichter und kommen schneller in Schwung als zu Beginn des ersten Veränderungsgedankens. Wer beispielsweise bereits eine abstinente Phase geschafft hat, kann bei einem etwaigen neuerlichen Konsum (Vorfall) bereits auf die bisherigen Erfahrungen zurückgreifen. Auch der Vorfall ist eine Lernerfahrung, der hilfreich sein kann.

(vgl. ginko Stiftung für Prävention, 2019)

Phasen der Veränderung



(aus: Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich, 2019)

- **Absichtslosigkeit** (Pre-contemplation): Die Menschen sind sich nicht bewusst, dass ihr Verhalten problematisch ist, sodass sie daher auch keinen Grund sehen, es zu verändern.
- **Absichtsbildung** (Contemplation): Die Menschen bemerken anhand von Misserfolgen oder den Reaktionen ihrer Mitmenschen, dass ihr Verhalten nicht zum Ziel führt oder mit unerwünschten Nebenwirkungen verbunden ist. Sie entwickeln mehr oder weniger starke Gefühle der Unzufriedenheit und denken über die Vor- bzw. Nachteile von Verhaltensänderungen nach. Es bestehen in dieser Phase des Bewusstwerdens jedoch noch keine klaren Pläne zur Änderung des Verhaltens.
- **Vorbereitung** (Preparation): Die nun Veränderungswilligen beabsichtigen, in naher Zukunft aktiv zu werden, und beginnen bereits mit ersten Schritten in die angestrebte Richtung. Hier werden konkrete Pläne entwickelt und die Möglichkeit einer Änderung wird ins Auge gefasst.
- **Handlung** (Action): Die Handlungsstufe ist durch absichtliche, erwartungsgesteuerte und zielgerichtete Veränderungen des kritischen Verhaltensmusters gekennzeichnet, sodass das problematische Verhalten verändert oder sogar abgestellt wird.
- **Aufrechterhaltung** (Maintenance): Die Menschen versuchen, das Erreichte zu sichern, auszubauen und Rückfälle zu vermeiden. Hier geht es den Betroffenen vor allem darum, das veränderte Verhalten gesichert zu haben und nach dem Stadium der Handlung nicht gleich rückfällig zu werden, sodass eine erste Konsolidierung der Veränderung stattfindet.
- **Dauerhafter Ausstieg oder langfristige Aufrechterhaltung** (Termination): Das problematische Verhalten hat für die Menschen keinen Reiz mehr, und sie sind sich sicher, dass sie nie mehr auf dieses Niveau problematischen Verhaltens zurückfallen werden. Dabei erreichen die Betroffene durch die Beibehaltung der Veränderung deren Manifestation und sichern so den nachhaltigen Erfolg der Maßnahmen.

Jeder Mensch befindet sich mit verschiedenen Problemen in verschiedenen Stadien. Bei Veränderung ist das richtige „Timing“ ausschlaggebend. So ist es für die Begleitung und Unterstützung mehr oder weniger Veränderungswilliger durch andere Personen wichtig, zu erkennen, in welchem Veränderungsstadium sich der Mensch befindet.

Jedes Stadium benötigt spezifische Interventionen. So wird sich jemand, der noch kaum über Veränderung nachdenkt, äußerst ungern in lange Gespräche über seinen Konsum verwickeln lassen. Bei einem schon stark entwickelten Veränderungswunsch jedoch kann ein solches Gespräch sehr hilfreich sein.

(vgl. ginko Stiftung für Prävention, 2019)

| Stadium der Verhaltensänderung | Mögliche Interventionen, mögliche Strategien |
|---|--|
| <p>Absichtslosigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • „niemals“ oder • „Ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten etwas an meinem Verhalten zu verändern“ • wenig oder gar kein Problembewusstsein • kein Interesse, etwas zu verändern • Auseinandersetzung wird vermieden | <ul style="list-style-type: none"> • (Fach-)Informationen geben • Rückmeldung über das jeweilige (problematische) Verhalten geben • nach emotionalen Bezügen suchen • auf Diskrepanz hinweisen (d. h. das Vorhandensein mehrerer realer Wege – Klient_in (muss) sich bewusst für den einen oder anderen Weg entscheiden (z. B. Konsum vs. kontrolliert) → Hinweise geben, dass beides sich gleichzeitig nicht ausgehen wird bzw. ein innerer Konflikt vorherrscht) • Anbieten alternativer Sichtweisen • aktives Zuhören • In diesem Stadium sind kurze Gespräche (zwischen Tür und Angel) hilfreich/möglich, weil unterstützt wird, einen Denkprozess zu starten |
| <p>Absichtsbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • „eines Tages“ oder • „Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten etwas zu verändern“ • bewusste Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten, aber keine konkreten Pläne • starke Ambivalenz (pro und contra halten sich die Waage) • interessiert, aber nicht fest entschlossen | <ul style="list-style-type: none"> • zu Selbstbeobachtung anregen (z. B. Konsumtagebuch o. Ä.) • pro und contra herausarbeiten • Ambivalenzwaagen-Modell (Abwägen von mehreren möglichen Wegen; d. h., es gibt schon Überlegungen, welche das sein könnten) • einen Anstoß in Richtung Veränderung geben • Skalierung der Zuversicht, das Ziel zu erreichen (ist es ein angemessenes Ziel?) |
| <p>Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • „bald“ oder • „In den nächsten 30 Tagen verändere ich etwas“ • hohe Motivation zu konkreten Veränderungsschritten • Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung | <ul style="list-style-type: none"> • Alternativen aufzeigen • Suche nach realistischen und akzeptablen Veränderungsschritten (Was wird sich ändern, wenn sich die Umwelt/die Wahrnehmung der Umwelt ändern wird?) • Vereinbarungen treffen |
| <p>Aktion</p> <ul style="list-style-type: none"> • „jetzt“ • hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement • Konkrete, sichtbare Veränderungsschritte werden gesetzt und über einen längeren Zeitraum hinweg durchgehalten • hohes Risiko für Rückfälle (Ausrutscher/Umfaller), u. a., weil die Umwelt auf das sichtbar veränderte Verhalten reagiert | <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung von Selbstvertrauen • Vermeidung von unerwünschten alten Verhaltensweisen („Rückfallprophylaxe“), z. B. durch Einrichten regelmäßiger Kontakte, Kommunikationsübungen, Training spezieller Fertigkeiten, die helfen, mit schwierigen Situationen umzugehen • Veränderungen werden nach außen sichtbar („Vergrößerungen der Konsumpausen“) |
| <p>Aufrechterhaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> • „für immer“ bzw. „für eine längere Zeit“ • Veränderungsschritte wurden bereits über einen längeren Zeitraum durchgehalten, • z. B.: „Seit 6 Monaten konsumiere ich nur am Wochenende Cannabis“ | <ul style="list-style-type: none"> • Bestätigen – „Erfolge feiern“ • Beratungsbedarf klären |

(ISP, 2008)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Überlegen Sie für sich selbst, in welcher Phase Sie sich mit einem Ihrer Veränderungswünsche (z. B. mehr Zeit mit der Familie verbringen, öfter Sport betreiben, gesund essen etc.) befinden. Denken Sie an Ihr letztes Beratungsgespräch, in dem es um eine Verhaltensveränderung ging. In welcher Phase befand sich Ihr_e Klient_in?

5. GESPRÄCHE MIT PERSONEN OHNE VERÄNDERUNGSWUNSCH – DISKREPANZEN HERVORRUFEN

„Diskrepanzen entwickeln“ bedeutet, dazu beizutragen, dass die Betroffenen in ihrer Selbstwahrnehmung Widersprüche oder „Dissonanzen“ entdecken: Sie stellen etwa fest, dass ein Unterschied besteht zwischen der gegenwärtigen Situation und dem, was sie früher einmal für sich gehofft hatten oder sich heute für die Zukunft wünschen würden. Diskrepanzen können grundsätzlich in allen Lebensbereichen sichtbar werden: Gesundheit, Familie/Partnerschaft/Freunde, Arbeitsplatz, Selbstachtung, persönliche Ziele usw.

Aufgabe des Experten ist es, diese Diskrepanz, die der Betroffene in sich trägt, bewusst zu machen und wenn nötig (und möglich) zu verstärken.

(Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2019, S. 4)

Viele Menschen in Beratungen sind sich ihrer Diskrepanzen bewusst. So wissen zum Beispiel die meisten Raucher_innen, wie schädlich ihr Tabakkonsum ist und dass er mit dem Wunsch, gesund zu leben, nicht im Einklang steht. Fraglich ist, warum dieses Diskrepanz-Erleben keine Verhaltensänderung hervorruft.

In der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick werden dafür drei Gründe genannt:

1. Die Diskrepanz wird als zu groß wahrgenommen – damit es zu einer Veränderung kommt, muss die Diskrepanz genau richtig sein. Wenn die wahrgenommene Diskrepanz zu klein ist, ist es unwichtig, aber wenn sie zu groß ist, erscheinen die richtigen Schritte nicht schaffbar.
2. Die Person nimmt die erheblichen Diskrepanzen wahr, sieht sich jedoch außerstande, irgendetwas daran zu ändern. Die eigene Selbstwirksamkeit erscheint der betroffenen Person zu schwach. Es fehlt an Zuversicht, etwas verändern zu können.
3. Gedanken an die Diskrepanz sind unangenehm, vielleicht auch schmerzhaft, sodass man möglichst nicht daran denkt. Dies kann auch eine Form von Selbstschutz sein.

Bei Gesprächen mit Klient_innen, die sich noch im Stadium der Absichtslosigkeit befinden (transtheoretisches Modell – siehe Seite 124), ist es hilfreich, davon auszugehen, dass in der Person bereits eine Diskrepanz besteht und dass nach dieser gesucht wird. Sieht die Person dann immer noch keine Notwendigkeit für eine Veränderung bzw. hat auch nicht den Wunsch danach, dann ist es sinnvoll, auf die Diskrepanz vorsichtig aufmerksam zu machen.

Ein sanftes, unterstützendes Vorgehen ist hierbei effektiv. Zu viele Diskrepanzen auf einmal zu nennen überfordert. Wichtig ist, gemeinsam geduldig nach Gründen zu suchen, warum es für die Person sinnvoll sein könnte, etwas zu verändern.

Unter Berücksichtigung der Grundhaltungen von Motivational Interviewing (siehe Seite 114) geht es bei Veränderungsgesprächen darum, Diskrepanzen aufzuspüren, zu erkennen und zu benennen.

Paradoxerweise ist Veränderung dann möglich, wenn Menschen spüren, dass sie so akzeptiert werden, wie sie sind. Wenn wir den anderen dazu bringen, dass er ein schlechtes Gewissen hat und sich selbst ablehnt, zementieren wir damit gewöhnlich den Status quo.

(Miller & Rollnick, 2015, S. 289)

Damit Sie als Betreuer_in unterstützend wirken, kann es hilfreich sein, bei Formulierungen das „aber“ wegzulassen, da dies demotiviert. Sätze mit „aber“ zeigen meist auf, dass etwas daran hinderlich ist, ein Ziel zu erreichen. Somit erscheint das Ziel also noch weiter in der Ferne und nicht greifbar. Sätze mit „und“ sind hilfreicher.

Beispiel:

Du gehst jeden Mittwoch mit deinen Freunden ins Wirtshaus, da wird es oft sehr spät, UND du möchtest deine Arbeit gut machen.

Um Diskrepanzen hervorzurufen, sind unterschiedliche Methoden, wie im Kapitel Lebens- und Risikokompetenzen, beschrieben, gut geeignet.

6. GESPRÄCH MIT AMBIVALENTEN PERSONEN

Eine ganz normale Zwischenstufe auf dem Weg zur Veränderung ist die Stufe der **Ambivalenz**. Ambivalenz wird als Fortschritt im Vergleich zur vorhergegangenen Stufe, auf der die betroffene Person kein Änderungsbedürfnis zeigt, gesehen. Ambivalenz bedeutet, dass gleichzeitig vorhandene Motivationen im Konflikt miteinander stehen, wodurch ein unangenehmes Gefühl beim/bei der Klient_in entsteht. Diese daraus entstehende unangenehme Anspannung kann unter Umständen schon Antrieb genug sein, etwas verändern zu wollen.

Andererseits kann Ambivalenz aber auch ein kaum überwindbarer Zustand bleiben. Dieses Dilemma wird anhand der jeweiligen Konfliktdynamiken anschaulicher. Vier Formen von **Ambivalenz-Konflikten** werden unterschieden:

- Annäherungs-Annäherungs-Konflikt: Zwei Alternativen sind attraktiv, schließen einander jedoch aus.
- Vermeidungs-Vermeidungs-Konflikt: Beide Alternativen sind unattraktiv.
- Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt: Eine Option hat sowohl positive wie negative Aspekte.
- Doppelter Annäherungs-Vermeidungskonflikt: Zwei Alternativen haben sowohl positive als auch negative Aspekte.

Ambivalenzen liegen widerstreitende Gefühle und Bedürfnisse zugrunde, daher geht die erfolgreiche Bearbeitung von Ambivalenz immer auch mit dem Erkennen und der Bearbeitung unterschiedlichster Gefühlszustände einher. Empathie und das Erkennen und Fördern von Prozessen sind für eine erfolgreiche professionelle Beratungspraxis zentrale Aspekte.

(Bischkopf J., Deimel D., Walther C., Zimmermann R., 2017, S. 238)

In der Beratung kann als Arbeitsgrundlage für eine Pro- und Contra-Abwägung eine **Vier-Felder-Matrix** helfen. Im Kapitel Lebens- und

Risikokompetenz (siehe Seite 264) sind dazu eine Beschreibung und ein Arbeitsblatt zu finden. Gemeinsam kann diese Tabelle mit dem/der Klient_in erarbeitet werden, und als „Hausaufgabe“ kann sie zum Vervollständigen mitgegeben werden. Die Kosten-Nutzen-Bilanz gestaltet sich individuell nach den verschiedenen Lebensbereichen des/der Klient_in, wie beispielsweise Gefühle/Stimmung, Arbeit/Beruf, Partnerschaft/Familie, Geld/Finanzen, Freund_innen/Bekannte, Gesundheit und Freizeit. Wichtig in der Beratung von ambivalenten Personen ist, dass die Berater_innen beide Möglichkeiten im Auge behalten und nicht eine betonen. Das kann ansonsten dazu führen, dass die beratene Person Gegenargumente sucht. Wenn beispielsweise von der beratenden Person die Seite der Veränderung betont wird, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit die beratene Person nach Argumenten suchen und jene betonen, die gegen eine Veränderung sprechen.

7. DER/DIE KLIENT_IN TRIFFT EINE ENTSCHEIDUNG

Motivierende Gesprächsführung kann dabei helfen, ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung zu entwickeln. Ist dem/der Klient_in eine Verhaltensänderung bewusst, benötigt er/sie zusätzlich auch die Überzeugung, zu dieser Verhaltensänderung imstande zu sein. Sind Wichtigkeit und Zuversicht hinsichtlich einer Veränderung nicht ausreichend vorhanden, ist die Veränderung unwahrscheinlich. Abhängig von der Ausprägung des Bewusstseins für Wichtigkeit (Gründe, Notwendigkeit) und Zuversicht (Hoffnung, Selbstvertrauen) bei der Person können sich unterschiedliche Situationen ergeben. Sind z. B. Wichtigkeit und Zuversicht beide einigermaßen hoch ausgeprägt, ist Veränderung wahrscheinlich; sind weder die Wichtigkeit noch die Zuversicht ausreichend vorhanden, ist das die Ausgangslage, die für eine Verhaltensänderung am ungünstigsten ist. Je nach Situation entstehen für Berater_innen unterschiedliche Aufgaben, z. B.: die Wichtigkeit für eine Veränderung bewusster machen oder das Selbstvertrauen der Klient_innen erhöhen.

(vgl. Miller & Rollnick, 2015, S. 249ff)

Nach der motivierenden Gesprächsführung ist es zu jedem Zeitpunkt von Bedeutung, die individuelle Autonomie des/der Betroffenen zu unterstützen und dadurch auch die intrinsische Motivation zu fördern. Nur so ist es dem/der Klient_in schlussendlich auch möglich, eine Entscheidung für Veränderung zu treffen. Die Verantwortung und die Gestaltung dieser Veränderung liegen bei dem/der Klient_in.

Falls der/die Klient_in sich weiterhin im Kreis dreht und sich nicht für eine Richtung entscheiden kann, liegt es bei dem/der Sozialarbeiter_in bzw. dem/der Betreuer_in, bei der Fokussierung zu unterstützen. Dieser Fokussierungsprozess hilft, Ziele und Richtungen zu finden, und bereitet den Boden vor für die anschließende Evokation und Planung.

(vgl. Miller & Rollnick, 2015, S. 118)

Wenn der/die Klient_in eine Entscheidung getroffen hat, kann es hilfreich sein, dafür einen „Glücksbringer“ bzw. ein „Totem“ zu finden, wie es im Kapitel, Lebens- und Risikokompetenzen, in der Übung auf Seite 269 beschrieben ist.

Auch die Arbeit mit einem „Körperbild“ (siehe Übung auf Seite 270) kann den/die Klient_in dabei unterstützen, eine Entscheidung zu treffen.

8. ZIELE FORMULIEREN

Konkrete Ziele zu formulieren hat viele positive Effekte: Gute Ziele schaffen die notwendige Motivation, sich für das Erreichen der Vorhaben anzustrengen. Die Gespräche über die Ziele helfen zu klären, was genau dem/der Klient_in wichtig ist. Die Ergebnisse des eigenen Handelns werden überprüfbar, und das Handeln wird auf einen bestimmten Bezugspunkt hingelenkt.

Das Ziel eines/einer Klient_in sollte stets positiv formuliert sein. So wird das Nachdenken über die Zukunft vom Problem hin zur Lösung verlagert. Ein positives Ziel zu formulieren fällt dem/der Klient_in nicht immer leicht. Meist sind die vom/von der Klient_in formulierten Ziele schwer zu erreichen und weit entfernt von der Realität. Das führt dazu, dass die Motivation schnell verloren geht und der/die Klient_in eventuell aufgibt. Deshalb ist es wichtig, dass hier Unterstützung vonseiten des/der Betreuer_in erfolgt. Des Weiteren ist es von Bedeutung, eine Strategie zum Erreichen des Ziels zu entwickeln. Der/die Klient_in sollte auf mögliche Fallen (z. B.: Ich will aufhören zu rauchen, und mein Freund bietet mir trotzdem eine Zigarette an. Was tue ich? Wie reagiere ich?) vorbereitet werden und sich selbstständig überlegen, wie er/sie sich in solchen Situationen verhalten wird.

Die SMART-Methode hilft dem/der Klient_in sowie dem/der Betreuer_in bei der genauen Formulierung von Zielen und notwendigen Maßnahmen zur Zielerreichung. Wichtig ist außerdem die Vereinbarung von Zeitabsprachen für das Erreichen des Ziels. Ein smartes Ziel bestimmt konkrete Vereinbarungen und wird anhand vereinbarter Kriterien zu einem festgelegten Zeitpunkt überprüft.

S – spezifisch:

Das Ziel sollte möglichst konkret und deutlich formuliert sein. (Was genau soll sich verändern? Was genau will ich tun?)

M – messbar

Das Ziel muss kontrollierbar sein.
(Woran erkenne ich, dass das Ziel erreicht ist?)

A – attraktiv

Der Endzustand sollte positiv beschrieben werden. Das steigert die Motivation, das Ziel erreichen zu wollen.

R – realistisch

Das Ziel muss gut zu erreichen bzw. realisierbar sein. Zu hoch angesetzte Ziele demotivieren den/die Klient_in.

T – temporal gebunden

Der Zeitraum für die Realisation des Ziels muss eindeutig bestimmt werden. Es ist ergänzend sinnvoll, Zeitpunkte für Zwischengespräche festzulegen, um evtl. Schwierigkeiten frühzeitig festzustellen.

(vgl. <https://www.xn--sozialpdagogische-behindertenhilfe-h4c.de/index.php/13-beitraege>)

Beispiel: Beratungsgespräch mit Zielformulierungen im Sinne der SMART-Kriterien

Klient_in: Ich möchte in Zukunft gerne weniger Alkohol trinken.

Berater_in: Das finde ich toll. Möchtest du, dass ich dich dabei unterstütze?

Klient_in: Ja, ich habe nämlich schon Probleme in der Arbeit, weil ich so oft zu spät gekommen bin.

Berater_in: Wenn du was trinkst, fällt es dir schwer, rechtzeitig aus dem Bett zu kommen.

Klient_in: Ich höre dann meinen Wecker nicht oder drehe ihn einfach ab und schlafe einfach weiter. In letzter Zeit ist mir das ziemlich oft passiert.

Berater_in: Wenn du weniger trinkst, fällt dir das Aufstehen leichter.

Was glaubst du, was wäre dann noch besser?

Klient_in: Ich glaube, ich könnte mich besser konzentrieren und hätte nicht so oft Kopfschmerzen. Gesünder würde ich dann auch sein.

Klient_in: Du möchtest keine Kopfschmerzen, eine bessere Gesundheit, keine Probleme in der Arbeit haben und rechtzeitig aufstehen können. Was denkst du, wie viel darfst du maximal trinken, damit dir das gelingt?

Klient_in: Uff, schwere Frage. Wenn ich so darüber nachdenke: unter der Woche abends vielleicht nur ein, maximal zwei Bier.

Berater_in: Das ist ein wirklich guter Plan. Wie wird es dir gelingen, nicht mehr als zwei Bier zu trinken?

Klient_in: Keine Ahnung, vielleicht muss ich mir einfach fest vornehmen, nach dem zweiten Bier nach Hause zu gehen.

Berater_in: Wenn du dir etwas fest vornimmst, dann gelingt dir das.

Klient_in: Aber es wird nicht leicht. Ich bin mir nicht sicher, ob ich es schaffe.

Berater_in: Möchtest du, dass ich dir erzähle, was anderen Menschen, denen es auch so geht wie dir, geholfen hat?

Klient_in: Im Moment eigentlich nicht, ich möchte es mal so versuchen.

Berater_in: Das finde ich gut. Du vertraust auf deine Stärke und deinen Plan. Was wäre aus deiner Sicht der richtige Zeitpunkt, um deinen Plan umzusetzen?

Klient_in: Wenn ich mir was vornehme, dann muss ich es auch gleich in Angriff nehmen.

Berater_in: Ich fasse zusammen: Damit du keine Probleme in der Arbeit hast und gesünder lebst, wirst du ab heute unter der Woche am Abend nur mehr maximal zwei Bier trinken. Erreichen möchtest du das, indem du dir das fest vornimmst und spätestens nach deinem zweiten Bier nach Hause gehst. Deinen Erfolg merkst du unter anderem auch, wenn du rechtzeitig aufstehst und pünktlich in die Arbeit kommst und wenn du keine Kopfschmerzen mehr hast. Habe ich alles richtig verstanden?

Klient_in: Ja.

Berater_in: Möchtest du, dass wir nächste Woche besprechen, wie es dir gelungen ist?

Klient_in: Ja, gerne.

SMART:

S: ... unter der Woche abends nur ein, maximal zwei Bier trinken und danach nach Hause gehen ...“

M: ... pünktlich zur Arbeit kommen, keine Kopfschmerzen

A: ... bessere Gesundheit, keine Probleme in der Arbeit.

R: ... Klient_in traut sich die Veränderung zu.

T: ... ab heute. Überprüfung der Erfolge beim nächsten Termin nach einer Woche

Zum Überprüfen und Konkretisieren von Zielen eignen sich folgende Fragen:

WAS? – Was ist Sache? Was soll erreicht werden?

WANN? – Wann überprüfen wir das Ziel? Bis wann sind Schritte zu erledigen?

WOZU? – Wozu tun wir das, was wir tun? Was ist das eigentliche Thema?

WIE? – Wie können wir das Ziel erreichen? Was brauchen wir dafür?

Eine bewährte Methode, um „SMARTE“ Ziele zu formulieren und weiterzuverfolgen, ist das Führen eines Konsumtagebuchs. Eine Beschreibung dazu ist im Kapitel Lebens- und Risikokompetenzen, in der Übung auf Seite 259 zu finden. Mit einem Konsumtagebuch kann der eigene Suchtmittelkonsum einerseits reflektiert und andererseits selbstbestimmt kontrolliert werden. In diesem Zusammenhang ist z. B. auch die Übung „Erfolge sichtbar machen“ hilfreich (siehe Seite 272).

9. RISIKOSITUATIONEN UND BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN

Wenn der Wunsch nach Veränderung beim/bei der Klient_in vorhanden ist, bleibt die Frage, wie der/die Betreuer_in am besten bei der erfolgreichen Umsetzung dieser Absicht helfen kann. Der/die Betreuer_in sollte dabei auf die Qualität der Arbeitsbeziehung achten, das angepeilte Ziel immer im Auge behalten und seine/ihre Fachkenntnisse bei Bedarf und mit der gebotenen Zurückhaltung anbieten.

Drei Planungsszenarien könnten denkbar sein:

1. Es gibt bereits einen klaren Plan. Der/die Klient_in weiß, was zu tun ist.
2. Es stehen mehrere sinnvolle Optionen zur Auswahl.
3. Ein Plan wird von Grund auf neu entwickelt.

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Überlegen Sie sich, wie Sie ein Beratungsgespräch in den jeweiligen Planungsszenarien gestalten würden.

Um zukünftiges Konsumverhalten, das vom Ziel abweicht, zu vermeiden, ist es wichtig, persönliche Risikosituationen zu erkennen und bestenfalls auch festzuhalten. Risikosituationen sind gut zu erfassen durch das In-Erinnerung-Rufen von vergangenen Situationen, wo die Gefahr zu konsumieren bestand bzw. konsumiert wurde. Diese „Auslöser-Situationen“ müssen nicht unbedingt negativ unterlegt sein, auch positiver Stress sorgt dafür, dass sich Suchtdruck entwickelt oder konsumiert wird. Damit die Klient_innen solche Situationen überstehen, ist es hilfreich, individuelle Strategien zu entwickeln. Dies kann der/die Klient_in für sich alleine machen oder auch mit Unterstützung des/der Berater_in (hier wieder vorher erfragen, was sich der/die Klient_in wünscht). Es steigert die Sicherheit beim/bei der Klient_in, wenn er/sie sich vorher über sein/ihr Verhalten in Gefahrensituationen sowie über das konsequente Durchführen der Strategie Gedanken macht.

(vgl. Miller & Rollnick, S. 315-331)

Solche Strategien werden nach dem Konzept der dialektisch-behavioralen Therapie von Marsha M. Linehan als Skills (Fertigkeiten) verstanden. Skills sind Strategien, die sowohl bewusst als auch unbewusst zur Bewältigung des täglichen Lebens zum Einsatz kommen. Diese Strategien können täglich neu erlernt und verbessert und letztendlich in herausfordernden Situationen automatisch eingesetzt werden. Im Wesentlichen kann bei den Skills zwischen vier Zugangskanälen unterschieden werden:

- handlungsbezogene Skills (Was kann ich tun?), z. B. „Time out“, bevor es zu spät ist.
- gedankenbezogene Skills (Wie kann ich meine Gedanken ändern?)
- sinnesbezogene Skills (Welcher Sinnesreiz – sehen/hören/fühlen/riechen/schmecken – hilft?)
- körperbezogene Skills (Bewegung statt Erstarrung), z. B. Joggen, Tanzen

(vgl. Sendera & Sendera, 2007, S.99)

Jeder Mensch hat in Bezug auf Skills unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung, welche bei den Herausforderungen des täglichen Lebens zum Einsatz kommen. Suchtkranke Personen wählen in Bezug auf Skills oft einen „substanzgebundenen Zugang“ und benötigen beim Erlernen neuer Strategien bzw. bei der Bewusstwerdung von Handlungsmöglichkeiten dementsprechende Unterstützung.

(vgl. Sendera & Sendera, 2007, S.99)

Sie brauchen funktionale Skills, um sich selbst helfen zu können.

(Sendera & Sendera, 2007, S.100)

Das Skills-Training nach dem Konzept von Linehan betont die praktischen Aspekte, die kurzfristig die quälende Problematik einer Suchtkrankheit lindern sollten – langfristig zielt das Skills-Training auf die Eröffnung neuer Wege ab sowie auf die generelle Veränderung des Selbstwertes und der Motivation. Suchtkranken Menschen soll hierbei Verständnis für die momentane Situation vermittelt werden. Sie sollen sich insofern verstanden fühlen, als der Konsum von Substanzen bisher eine Methode war bzw. derzeit noch ist, um mit den Herausforderungen des Lebens umgehen zu können. Es geht in weiterer Folge um das

Mutmachen für neue Methoden und Strategien, außerdem auch um die Vermittlung, dass viel Geduld und Ausdauer notwendig ist, um neue Wege zu beschreiten.

(vgl. Sendera & Sendera, 2007, S. 101)

Hilfreiche Methoden dazu sind z. B. „Die 3 As“, „Arbeiten mit Spannungskurven“. Diese sind im Kapitel, Lebens- und Risikokompetenzen, näher beschrieben (siehe Seite 272 und Seite 183 bis Seite 197).

10. REGELN KOMMUNIZIEREN

Es sollte klar und deutlich besprochen werden, was die Regeln in der jeweiligen Einrichtung sind. Wichtig ist die Bestätigung des/der Klient_in, dass diese Regeln auch verstanden werden und nachvollziehbar sind. Dieses Gespräch sollte im Rahmen des Beratungssetting erfolgen. Der/die Betreuer_in muss sich die Zeit nehmen und auch Fragen des/der Klient_in beantworten können, wenn Bedarf besteht. So lassen sich Missverständnisse vermeiden, und der/die Klient_in kann die Regeln besser einhalten. Zu beachten ist dabei wiederum, dass die Regeln für die Klient_innen auch einhaltbar sind. Bei der Erstellung von Regeln muss das ethische Prinzip „**Sollen setzt Können voraus**“ unbedingt beachtet werden. Das bedeutet unter anderem auch, dass es womöglich für einen Menschen mit einer Suchterkrankung eine Unmöglichkeit darstellt, wenn von ihm vollständige Abstinenz erwartet wird.

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Welche Regeln gibt es in meiner Einrichtung, und wofür sind sie sinnvoll?

Entsprechen die Regeln auch dem ethischen Grundsatz „Sollen setzt Können voraus“?

11. UMGANG MIT WIDERSTAND UND DISSONANZ

In Gesprächen über eine Veränderung kommt es natürlich immer wieder vor, dass Argumente gegen eine Veränderung eingebracht werden (sog. Sustain Talk). Das wird von Berater_innen oft als Widerstand empfunden. Das muss aber nicht der Fall sein. Es ist ganz natürlich in jedem Veränderungsprozess, dass es immer wieder dazu kommt, dass auch Gegenargumente gesucht werden. Für Berater_innen ist es wichtig, dies als Teil eines normalen Veränderungsprozesses und nicht als Widerstand zu interpretieren. Gleichzeitig sollte der/die Berater_in darauf achten, nicht weiteren Sustain Talk hervorzurufen, und möglichst Raum geben für Argumente, die eine Veränderung (Change Talk) ermöglichen. Entsteht ein Gefühl von „Der/die Klient_in und ich sind nicht mehr auf derselben Wellenlänge“, oder das Gesagte kommt beim Gegenüber nicht an, wird von Widerstand oder Dissonanz gesprochen. Hier sind meist

Störungen in der Beziehung aufgetreten. Dissonanz macht sich bemerkbar, wenn der/die Klient_in dem/der Betreuer_in widerspricht, anfängt, das Gespräch zu unterbrechen oder auch das Gesagte zu ignorieren.

Mehrere Signale können auf Disharmonie in der Beziehung zwischen Berater_in und Klient_in hindeuten:

- › Der/die Klient_in hat das Bedürfnis, sich verteidigen zu müssen.
- › Der/die Klient_in nimmt eine Angriffshaltung ein.
- › Der/die Klient_in unterbricht Sie im Gespräch.
- › Der/die Klient_in beginnt sich zu distanzieren/zieht sich aus dem Gespräch zurück.

Dissonanzen können in einem Gespräch immer wieder auftreten und bedeuten, dass an einer tragfähigen Arbeitsbeziehung (siehe Seite 116) gearbeitet werden muss.

Um eine gute Arbeitsbeziehung wiederherzustellen und passend auf Dissonanz zu reagieren, gibt es mehrere Möglichkeiten:

- › sich entschuldigen
- › Würdigung
- › den Fokus verschieben

Beispiele:

Sie wissen ja gar nicht, wovon Sie reden!

Mögliche Reaktionen:

Tut mir leid, ich habe Sie wohl falsch verstanden.

(Entschuldigen)

Sie haben über diese Sache gründlich nachgedacht.

(Würdigung)

Mir geht es nicht darum, Leute zu belehren oder etwas besser zu wissen, sondern darum, Ihre eigenen Anliegen zu verstehen – wie sehen Sie die Situation? (Fokus verschieben, Thema wechseln)

(vgl. Miller & Rollnick S. 231-249)

Anregungen zur eigenen Reflexion:

Wie gehen Sie mit Dissonanzen um?

Auch wenn der/die Klient_in nach vielen Gesprächen und Bemühungen weiterhin schädlich konsumiert, darf nicht aufgegeben werden. Man darf nicht vergessen, dass Sucht eine chronische Krankheit ist. Es geht immer darum, die Autonomie des/der Klient_in zu stärken und Diskrepanzen hervorzurufen.

12. KURZ-TIPPS FÜR EIN GESPRÄCH

- Verurteilen Sie nicht, moralisieren Sie nicht.
- Sprechen Sie vorerst darüber, was Sie beobachten, aber ziehen Sie keine vorschnellen Schlüsse.
- „Mir ist aufgefallen ...“, „Ich habe beobachtet ...“ ist ein besserer Anfang als „Du bist ...“ oder „Du hast ...“
- Worte wie „immer“ oder „ständig“ lösen meist Widerstand oder Ärger aus.
- Sprechen Sie Ihre eigenen Sorgen, Ängste und Befürchtungen an.
- „Ich mache mir Sorgen“ ist besser als „Du machst mir Sorgen“.
- Stellen Sie der betroffenen Person Fragen wie „Was denkst du darüber?“, „Kannst du meine Sorge verstehen?“.
- Vermeiden Sie Fragen, die nur mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind.
- Lassen Sie der Person Zeit, um nachzudenken und darüber zu sprechen.
- Hören Sie zu, zeigen Sie Interesse an dem, was die betroffene Person sagt. Vielleicht sieht sie das Problem ja ganz anders.
- Seien Sie nicht enttäuscht, wenn der oder die Betroffene nicht auf ein Gespräch eingeht. Schon das Ansprechen einer Sorge oder einer Beobachtung kann oft viel bewirken.
- Bieten Sie Ihre Hilfe und Ihre Gesprächsbereitschaft an.
- Ermutigen Sie die Person, sich bei einer Beratungsstelle oder einem/ einer Ärzt_in Hilfe zu holen. Sie können auch anbieten, sie bei diesem Schritt zu begleiten.

(vgl. ISP 2019, S. 29 ff)

LITERATUR

Bischkopf J.; Deimel D.; Walther C. & Zimmermann R. (2017): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH

Deutsches Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014): Leichte Sprache. Ein Ratgeber, https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/LS_EinRatgeber.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (letzter Zugriff: 06.08.2020)

Miller, W. & Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung, 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich (2019). Seminarunterlagen – movin'

ginko Stiftung für Prävention (2019): <https://www.ginko-stiftung.de/move/Grundlagen/nachricht1057.aspx> (letzter Zugriff: 07.10.2019)

ginko Stiftung für Prävention (2017): Lehrunterlagen: MOVE – TrainerInnen-Ausbildung

Institut für Suchtprävention (ISP) (2018). Handout – Vertiefungsseminar Anregungen für die Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden Menschen. Wien

Institut für Suchtprävention (ISP) (2008): MOVE. Motivierende Kurzintervention bei (riskant) konsumierenden Jugendlichen. Skriptum für TeilnehmerInnen. Wien

Institut für Suchtprävention (ISP) (2019). Unabhängig bleiben. Alkohol, Medikamente und Tabak – was ist zu beachten? Wien

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2019): Take Care, Kapitel 7.2, Motivational Interviewing und Transtheoretisches Modell, https://www.lwl.org/ks-download/downloads/TakeCare/Toolbox/MI_und_TTM.pdf (letzter Zugriff: 06.08.2020)

Körkel, J. & Drinkmann, A. (2002): Wie motiviert man „unmotivierte“ Klienten? Sozialmagazin: die Zeitschrift für soziale Arbeit; 27 (10): 26-34

Nachbagauer, R. & Schöppl, C. (2012): Handbuch Skills. Sucht und Drogenkoordination Wien

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice (Stangl, 2019)

Sendera, A. & Sendera, M. (2007): Skills-Training bei BLS und PTSD. 2. Auflage. Wien

Stangl, W. (2019): Online-Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Stichwort: „transtheoretisches Modell“. <https://lexikon.stangl.eu/7675/transtheoretisches-modell/> (letzter Zugriff: 07.10.2019)

<https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/frueherkennung-und-fruehintervention.html>, (letzter Zugriff: 04.10.2019)

<https://www.xn--sozialpdagogische-behindertenhilfe-h4c.de/index.php/13-beitraege> (letzter Zugriff: 06.08.2020)

LEBENS- UND RISIKOKOMPETENZEN

1. EINLEITUNG

Der fachliche Ansatz in der verhaltensorientierten Präventionsarbeit ist neben Früherkennung und Frühintervention die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen.

Auch in der Arbeit mit von Sucht betroffenen Personen sind das (Wieder-)Erlangen von Lebenskompetenzen und Bewältigungsstrategien von zentraler Bedeutung. Die Übungen können vorbeugend sowie als Maßnahmen bei einer bestehenden Problematik (als Ergänzung zum therapeutischen Setting) verwendet werden.

Dazu wurde eine breite Auswahl an Übungen zusammengestellt, um zu gewährleisten, dass viele Klient_innen damit erreicht werden können. Die Übungen wurden in unterschiedlichen Bereichen der Präventionsarbeit und in der Arbeit von Suchtmittelkonsumierenden Menschen erprobt, von Fachmitarbeiter_innen der Suchtprävention und Behindertenhilfe gemeinsam ausgewählt und für die Behindertenhilfe entsprechend adaptiert.

Diese Sammlung an Übungen ist als Anregung für Ihre Arbeit gedacht. Je nach Setting, Fragestellung oder Ressourcen werden einige Übungen für Ihre Arbeit gut anwendbar sein und andere nicht. Es ist immer eine fachliche Entscheidung, welche Übungen verwendet oder evtl. auch adaptiert verwendet werden.

Die Übungen wurden je nach Inhalt in fünf Themenkreise eingeteilt.

- Gesundheitsbewusstsein, Identität und Ressourcen stärken
- Umgang mit Gefühlen erlernen
- Beziehungen fördern und reflektieren
- Freizeit- und Konsumverhalten reflektieren
- Risikoverhalten und riskanter Konsum

Sie haben das Ziel, durch Kontakt und entsprechende Kommunikation mit den Zielpersonen die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung problematischer Verhaltensweisen zu verringern bzw. die für positive Verhaltensweisen zu erhöhen.

Lebenskompetenzen

Die Förderung von Lebenskompetenzen wie zum Beispiel die Unterstützung in der Persönlichkeitsentwicklung, das Erlernen von sozialen und persönlichen Fähigkeiten oder ein gesunder Umgang mit Emotionen (wie z. B. Frustration) hat sich in vielen Untersuchungen als effektive Methode zur Vorbeugung von Sucht, Gewalt und Stress erwiesen. Nähere Informationen zu Lebenskompetenzen, Definition etc. finden Sie im Kapitel Suchtpräventive Ansätze auf Seite 42f.

Risikokompetenzen

Risikokompetenzförderung fokussiert auf Kompetenzen, die es ermöglichen sollen, Risikoverhalten in seinen positiven Aspekten auszuüben und dabei eventuelle Nachteile und Gefahren auf ein Minimum zu reduzieren.

Einige Übungen ergänzen den Abschnitt zur Gesprächsführung (siehe Seite 110ff).

Viel Freude bei der gemeinsamen Umsetzung mit den Klient_innen!

2. GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN, IDENTITÄT UND RESSOURCEN STÄRKEN

2.1 Mein Name/Spitzname

Ziel:

Der/die Klient_in weiß über die Bedeutung seines/ihres eigenen Namens Bescheid und hat sich mit positiven Charakteristiken seiner/ihrer Person auseinandergesetzt, wodurch die eigene Identität gestärkt wird. Diese Übung kann in zwei Varianten durchgeführt werden.

Variante 1: Bedeutung des eigenen Namens erfahren und Wörter zur eigenen Person finden

Diese Übung bietet eine Reflexion über den eigenen Namen und eine Auseinandersetzung mit den persönlichen Eigenschaften.

Umsetzung:

Zuerst den eigenen Namen in Großbuchstaben schreiben lassen.

z. B. ANNA

Die Buchstaben werden untereinander geschrieben, und der/die Klient_in versucht, positive Eigenschaften oder Gefühle für sich zu finden, die mit den Anfangsbuchstaben beginnen. Bei Bedarf kann beim Schreiben und bei der Wortfindung geholfen werden.

A uffallend

N eugierig

N ett

A ufgeregt

Es können zur Unterstützung positive (Eigenschafts-)Wörter im Internet gesucht werden.

Hier eine Auswahl: amüsiert, aufmerksam, außergewöhnlich, alles, attraktiv, angenehm, beeindruckt, begeistert, bequem, beliebt, berauschend, beruhigend, Blumenliebhaber_in, beschwingt, bewundernswert, brav, brüderlich, backen, charismatisch, charmant, Charmeболzen, Chamäleon, chaotisch, chic, dankbar, damenhaft, dramatisch, Durchhaltevermögen, edel, ehrgeizig, ehrlich, elegant, Ekstase, energiereich, energisch, energiegeladen, erfreut, Engel, entspannt, erstklassig, euphorisch, fähig, faszinierend, feiern, freundlich, Freude, fröhlich, fleißig, flott, frisch, froh, furchtlos, frei, geduldig, genial, genießen, gesund, glücklich, geschätzt, gestärkt, gutmütig, großzügig, glaubwürdig, gut, helfen, Hilfe, hilfsbereit, hellhörig, heiter, harmonisch, herrlich, herzlich, hinreißend, höflich, hübsch, humorvoll, ideal, inspirierend, ideenreich, interessant, intuitiv, jugendlich, jubelnd, ja, Ja sagen, klar, Kompetenz, kraftvoll, kreativ, kunstvoll, komisch, korrekt, kindisch, kommunikativ, künstlerisch, konsequent, lächeln, lachen, lebendig, lebenswert, liebenswert, Liebe, liebevoll, leicht, leidenschaftlich, lobenswert, lob, lustig, Löwenherz, laufen, motiviert, Mut, mögen, malen, mitteilungsbedürftig, Nähe, nett, niedlich, nobel, neugierig, nützlich, offen, ordentlich, organisiert, Optimist, ordnungsliebend, positiv, problemlos, produktiv, pünktlich, Putzfee, prächtig, qualifiziert, respektvoll, Retter, romantisch, Ruhe, richtig, sauber, schnell, Selbstliebe, sozial, schüchtern, selbstzufrieden, sicher, Sieg, sparsam, Stärke, stolz, süß, sympathisch, spontan, tapfer, treu, tolerant,

toll, tüchtig, Tatendrang, unbeschwert, unwiderstehlich, umsichtig, ur-gut, ur-super, ur-leiwand, unglaublich, verzückt, voll gut drauf, verliebt, verantwortungsvoll, verbunden, verspielt, vertrauensvoll, warmherzig, wichtig, wundervoll, wunderbar, würdevoll, witzig, wortgewandt, wow, wunschlos, Zauber, zauberhaft, zufrieden, zuverlässig, zusammengehörig usw.

Im Internet kann zusätzlich nach der Bedeutung des Namens recherchiert und gemeinsam mit dem/der Klient_in reflektiert werden, ob oder inwiefern die Namensbedeutung auf ihn/sie zutrifft.

z. B. Was bedeutet der Name Anna?

Der weibliche Vorname Anna bedeutet übersetzt „die Begnadete“, „die Anmutige“ und „die Liebreizende“. Anna gilt als Kurzform des Namens Hannah und ist daher hebräischer Herkunft.

Variante 2: Spitznamen – wie werde ich (gerne) genannt?

Bei dieser Übung werden Spitznamen hinterfragt und es wird angeregt, als negativ empfundene Spitznamen nicht mehr zu verwenden. Spitznamen sind weit verbreitet. Manche zeugen von Vertrautheit, andere sind verletzend. Es sollen keine Spitznamen verwendet werden, die als beleidigend empfunden werden. Die Übung ist eine Chance, die Verwendung negativer Spitznamen zu beenden. Im Rahmen einer Einzel- oder Gruppenarbeit kann das Thema Spitznamen diskutiert werden.

Umsetzung:

In der **Einzelarbeit** wird besprochen, ob der/die Klient_in einen oder mehrere Spitznamen hat und welche er/sie davon gerne hört und welche nicht.

Bei **Gruppenarbeiten** bitte Gesprächsregeln beachten:

- Gemeinsam Spitznamen sammeln, die sich die Personen der Gruppe gegenseitig geben
- Die Liste in akzeptable (angenehme) und nicht akzeptable (unangenehme) Spitznamen teilen
- Meinungsunterschiede werden offen diskutiert (Gesprächsregeln!).
- Ziel muss sein, dass letztlich die Meinung der betroffenen Person zählt und ab nun akzeptiert wird. „So will ich genannt werden, so nicht!“

Gemeinsam wird beschlossen, wie die betroffene Person in Zukunft angesprochen wird und wie nicht. Reflexion, ob die Gesprächsregeln eingehalten wurden!

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2020, S. 71)

2.2 Was hält mich gesund?

Ziel:

Der/die Klient_in weiß über verschiedene Möglichkeiten Bescheid, um seine/ ihre Gesundheit zu fördern.

Der/die Klient_in wird darüber informiert, welche Maßnahmen hilfreich sind, um ein gesundes Verhalten zu fördern. Es werden Informationen über Ernährung als Teil der Gesundheitsförderung gegeben. Weiters wird mit dem/der Klient_in reflektiert, was zur eigenen Gesundheit beitragen kann.

Umsetzung:

Der/die Betreuer_in bespricht mit dem/der Klient_in, was er/sie für die Gesundheit tun kann, bzw. sie ermitteln gemeinsam förderliche Schritte. Reflexionsfragen können sein: „Was ist gut für dich und deinen Körper? Worauf achtest du bereits? Wo kannst du noch mehr tun?“

Um das Gespräch zu erleichtern, können die Abbildung 1 – Gesundheitsförderndes Verhalten und die Abbildung 2 – Tipps zu einem gesundheitsfördernden Verhalten mit praktischen Tipps und Hinweisen, wie gesundheitsförderndes Verhalten gefördert und unterstützt werden kann, genutzt werden.

Was hält mich gesund?

genügend Schlaf



ausreichende Bewegung



Entspannung



Körperpflege



Gesunde Ernährung



Abbildung 1 – Gesundheitsförderndes Verhalten
(vgl. Kretschmann-Weelink, 2013, Folie 6)

| | |
|--|---|
| <p>Weniger Süßigkeiten essen:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Süßigkeiten einteilen: eine Dose nehmen, die Süßigkeiten darin aufheben und ab und zu nur wenig Süßes in ein kleines Schälchen füllen. Diese Süßigkeiten genießen. Die restlichen Süßigkeiten in den Schrank legen. (siehe auch Übung: „Genuss – Schokolade essen einmal anders“) • Süßigkeiten und salzige Snacks einteilen. Zu den Süßigkeiten ein Stück Obst legen und abwechselnd essen (pro Stück Süßes ein Stück Obst), zwischendurch Wasser trinken. • Zur Arbeit Obst mitnehmen statt Süßigkeiten. • Wenn man statt Süßigkeiten Obst oder Gemüse essen möchte, dies VORHER sagen oder Wünsche auf der Einkaufsliste eintragen, damit es eingekauft werden kann • Alternativen finden: Welches Obst/Gemüse schmeckt auch süß? Datteln, Bananen, Heidelbeeren, Karotten, ... Gemeinsam Obst schneiden und einen Obstsalat zubereiten. |
| <p>Risikosituation Einkauf:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nur das einkaufen, was vorher abgesprochen ist. • Einen Einkaufszettel mitnehmen und nur das einkaufen, was auf dem Zettel steht. Wer schreibt den Einkaufszettel? • Am Süßigkeitenregal vorbeilaufen und „nein, heute nicht“ sagen. Das nächste Mal darf auch wieder etwas genascht werden. |
| <p>Mehr Bewegung:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • In der Arbeitspause einen Rundgang, z. B. durch die Werkstatt, machen. Wer könnte mitkommen? • Nach der Arbeit einen Spaziergang machen. Wer könnte mitkommen? • Den Lift oder Rolltreppen meiden und lieber die Stiege nehmen. • Welche Sportart macht Spaß? |
| <p>Stress abbauen:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Herausfinden, was Stress macht und wie man sich entspannen kann. • Siehe Übungen: „Probleme lösen“, Übung: „Stress und Anspannung erkennen“, Übung: „Arbeiten mit Spannungskurven“ und Übung: „Entspannung“ |
| <p>Mehr gesunde Getränke (weniger zucker-, koffein- und kalorienhaltige Getränke)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Säfte mit Wasser oder Mineralwasser verdünnen, Tee trinken. • Eine Kanne Tee kochen und diese so hinstellen, dass man sie im Blick hat. • Untertags immer wieder ein Glas Wasser trinken. |
| <p>Umgang mit Alkohol</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nein sagen, wenn man keinen Alkohol trinken möchte! • Alkoholfreie Getränke trinken. Welche Getränke kann man anstelle von Alkohol trinken? • Wer schreibt beispielsweise Mineralwasser oder verschiedene Säfte auf den Einkaufszettel? |

Abbildung 2 – Tipps zu einem gesundheitsfördernden Verhalten

2.3 Gesunde Ernährung besprechen

Ziel:

Der/die Klient_in kennt anhand der österreichischen Ernährungspyramide die Empfehlungen zur gesunden Ernährung. Dies dient als Basiswissen, um in weiterer Folge die eigenen Ernährungsgewohnheiten zu reflektieren und gegebenenfalls zu verbessern.

In dieser Übung wird die Ernährungspyramide mittels grafischer Darstellung besprochen und mit dem Online-Spiel der Website feel-ok und den Merksätzen gefestigt.

Umsetzung:

Die Abbildung der Ernährungspyramide wird dem/der Klient_in als Ansichtsmaterial vorgelegt und gemeinsam besprochen. Für die Arbeit mit Gruppen ist zu empfehlen, die Ernährungspyramide auf ein Plakat zu zeichnen.

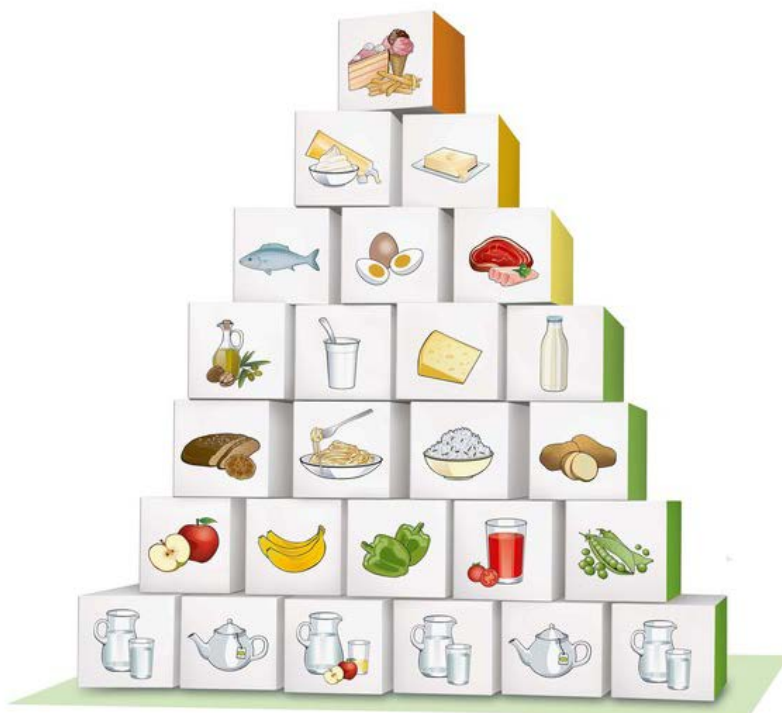


Abbildung 3 – Ernährungspyramide

(aus: www.ages.at, 2021)

Als Ergänzung finden Sie unter www.feel-ok.at in der Rubrik Körper und Psyche ein Online-Spiel zur Ernährungspyramide, bei dem die Lebensmittel zugeordnet werden können.

Die folgenden Merksätze können mit dem/der Klient_in besprochen und weitere Merksätze gefunden werden.

Merksätze zu gesunder Ernährung:

Wenn regelmäßig, oft und/oder mit großen Mengen Grenzen überschritten werden, kann dies eine Gefahr für die Gesundheit darstellen.

Nahrungsmittel, die an der Spitze der Pyramide stehen, können eine Gefahr für unsere Gesundheit werden, wenn **wir zu oft zu viel** oder zu regelmäßig davon essen.

Vorsicht bei **zu viel** Fleisch, Wurst, Eier, Milch, Pudding, in Fett und Öl Gebratenem, Süßigkeiten.

2.4 Meine gesunde Mahlzeit

Ziel:

Der/die Klient_in findet eine der Ernährungspyramide entsprechende Mahlzeit für sich selbst, womit ein Transfer der Informationen der Ernährungspyramide in den Alltag gefördert wird.

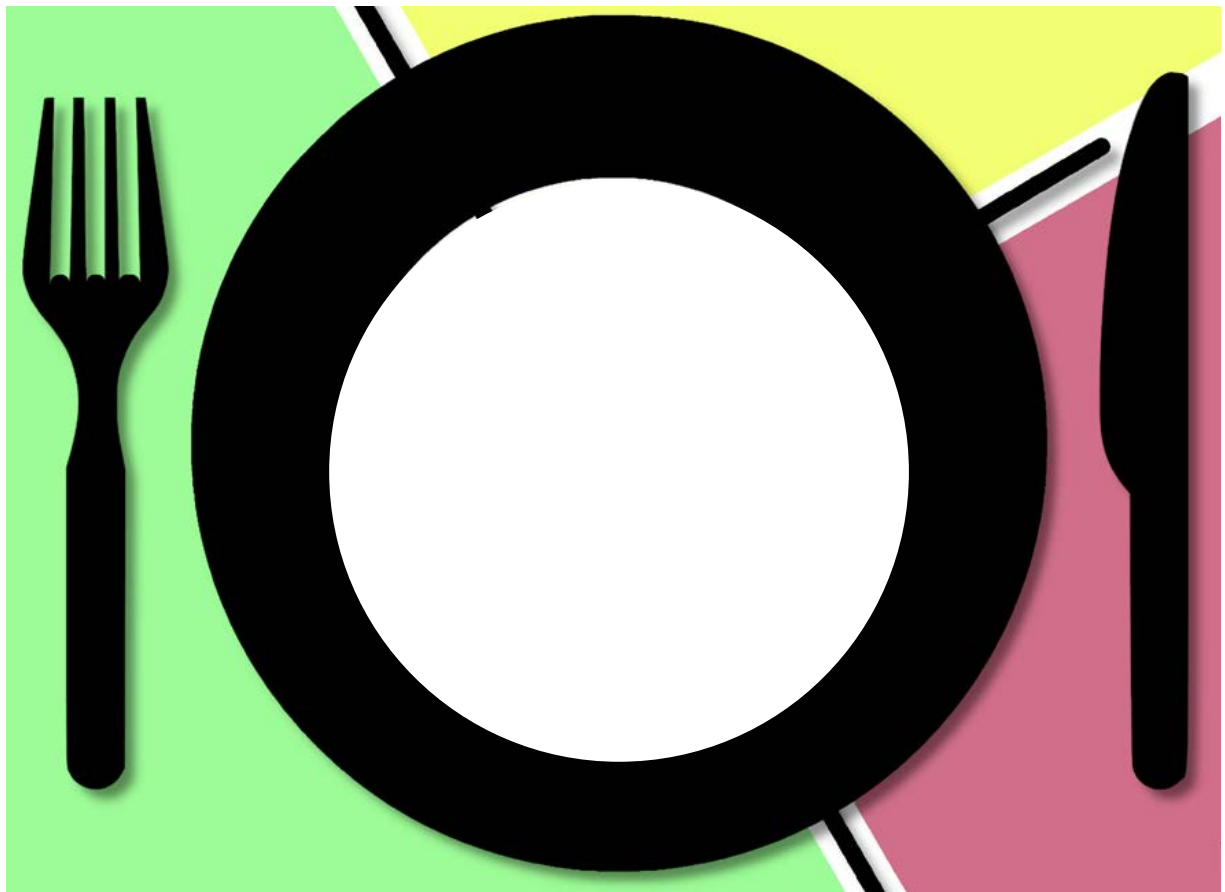
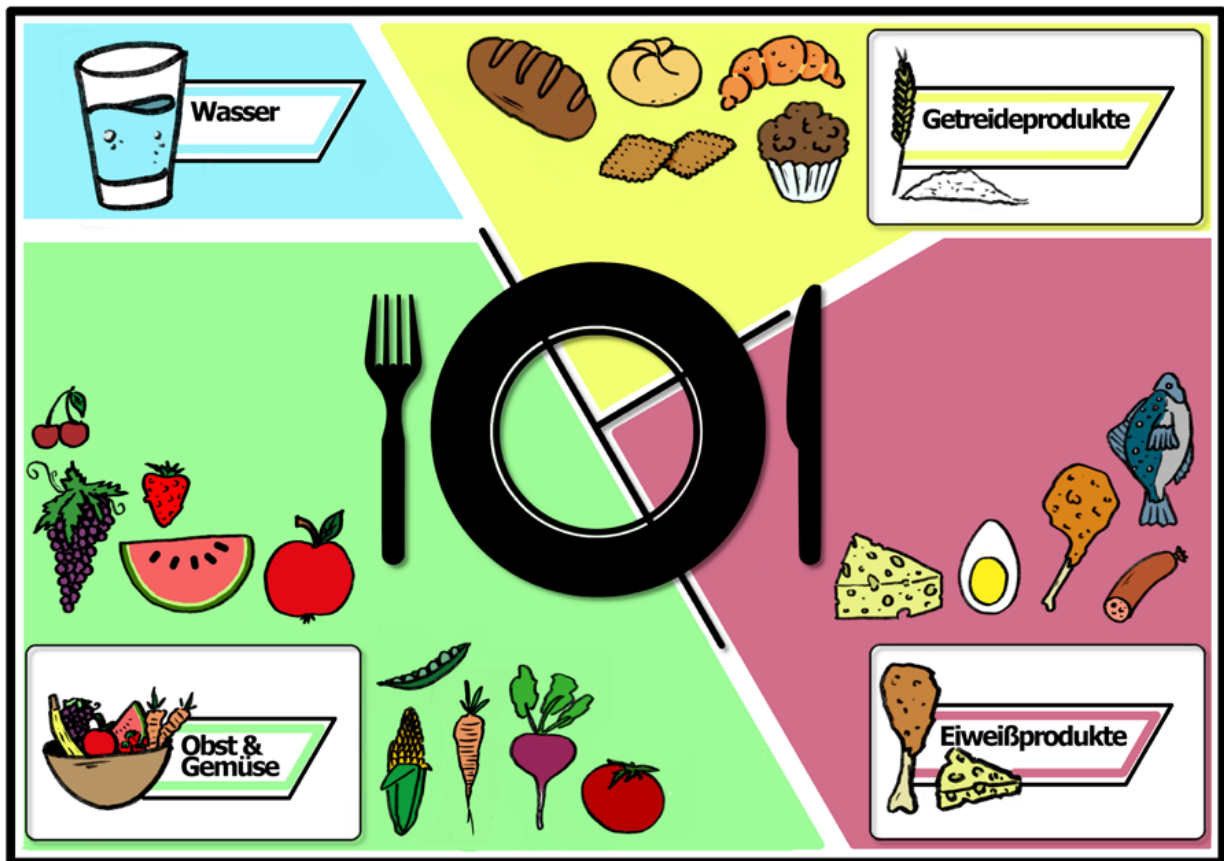
Umsetzung:

Mit dem/der Klient_in wird besprochen, wie eine gesunde Mahlzeit aussehen kann. Reflexionsfragen: „*Was müsste alles auf den Teller, damit es eine gesunde Mahlzeit ist? Was ist deine Lieblingsspeise? Was schmeckt und ist gesund?*“

Im Arbeitsblatt 1 – Meine gesunde Mahlzeit können die Speisen mit dem/der Betreuer_in hineingeschrieben oder gezeichnet/aus Zeitungen ausgeschnitten werden. Es soll versucht werden, die Empfehlungen aus der Ernährungspyramide (siehe Abbildung 3 – Ernährungspyramide) umzusetzen. Wichtig ist, den Genuss in den Vordergrund zu stellen. Es ist nicht erforderlich, auf Schokolade, Kuchen etc. völlig zu verzichten, sondern eine gute „Dosis“ dafür zu finden.

Wie in den Merksätzen zur gesunden Ernährung zuvor beschrieben geht es darum, auf ein „zu oft“ und „zu viel“ zu achten.

Meine gesunde Mahlzeit



2.5 Schritte zu gesundheitsförderndem Verhalten

Vor dieser Übung ist es sinnvoll, sich mit Gesundheit und gesundheitsförderndem Verhalten auseinandergesetzt zu haben. Die Übungen auf Seite 142, 145 und 146 sind dazu gut geeignet.

Ziel:

Der/die Klient_in festigt sein/ihr Wissen aus den Informationen und Tipps zur Gesundheitsförderung. In dem Arbeitsblatt 2 – Schritte zu gesundheitsförderndem Verhalten werden die Inhalte in Form von kurzen Sätzen zusammengefasst, um herauszustreichen, was für die eigene Gesundheit bedeutsam ist und was der/die Klient_in konkret bearbeiten oder „verbessern“ möchte.

Umsetzung:

Damit die nächsten Schritte übersichtlich und umsetzbar bleiben, ist es sinnvoll, nur vier konkrete Vorhaben zu nennen.

Beispiele: Ich möchte ...

- mehr Wasser trinken
- eine Stunde früher schlafen gehen, damit ich auf 6 Stunden Schlaf komme
- 1x pro Woche spazieren gehen
- jeden Tag 2x Zähne putzen etc.

Je konkreter und einfacher die Ziele sind, desto leichter lassen sie sich umsetzen.

Nach ein paar Wochen kann nachgefragt werden, wie es mit den Vorhaben gelingt oder woran noch gearbeitet werden möchte, und bei Bedarf können weitere Schritte benannt werden. Diese Vorhaben werden in das Arbeitsblatt 2 eingetragen und gut sichtbar aufgehängt.

Meine ersten Schritte zur besseren Gesundheit



2.6 Gesundheits-Detektiv_in

Ziel:

Der/die Klient_in festigt gesundheitsförderndes Verhalten. Er/sie kann gesundheitsfördernde Verhaltensweisen reflektieren und Situationen festhalten, die ihm/ihr gesund und gut erscheinen.

Umsetzung:

Mit verschiedenen Hilfsmitteln können gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aus dem Alltag notiert werden, z.B. gesundes Essen, Bewegung, Körperpflege, Schlaf, Entspannung usw.

Beispiele für Hilfsmittel:

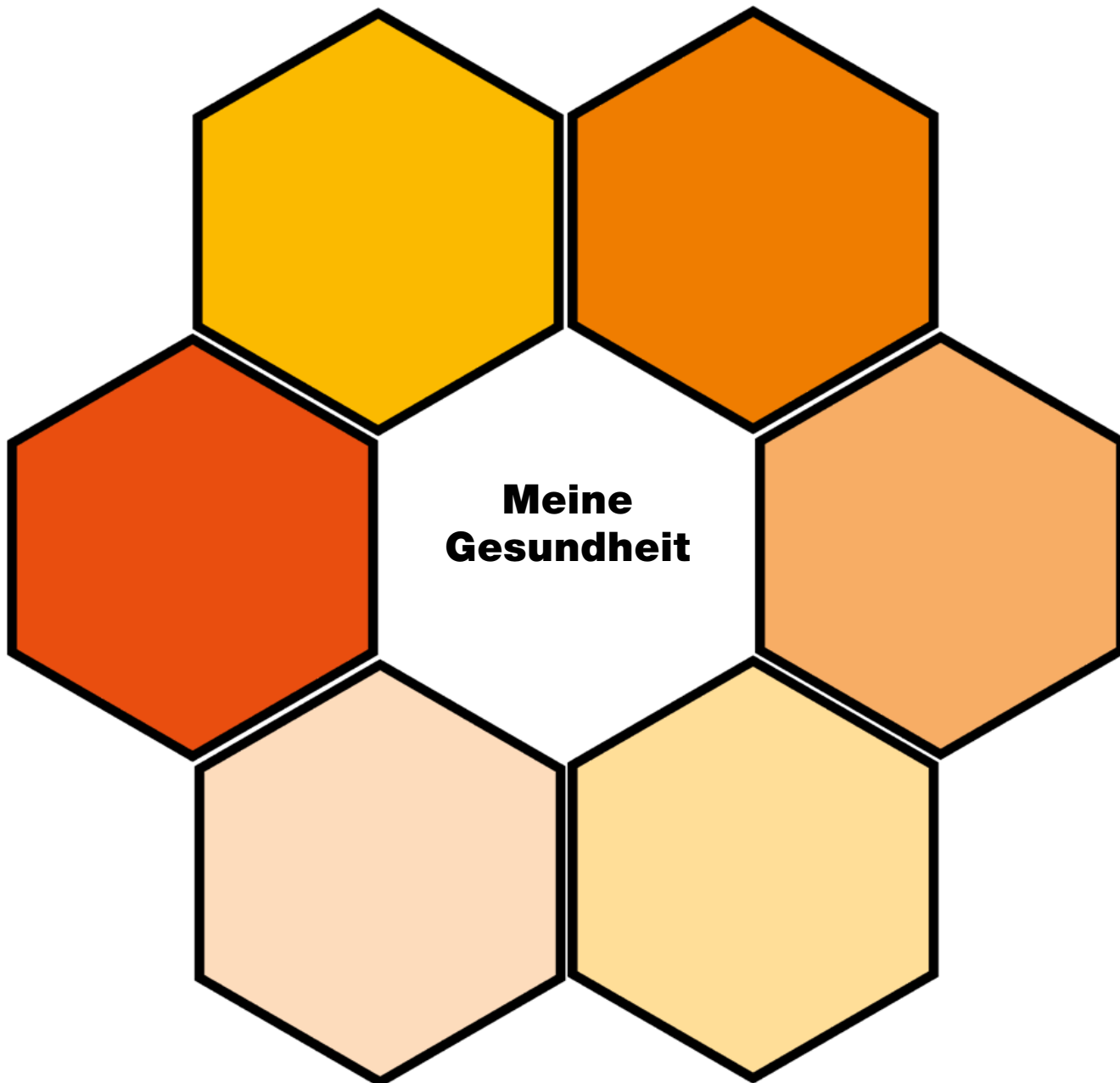
Fotos mit dem Handy, Collage aus Zeitschriften, Notizen oder Zeichnungen. Es kann frei eine Collage gestaltet werden oder im Arbeitsblatt 3 vermerkt und zusammengefasst werden.

Die Betreuungsperson bespricht mit dem/der Klient_in das Ergebnis.

Die Abbildung 4 zeigt hier mögliche Kategorien, die bearbeitet und besprochen werden können, bzw. dienen diese auch als Vorlage für das Arbeitsblatt 3.



Abbildung 4 – Beispielkategorien für die Übung Gesundheitsdetektiv_in



Arbeitsblatt 3 – Gesundheitsdetektiv_in

2.7 Besondere Dinge über mich

Ziel:

Der/die Klient_in kennt seine/ihre persönlichen Wünsche, Vorlieben, Fähigkeiten und hat sich mit seinen/ihren Ressourcen auseinandergesetzt. Die Selbstreflexion trägt zur Förderung der Ich-Stärke bei. Die Übung kann in drei verschiedenen Varianten umgesetzt werden.

Variante 1: Collage „ICH“

In dieser Übung ist vor allem die Selbstreflexion über die Eigenschaften, die der/die Klient_in an sich schätzt, von suchtpreventiver Bedeutung. Es erfordert Mut, sich zu öffnen und sich zu zeigen, wie man ist. Diese Übung verlangt Sensibilität und Einfühlungsvermögen der Betreuungsperson und kann eine gute Vertrauensbasis zwischen Klient_in und Betreuungsperson schaffen bzw. Vertrauen stärken.

Umsetzung:

Der/die Klient_in stellt aus Zeitschriften eine Collage mit dem Titel „ICH“ zusammen (z. B. mit Bildern, Farben, Formen, Texten, Gedichten).

Hilfreich können Hinweise sein wie:

Was machst du gerne in deiner Freizeit?

Was macht dir Freude?

Als Material werden ein Zeichenblock oder A4-Blatt, eine Zeitschrift, Farbstifte und Klebstoff benötigt.

Nach Fertigstellung stellt der/die Klient_in das Bild vor bzw. bespricht es mit der Betreuungsperson.

Variante 2: ICH – anhand von Fragestellungen

Umsetzung:

Der/die Klient_in bekommt das Arbeitsblatt 4 – Meine ICH-Ballons.

In jedes der vier Felder (Ballons) zeichnet er/sie ein Bild oder Symbol oder klebt ein Bild aus einer Zeitschrift ein, welches die Gedanken und Gefühle zu den vier Ereigniskategorien darstellt:

1. Ballon: ein schönes Ereignis aus meinem Leben
2. Ballon: etwas, das ich gerne machen würde
3. Ballon: etwas, was ich an mir selber mag
4. Ballon: etwas, das ich gut kann

Falls das Zeichnen schwerfällt, können als Alternative auch Wörter oder Sätze geschrieben werden. Die Betreuungsperson kann beim Zeichnen und Schreiben unterstützen.

Nachdem das Blatt fertiggestellt ist, wird es vorgestellt und mit der Betreuungsperson besprochen.

Anregende Fragen für die Besprechung können sein:

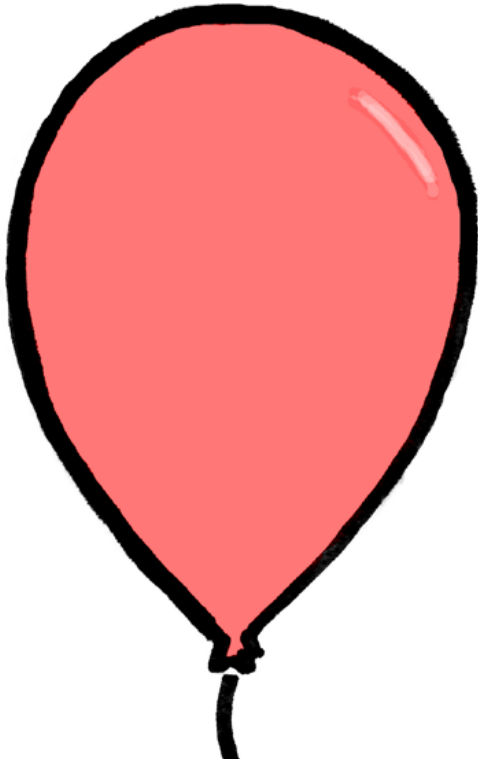
Wie war es, diese Fragen zu beantworten? Ist es dir schwer/leichtgefallen?

Wie fühlst du dich jetzt? Hast du etwas Neues über dich erfahren?

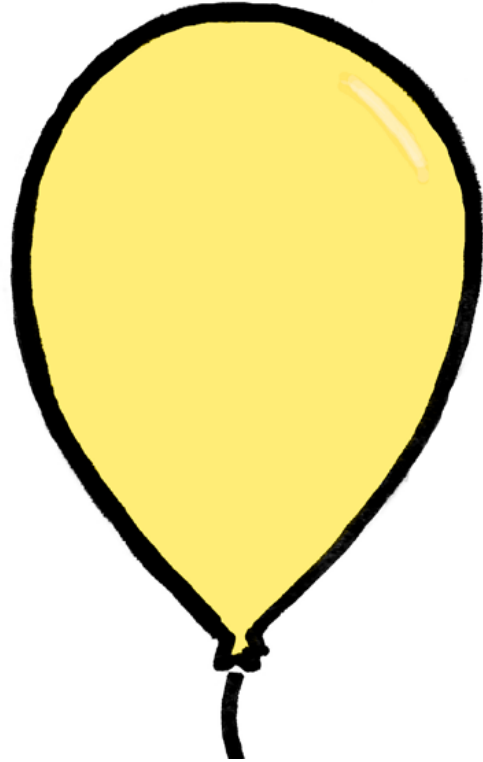
Warum sollen wir uns mit Dingen befassen, die uns wichtig sind und uns beeinflussen?

Meine ICH-Ballons

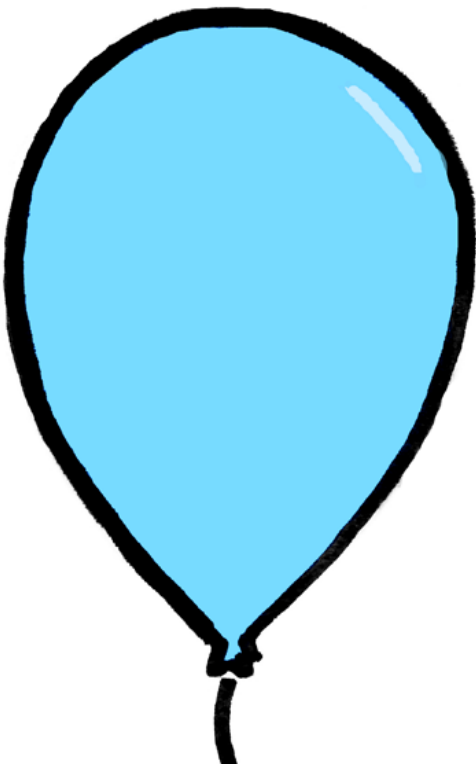
Ein schönes Ereignis
aus meinem Leben ...



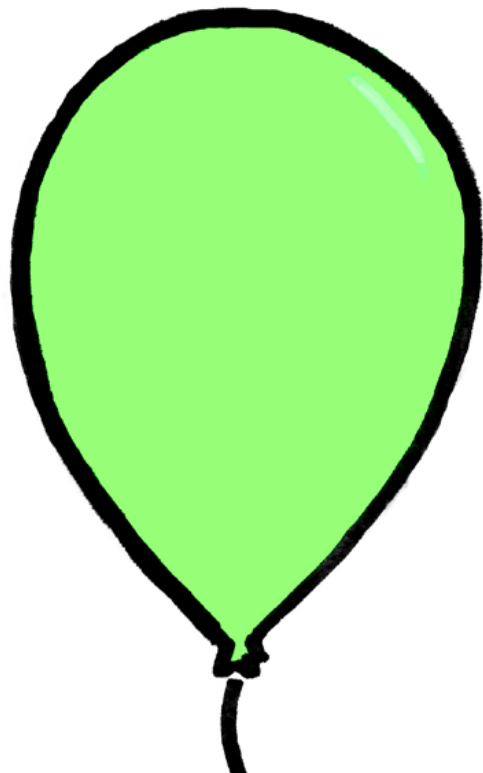
Das würde ich
gerne machen ...



Das mag ich an mir ...



Das kann ich gut ...

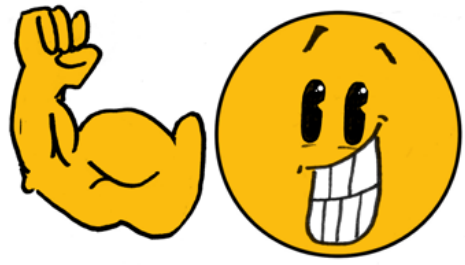


Variante 3: Meine Stärken

Umsetzung:

Es werden 3 Stärken/Ressourcen gesammelt und im nachfolgenden Arbeitsblatt 5 – Meine Stärken als Schlagwörter notiert. Es kann auch gezeichnet oder eine Collage aus Zeitschriften geklebt werden. Das Blatt kann im Zimmer aufgehängt werden, damit die Stärken jederzeit sichtbar sind.

Meine Stärken



Empty rounded rectangular box for writing strengths.

Empty trapezoidal box for writing strengths.

Empty trapezoidal box for writing strengths.

2.8 Meine Ressourcen

Ziel:

Der/die Klient_in ist bezüglich seiner/ihrer eigenen Fähigkeiten positiv bestärkt. Er/sie kennt vielfältige Handlungsmöglichkeiten, um mit Situationen im Leben gut umzugehen, und ist sich seiner/ihrer eigenen Ressourcen bewusst. Diese unterstützen die Förderung sozialer Schutzfaktoren.

Diese Übung kann in zwei verschiedenen Varianten umgesetzt werden: mit dem Ressourcenfächer oder mit dem Wohlfühlklavier.

Variante 1: „Ressourcenfächer“

Umsetzung:

Der/die Klient_in bekommt einen Fächer aus Papier bzw. bastelt sich selbst einen. Dafür das Arbeitsblatt 6 – Ressourcenfächer auf buntes Papier kopieren und gegebenenfalls selbst ausschneiden lassen. Auf jeden einzelnen Papierstreifen wird etwas geschrieben, das man gern hat. Es sind 22 Streifen. Wichtig ist, dass wirklich JEDER Streifen beschrieben wird, auch wenn es auf den ersten Blick sehr viel erscheint.

Es können Dinge sein, die man gerne tut, aber auch Lieblingskleidungsstücke oder Dinge, die man gern hat: Haustiere, Menschen, Orte, Gerüche, mit dem Hund spazieren gehen, den blauen Pullover anziehen, die beste Freundin/den besten Freund treffen.

Wenn alle Streifen beschrieben worden sind, werden sie gelocht und mit einer Rundkopfklemme zusammengeheftet. Diesen beschrifteten Fächer können die Klient_innen einstecken und mitnehmen oder aufhängen. Ziel sollte sein, dass dieser Fächer bei der Hand oder sichtbar ist, wenn es einem nicht gut geht, sodass man sich damit seiner Ressourcen wieder bewusst werden kann.



| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Variante 2: Meine Ressourcen (Mein Wohlfühlklavier)

Kompetenzen und Ressourcen können symbolisch als Tasten eines Klaviers dargestellt werden. Ein Mensch hat verschiedene Tasten zur Verfügung – also Handlungsmöglichkeiten –, um mit Krisen, Problemen oder unangenehmen Gefühlen und Situationen umzugehen.

Eine möglichst große Bandbreite von Handlungsmöglichkeiten für unterschiedliche Lebenssituationen zu entwickeln ist ein Ziel in der Suchtprävention. Bildhaft gesprochen bedeutet das, die vielfältigen Tasten eines Klaviers (Handlungsmöglichkeiten) zur Gestaltung einer Lebensmelodie zu verwenden.

Umsetzung:

Der/die Klient_in schreibt (gemeinsam mit dem/der Betreuer_in) auf Arbeitsblatt 7 – Mein Wohlfühlklavier Handlungsmöglichkeiten auf: was er/sie tut, wenn

1) es ihm/ihr nicht gut geht

Zum Beispiel nach einem Streit mit einer nahen Bezugsperson, Betreuungspersonen, Eltern, bei Liebeskummer, Schwierigkeiten in der Arbeitsstätte, Konflikte mit Freund_innen usw.

Es kann eine Frage oder auch mehrere Fragen gestellt werden.

Beispielfragen:

Was tue ich, wenn ich ...

- wütend bin
- im Stress bin
- eifersüchtig bin
- Angst habe
- erschöpft bin
- unsicher bin
- ein Problem habe
- einsam bin
- traurig bin
- mich missverstanden fühle

Der/die Klient_in schreibt (gemeinsam mit dem/der Betreuer_in) in das Arbeitsblatt 7 – Mein Wohlfühlklavier Handlungsmöglichkeiten auf: was er/sie tut, wenn

2) es ihm/ihr gut geht

Beispielfragen:

Was tue ich, wenn ich ...

- ausgelassen bin
- gut gelaunt bin
- zufrieden bin
- von anderen bewundert werde
- etwas Aufregendes erleben will

Mögliche Antworten für beide Fragen sind:

- | | |
|---------|-------------------|
| Taste 1 | schlafen |
| Taste 2 | Sport (welcher?) |
| Taste 3 | Gespräch |
| Taste 4 | Fernsehen |
| Taste 5 | Schokolade essen |
| Taste 6 | spazieren gehen |
| Taste 7 | laut Musik hören |
| Taste 8 | Katze streicheln |
| Taste 9 | Freund_in anrufen |

Wenn die Übung mit mehreren Personen gemacht wird, können darauf aufbauend alle auf einem Papierbogen gemeinsam ein großes Klavier des Lebens gestalten, anhand dessen die Fülle an Ressourcen aller sichtbar gemacht wird. Aufgabe der Betreuungsperson ist es, die Bedeutung der Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Suchtvorbeugung zu erklären: dass man bei einer Suchterkrankung z. B. nur noch eine Taste – den wiederholten und unkontrollierten Substanzkonsum – zur Verfügung hat und es wichtig ist, viele verschiedene Handlungsmöglichkeiten zu haben, wenn es einem nicht gut geht.

Wie klingt meine Lebensmelodie?

Mit Abbildung 5 können Beispiele gezeigt und besprochen werden. Auf dem Arbeitsblatt 7 – Mein Wohlfühlklavier werden die Tasten ausgefüllt.

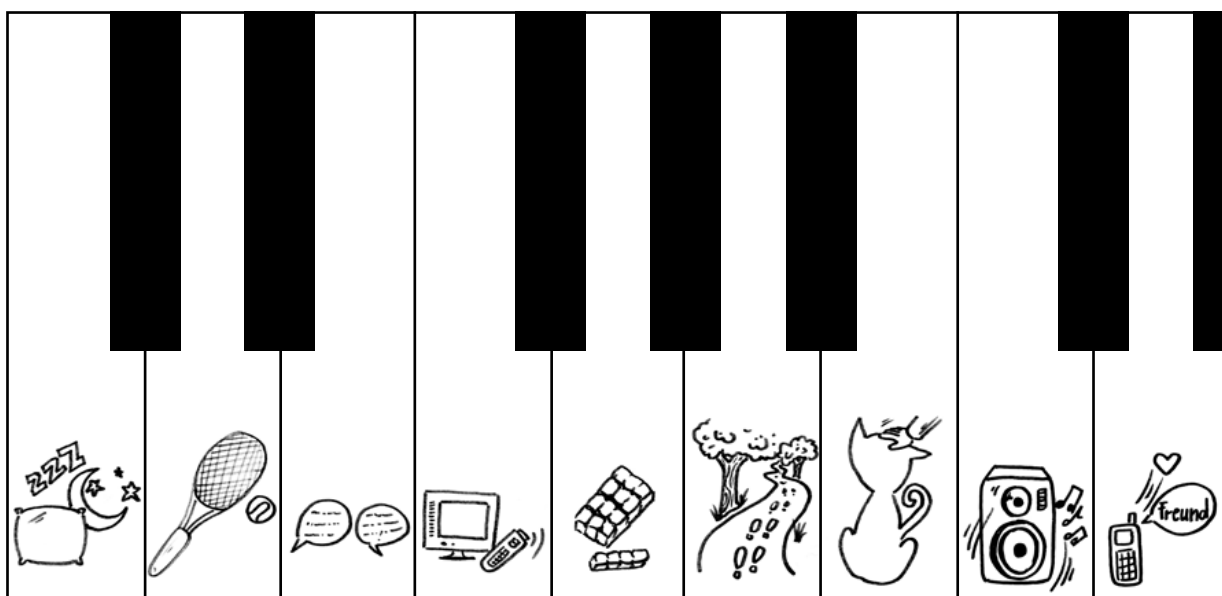


Abbildung 5 – Meine Ressourcen – Mein Wohlfühlklavier

2.9 Stimmungsbarometer – wie geht es mir heute?

Ziel:

Der/die Klient_in kann mittels des Stimmungsbarometers Befindlichkeiten aufzeigen, die dann weiter als Gesprächsgrundlage verwendet werden können.

Umsetzung:

Mit dem Stimmungsbarometer kann die Betreuungsperson Stimmungslagen auf einfache Weise abfragen. Dazu wird das Arbeitsblatt 8 – Stimmungsbarometer verwendet.

Mögliche Fragen könnten sein:

- Wie geht es mir im Moment?
- Wie war mein Tag bisher?
- Wenn ich an den Urlaub denke, fühle ich mich ...?
- Wenn ich an die Arbeitsstätte denke, fühle ich mich ...?

Die passenden Punkte auf der Skala des Stimmungsbarometers werden angekreuzt und die Antworten werden näher besprochen.

Zur Unterstützung können die Emotionskarten (oder auch nur die Auswahl aus Abbildung 6 – Emojisymbole) aufgelegt werden. Die gesamten Emotionskarten finden Sie in Arbeitsblatt 10 – Emotionskarten 1 und Arbeitsblatt 11 – Emotionskarten 2.

Eine Alternative zum Arbeitsblatt 8 – Stimmungsbarometer ist es, im Raum drei Kärtchen mit der Aufschrift „sehr gut“/„gut“/„schlecht“ aufzukleben und den/die Klient_in aufzufordern, sich je nach Stimmung zu einem Kärtchen hinzustellen.

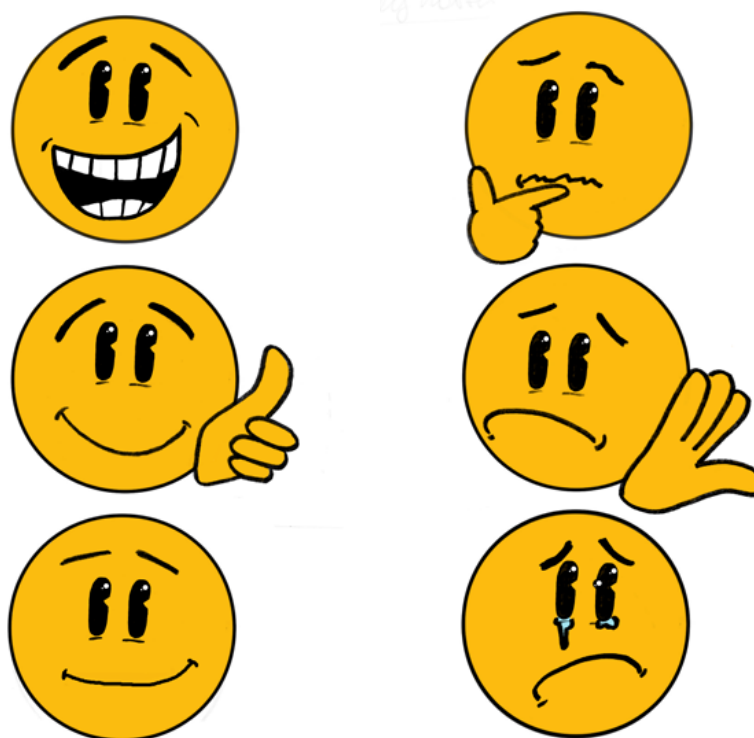
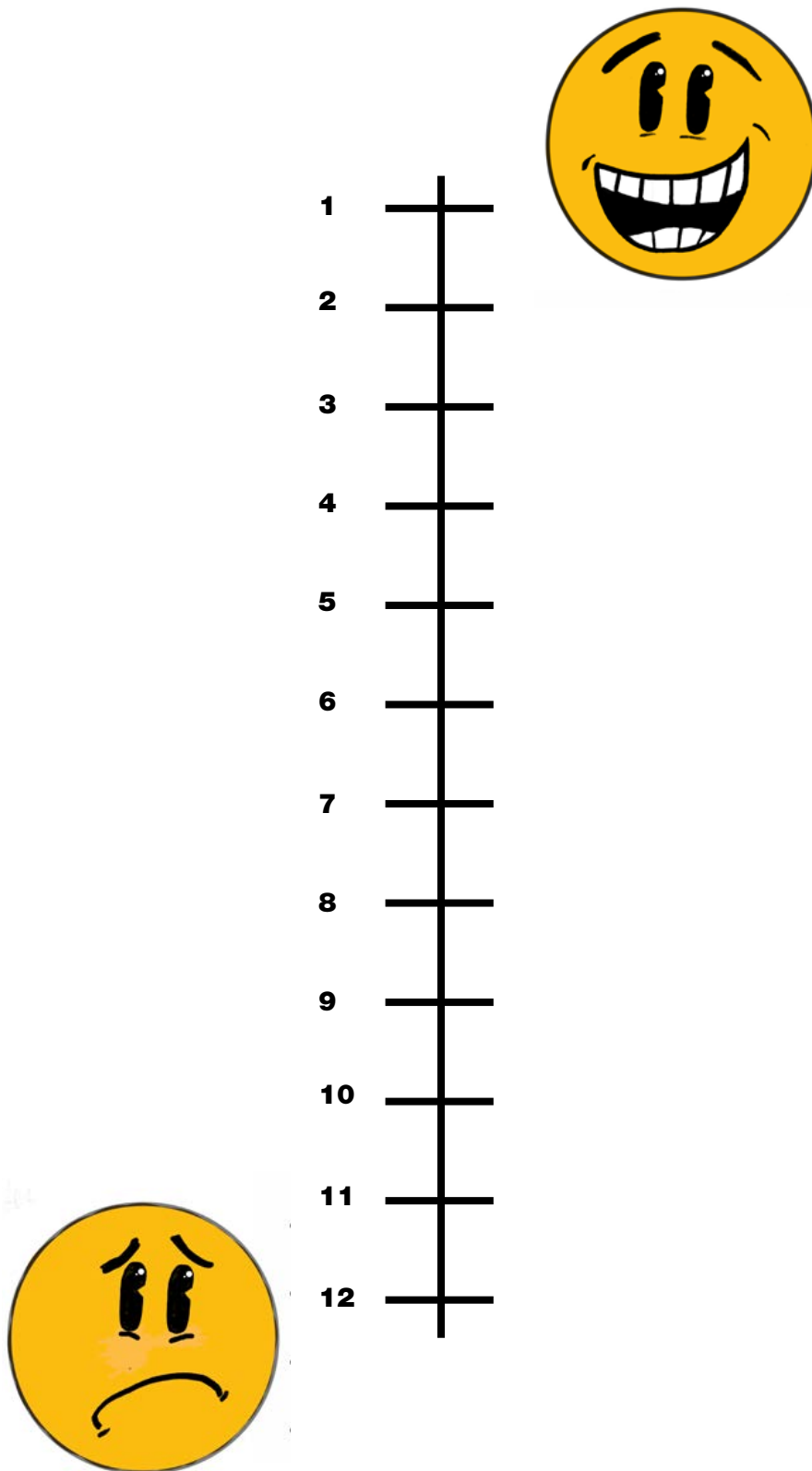


Abbildung 6 – Emojisymbole

Mein Stimmungsbarometer



2.10 Schätze dich selbst ein

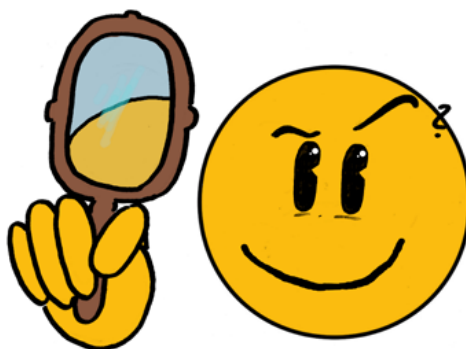
Ziel:

Der/die Klient_in kann sein/ihr eigenes Verhalten durch Selbstreflexion besser einschätzen, wodurch die Fähigkeit zur Empathie gefördert wird. Eine Selbsteinschätzung kann auch die Selbstwahrnehmung unterstützen. Wenn ich mich als Person selbst gut kenne und mich gut einschätzen kann, kann ich mich auch leichter in andere Menschen hineinversetzen. Selbstwahrnehmung fördert die Empathiefähigkeit.

Umsetzung:

Das Arbeitsblatt 9 – Selbsteinschätzung wird von dem/der Klient_in (gegebenenfalls mithilfe des/der Betreuer_in) ausgefüllt. Die Antworten sind als Momentaufnahmen gedacht, um das momentane Empfinden aufzuzeigen. Diese Empfindungen können sich natürlich auch wieder verändern. Danach wird die Übung besprochen. *Wie war es für dich, dich selbst einzuschätzen?*

Die Übung kann in gewählten Abständen wiederholt und verglichen werden. *Hat sich etwas verändert? Warum hat es eine Veränderung gegeben?*



Ich schätze mich selbst ein

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|---|---------------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Meine Fähigkeit, anderen zuzuhören, ist ... | klein | | | | | | groß |
| Meine Bereitschaft, über eigene Gefühle zu reden, ist ... | klein | | | | | | groß |
| Die Meinungen der anderen beeinflussen mich ... | nicht | | | | | | sehr |
| Meine Fähigkeit, anderen zu vertrauen, ist ... | klein | | | | | | groß |
| Konflikte ertrage ich ... | schlecht | | | | | | gut |
| Wenn mir jemand widerspricht, ertrage ich das ... | schlecht | | | | | | gut |
| Meine Fähigkeit, andere zu ermuntern, ist ... | klein | | | | | | groß |
| Wenn jemand einen anderen lächerlich macht ... | mache ich NICHT mit | | | | | | mache ich mit |
| Meine Fähigkeit, andere zu loben, ist ... | klein | | | | | | groß |

3. UMGANG MIT GEFÜHLEN ERLERNEN

3.1 Gefühlsermittlung

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und die Beschreibung von Gefühlszuständen ist ein wichtiger Aspekt unseres Lebens und des Miteinanders. Es sollte genügend Zeit dafür eingeplant werden. **Dazu können diese Übung und die folgenden Übungen auf den Seiten 167, 174 und 175 aufeinander aufbauend durchgeführt werden.**

Ziel:

Der/Die Klient_in lernt verschiedene Gefühle kennen. Das Repertoire, Gefühle zu beschreiben, wird so erweitert. Der/die Klient_in kann dadurch Gefühle besser benennen und ausdrücken.

Umsetzung:

Um in das Thema gut einzusteigen, soll ein klarer Überblick über Gefühle gegeben werden.

Mit dem /der Klient_in kommt man über die Einstiegsfrage „*Welche Gefühle kennst du?*“ ins Gespräch. Die angegebenen Gefühle können notiert und anhand der Abbildung 7 – Welche Gefühle kennst du? besprochen werden.

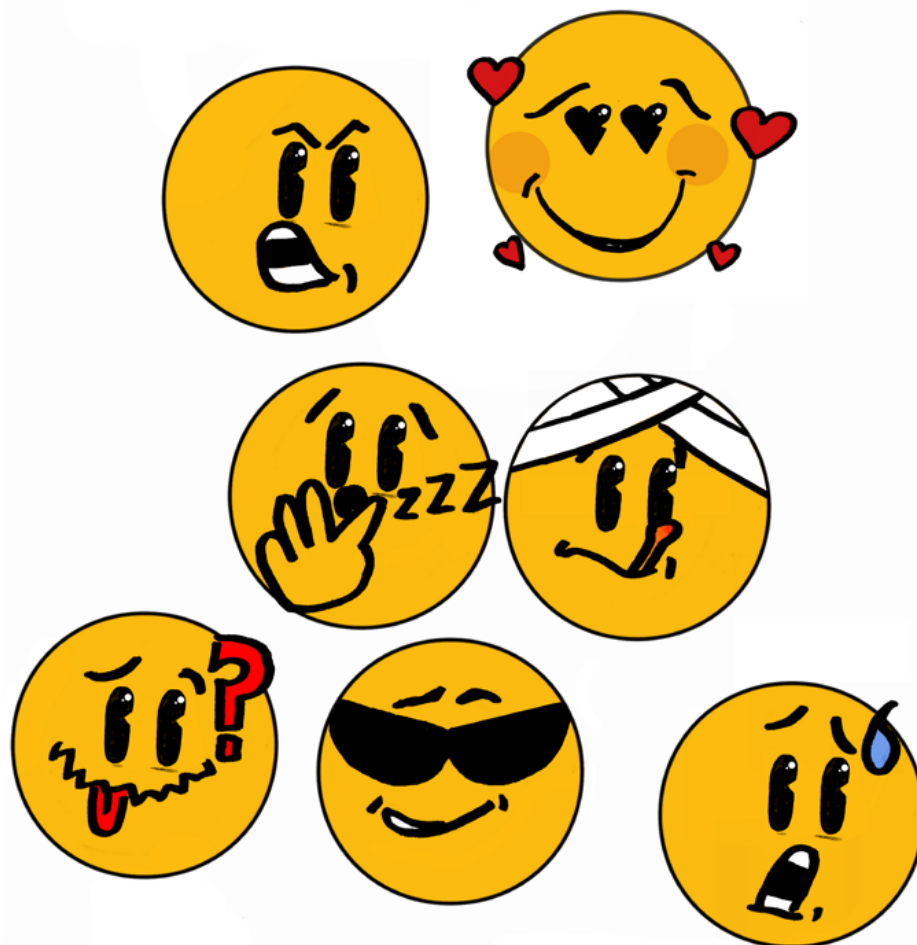


Abbildung 7 – Welche Gefühle kennst du?

Weitere Fragen zur Bearbeitung des Themas Gefühle, die von der Betreuungsperson mit dem/der Klient_in besprochen werden können:

Gibt es Gefühle, die du besonders gern hast?

Gibt es Gefühle, die du nicht magst?

Wo im Körper spürt man überall Gefühle?

Wortschatz: Freude, froh, lachen, glücklich, Angst, ängstlich, erschrecken, Wut, wütend, stampfen, Trauer, traurig, weinen, Langeweile, Überraschung, staunen, Gefühl, fühlen, Nervosität, zittrig, ...

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 47-49)

3.2 Gefühlslinien zeichnen

Diese Übung kann gut mit den Übungen auf den Seiten 166, 167, 174 und 175 kombiniert werden.

Ziel:

Der/die Klient_in kann seine/ihre Gefühle mit dem ausgewählten Mittel darstellen. Wenn ein verbaler Gefühlsausdruck schwierig erscheint, ist diese Form der nonverbalen Ausdrucksform eine Unterstützung und Alternative.

Umsetzung:

Der/die Klient_in bekommt ein leeres Blatt Papier, bei dem Vorder- und Rückseite verwendet werden können. Die Betreuungsperson erklärt, dass nun 4 verschiedene Linien gezeichnet werden sollen. Die Linien sollen jeweils durchgängig gezeichnet werden, ohne den Stift abzusetzen.

- a) eine Linie, die unglaublich glücklich ist und sich voller Freude auf dem Blatt bewegt. (Danach zeichnet der/die Klient_in die Linie.)
- b) eine Linie, die traurig und unglücklich ist
- c) eine Linie, die verängstigt ist
- d) eine Linie, die es kaum erwarten kann, sich selbstbewusst auf dem Papier zu zeigen

Gemeinsam werden die unterschiedlichen Linien besprochen und welche Vorteile es hat, Gefühle über diese Art auszudrücken.

Diese Übung kann immer wieder verwendet werden, wenn Gefühle nicht oder nur schwer mit Worten beschrieben werden können.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 49)

3.3 Gefühle erkennen

Diese Übung kann gut mit den Übungen auf den Seiten 166, 167, 174 und 175 kombiniert werden.

Ziel:

Der/die Klient_in kann Emotionen besser erkennen und benennen. Diese Kompetenz ist hilfreich, um Bedürfnisse gut ausdrücken zu können, und unterstützt in der Konfliktlösung.

Umsetzung:

Es wird mit dem/der Klient_in die Frage „*Woran erkenne ich bei anderen Menschen Gefühle?*“ besprochen (durch Körperhaltung, Mimik, Gestik, Blick, Stimme).

Mittels der **Emotionskarten** Arbeitsblatt 10 – Emotionskarten 1 und Arbeitsblatt 11 – Emotionskarten 2 können Gefühle erraten werden (das Wort beim Erraten abdecken); anhand der **Gefühlstabelle** Abbildung 8 – Gefühlstabelle kann sehr gut der Zusammenhang zwischen Gefühl und Gestik erarbeitet werden.



ängstlich



traurig



verliebt



neugierig



gelangweilt



wütend



zufrieden



frustriert



nervös





ungeduldig



aufgeregt



entspannt



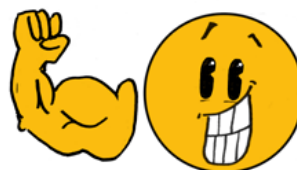
sich freuen



überrascht



stolz



schüchtern



Andere Gefühle

Andere Gefühle

Gefühlstabelle

| | ... fröhlich bist? | ... ängstlich bist? | ... wütend bist? | ... traurig bist? |
|---|-------------------------|---|-------------------------------|---|
| Was machst du mit deinen Augen, wenn du ... | strahlen, zwinkern | weit aufmachen, aufreißen | zusammenkniefen, böse schauen | reiben, weinen |
| Was machst du mit deinem Mund, wenn du ... | grinsen, lachen | Lippen zusammenpressen | Zähne zeigen | zittern, Unterlippe vorschieben |
| Was machst du mit deinen Händen, wenn du ... | in den Himmel strecken | auf meine Brust legen | Fäuste ballen | vor das Gesicht halten, hängen lassen |
| Was machst du mit deinen Beinen, wenn du ... | hüpfen | zittern, zusammenpressen, die Knie schlottern | stampfen | ganz ruhig dastehen |
| Was machst du mit deinem Körper, wenn du ... | gerade aufrichten | krümmen, klein machen | Brust rausstrecken | Schultern hängen lassen |
| Was möchtest du am liebsten tun, wenn du ... | singen, pfeifen, tanzen | verstecken, davonrennen | drohen, schlagen | verkriechen, in den Arm genommen werden |
| Was möchtest du am liebsten sagen, wenn du ... | Hurra (Freudenschrei) | Ahhh (Angstschrei) | Wuahh (Wutschrei) | weinen, schluchzen, seufzen |

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 85)

3.4 Bedeutung von Gefühlen

Diese Übung kann gut mit den Übungen auf den Seiten 166, 167 und 175 kombiniert werden.

Ziel:

Der/die Klient_in ist sich der Bedeutung von Gefühlen in seinem/ihrem Leben und dem Leben allgemein bewusst und weiß, dass Gefühle unsere Bedürfnisse sichtbar machen.

Über seine/ihre Gefühle erfährt der/die Klient_in mehr über die Qualität seines/ihres Lebens. Der Zusammenhang zwischen Stimmungslagen und Gefühlen hilft dabei, zu erkennen, wie es einem selbst geht. Gefühle sind wie ein Kompass, der Orientierung geben kann bzw. zu einer Handlung anregt. Alle Gefühle sind gut und wichtig!

Manchmal kann es sinnvoll sein, Gefühle zu regulieren. So können im Sinne der Emotionsregulation Gefühle und das anschließende Handeln hinterfragt werden.

Umsetzung:

Es wird mit dem/der Klient_in ein Gespräch über die Frage geführt, *wozu Gefühle eigentlich gut sind*. Gefühle zeigen uns, wie es uns geht, und geben uns Hinweise über uns selbst. Das ist in vielen Situationen sehr hilfreich und schützt uns vor Gefahren.

Beispiele für Basisgefühle und Handlungsimpulse:

| | | | | | |
|---------------|---|-------------------|---------------|---|--------------------|
| <u>Gefühl</u> | → | <u>Reaktion</u> | <u>Gefühl</u> | → | <u>Reaktion</u> |
| Angst | → | Flüchten | Freude | → | hüpfen |
| Ärger | → | Angriff | Liebe | → | umarmen |
| Trauer | → | sich zurückziehen | Ekel | → | sich verstecken |
| Scham | → | sich verstecken | Schuld | → | sich entschuldigen |

Gefühle zeigen uns an, wie es uns geht. Wie auf Gefühle reagiert wird, ist oft unterschiedlich. Wir sind den Reaktionen jedoch nicht machtlos ausgeliefert. Ziel ist, Gefühle und die darauf folgenden Handlungen zu hinterfragen und zu reflektieren.

Dabei können folgende Fragen hilfreich sein:

Ist mein Gefühl der Situation angemessen (Realitätsüberprüfung)?

Ist es sinnvoll, meinem Gefühl Ausdruck zu verleihen?

Kann ich mein Gefühl noch kontrollieren?

Wie könnte ich einem Gefühl (innerlich und äußerlich) besser begegnen?

Den natürlichen Reaktionsimpuls nicht auszuleben ist jedoch schwierig und bedarf ausgiebiger Übung. Therapeutische Hilfe oder ein Coaching ist bei häufigen unangemessenen, (sich selbst und andere) schädigenden Gefühlsausbrüchen empfehlenswert. Auch Übungen zu mehr Selbstmitgefühl und Selbstfürsorge oder achtsamkeitsbasierte Übungen sind für einen guten Umgang mit Gefühlen und der Gefühlsregulation sehr hilfreich und wirksam.

Beispiele:

| Gefühl | → | Reaktion | Emotionsregulation |
|--------|---|-------------------|---|
| Angst | → | flüchten | sich der Situation stellen |
| Scham | → | sich verstecken | sich zeigen |
| Freude | → | hüpfen | sich zurückziehen |
| Ärger | → | Angriff | aus dem Feld gehen, XY freundlich begegnen |
| Trauer | → | sich zurückziehen | aktiv werden |

(vgl. Bohus, M. & Wolf, M., 2009)

3.5. Wie kann ich meine Gefühle positiv beeinflussen?

Diese Übung kann gut mit den Übungen auf den Seiten 166, 167 und 174 kombiniert werden.

Ziel:

Der/die Klient_in kennt Strategien, um die Körperwahrnehmung zu stärken, wodurch Gefühle positiv beeinflusst werden können.

Umsetzung:

Die Betreuungsperson gibt dem/der Klient_in die Anleitung für ein Experiment. Dieses kann gerne mit dem/der Klient_in gemeinsam umgesetzt werden. Es besteht aus zwei Durchgängen.

1. Durchgang:

Wir versuchen heute ein Experiment. Bitte lasse Schultern und Kopf hängen, neige das Kinn so nahe wie möglich zum Brustkorb. Die Körperhaltung ist gebückt, die Mundwinkel gehen nach unten. Nun einmal tief durchatmen und sagen: Heute fühle ich mich glücklich.

2. Durchgang:

Wir stellen uns aufrecht hin, heben den Kopf, der Blick ist geradeaus gerichtet, die Brust hinausgestreckt und die Schultern werden breit gemacht. Nun einmal tief durchatmen, lächeln und sagen: Heute fühle ich mich glücklich.

Besprechung des Experiments: *Wie ist es mir im 1. Durchgang ergangen, wie im 2.? Wo waren die Unterschiede?*

Gefühle beeinflussen unsere Körperhaltung, aber umgekehrt können wir auch durch unsere Körperhaltung und unsere Atmung unsere Gefühle (unseren Gemütszustand) beeinflussen.

Es hilft, den Kopf bewusst aufrecht zu halten, die Brust herauszustrecken und auf einen geraden Rücken zu achten. Auch ein **sicherer Stand** kann Selbstvertrauen und Zuversicht geben. Dabei die Beine schulterbreit hinstellen, sodass dazwischen etwas Platz ist und die Füße mit den Schultern ungefähr eine Linie bilden. So kann sich der/die Klient_in vorstellen, dass er/sie – wie ein Baum – mit den Füßen tief in der Erde verwurzelt ist. Das kann bei Gesprächen ein hilfreicher Trick sein, um sich sicherer zu fühlen.

Spiegelübung – Körper:

Der/die Klient_in soll sich im Spiegel ansehen und auf den Körper und die Haltung achten. Bewusst den Kopf aufrecht halten und die Brust herausstrecken. Anschließend breitbeinig hinstellen, Hände in die Hüften stemmen und etwas Positives sagen, wie z. B. „Ich bin gut“, „Ich fühle mich wohl“ oder „Ich schaffe das“.

Spiegelübung – Lächeln:

Der/die Klient_in soll eine Woche lang versuchen, jedes Mal, wenn er/sie sich selbst im Spiegel sieht, sich anzulächeln, und darauf achten, was für ein Gefühl das erzeugt.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 246)

3.6 Reflexion der Gefühle Ärger und Wut**Ziel:**

Der/die Klient_in hat sich mit den Gefühlen Ärger und Wut auseinandergesetzt. Die Beobachtung und das Erkennen der Gründe, aus denen diese Gefühle entstehen und wie man darauf reagiert, wird helfen im gesunden Umgang mit den Gefühlen Ärger und Wut.

Umsetzung:

Zuerst werden die Gefühle Ärger und Wut besprochen. Sind es „gute“ oder „schlechte“ Gefühle – oder keines von beiden? In der Regel wird Wut negativ bewertet. Die Betreuungsperson erklärt, dass es im Grunde gar keine schlechten Gefühle gibt. Gefühle sind einfach Gefühle. Jeder Mensch empfindet ab und zu Ärger und Wut. Wut hat, auch wenn sie unangenehm ist, ihre Berechtigung und soll akzeptiert werden – als einer von vielen möglichen und vorübergehenden Gefühlszuständen. Es geht vielmehr um die Frage des Ausagierens von Ärger und Wut und der eigenen guten „Verwaltung“ der Gefühle.

Bei dieser Übung wird eine Woche lang beobachtet, wann die Gefühle Ärger und Wut verspürt werden und wie der/die Klient_in damit umgegangen ist. (Es ist möglich, auch nur einzelne Tage zu beobachten.) Dazu wird das Arbeitsblatt 12 – Beobachtung der Gefühle Ärger und Wut (bei Bedarf mithilfe der Betreuungsperson) ausgefüllt. Als Ergänzung empfiehlt sich die anschließende Übung: Strategien – guter Umgang mit den Gefühlen Ärger und Wut.

Diese Woche bin ich wütend geworden, als ...

| Situation/Grund | Was habe ich dann gemacht? | Möchte ich etwas anders machen? |
|-----------------|----------------------------|---------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3.7 Strategien – guter Umgang mit den Gefühlen Ärger und Wut

Ziel:

Ergänzung zur vorigen Übung Reflexion der Gefühle Ärger und Wut. Der/die Klient_in kennt Handlungsalternativen oder Strategien, wie mit starken Wutgefühlen (besser) umgegangen werden kann.

Umsetzung:

1. Cool down!

Wenn man innerlich vor Wut kocht, ist es erst einmal wichtig, einen kühlen Kopf zu bekommen. Daher ist es gut, wenn jeder Mensch eine Strategie für sich zur Verfügung hat, um das starke Erregungsniveau zu reduzieren, damit mit Wutgefühlen aufkommen kann.

Mögliche Strategien zur Reduktion starker Wutgefühle:

Merksatz: „Wenn du wütend bist, atme und zähl bis drei, wenn das nicht hilft, dann schrei.“

Wutball: einen Quetschball mit aller Kraft drücken, knautschen, kneten oder gegen die Wand werfen.

Wut ausatmen: Bewusst einige tiefe Atemzüge nehmen und sich dabei vorstellen, wie mit der Einatmung Ruhe und Frieden eingeatmet und mit der Ausatmung Wut und Ärger (aus dem Körper) ausgeatmet werden.

Wut beobachten: Sich einen ruhigen Platz suchen, eine angenehme Position einnehmen, die Augen schließen und die eigene Wut einfach nur beobachten. Oft wird die Wut nach einiger Zeit von alleine schwächer.

Faust öffnen: Die Hand fest zu einer Faust zusammenballen. Dann tief durchatmen und bei jedem Ausatmen einen Finger nach dem anderen lösen und die Faust schrittweise öffnen.

2. Think!

In einem zweiten Schritt ist es wichtig herauszufinden, was einen so wütend gemacht hat. Jedes Gefühl hat einen Auslöser und einen Grund. Es ist wichtig, diesen Grund zu erkennen, damit die wirkliche Ursache der Wut aufgelöst werden kann. Was hat mich wütend gemacht? (Z. B. jemand hat, ohne mich zu fragen, mein Getränk genommen.) Geht es darum, dass ich jetzt keines mehr habe oder dass mich die Person nicht respektvoll behandelt hat? Manchmal ist es schwierig, die eigentliche Ursache zu erkennen. Hinter den Gefühlen Ärger und Wut stehen meist ein anderes Gefühl bzw. andere Gefühle, die als Auslöser fungieren. Das kann zum Beispiel Trauer sein, eine emotionale Verletzung oder sich ungerecht behandelt fühlen, sich nicht wertgeschätzt fühlen etc.

Wenn der Grund der Wut erkannt wird, kann (gemeinsam) überlegt werden, welche Schritte als nächste gesetzt werden, z. B. bei einem aktuellen Vorfall.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 322-323)

3.8 Probleme lösen in 4 Schritten

Ziel:

Der/die Klient_in kennt Problemlöseschritte, die Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, um Probleme leichter lösen zu können.

Wenn Menschen ein Problem haben, löst das oft viele unangenehme Gefühle aus (Panik, Angst, Stress ...). Hilfreich kann sein, anhand der 4 Problemlöseschritte zu versuchen, sachlich an das Problem heranzugehen und das Problem mit etwas Abstand zu betrachten.

Umsetzung:

Mit dem Arbeitsblatt 13 – Problemlöseschritte werden die einzelnen Schritte des Problemlösens durchgegangen.

Wenn sich Gedanken und Gefühle rund um ein Problem im Kreis drehen, kann es hilfreich sein, sich in einem **ersten Schritt** ein großes Stopp-schild vorzustellen oder es zu zeichnen, um den Emotionskreislauf zu durchbrechen. Kurz innehalten und tief durchatmen, sich schütteln oder hüpfen, um einen „klaren Kopf“ zu bekommen.

In einem **zweiten Schritt** wird versucht, das Problem genau zu beschreiben.

Fragestellungen: *Was ist das eigentliche Problem? Wer ist beteiligt? Was belastet mich? Wer könnte mich unterstützen?*

Im **dritten Schritt** wird über mögliche Lösungen nachgedacht und deren Vor- und Nachteile werden abgewogen.

Im **vierten Schritt** wird eine Entscheidung getroffen und die Lösung ausprobiert. Ist diese nicht zielführend, wird mit den Schritten von vorne begonnen.

Es ist hilfreich, diese Schritte immer wieder (zu Beginn mit kleineren Problemen) zu üben. Nicht gleich etwas ganz Großes aussuchen.

Merksätze:

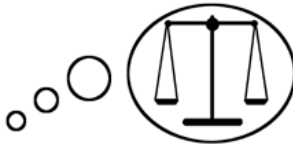
1. Stopp! Schau hin, es gibt ein Problem!
2. Als Erstes muss ich das Problem verstehen.
3. Danach suche ich so viele Lösungen, wie ich finden kann.
4. Die beste Idee probiere ich dann.

„Ein gut beschriebenes Problem ist ein halb gelöstes Problem.“

„Das Problem lösen, indem man sich vom Problem löst!“

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S.146-150)

Meine Lösungsschritte für ein Problem



1. STOPP – innehalten

Tief durchatmen, sich schütteln, hüpfen!
Auf einen Zettel das Wort STOPP schreiben oder sich ein Stoppschild vorstellen.

2. PROBLEM beschreiben – nachdenken

Das Problem gut beschreiben und in Worte fassen.
*Was ist das eigentliche Problem?
Wer ist beteiligt?
Was belastet mich? Wer könnte mich unterstützen?*

3. LÖSUNGEN abwägen – nachdenken

Brainstorming:
*Welche Handlungsmöglichkeiten und Lösungen gibt es?
Welche sind umsetzbar?
Welche Vor- und Nachteile gibt es?
Abwägen, welche Lösung am besten passt.
Welche Konsequenzen gibt es?*

4. HANDELN

Sich für eine Lösungsmöglichkeit entscheiden.
Benötige ich noch etwas für die Umsetzung der Lösung?
War meine Lösung zielführend?

3.9 Stress und Anspannung erkennen

Ziel:

Der/die Klient_in weiß, wo und wie sich Stress und Anspannung im Körper (physisch und psychisch) bemerkbar machen können. Sich dessen bewusst zu werden unterstützt dabei, Stress zu erkennen und in weiterer Folge Maßnahmen zum Stressabbau anwenden zu können.

Umsetzung:

Mit dem/der Klient_in wird besprochen, wo Stress und Anspannung im eigenen Körper und im Verhalten wahrgenommen werden. Dazu kann das Arbeitsblatt 14 – Woran merke ich, dass ich Stress habe? als Unterstützung verwendet werden. Anschließend wird gemeinsam überlegt, welche Übungen für den/die Klient_in sinnvoll sind, um dem Stress entgegenzuwirken. Welche Möglichkeiten zur Entspannung und zum Stressabbau möchte der/die Klient_in ausprobieren? (siehe Abbildung 12 – Entspannungsübungen)

Anmerkung: Ergänzend zu dem Arbeitsblatt 14 – Woran merke ich, dass ich Stress habe? können (einzeln oder in der Gruppe) auf einem Flipchart die Umrisse einer Figur/eines Körpers aufgemalt werden. In der Figur wird dann eingetragen, wo Stress gespürt wird. Diese Region wird mit einer Farbe eingezeichnet.

Z. B.: „Ich bekomme warme Hände“ (Hände rot markieren)
„Meine Stirn wird heiß.“ „Mein Herz rast.“ „Mein Magen zieht sich zusammen.“ ...

Nachdem die „Stressregionen“ sichtbar gemacht worden sind, können auch die Gedanken und Gefühle dazu als Schlagworte rund um die Figur geschrieben werden.

Am Ende sieht man, auf wie vielen Ebenen sich Stress im Körper bemerkbar macht.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 263)

Wo und wie spüre ich Stress?

An meinem Körper:

Beispiele:

Ich habe Kopfweg.
Ich habe Bauchweh.
Mein Herz klopft wild.
Meine Hände zittern.
Ich kann nicht einschlafen.
Mir ist übel.
Mir ist schwindelig.
Ich mag nichts essen.



An meinen Gefühlen und Gedanken:

Beispiele:

Ich habe Angst.
Ich ärgere mich oft.
Ich kann mich nicht konzentrieren.
Ich denke: Das schaffe ich nie!
Ich denke: Jetzt ist alles aus!
Ich denke: Ich will nicht mehr weitermachen!



An dem, was ich tue:

Beispiele:

Ich mache alles durcheinander.
Ich mache Fehler.
Ich werde schnell wütend.
Ich beeile mich sehr.
Ich mache keine Pausen.



3.10 Arbeiten mit Spannungskurven

Diese und die folgenden Übungen basieren auf der Grundlage des Konzeptes der Skills-Trainings von Marsha M. Linehan (siehe dazu auch Kapitel Gespräche führen, Seite 110ff).

(vgl. Linehan, 2008)

Ziel:

Der/die Klient_in kann Spannungszustände erkennen sowie beschreiben und kann entsprechende Skills (Fähigkeiten und Fertigkeiten) einsetzen.

Umsetzung:

Der Begriff „Spannung“ gibt den jeweiligen aktuellen Zustand, in dem sich Klient_innen befinden, wieder. „Spannung“ wird zur gemeinsamen Sprache bzw. Ausdrucksform – somit können emotionale Zustände besser (in Zahlen) wiedergegeben werden.

Anhand einer Kurve wird den Klient_innen erklärt, dass es unterschiedliche Spannungszustände gibt. Mittels eines Zahlenwertes soll der Spannungszustand auf einer Skala von 0 bis 100 eingeordnet werden. Ein Wert der Spannungskurve um die 40 wird als leichter Spannungszustand bezeichnet, ein Wert um die 70 bedeutet, dass die Kontrolle über Gedanken und Gefühle verloren geht – die „innere Anspannung“ (z. B. Gier nach Alkohol, depressive Gedanken, Langeweile, aggressives Verhalten gegen sich selbst oder andere Personen ...) wird unerträglich, es gibt keinen Handlungsspielraum mehr und es muss eine Aktion gesetzt werden, um diesen unerträglichen Zustand zu beenden. Dieser Punkt wird als „point of no return“ bezeichnet.

Solche Spannungskurven können mit Klient_innen gezeichnet werden.

Z. B. kann man so den gegenwärtigen Tag reflektieren. Wenn Klient_innen darin geübt sind, können sie eine Art „Spannungs“-Tagebuch führen und zu vereinbarten Zeitpunkten ihren Spannungszustand eintragen.

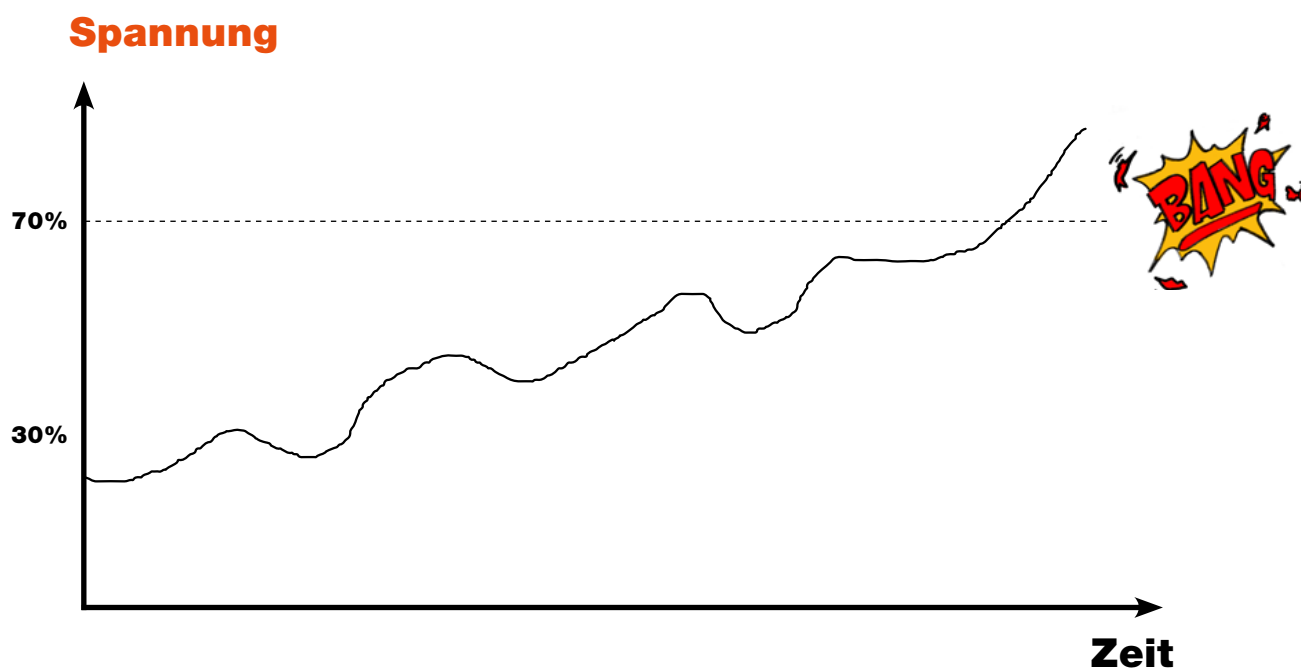


Abbildung 9 – Spannungskurve

Die Übersetzung von Spannungszuständen in Zahlen wird für viele Klient_innen nur schwer oder gar nicht möglich sein. Gut erklären lässt sich dieses Modell auch anhand eines Luftballons. Gering aufgeblasen ist er schlapp. Wenn er jedoch gut mit Luft gefüllt ist, kann man z. B. gut mit ihm spielen. Zu viel Luft bringt ihn zum Platzen, was dem „point of no return“ entspricht.¹³

Spannung

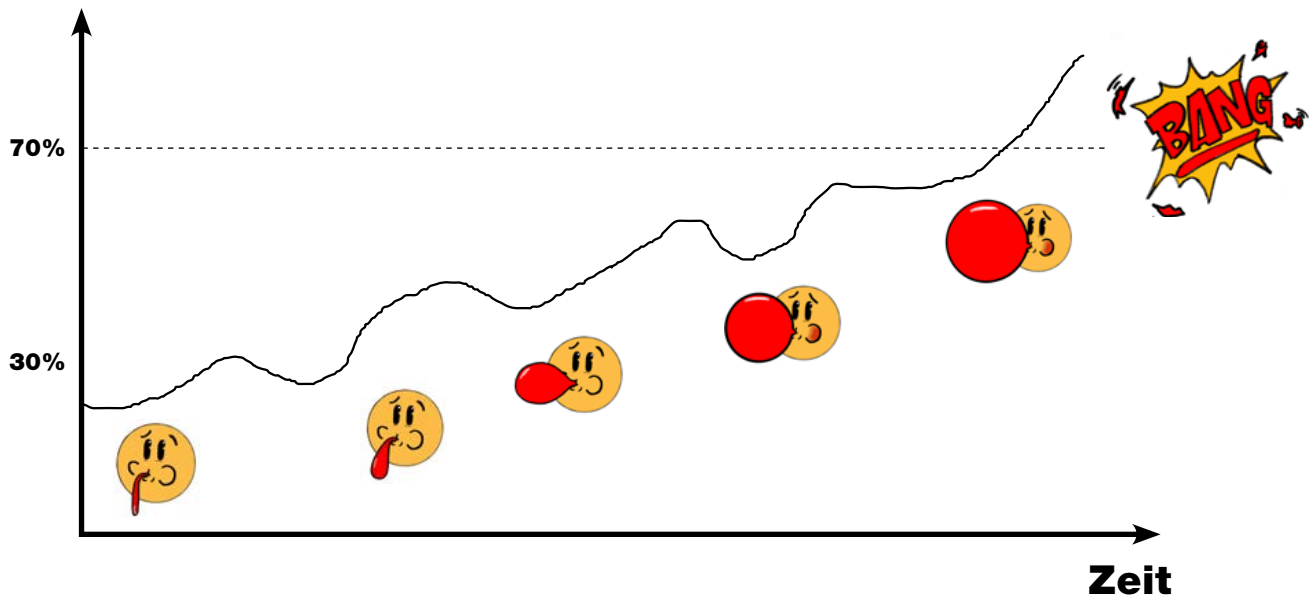


Abbildung 10 – Spannungskurve mit Luftballon

Es macht oft Sinn, dass sich der/die Klient_in selbst beobachtet und im Laufe des Tages selbst die jeweiligen Spannungszustände einträgt. Manchmal kann es auch hilfreich sein, nach einem Vorfall mit dem/der Klient_in ein Spannungsprotokoll anzulegen. So können z. B. vorab Risikosituationen erkannt werden und ggf. Strategien entwickelt werden, damit es nicht nochmals zu einem derartigen Vorfall („point of no return“) kommt.

Damit die Klient_innen ein Gespür für ihre inneren Spannungszustände entwickeln, kann mit ihnen vereinbart werden, dass sie (bis zum nächsten Termin) einmal am Tag ihre Aufmerksamkeit (z. B. vor dem Schlafengehen) nach innen richten und einen Wert in die Kurve eintragen. Beim Folgetermin können die eingetragenen Werte mit den Klient_innen besprochen werden.

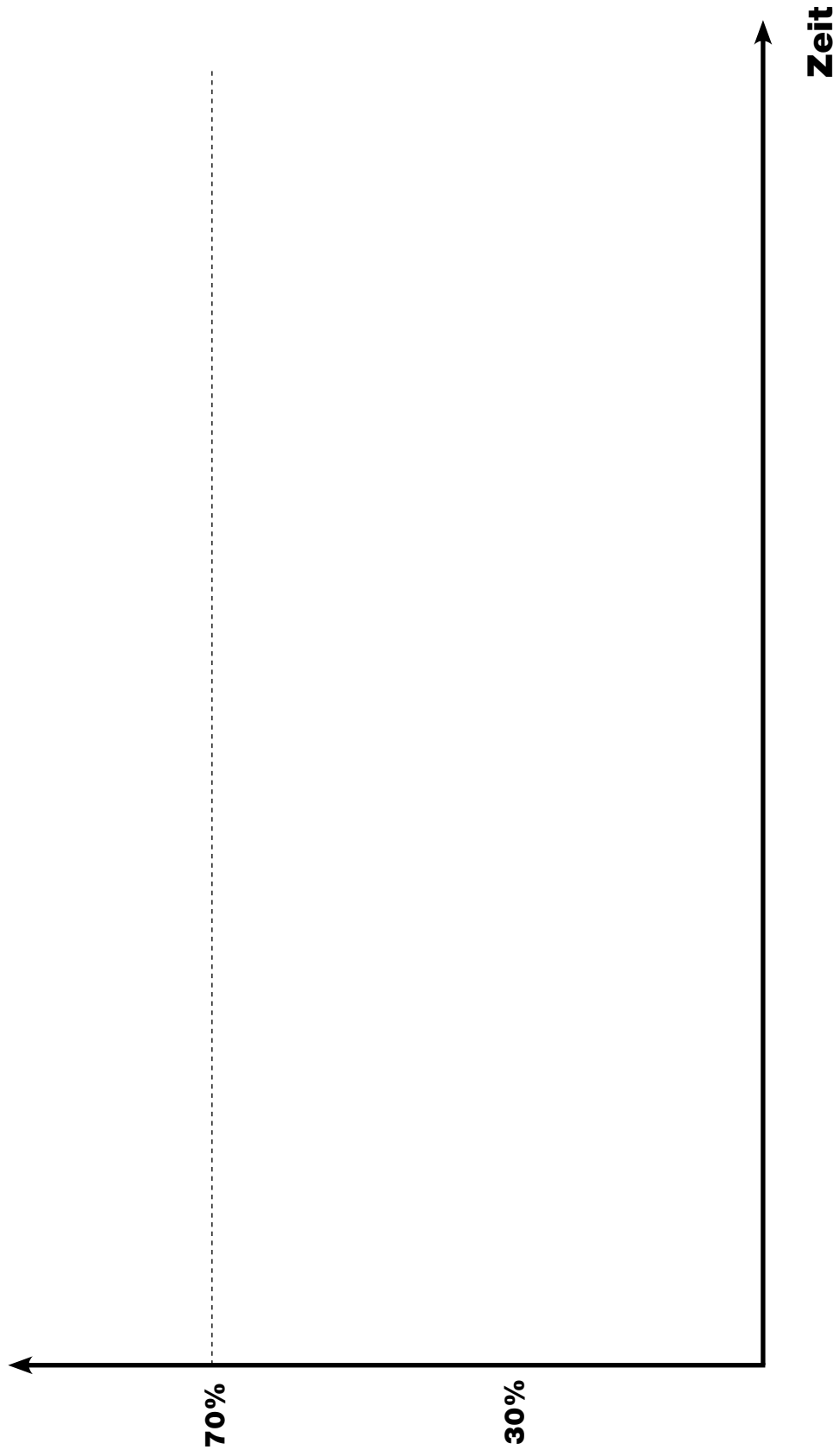
Dies ist auch sehr hilfreich für den/die Berater_in, weil die eingetragenen Werte einen guten Überblick über die vergangene Woche bieten.

Variante 1: Mit den Prozentwerten arbeiten und z. B. mit dem Arbeitsblatt 15 – Spannungsprotokoll in Prozent Spannungskurven erstellen.

Variante 2: Die persönliche Spannung mit einem Luftballon beschreiben und mit dem Arbeitsblatt 16 – Spannungsprotokoll mit Luftballon ein Spannungsprotokoll erstellen.

¹³ Für einen vergleichbaren Ansatz siehe Elstner et al., 2012

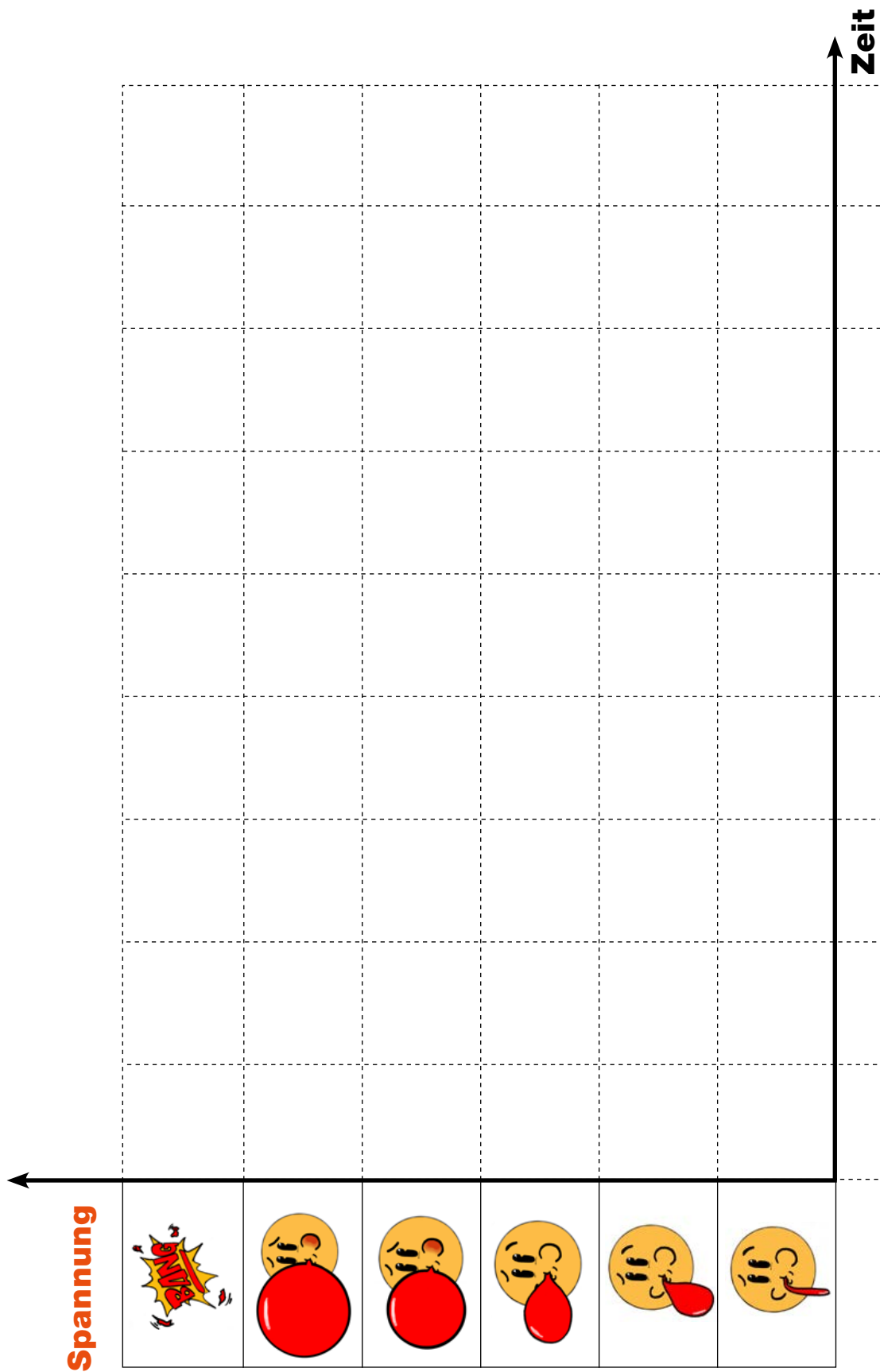
Spannung



70%

30%

Zeit



Arbeitsblatt 16 – Spannungsprotokoll mit Luftballon

3.11 Mein momentaner Spannungszustand

Diese Übung, die folgenden (Übungen auf Seite 190, 192 und 195) und auch die Übung auf Seite 183 basieren auf der Grundlage des Konzeptes der Skills-Trainings von Marsha M. Linehan (siehe dazu auch Kapitel Gespräche führen, Seite 110ff).

(vgl. Linehan, 2008)

Ziel:

Der/die Klient_in kann Spannungszustände erkennen sowie beschreiben und kann entsprechende Skills (Fähigkeiten und Fertigkeiten) einsetzen.

Umsetzung:

Vor allem wenn es das erste Mal ist, dass über Spannung gesprochen wird, kann eine Spannungskurve, wie sie in der Übung auf der Seite 183 beschrieben ist, verwirrend sein. Für einige Klient_innen ist es leichter, sich vorerst nur mit einem Spannungszustand auseinanderzusetzen und diesen in Skala einzutragen.

Dies kann auch punktuell, z. B. am Beginn oder am Ende eines Gespräches, sehr hilfreich sein.

Dabei ist es oft von Vorteil, wenn zuerst der/die BeraterIn seinen/ihren Spannungszustand beschreibt und erklärt. Z. B.: „Mein Spannungszustand liegt bei einem Wert um die 45 oder entspricht dem 3. Luftballon, denn ich habe gut geschlafen, ausreichend gefrühstückt und fühle mich somit ganz wohl.“

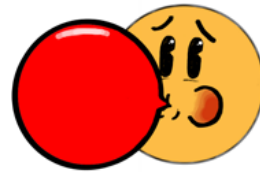
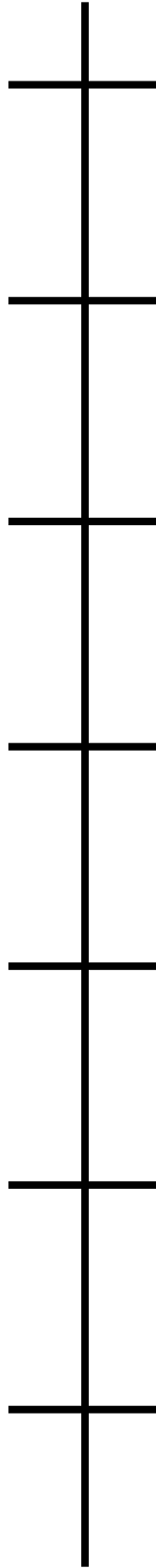
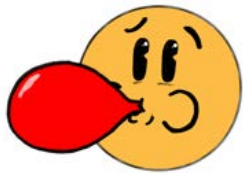
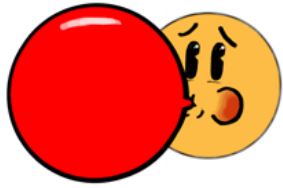
Variante 1: Es wird mit einem Punkt oder Kreuzchen der eigene Spannungszustand in eine Skala (Arbeitsblatt 17 – Spannungszustand im Moment mit Zahlen) eingezeichnet und dann erklärt, warum man diesen Wert gewählt hat.

Variante 2: Alternativ kann das mit einem echten Luftballon demonstriert werden, indem man diesen dem eigenen Spannungszustand entsprechend aufbläst und sich erklärt. Anschließend kann der/die Klient_in einen eigenen Luftballon entsprechend seines/ihrer Spannungszustandes aufblasen. Danach kann ein Wert auch in eine Skala (Arbeitsblatt 18 – Spannungszustand im Moment mit Luftballon) mit einem Punkt oder Kreuzchen zur Ansicht eingezeichnet werden.

70 %



30 %



3.12 Spannungszustände beschreiben

Diese Übung baut auf die Übungen von Seite 183 und 187 auf und ergänzt diese.

Ziel:

Der/die Klient_in kann Spannungszustände erkennen sowie beschreiben und entsprechende Skills (Fähigkeiten und Fertigkeiten) einsetzen.

Umsetzung:

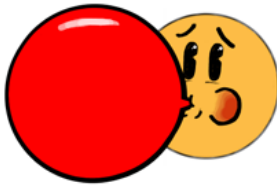
Den verschiedenen Spannungszuständen können auch individuell Begriffe oder Beschreibungen zugordnet werden. In der Abbildung 11 – Spannungszustände beschreiben findet sich dazu ein Beispiel.

Spannung

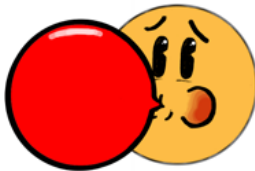
Meine Beschreibungen



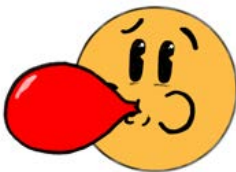
Es gibt kein Zurück mehr. Das hab ich nicht mehr im Griff.



Hilfe, ich bin unter Stress. Ich habe echt viel um die Ohren.



Mir geht es gut, ich bin aktiv und unternehmungslustig.




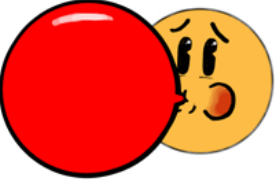
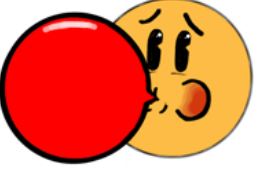
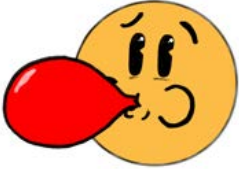


Ich bin entspannt und locker.



Ich bin ein wenig müde, aber ok.



Ich bin total schlaff und müde. Heute komme ich nicht in Fahrt.

| Spannung | Meine Beschreibungen |
|---|----------------------|
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

3.13 Eigene Skills für unterschiedliche Spannungszustände finden

Diese Übung baut auf die Übungen von Seite 183 und 187 auf und ergänzt diese.

Ziel:

Der/die Klient_in kann Spannungszustände erkennen sowie beschreiben und entsprechende Skills (Fähigkeiten und Fertigkeiten) einsetzen.

Umsetzung:

Jeder Spannungszustand kann unterschiedliche Fähigkeiten/Fertigkeiten (Skills) erfordern. Gemeinsam soll mit den Klient_innen nach verschiedenen Skills und Möglichkeiten gesucht werden, um Spannungen zu reduzieren, damit der „point of no return“ erst gar nicht erreicht wird.

Bei geringer und mittlerer Spannung können unterschiedliche Skills (z. B. zur Stärkung der Achtsamkeit) (langfristige) Veränderungen herbeiführen, Skills im oberen Bereich helfen „Schlimmes“ zu verhindern. In diesen Zusammenhang kann den Klient_innen erklärt werden, dass alte „ungesunde“ Verhaltensweisen (z. B. Rauschtrinken, intravenöser Konsum, Beikonsum von Benzodiazepinen) zwar schnell zu einer Spannungsreduktion führen können, aber auf Dauer ungesund und nicht adäquat sind. Menschen können andere Möglichkeiten und Skills erlernen oder wiederentdecken und einüben.

Die Erarbeitung und Übung von Skills sollen in einem geringen bzw. normalen Spannungszustand erfolgen. Während eines Zustands hoher Spannung können z. B. neue Skills eine Überforderung darstellen, was die Situation verschlimmert.

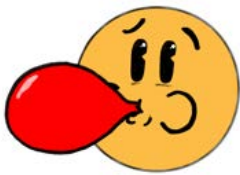
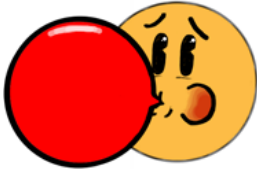
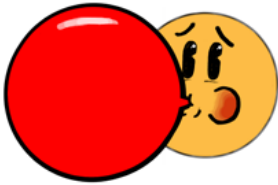
Variante 1: Auf dem Arbeitsblatt 20 – Meine Skills können die persönlichen Skills für die unterschiedlichen Spannungszustände notiert werden.

Variante 2: Auf dem Arbeitsblatt 21 – Meine Skills in schwierigen Situationen können Skills für herausfordernde und schwierige Situationen eingetragen werden.

Für die Erarbeitung von Skills sind z. B. Übungen wie „Gesundheits-Detektiv_in“ (Seite 150), „Meine Ressourcen“ (Seite 157), „Freizeitbeschäftigungen“ (Seite 223), „Meine Schätze – was ich alles habe“ (Seite 230), „Tagesexperiment Glück“ (Seite 233), „Genuss – Schokolade essen einmal anders“ (Seite 236) empfehlenswert.

Spannung

Meine Skills (Fertigkeiten/Fähigkeiten)



3.14 Einsatz von starken Sinnesreizen

Diese Übung baut auf die Übungen von Seite 183 und 187 auf und ergänzt diese.

Ziel:

Die/der Klient_in kann mit Zuständen sehr hoher Spannung gut umgehen.

Umsetzung:

Bevor man mit Klient_innen starke Sinnesreize bei sehr hoher Spannung bearbeitet, sollte der/die Klient_in in der Lage sein, die eigenen Spannungen zu erkennen, und sie gut einschätzen können.

Starke Sinnesreize können eingesetzt werden, wenn die innere Anspannung unerträglich wird (z. B. Gier nach dem nächsten Flash) und so schnell wie möglich eine Ablenkung erfolgen sollte. *Es gilt, möglichst rasch Spannung zu reduzieren, um in Hochstresssituationen selbstschädigende Handlungen zu verhindern.*

(Sendera & Sendera, 2007, S. 180)

Welche Sinnesreize verwendet werden können, muss mit den Klient_innen vorher erarbeitet werden. In diesem Zusammenhang ist zu empfehlen, nochmals die Spannungskurve mit den Klient_innen durchzugehen, das Wahrnehmen der eigenen inneren Spannung zu üben und in Zahlen auf der Spannungskurve bzw. mittels Luftballon zu visualisieren.

(vgl. Sendera & Sendera, 2007, S. 182)

ACHTUNG!

Vorsicht bei Schmerzreizen, die zu Verletzungen führen können. Nie heiße Duschen empfehlen – diese können infolge von gestörtem Temperaturempfinden bei dissoziativen Zuständen zu Verbrühungen führen. Beliebte Entspannungsmaßnahmen wie Schaumbäder, Kerzenlicht und autogenes Training können (vor allem bei Borderline-Patient_innen) zur Dekompensation führen, wenn sie bei zu hoher Spannung oder zum falschen Zeitpunkt angewendet werden!

(vgl. Sendera & Sendera, 2007, S. 183f)

Starke Sinnesreize

| | |
|--------------|--|
| Gerüche: | Ammoniak, Chinaöl, Tigerbalsam |
| Geschmack: | Chilischote, scharfes Zuckerl, Kren, Zitrone, Tabasco |
| Temperatur: | Eiswürfel, kalte Dusche/kaltes Fußbad, ins Freie gehen (eine Zigarette rauchen) |
| Kinästhetik: | Fingerpressen, Igelball, Gummiband, Kieselsteine, auf Besenstiel oder Seil steigen, Nacken/Ohren/Schläfen/Fußsohlen, ... massieren |
| Akustik: | Musik (klare Rhythmen), auf Geräusche in der Natur konzentrieren (Wind, Regen, Vogelgezwitscher, Kinderstimmen, ...), schreien, singen |
| Optik: | Computerspielen, SMS schreiben, Game Boy, Augenbewegungen, 3D-Bilder, Mandalas |

(Sendera & Sendera, 2007, S. 183f)

Damit es nicht zum „point of no return“ kommt und um Schlimmeres zu verhindern, sind die Erarbeitung eines „persönlichen Notfallkoffers“ oder die Übung Strategien – guter Umgang mit den Gefühlen „Ärger und Wut“ (Übung Seite 178) gut geeignet.

3.15 Persönlicher Notfallkoffer

Diese Übung baut auf die Übungen von Seite 183 und 187 auf und ergänzt diese.

Ziel:

Der/die Klient_in hat Strategien gefunden, wie man in schwierigen Situationen reagieren kann. Indem diese Strategien in einem sogenannten „Notfallkoffer“ notiert sind, kann der/die Klient_in diese wichtige Informationen für Notsituationen schnell nachlesen. Dies ist hilfreich, um in Stresssituation rasch reagieren zu können.

Umsetzung:

In das Arbeitsblatt 22 – Mein Notfallkoffer werden Notfall-Telefonnummern, persönliche Fertigkeiten und Fähigkeiten, die in schwierigen Situationen angewandt werden können (Skills für Zustände hoher Spannung), und gegebenenfalls auch Medikamente eingetragen.

Die aufgeschriebenen Fertigkeiten und Fähigkeiten (Skills) sollten bereits erprobt und ausreichend trainiert worden sein (siehe dazu die Übungen auf den Seiten 192 und 195).

In der Telefonliste sollen im Idealfall Freunde oder Verwandte an erster Stelle stehen. Auch kann notiert werden, wann diese erreichbar sind. Bei den wichtigsten Telefonnummern kann „Notfall-Telefonnummern“ (z. B. PSD-Notdienst, Rettung, Polizei, Feuerwehr) notiert werden. Das ist insbesondere dann wichtig, wenn der/die Klient_in gar keine Bezugspersonen hat, die er/sie in Notfällen anrufen kann.

Persönlicher Notfallkoffer

Meine effektivsten Fertigkeiten und Fähigkeiten



Meine wichtigsten Telefonnummern:



Meine notwendigen Medikamente:

3.16 Entspannung

Ziel:

Der/die Klient_in kennt Entspannungsübungen, weiß, welche für ihn/sie passend sind, und kann sie zum Stressabbau anwenden.

Entspannung ist gut, um Stress und Anspannung abzubauen, auf andere Gedanken zu kommen und sich zu erholen. Außerdem macht es Spaß und Freude. Beispiele für Entspannung: Musik hören, Spiele spielen, Entspannungsübungen machen, spazieren gehen, sich mit anderen Menschen treffen, Buch lesen, puzzeln usw.

Als Vorbereitung für diese Übung ist es empfehlenswert, die Übung „Stress und Anspannung erkennen“ (Übung Seite 181) durchzuführen.

Umsetzung:

Die BetreuerIn bespricht mit dem/der Klient_in, welche Entspannungsübungen der/die Klient_in kennt bzw. was er/sie macht, um sich zu entspannen. Diese Übungen können auf einem Zettel notiert werden. Anschließend werden aus den neun möglichen Entspannungsübungen eine bis drei ausgewählt und umgesetzt. Je nach Grad der Bereitschaft und Aufmerksamkeit kann regelmäßig eine neue Übung gemeinsam mit der Betreuungsperson ausprobiert werden. Schön wäre es, wenn 1–2 Übungen gefunden werden, die regelmäßig angewandt werden.

Reflexionsfrage: Wie entspannst du dich?

Beispiele auf einem Zettel sammeln und gesundheitsfördernde Beispiele positiv bestärken.

Es ist im Leben manchmal (aufgrund von bedrohlichen Ereignissen, negativen Emotionen usw.) schwer, ausgeglichen zu bleiben und die Dinge klar zu sehen. Regelmäßige Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen können helfen, etwas mehr zur Ruhe zu kommen.

Kurze Entspannungsübungen

1. An- und Entspannung durch progressive Muskelrelaxion (PMR)

Der/die Klient_in sitzt auf einem Stuhl, beide Hände liegen auf den Oberschenkeln. Nun wird eine Hand 15 Sekunden lang ganz fest zu einer Faust geballt. Danach 30 Sekunden entspannen und dann die andere Hand zur Faust ballen. Dann werden Oberschenkel und Po Muskel 15 Sekunden so fest wie möglich angespannt. Anschließend 30 Sekunden entspannen. Evtl. noch einen Durchgang machen!

2. Drei – zwei – eins (Konzentration)

Bei dieser Übung konzentriert sich der/die Klient_in auf drei Gegenstände, die in der Nähe sind, und betrachtet diese genau. Nach einer kurzen Pause soll sich der/die Klient_in nur mehr auf zwei dieser Gegenstände konzentrieren. Nach einer weiteren Pause nur mehr auf einen.

Nach dem gleichen Schema können auch andere Sinne bewusst eingesetzt werden. Zum Beispiel drei Dinge, die gehört werden, drei Dinge, die gefühlt werden (Sessel, Kleidung), drei Gerüche oder drei Farben im Raum.

3. Fingerballett

Fingerkuppen beider Hände aufeinanderlegen. Druck verändern, Finger spreizen, schneller und langsamer werden, beugen und strecken ... Eventuell auch in Partnerübung ausprobieren!

4. Energiegähnen

Zuerst die Ohren mit Daumen und Zeigefinger sanft von unten nach oben massieren. Den Mund anschließend leicht öffnen, locker die Kiefermuskeln ertasten und massieren. Dann herzhaft gähnen und die Arme nach oben strecken.

5. Lockern/Körper ausschütteln (kann auch mit Musik unterstützt werden)

Einatmen und Schultern nach oben ziehen. Kurze Zeit so halten, dann ausatmen und die Schultern sinken lassen. 3 x wiederholen, anschließend mit dem gesamten Körper langsam auf- und ab wippen und locker den ganzen Körper ausschütteln.

6. Kühle Stirn

Im Sitzen wird mit den Fingerspitzen langsam die Augenbrauen entlanggestrichen, bis zu den Schläfen. Dann wird eine Hand auf die Stirn und die andere Hand in den Nacken gelegt. Die Augen können dabei geschlossen sein. Tief ein- und ausatmen und sich vorstellen, dass die Hand die Stirn kühlt.

7. Augen rasten

Im Sitzen oder Stehen werden die Handflächen aneinandergerieben, damit Wärme entsteht. Danach werden die Augen mit den Händen bedeckt, ohne dass die Hände die Lider berühren. Die Augen werden sanft geschlossen. Nach ein bis zwei Minuten die Hände wegnehmen und die Augen langsam öffnen.

8. Sanft abklopfen

Im Stehen sich selbst mit der Hand (rechte Hand auf linke Schulter) klopfen, dann den Arm außen hinunterklopfen bis zur Handfläche, die Hand umdrehen und von innen von der Handfläche zurück zur Schulter sanft mit der flachen Hand klopfen. Das Gleiche am anderen Arm wiederholen. Zum Schluss mit beiden Händen von den Hüften bis zu den Zehen seitlich am Körper hinunter und wieder hinauf klopfen.

9. Schneekugel beobachten

Symbolisch können unruhige Gedanken und Gefühle wie der aufgewirbelte Schnee in einer Schneekugel darstellt werden. Wenn man dem Schneegestöber in der Kugel eine Zeit lang mit Aufmerksamkeit folgt, kann man beobachten, wie sich die Schneeflocken langsam beruhigen und herabsinken. Gleichzeitig wird das Wasser klar und man kann besser erkennen, was im Inneren der Schneekugel ist. Das Gleiche passiert, wenn man (z. B. bei Aufregung und Anspannung) mit der Aufmerksamkeit dem natürlichen Fluss des Atems folgt und konzentriert dabeibleibt. Der Körper (Atemfrequenz, Herzschlag usw.) und die Gedanken beruhigen sich nach kurzer Zeit automatisch und man nimmt deutlicher wahr, was in einem selbst vorgeht.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 24, S. 240)

4. BEZIEHUNGEN FÖRDERN UND REFLEKTIEREN

4.1 Kennenlernen und Gemeinsamkeiten

Ziel:

Die Klient_innen wissen über Gemeinsamkeiten, verschiedene Merkmale und Unterschiede zu ihren Mitbewohner_innen Bescheid. Diese Kommunikations- und Kennenlernübung ist förderlich für die Beziehungsbildung. Diese Übung kann in zwei verschiedenen Varianten als Gruppenübung umgesetzt werden.

Variante 1 (Gruppenübung)

Umsetzung:

Der/die Betreuer_in nennt ein bestimmtes Kriterium, nach dem sich alle Klient_innen ordnen, zum Beispiel in einer Reihe aufstellen. Zuordnungsmerkmale und Kriterien könnten z. B. sein: Geburtstag nach Monaten oder Jahren, Anzahl der Geschwister, Schuhgröße, Länge der Haare, Helligkeit der Augen

Eventuell können auch die Klient_innen ein Kriterium nennen.
Ein weiteres Beispiel: Alle stellen sich nach dem Anfangsbuchstaben der Vornamen in einer Reihe auf. Die Reihe beginnt z. B. mit Anna und endet mit Wolfgang. Nachdem sich die Reihe gebildet hat, sagt jede/r Klient_in den Vornamen. Dann wird die Reihe aufgelöst und ein neues Merkmal für die Bildung der Reihe wird genannt.

Variante 2 (Gruppenübung)

Umsetzung:

Alle erhalten das Arbeitsblatt 23 – Gemeinsamkeiten finden und versuchen jemanden zu finden, auf die/den die Aussage zutrifft und die/der in der entsprechenden Zeile unterschreibt.

Gemeinsamkeiten finden

| Ich suche eine Person, ... | Unterschrift |
|--|--------------|
| deren Name mit dem gleichen Buchstaben beginnt wie meiner. | |
| die die gleiche Augenfarbe hat wie ich. | |
| die die gleiche Lieblingsfarbe hat wie ich. | |
| die gerne Spinat isst. | |
| die im gleichen Monat Geburtstag hat wie ich. | |
| die gerne das Spiel spielt. | |
| die gerne lange schläft. | |
| die Hunde mag. | |
| die das gleiche Sternzeichen hat wie ich. | |
| die kleiner ist als ich. | |
| die im gleichen (Bundes-)Land geboren ist wie ich. | |
| die in meiner Nähe wohnt. | |
| die mir auf Anhieb sympathisch war. | |

4.2 Menschen, die mir lieb sind (Beziehungsnetz)

Ziel:

Dem/der Klient_in ist sein/ihr aktuelles Beziehungsumfeld bewusst, wodurch Beziehungen reflektiert werden können und die Beziehungsfähigkeit gestärkt werden kann.

Umsetzung:

Im Arbeitsblatt 24 – Beziehungsnetz steht im Mittelpunkt der/die Klient_in. Es werden mithilfe der Betreuungsperson Menschen eingetragen, die in einem Naheverhältnis zum/zur Klient_in stehen. Der Abstand der Personen vom Mittelpunkt drückt dabei die Nähe zueinander aus.

Leitfragen sind dabei:

Wer ist mir wichtig?

Wen habe ich gern?

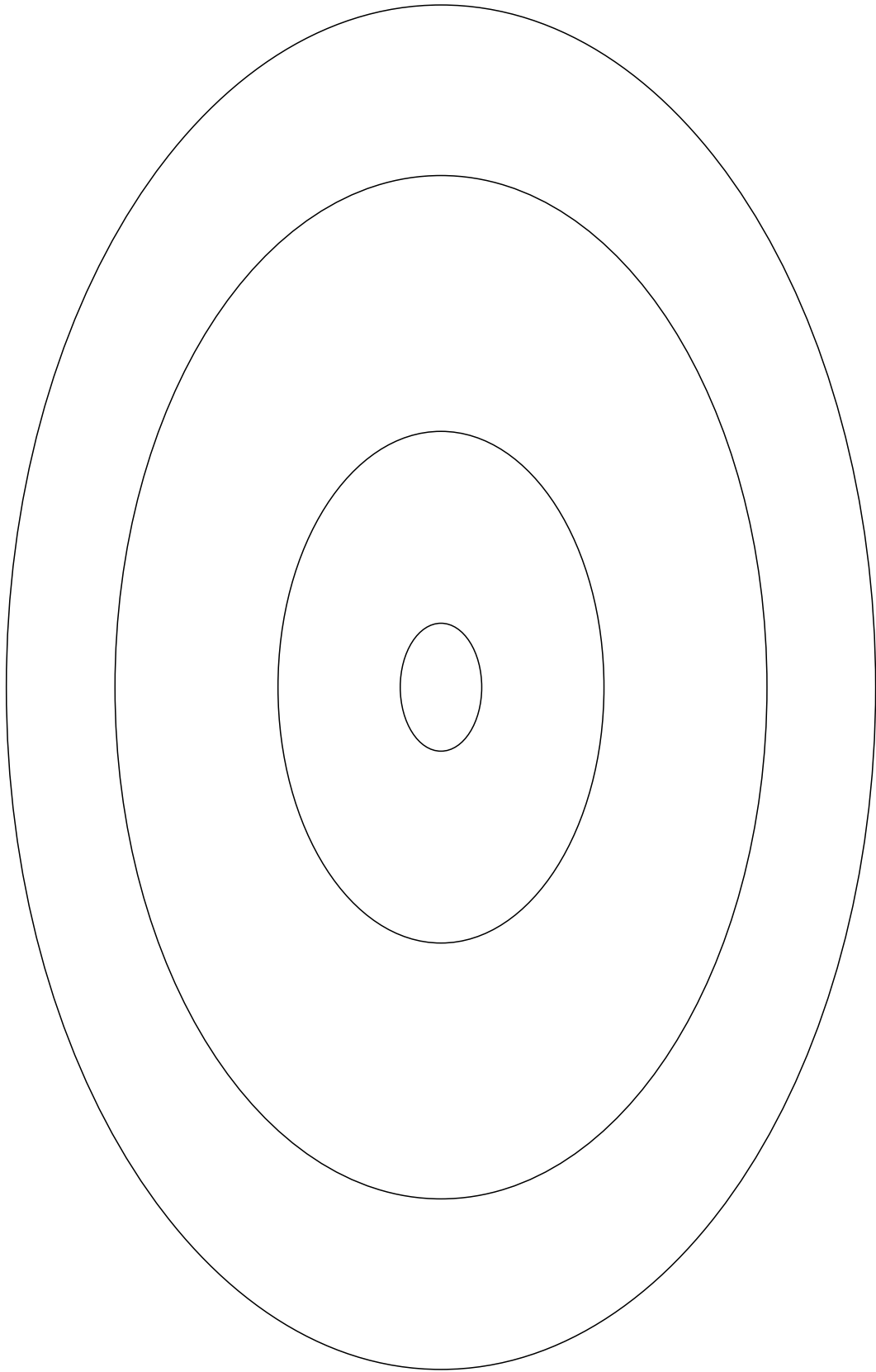
Wer sind meine liebsten Verwandten und Freunde?

Zu wem habe ich außerdem noch eine tiefe Beziehung

(z. B. Haustier, Maskottchen)?

In einem zweiten Schritt kann besprochen werden, was an diesen Personen geschätzt wird.

Beziehungsnetz



4.3 Die Kunst, eine Freundin/ein Freund zu sein

Ziel:

Der/die Klient_in weiß, was Freundschaft ausmacht und was man selbst zu einer gelungenen Freundschaft beitragen kann, um Beziehungen zu fördern und Freundschaften aufrechtzuerhalten.

Umsetzung:

Gemeinsam mit dem/der Klient_in wird anhand der Fragen in Abbildung 13 – Fragen über Freundschaft das Thema Freundschaft und was eine_n gute_n Freund_in ausmacht, besprochen. Es können Notizen auf einem Zettel oder direkt in der Abbildung in Stichwörtern gemacht werden.

Fragen über Freundschaft

1. Du möchtest jemanden zur Freundin/zum Freund haben. Das braucht ein bisschen Zeit – Freundschaft beruht auf Vertrauen und das muss erst wachsen. Wie kannst du das Vertrauen von jemandem gewinnen?

2. Wenn du den Eindruck hast, dass der/die andere deine Freundschaft auch will, könnt ihr beginnen, sie langsam zu vertiefen. Freundschaft bedeutet, einander gut zu kennen. Wie kannst du jemanden gut kennenlernen?

3. Freundschaft bedeutet auch, Zeit miteinander zu verbringen. Eine Beziehung, in die ich keine Zeit investieren kann/will, gibt es nicht. Wie kannst du mit einer Freundin/einem Freund Zeit verbringen?

4. Freundschaft heißt füreinander da sein, sich aufeinander verlassen können. Wie kannst du für Freunde da sein?

5. Freundschaft heißt auch, seine eigene Meinung sagen zu können. Man muss nicht zu allem Ja sagen, um dem Freund oder der Freundin zu gefallen. Ein guter Freund kann mit einem Nein oder einer anderen Meinung umgehen.

4.4 Umgang mit Konflikten (Streiten)

Ziel:

Der/die Klient_in hat ein Basiswissen über Konflikte und Streit. Das ist in weiterer Folge wichtig, um das eigene Streitverhalten zu reflektieren und gegebenenfalls mit Konflikten besser umgehen zu können.

Umsetzung:

Wenn Menschen zusammentreffen, kann es immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten und Streit kommen. Folgende Fragen können gemeinsam mit dem/der Klient_in überlegt und beantwortet werden:

- *Was kann ich bei einem Gespräch beachten, damit es nicht so leicht zu Missverständnissen kommt?*
- *Was kann ich selbst dazu beitragen, dass ein Streit nicht eskaliert?*
- *Welche Streite sind eigentlich nicht notwendig?*
- *Wann habe ich das letzte Mal gestritten?*
- *Mit wem?*
- *Worum ging es?*
- *Wie ging es aus?*
- *Was würde ich anders machen?*

Weiterführend empfehlen wir die nachfolgende Übung „Gesprächsregeln und Streittipps“ (Übung 4.5).

4.5 Gesprächsregeln und Streittipps

Ziel:

Der/die Klient_in kennt Gesprächsregeln und Streittipps, die für den Umgang mit anderen Personen förderlich sind.

Umsetzung:

Um das Thema Gesprächsregeln und Streittipps gut aufgreifen zu können, bespricht die Betreuungsperson mit dem/der Klient_in die drei unten genannten Fragen. Die Antworten können auf einem Zettel notiert oder nur besprochen werden.

1. *Wie sollen andere Menschen mit mir sprechen? Was wünsche ich mir?*
2. *Wie spreche ich mit anderen Menschen?*
3. *Welche Tipps könnte es geben, damit ein Streit nicht eskaliert?*

Dann werden die Gesprächsregeln und Streittipps von Abbildung 14 – Gesprächsregeln und Streittipps besprochen.

Reflexionsfragen dazu können sein: Ist das leicht umzusetzen? Was könnte hilfreich sein? Was kann ich dazu beitragen?

Die Gesprächsregeln können sichtbar für alle aufgehängt werden.

Gesprächsregeln und Streittipps



Gesprächsregeln

Wenn wir miteinander reden,

- zeigen wir Interesse aneinander,
- lernen wir uns besser kennen,
- können wir Missverständnisse aufklären.

Wir wollen

- freundlich miteinander umgehen,
- uns beim Sprechen auch anschauen,
- uns gegenseitig respektieren,
- einander aussprechen lassen,
- nachfragen, wenn uns etwas unklar ist.
(„Ich habe gehört, dass ... Habe ich dich verstanden?“)

Streittipps

- Überlege dir vor einem Gespräch, was du gerne erreichen möchtest.
- Versuche, beim Gespräch ruhig zu bleiben und nicht zu schreien.
- Beschuldige niemanden.
- Sprich direkt mit der Person, nicht über sie.
- Frage nach, wenn du etwas „gehört“ hast.
- Teile deine Gefühle mit: „Das macht mich traurig, ...“
- Sprich mit der Person alleine.
- Wenn du sehr wütend wirst, ist es gut, eine Pause einzulegen. Sag, dass du eine Pause brauchst und jetzt nicht weitersprechen willst, weil du zu wütend bist und du nicht verletzend sein willst vor lauter Wut. (Pause: Geh eine Runde an die frische Luft, atme frische Luft, mache Bewegungen wie z. B. Hüpfen, Schütteln, Laufen.)
- Überleg dir, wie ihr den Streit beenden könnt oder wie es jetzt weitergehen soll zwischen euch.
- Sag, was dir wichtig ist.
- Vergiss nicht, dass jeder Fehler macht.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2015, S. 53)

4.6 Umgang mit Gewalt

Ziel:

Der/die Klient_in kennt verschiedene Formen der Gewalt und weiß, dass Gewalt nicht tolerierbar ist. Dieses Wissen und die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt bzw. die Reflexion des eigenen Gewaltverhaltens sind hilfreich für ein gewaltfreies Miteinander.

Umsetzung:

Zuerst werden die Formen der Gewalt bzw. die Definition der Gewalt-Bezeichnungen aus Abbildung 15 – Formen der Gewalt besprochen, und was damit gemeint ist. Es geht um ein Bewusstmachen, wo dem/der Klient_in Gewalt begegnet.

Reflexionsfragen: *Wo übe ich selbst Gewalt aus? Was kann ich tun, wenn ich Gewalt erlebe oder selbst ausübe?*

Anschließend werden in Abbildung 16 – Friedensbotschaften die Botschaften für ein gewaltfreies Miteinander und die Rechte besprochen. Zum Schluss wird das Arbeitsblatt 25 – Beobachtung Gewaltverhalten vorgestellt und gezeigt, wie es ausgefüllt wird. Die Betreuungsperson kann den/die Klient_in hierbei unterstützen.

Welche Formen der Gewalt gibt es?



Abbildung 15 – Formen der Gewalt

Botschaften an JEDEN Menschen

Am wichtigsten ist, dass du klar und deutlich **NEIN** sagst, wenn du etwas nicht möchtest! **NEIN** heißt **NEIN**.

Niemand hat das Recht, dir Gewalt anzutun!

Wenn dir Gewalt angetan wurde, frag um **Hilfe**.

Hast du selber Gewalt ausgeübt, frag um **Hilfe**.

Du kannst immer NEIN oder STOPP sagen.

Jeder hat das **Recht, ernst genommen** zu werden.

Niemand hat das Recht, Gewalt auszuüben und andere zu verletzen.

„Führe eine Tages-/Wochenliste über Situationen, in denen dir Gewalt begegnet ist, in denen du Gewalt ausgeübt hast und was du in der Situation gemacht hast.“

Wochenliste Beobachtung Gewaltverhalten

| Wochentag | Wo/wie ist mir Gewalt begegnet? | Wo/wie habe ich Gewalt ausgeübt? | Was habe ich in der Situation gemacht? |
|------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| Montag | | | |
| Dienstag | | | |
| Mittwoch | | | |
| Donnerstag | | | |
| Freitag | | | |
| Samstag | | | |
| Sonntag | | | |

4.7 Meine Verantwortung

Ziel:

Der/Die Klient_in kennt seine/ihre Verantwortung sich selbst und anderen gegenüber, wodurch Aufgaben klarer werden und das Zusammenleben mit anderen Menschen erleichtert wird.

Menschen sind immer in größeren Gefüge eingebettet, die ihnen Orientierung und Motivation geben können (Gemeinschaft, Wohnort, Gruppen, Vereine usw.). Jeder Lebensbereich bringt seine eigenen verantwortungsvollen Aufgaben mit sich.

Umsetzung:

Um Verantwortungsbereiche zu reflektieren, bespricht die Betreuungsperson mit dem/der Klient_in anhand des Arbeitsblatts 26 – Meine Verantwortung die Fragen zum Thema.

Anschließend wird mithilfe der Abbildung 27 – Hilfe und Zivilcourage besprochen, wo die eigene Verantwortung aufhört und wann man Hilfe annehmen sollte. Auch wird besprochen, was Zivilcourage bedeutet.



Meine Verantwortung

Welche Verantwortung habe ich gegenüber meinem Körper?

(z. B. Zähne putzen, auf eine gesunde Erfahrung achten, Sport betreiben, Körperhygiene)



Wofür bin ich in der Wohnung oder der Wohngemeinschaft verantwortlich?

(z. B. Zimmer aufräumen, Haustier füttern, Müll hinuntertragen)



Welche Verantwortung habe ich gegenüber meinen Mitmenschen?

(z. B. aufmerksam zuhören, den anderen respektieren)



Wofür bin ich in meiner Arbeitsstätte verantwortlich?

(z. B. meine Aufgaben machen, auf die anderen achtgeben)



Welche Verantwortung habe ich gegenüber der Natur?

(z. B. Müll richtig entsorgen, Strom und Wasser sparen, die Umwelt nicht verschmutzen, wenig Fleisch essen)



Hilfe und Zivilcourage

In welcher Situation würdest du Hilfe annehmen?

- Wenn du dich verletzt hast
- Wenn du dich verirrt hast
- Wenn es dir nicht gut geht
- Beim Tragen von schweren Dingen
- Wenn du etwas nicht verstehst
- Wenn du traurig bist
- Wenn du mit jemanden Streit hast
- Wenn du dich alleine fühlst
- Wenn die anderen dich nicht verstehen und gemein zu dir sind
- Wenn du nicht weißt, was du tun sollst

Was heißt Zivilcourage?

Den/die Klient_in fragen, was er/sie darunter versteht, und gegebenenfalls erklären. Zivilcourage heißt, dass jemand den Mut hat, bei Konflikten und Gewalttaten einzugreifen und Hilfe zu leisten.

- Sieh nicht weg, wenn jemand deine Hilfe braucht, hilf ihm/ihr.
- Trau dich, deine Meinung zu sagen, auch wenn andere Personen nicht deiner Meinung sind.
- Setz dich für andere ein, wenn sie Unterstützung brauchen.
- Lass dich nicht einschüchtern.
- Hilf auch dann, wenn du nichts davon hast.
- Vertraue auf dein Gefühl und entscheide für dich selbst.
- Hol Hilfe und lauf nicht weg.

4.8 Verbote und Gebote

Ziel:

Der/die Klient_in weiß über Regeln und Vorschriften, die ihm/ihr im täglichen Leben begegnen, Bescheid und hat deren Sinnhaftigkeit reflektiert. Das fördert das Verständnis für Verbote und Gebote und trägt zu einem gewaltfreien Miteinander bei.

Täglich werden wir alle mit verschiedenen Vorschriften und Regeln konfrontiert. Wenn wir diese nicht einhalten, drohen negative Folgen. Klient_innen können manche Regeln als Druckmittel erleben, denen sie machtlos gegenüberstehen. Wenn sie deren Entstehung und auch den Zweck dahinter verstehen, kann es helfen, die Vorschriften leichter zu akzeptieren.

Umsetzung:

Um in das Thema gut einzusteigen, werden auf dem Arbeitsblatt 27 – Satzergänzungen zum Thema Regeln und Vorschriften die Sätze fertiggestellt. Die BetreuerIn kann für den/die Klient_in das Schreiben übernehmen.

Anschließend werden die Fragen auf dem Arbeitsblatt 28 – Regeln und Vorschriften beantwortet. Wenn möglich, versucht der/die Klient_in die Fragen zuerst alleine zu beantworten. Danach werden die Antworten mit dem/der Betreuer_in reflektiert.

Ergänze den Satz

Es gibt im Alltag sehr viele Vorschriften, Gebote und Verbote.

Was fällt dir zu den Satzanfängen spontan ein? Schreib es dazu oder sprich den Satz fertig.

Sei _____

Du sollst _____

Du musst _____

Pass auf, dass _____

Du bist immer zu _____

Wenn du _____

Es stimmt nicht, dass du _____

Du kannst nicht _____

Hier darfst du nicht _____

Welcher Satz ärgert dich am meisten?

Wer sagt das zu dir?

Warum?

Welche Vorteile hätte es, wenn du diesen Satz befolgst, und welche Nachteile?

Fragen zu Regeln und Vorschriften

Welche Regeln kenne ich und soll ich einhalten?

Was will ich selbst?

Welche Regeln halte ich ein, obwohl sie mir nicht gefallen?

Welche Regeln sind besonders wichtig und warum?

Von wem stammen die meisten Forderungen?

Wie klar sind die Regeln formuliert?

Wie kann es gelingen, den eigenen Standpunkt zu vermitteln und den Standpunkt des anderen dennoch wahrzunehmen?

5. FREIZEIT- UND KONSUMVERHALTEN REFLEKTIEREN

5.1 Wie nutze ich (sinnvoll) meine Zeit? (Freizeituhr)

Ziel:

Der/die Klient_in kennt seinen/ihren Tagesablauf, hat gesunde Handlungsmöglichkeiten bezüglich seiner/ihrer Freizeitbeschäftigung kennengelernt und weiß diese umzusetzen.

Der Tag hat bekanntlich nur 24 Stunden. Gesund wäre für einen erwachsenen Menschen genügend Schlaf (6–8 h), Essen (siehe Lebensmittelpyramide) und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit/Beschäftigung und Freizeit.

Umsetzung:

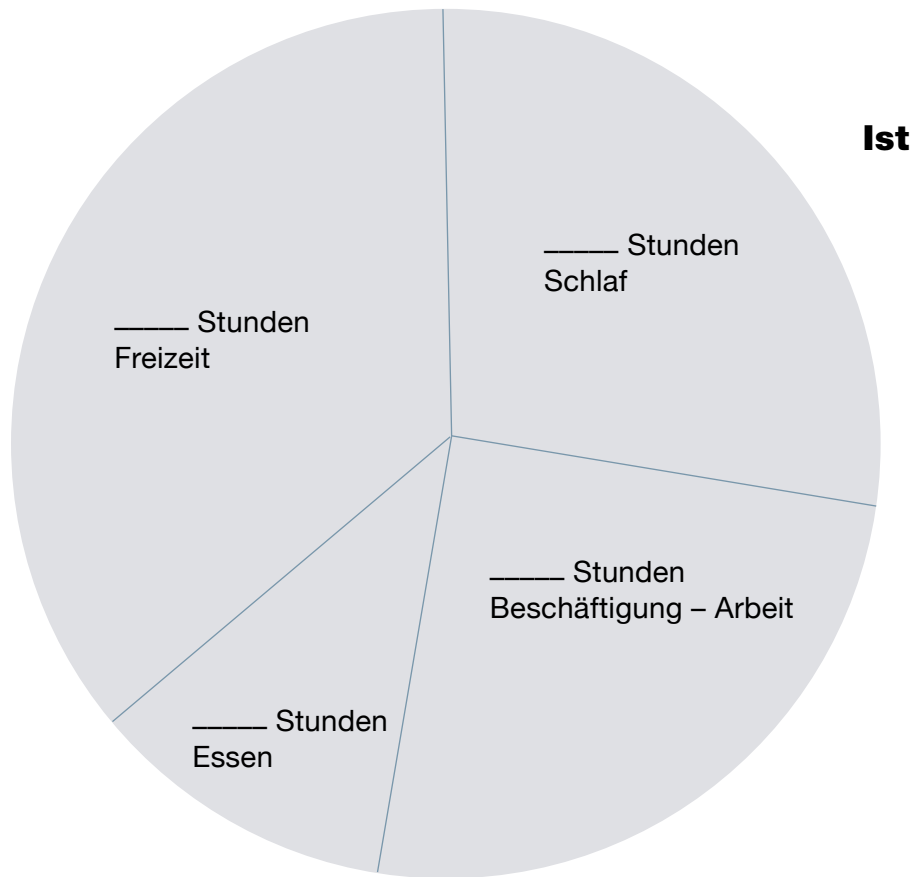
Variante 1: Von dem/der Klient_in wird auf dem Arbeitsblatt 29 – Meine Zeiteinteilung eingetragen, wie seine/ihre Zeitverteilung momentan ungefähr aussieht. Darunter kann in den 2. Kreis eine Zielvorstellung eingetragen werden, wo es eventuell einen Verbesserungsbedarf gibt. Z. B.: Ich möchte mir mehr Zeit fürs Essen nehmen. Die Felder, mit denen der/die Klient_in zufrieden ist, werden farbig angemalt. Möglichkeiten zur gesunden Freizeitgestaltung finden Sie in Variante 2.

Variante 2: Kann aufbauend auf Variante 1 durchgeführt werden. Hier geht es darum, viele Ideen für eine gesunde Freizeitgestaltung zu finden. Als Unterstützung zur Ideenfindung empfehlen wir die Übung auf Seite 223 „Freizeitbeschäftigungen“.

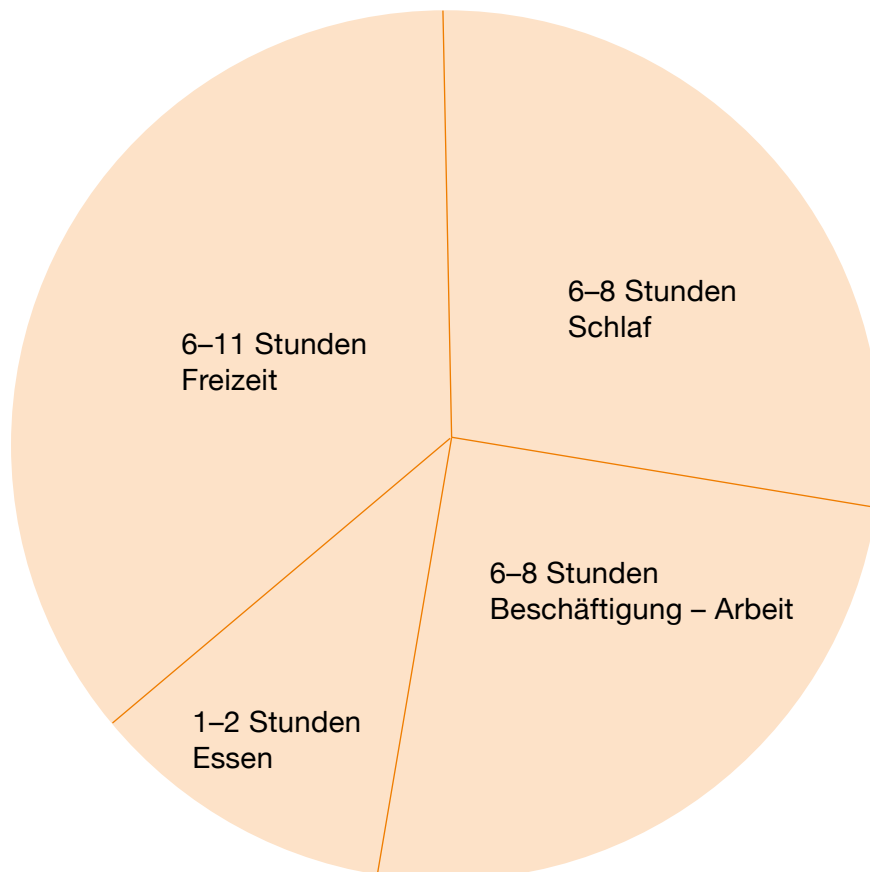
Mit der/dem Klient_in wird eine Freizeituhr (Arbeitsblatt 30) gebastelt. Auf dieser werden attraktive Vorschläge zur gesunden Freizeitgestaltung und eventuell zum Überbrücken von „Zeiten der Versuchung“ aufgelistet. Die unterschiedlichen Möglichkeiten und Vorschläge werden in je ein Segment geschrieben. Die beiden Kreise werden ausgeschnitten und mittels einer Klammer miteinander verbunden. Durch Drehen der oberen Scheibe wird im Ausschnitt jeweils ein Segment der unteren Scheibe (mit einem Vorschlag) sichtbar.

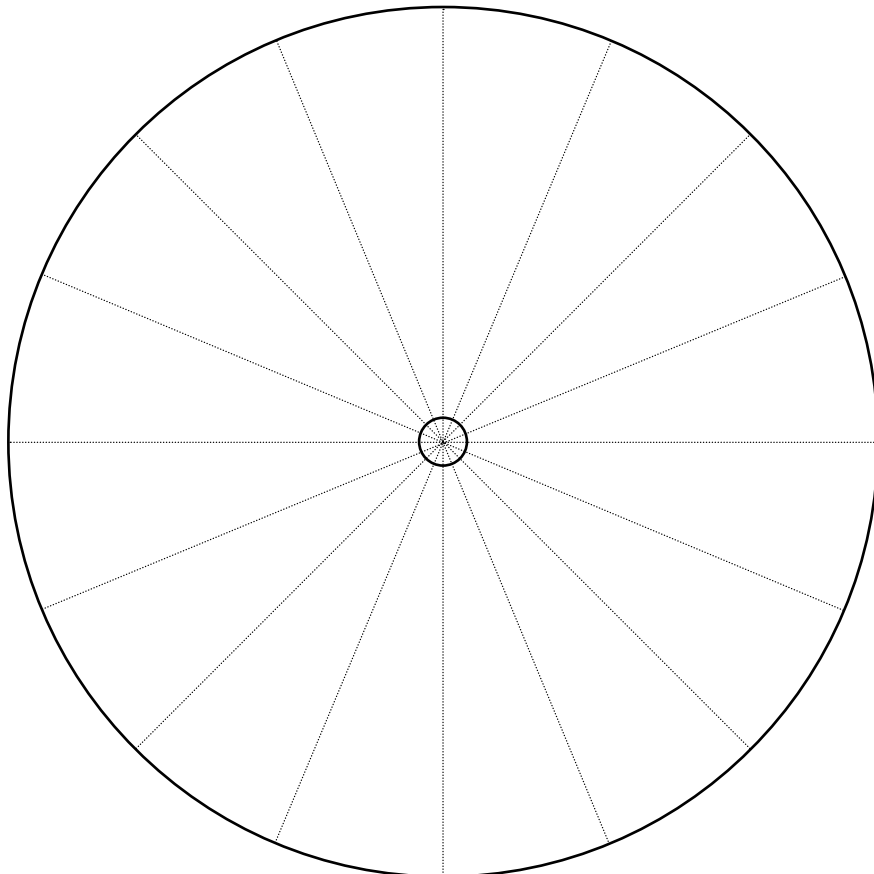
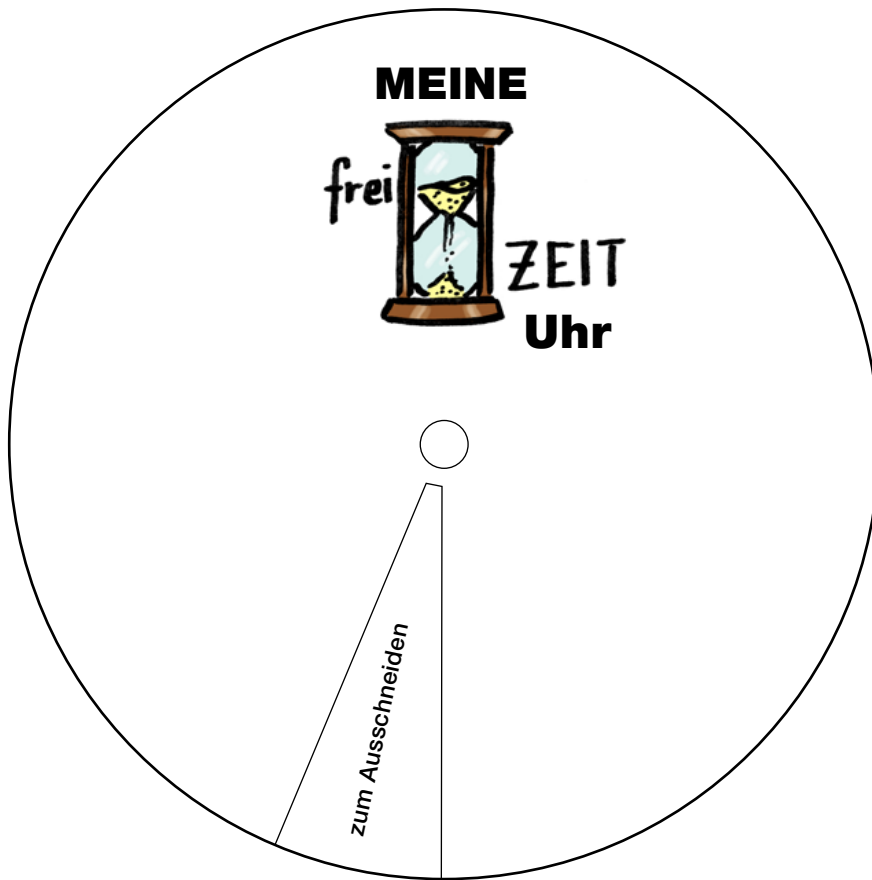
(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2020, S. 63)

Meine Zeiteinteilung – Ist/Soll



Soll





5.2 Freizeitbeschäftigungen

Ziel:

Der/die Klient_in kennt alternative Freizeitbeschäftigungen und hat neue Möglichkeiten, seine/ihre Freizeit „gesund“ zu verbringen, kennengelernt.

Umsetzung:

Der/die Klient_in liest nach Möglichkeit alleine oder mit dem/der Betreuer_in folgende Aktivitäten durch und markiert wie folgt:

- „Was ich schon mache“ (unterstreichen oder mit einem Textmarker markieren)
- „Was ich gerne einmal ausprobieren würde“ (einkreisen)

mit dem Hund spielen – die Katze streicheln – Vögel beobachten – in den Zoo gehen – zeichnen – basteln – kreative Sachen ausdenken – nähen – handarbeiten – mit Holz arbeiten – ein Musikinstrument lernen/spielen – komponieren – (in der Badewanne) singen – bei einem Chor singen – Beatboxing lernen – Theater spielen – ins Theater gehen – Konzert besuchen – Musik hören – kochen – neue Rezepte ausprobieren – Leute zum Essen einladen – Ribisel/Äpfel/Erdbeeren pflücken – Blumen in Topf oder Blumentrog setzen – lesen – Zeitschriften anschauen – in einer Bibliothek/einer Buchhandlung schmökern – selber ein Gedicht/eine Geschichte schreiben – Briefe schreiben – Ansichtskarten verschicken – SMS schicken – telefonieren – Freunde treffen – im Café sitzen – in die Disko gehen – essen gehen – Brot backen – Kuchen backen – über Autoren-fachsimpeln – über Mode reden – Kosmetik ausprobieren – Fußball spielen – Geheimnisse austauschen – Tagebuch schreiben – beim Aufräumen helfen – das Zimmer umräumen – von Plänen/Zielen träumen – trainieren – bei einem Sportkampf zuschauen – verreisen – wandern – spazieren gehen – einkaufen – Obstsalat essen – Eis schlecken – ein Geschenk für jemanden aussuchen/überlegen – tanzen – Sport treiben – im Regen spazieren gehen – die Natur beobachten – kuscheln – ganz früh aufstehen – ganz spät schlafen gehen – fernsehen – ins Kino gehen – fotografieren – ein Fotoalbum anlegen – Fotos austauschen – ins Museum gehen – in der Stadt herumschlendern – mit dem Zug fahren – radeln – ins Fitness-Studio gehen – in die Sauna gehen – in die Kirche gehen – beten – bei einem Verein dabei sein – ein Fest organisieren – auf einem Flohmarkt stöbern/ etwas anbieten – das Zimmer/die Wohnung dekorieren – etwas sammeln/eine Sammlung anlegen – sich für ferne Länder interessieren – im Internet surfen – googeln – Freund_innen auf Facebook ... besuchen – ein Computerspiel spielen – Prospekte studieren – zum Friseur gehen – mit Freund_innen Sachen ausdenken – Ruhe genießen – Schuhe putzen – sich einen neuen Kleidungs-Style überlegen – einen Leserbrief/Fanbrief schreiben – über die Hitparade fachsimpeln – eine Casting-Show anschauen – Kreuzworträtsel lösen – Karaoke singen – Kekse backen – etwas reparieren – Pläne machen – jemanden herausfordern – eine Wette abschließen – Rasen mähen – chillen – eine Kampfsportart lernen – zelten – Pilates oder Yoga ausprobieren – Geschichten erfinden – ins Schwimmbad gehen – Leute treffen – jemandem helfen – einen Erste-Hilfe-Kurs machen – tagträumen – jemanden zum Lachen bringen – sich eine Überraschung ausdenken – im Gras liegen – eine Schneeballschlacht machen – sonnenbaden – einen Blumenstrauß pflücken – eine „gute Tat“ machen – das Fernsehprogramm studieren – E-Mails schreiben – faulenzten – sich Gedanken über das Universum

machen – flippern – trommeln – Fahrrad fahren – eine Playlist mit Lieblingsliedern zusammenstellen – Gesellschaftsspiele spielen – einen Ausflug planen – Billard spielen – ein „Ehrenamt“ übernehmen (z. B. Besuche im Altersheim) – sich als DJ versuchen – Witze sammeln und erzählen – Tischfußball/Tischtennis spielen – Märchen lesen – schwimmen gehen – langsam spazieren gehen

5.3 Konsumgewohnheiten

Ziel:

Der/die Klient_in kennt seine/ihre Konsumgewohnheiten und hat reflektiert, was davon gesundheitsförderlich ist. Die Reflexion des eigenen Konsumverhaltens trägt dazu bei, einen eventuellen Handlungsbedarf sichtbar und Veränderungen möglich zu machen.

Umsetzung:

Nachdem die Freizeitaktivitäten besprochen worden sind, wird in dieser Übung überlegt, was konsumiert wird.

Was konsumiere ich am Tag?

Beispiele: Fernsehen, Alkohol, Zigaretten, Internet, Nahrungsmittel, Glücksspiel oder Wetten, Süßigkeiten etc.

Es werden 5 Angaben ausgewählt und in das Arbeitsblatt 31 – Meine Konsumgewohnheiten eingetragen. Dann wird das Arbeitsblatt anhand der Reflexionsfragen gemeinsam besprochen.

Reflexionsfragen:

Was konsumiere ich am Tag?

*Was davon **tut mir gut?***

*Was ist für mich **nicht gut?***

Was und wie oft konsumiere ich?

| Konsumverhalten | Nie | 1–3 x/Monat | 1–3 x/Woche | 4–6 x/Woche | täglich |
|---|----------|-------------|-------------|--------------|--------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| Konsumverhalten – Medien | 0 | 1–5 | 6–10 | 11–15 | Mehr als 15 |
| Wie viele Stunden sehe ich innerhalb einer Woche fern (Filme, Serie, Sendungen)? | | | | | |
| Wie viele Stunden pro Woche benutze ich einen Computer oder ein Smartphone zum Spielen? | | | | | |
| Wie viele Stunden verbringe ich pro Woche in sozialen Netzwerken oder im Internet? | | | | | |

5.4 Verzichtsexperiment

Ziel:

Der/die Klient_in reduziert oder verzichtet in einem bestimmten Zeitraum auf eine Konsumgewohnheit. Diese Übung macht die Wichtigkeit der Konsumgewohnheit deutlich und trägt zur Reflexion des Konsumverhaltens bei.

Möglicherweise kann die durch das Verzichten gewonnene Zeit alternativ genutzt werden, neue Verhaltensweisen werden kennengelernt, alte wiederentdeckt und mehr wertgeschätzt. Siehe dazu auch die Übung auf Seite 223 „Freizeitbeschäftigungen“.

Umsetzung:

Das Verzichtsexperiment empfiehlt sich im Anschluss an die Übung auf Seite 224 „Konsumgewohnheiten“. Der/die Klient_in wird eingeladen, eine Woche lang (oder ein paar Tage) auf etwas zu verzichten oder etwas zu reduzieren. Sehr motivierend ist es, wenn auch die Betreuungsperson bei dem Experiment mitmacht, im Sinne von: „Gemeinsam ist man stärker“.

Das Vorhaben wird auf dem Arbeitsblatt 32 – Verzichtsvertrag festgehalten.

Beispiel: *„Ich reduziere/oder verzichte auf ... eine Tätigkeit/Gewohnheit/ein Genussmittel (z. B. Fernsehen, Internet, PC-Spiele, Schokolade, Schimpfwörter sagen).“*

Während der Verzichtphase sollte immer wieder die Möglichkeit bestehen, sich über die Befindlichkeiten auszutauschen. Wichtig ist, dass der/die Klient_in selbst entscheidet, worauf er/sie verzichten oder welche Konsumgewohnheit er/sie reduzieren möchte.

Auch die Möglichkeit des Scheiterns ist zu bedenken. Gemeinsam mit dem/der Betreuer_in kann dann überlegt werden, warum es nicht geklappt hat.

- *Was hätte geholfen, um den Tag durchzuhalten?*
- *Auch wenn es nicht klappt, kann man daraus etwas lernen.*

Am Ende empfiehlt sich eine Reflexion über das Verzichtsexperiment.

- *Was hilft dir, den Verzicht durchzuhalten?*
- *Wann ist die Gefahr am allergrößten, den Verzicht (oder Reduktion) abubrechen?*
- *Wissen Freund_innen/Mitbewohner_innen von deinem Vorhaben?*
- *Was macht es unmöglich, den Verzicht (die Reduktion) dauerhaft durchzuhalten?*
- *Hast du mal geschwindelt?*
- *Hat es geholfen, dass der/die Betreuer_in mitgemacht hat?*

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2020, S. 61-62)

Mein persönlicher Verzichtungsvertrag

Ich verzichte ganz auf: _____

Oder

Ich reduziere _____ auf: _____ Std.

Datum: von _____ bis _____

Unterschrift: _____

Mein persönlicher Verzichtungsvertrag

Ich verzichte ganz auf: _____

Oder

Ich reduziere _____ auf: _____ Std.

Datum: von _____ bis _____

Unterschrift: _____

5.5 Was brauche ich wirklich?

Ziel:

Der/die Klient_in kennt seine/ihre Bedürfnisse und kann diese benennen. Die Übung regt zur Reflexion an, zeigt Prioritäten auf, was dem/der Klient_in selbst wichtig ist und worauf eventuell verzichtet werden kann.

Die Konsumgesellschaft fördert die Idee, dass Menschen durch Konsumgüter glücklicher werden. Haben und Sein werden dabei oft verwechselt oder sogar gleichgesetzt. Bestimmte Produkte und Marken (z. B. Handys, Kleidung, Getränke) werden mit Eigenschaften verbunden (cool, attraktiv, sportlich usw.) die durch den Konsum und Kauf scheinbar miterworben werden können. Werbestrategien versuchen bei den Klient_innen gezielt Gefühle zu erzeugen und damit Begierden und (künstliche) Bedürfnisse zu wecken. Wie Werbung funktioniert, kann in dieser Übung auch besprochen und hinterfragt werden.

Umsetzung:

Das Arbeitsblatt 33 – Meine Bedürfnisse wird von dem/der Klient_in bei Bedarf mit dem/der Betreuer_in gemeinsam ausgefüllt und besprochen. Bei der Frage „Was brauche ich wirklich?“ können Grundbedürfnisse wie Luft zum Atmen, Nahrung, Freundschaft, Liebe, ein Zuhause etc. besprochen werden.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 395)

Meine Bedürfnisse

Was brauche ich
nicht unbedingt?

Was wäre noch
schön/angenehm?

Was brauche
ich **wirklich und
unbedingt?**

5.6 Meine Schätze – was ich alles habe

Ziel:

Der/die Klient_in hat einen Überblick darüber, was er/sie alles besitzt. Durch die Reflexion von materiellen sowie nichtmateriellen Besitzgütern werden Ressourcen bewusst und können benannt werden.

Umsetzung: Die Übung „Meine Schätze – was ich alles habe“ unterstützt die Übung auf Seite 228 „Was brauche ich wirklich?“ oder kann als eigene Variante verwendet werden.

Als Einstieg empfiehlt es sich, den/die Klient_in zu bitten, sich aufmerksam im Raum umzusehen. Wie viele Gegenstände werden gesehen? Dann bittet die Betreuungsperson den/die Klient_in zu zählen, wie viele Dinge er/sie gerade bei sich hat, die ihm/ihr gehören (Kleidungsstücke, Tasche/Rucksack, Geldbörse, Schmuck usw.) Danach wird gesammelt und überlegt, was der/die Klient_in alles besitzt. Es können materielle Dinge angeführt werden, aber auch Fähigkeiten, Ressourcen, Personen und Tiere genannt werden.

Beispiele: Hund, Katze, Freundin, nahe Personen, Gefühle, Mut, Humor, Geduld, Interesse für verschiedene Dinge wie Sport, Kochen, Mode, Kleidung, Möbel, Sportgeräte, Musikinstrumente, elektronische Geräte und vieles mehr.

Die Übung kann schriftlich auf dem Arbeitsblatt 34 – Mein Lebensschatz, Variante Schreiben oder zeichnerisch auf dem Arbeitsblatt 35 – Mein Lebensschatz, Variante Zeichnen/Kleben umgesetzt werden. Auch das Ausschneiden und Aufkleben von Bildern ist eine Option.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 395)

(Fotos oder Bilder einkleben, Wörter können dazugeschrieben werden)



5.7 Tagesexperiment Glück – wo ich es finden kann

Ziel:

Der/die Klient_in achtet bewusst auf positive Gefühlsregungen und kann diese dadurch besser wahrnehmen. Die Fähigkeit, Glück zu empfinden, kann aktiv gefördert werden.

Der Unterschied zwischen unverhofften Glücksmomenten und Glück im Sinne von Lebenszufriedenheit wird aufgezeigt. Dieses kann durch die eigene Haltung zu Leben und die Art der Lebensführung positiv beeinflusst werden.

Das persönliche Wohlbefinden ist davon abhängig, mit welcher Haltung Menschen den Ereignissen im Leben gegenüber treten. Diese Übung soll dazu anregen, kleine Glücksmomente bewusster wahrzunehmen und darauf zu achten, ob das eigene Wohlbefinden dadurch beeinflusst wird.

Umsetzung:

Tagesexperiment Glück

Als Einstieg in die Übung empfiehlt es sich mit dem/der Klient_in zu besprechen, ob es einen Unterschied zwischen „Glück haben“ und „glücklich sein“ gibt und ob der/die Klient_in von einem Glücksmoment erzählen möchte. Dann wird das Experiment „Glück“ erklärt. Motivierend ist es, wenn die Betreuungsperson ebenfalls beim Experiment mitmacht.

Der/die Klient_in bekommt in der Früh Bohnen, Steine, Murmeln oder Ähnliches (ca. fünf Stück), die er/sie in die rechte Hosen- oder Jackentasche stecken und den ganzen Tag bei sich tragen soll.

Immer wenn dem/der Klient_in untertags etwas Gutes passiert, er/sie etwas Schönes sieht, dankbar ist oder sich über etwas Bestimmtes freut, wird eine Bohne, (Stein, Murmel etc.) in die Hand genommen und in die andere (linke) Tasche gegeben.

Am Ende des Tages werden die Bohnen, Steine, Murmeln ... in die Hand genommen und der/die Klient_in erinnert sich an die glücklichen Momente, die damit verbunden sind.

Das Experiment wird bei der nächsten Gelegenheit gemeinsam nachbesprochen. Die Betreuungsperson und der/die Klient_in erzählen sich gegenseitig von den von ihnen erlebten Glücksmomenten. Diese können auch notiert werden, damit sie leichter in Erinnerung gerufen werden können.

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH, 2019, S. 405-406)



5.8 Genuss und Abhängigkeit

Ziel:

Der/die Klient_in kennt die Begriffe Genuss und Abhängigkeit und kann diese auf sein/ihr eigenes Verhalten hin reflektieren, um Konsumgewohnheiten sichtbar zu machen und in weiterer Folge bei Bedarf damit zu arbeiten.

Umsetzung:

Gemeinsam mit dem/der Klient_in werden die Begriffe Genuss und Abhängigkeit anhand der folgenden Fragen erarbeitet. Auf dem Arbeitsblatt 36 – Genuss und Abhängigkeit werden Beispiele gesammelt, entweder in Form von Notizen oder einer Collage, wobei Bilder aus Zeitschriften ausgeschnitten werden können.

Reflexionsfragen:

Was bedeutet für mich Genuss?

Was bedeutet für mich Abhängigkeit?

Was brauche ich dazu?

Beispielsätze für Genuss:

„Ich nehme mir für etwas Zeit!“

„Weniger ist mehr“ (z. B. Eis)

„Ich weiß, was mir guttut!“

„Ich darf täglich etwas genießen“

„Genuss macht Freude“

Beispielsätze für Abhängigkeit:

„Ich kann nicht mehr aufhören.“

„Ich habe keine Zeit mehr für andere Dinge.“

„Ich habe keine Kontrolle mehr.“

„Ich schade mir selbst“

„Meine Gedanken drehen sich nur um ...“

„Mir geht es schlecht, wenn ich aufhöre.“

Daraus können weitere Fragestellungen resultieren:

Was genießt du? Was macht dich glücklich?

(vgl. Kleinstäuber et al., 2012)

Genuss und Abhängigkeit

Genuss



Abhängigkeit



5.9 Genussübung: Schokolade essen einmal anders

Ziel:

Der/die Klient_in kennt (durch die Genussübung) eine Konsumform, die Genussempfinden verstärken kann. Dadurch wird ein bewusstes Geschmacksempfinden gefördert.

Umsetzung:

Es werden einzeln verpackte kleine Schokoladen (zwei Stück pro Klient_in) benötigt. Die Betreuungsperson und der/die Klient_in essen in 2 Durchgängen auf unterschiedliche Weise Schokolade. Die Übung kann auch in einer größeren Gruppe gemacht werden.

Am besten eignet sich Schokolade, die erst ausgepackt werden muss, wie z. B. Naps oder verpackte Schoko-Kugeln). Wer keine Schokolade mag, kann auch Mandarinstücke o. Ä. essen).

Im ersten Durchgang wird die Schokolade ohne Kommentar „so wie immer“ gegessen.

Im zweiten Durchgang wird das verpackte Stück Schokolade nach folgender Anleitung betont bewusst und langsam gegessen.

1. Mach es dir bequem, setz dich z. B. gemütlich auf einen Stuhl (Wahrnehmung bestärken, was als bequem empfunden wird).
2. Lege die eingepackte Schokolade auf die Hand und sieh sie dir an. (Welche Farbe hat das Papier? Ist die Schokolade ansprechend eingepackt?)
3. Wickle die Schokolade nun langsam aus. Rieche an der Schokolade und schließe dabei die Augen, wenn du möchtest.
4. Beiße die Hälfte der Schokolade ab, lege sie auf die Zunge und lasse sie langsam zergehen. Versuche nicht zu kauen, sondern das Schokoladenstück im Mund schmelzen zu lassen. Konzentriere dich auf deine Geschmacksempfindungen, bis die Schokolade geschmolzen ist.
5. Konzentriere dich nun auf die zweite Hälfte der Schokolade. Rieche daran und versuche dich an deine Geschmacksempfindungen von vorher zu erinnern, bevor du auch dieses Stück langsam auf der Zunge zergehen lässt. Versuche den Geschmack dabei intensiv aufzunehmen.

Danach wird die Genussübung besprochen.

*Wie ging es dir beim ersten/beim zweiten Stück Schokolade?
Welcher Durchgang hat dir besser gefallen? Und was war der Unterschied?*

Wenn du das nächste Mal Schokolade isst, wie würdest du sie nach diesen Erfahrungen essen wollen?

(vgl. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2020, S. 57)

6 RISIKOVERHALTEN UND RISKANTER KONSUM

6.1 Mein Risikoverhalten

Ziel:

Durch die Erarbeitung der Begriffe Risiko, Gefahr und Mut kann der/die Klient_in das eigene Risikoverhalten reflektieren und in weiterer Folge sein/ihr Verhalten dahingehend besser einschätzen. Weiters können eher schüchterne Personen eventuell ihre Komfortzone teilweise verlassen und etwas Neues ausprobieren.

Umsetzung:

Mithilfe von Fragen und Aufträgen anhand des Arbeitsblatts 37 – Risikoverhalten wird das Risikoverhalten reflektiert und gemeinsam besprochen.

Als Einstieg in die Übung werden die Begriffe Risiko, Gefahr und Mut besprochen. Es kommt dabei nicht auf eine „richtige“ Definition an, sondern eher darauf, was die Begriffe für den/die Klient_in bedeuten.

Was bedeutet für dich Mut?

(z. B. sich etwas trauen, in einer riskanten Situation Angst überwinden etc.)

Was bedeutet der Begriff Risiko?

(z. B. eine Situation, die einen ungewissen Ausgang hat. Dieser kann möglicherweise negativ, gefährlich, unangenehm, peinlich oder aber auch positiv etc. sein. Wichtig ist es, bevor ein Risiko eingegangen wird, die möglichen Konsequenzen der Handlungen zu bedenken.)

Was bedeutet der Begriff Gefahr?

(z. B. eine riskante Situation, wo es sehr wahrscheinlich ist, dass jemand zu Schaden kommen kann; hohes Risiko)

Anschließend kann der Merksatz „**Bevor du ein Risiko eingehst, nimm dir kurz Zeit und schätze die Situation für dich ein**“ besprochen werden. Nach diesem Prinzip nehmen sich die Klient_innen ein paar Sekunden Zeit, um eine gegebene Situation entlang der drei Schritte Wahrnehmen, Beurteilen, Entscheiden bewerten zu können und nicht sofort zu handeln.

(vgl. Eichhorn, Aigner-Breuss, 2018, S. 4-8)

Fragen und Anregungen zum Thema Risikoverhalten

Was würdest du gerne tun, wenn du noch mehr Mut hättest?

Beziffere folgende Aktivitäten von 1 bis 8.

Wo bräuchte es deiner Meinung nach viel Mut und wo nicht, weil es einfach ist?

1 bedeutet: das ist leicht, 8 bedeutet: dafür braucht es viel Mut

- jemanden ansprechen
- neues Essen ausprobieren
- eine neue Frisur machen lassen
- 4 Stunden ohne Handy sein
- vor anderen singen
- 1 Stunde im Dunkeln sein
- jemandem sagen, dass ich ihn/sie mag

Möchtest du etwas davon ausprobieren? Wenn ja, was?

Gibt es Sehnsüchte oder Wünsche, die gefährlich sein können?

„Bevor du ein Risiko eingehst, nimm dir kurz Zeit und schätze die Situation für dich ein.“

- 1) Situation wahrnehmen**
- 2) Situation beurteilen**
- 3) Handlung entscheiden**



6.2 Mutig oder riskant?

Ziel:

Der/die Klient_in lernt sein/ihr Risikoverhalten besser kennen. Durch das Reflektieren und Analysieren der damit verbundenen Vor- und Nachteile können Handlungsalternativen besprochen werden (es werden Handlungsalternativen sichtbar).

Umsetzung:

Ausfüllen und Besprechung des Arbeitsblatts 38 – Mutig oder riskant?
*Wie mutig oder riskant findest du die beschriebenen Handlungsweisen?
Was kann dabei passieren?*

| | Braucht es Mut dazu? | Welches Risiko geht man ein? Was kann dabei passieren? | Würde ich das tun? |
|---|----------------------|--|--------------------|
| Jemanden ansprechen, der einem gefällt | | | |
| Eine andere Meinung haben | | | |
| Keinen Alkohol trinken, obwohl die anderen es tun | | | |
| Psychoaktive Substanzen (Drogen) ausprobieren | | | |
| Nein sagen zu etwas, was ich nicht möchte | | | |
| Fremde Personen nach Hause mitnehmen | | | |
| Etwas Verbotenes tun | | | |

6.3 Konsumiere ich riskant? (Beispiel Alkohol)

Ziel:

Der/die Klient_in kann den eigenen Alkoholkonsum besser einschätzen und hat ein besseres Gefühl für die Menge des konsumierten Alkohols. Mit diesem Wissen können Entscheidungen für einen bewussteren Umgang mit Alkohol getroffen werden.

Variante 1

Umsetzung:

Der/die Klient_in fragen, in welchen der Getränke in Abbildung 18 – Alkoholmengen seiner/ihrer Meinung nach am meisten Alkohol enthalten ist. Wie würde er/sie anordnen? Wo ist mehr Alkohol enthalten und wo weniger?

Wo ist am meisten Alkohol enthalten?¹⁴



Abbildung 18 – Alkoholmengen

Auflösung: Jede Abbildung enthält gleich viel Alkohol. Ein halber Liter „normales“ Bier (also kein Starkbier) enthält ca. 20 g reinen Alkohol. Etwa die gleiche Alkoholmenge haben ein Viertelliter Wein (0,25 l) oder drei 40-prozentige Schnäpse (z.B. Whisky oder Wodka).

Variante 2

Umsetzung:

Die gleiche Übung kann auch mit Leergut durchgeführt werden, indem man verschiedene Flaschen und Dosen nach dem Gesamtalkohol in dem Gebinde sortieren lässt. Zur Vorbereitung dieser Übung muss bei den jeweiligen Getränken die Menge des beinhalteten Reinalkohols berechnet werden.

Dazu sind folgende Angaben nötig:

- die Menge des Getränks in Milliliter (ml)
- der Alkoholgehalt in Volumenprozent (Vol.-%)

¹⁴ Text und Grafiken basieren auf Körkel J. (2014): Kontrolliertes Trinken. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum. Stuttgart: Trias Verlag in MVS

Darüber hinaus müssen Sie zur Berechnung noch das spezifische Gewicht von Alkohol kennen. Dieser Wert ist $0,8 \text{ g/cm}^3$. Die Formel zur Berechnung des Alkoholgehalts eines Getränks lautet damit:

Menge in ml \times (Vol.-% / 100) \times 0,8 = Gramm reiner Alkohol

Zur Veranschaulichung einige Rechenbeispiele:

1 Flasche Bier (330 ml, 4,8 Vol.-%): $330 \text{ ml} \times (4,8 / 100) \times 0,8 = 12,7 \text{ g}$
Alkohol

1 Achtelliter Wein (125 ml, 11 Vol.-%): $125 \text{ ml} \times (11 / 100) \times 0,8 = 11 \text{ g}$
Alkohol

1 Glas Tequila (20 ml, 38 Vol.-%): $20 \text{ ml} \times (38 / 100) \times 0,8 = 6,1 \text{ g}$ Alkohol

(vgl.: www.kenn-dein-limit.de, www.dialogwoche-alkohol.at; ISP 2018, S. 4-5)

6.4 Auswirkungen von Nikotin und Alkohol auf den Körper

Ziel:

Klient_innen wissen, welche Auswirkungen Alkohol und Nikotin auf den Körper haben.

Umsetzung:

Die Bilder in Abbildung 19 und Abbildung 20, die veranschaulichen, wo sich Alkohol und Nikotin im Körper auswirken, werden gemeinsam besprochen. Außerdem können auf der Gesundheitswebsite www.feel-ok.at Arbeitsblätter zu dem Thema ausgefüllt werden.

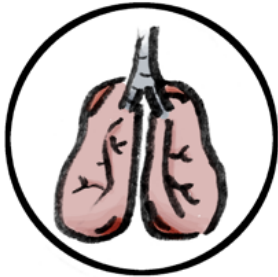
Achtung: In der Schwangerschaft und Stillzeit ist auf den Konsum von Alkohol, Nikotin oder anderen psychoaktiven Substanzen gänzlich zu verzichten. Es kann die Gesundheit und die Entwicklung des Kindes gefährden und zu schweren Schädigungen führen.



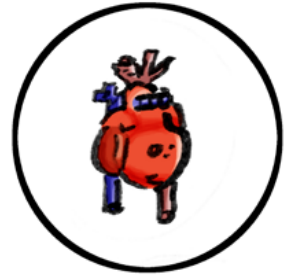
Erhöhtes Krebsrisiko in Mundhöhle, Kehlkopf und Rachen



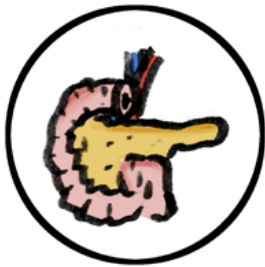
Nikotin-Abhängigkeit durch erhöhte Dopaminausschüttung, erhöhtes Schlaganfallrisiko



Erhöhte Atemfrequenz, Lungenkrebs, chronische Atemwegserkrankungen



Erhöhte Herzfrequenz, höherer Blutdruck, Herzinfarkt, Arteriosklerose



Diabetes, Bauchspeicheldrüsenkrebs



Erhöhte Magensaftproduktion und Darmtätigkeit führen zu schnellerem Stoffwechsel



Schwangerschaftskomplikationen, Beeinträchtigung der gesunden Entwicklung des Kindes



Impotenz, Erektionsprobleme, Unfruchtbarkeit



Haut erschlafft rascher, begünstigte Faltenbildung, erhöhte Kälteempfindlichkeit

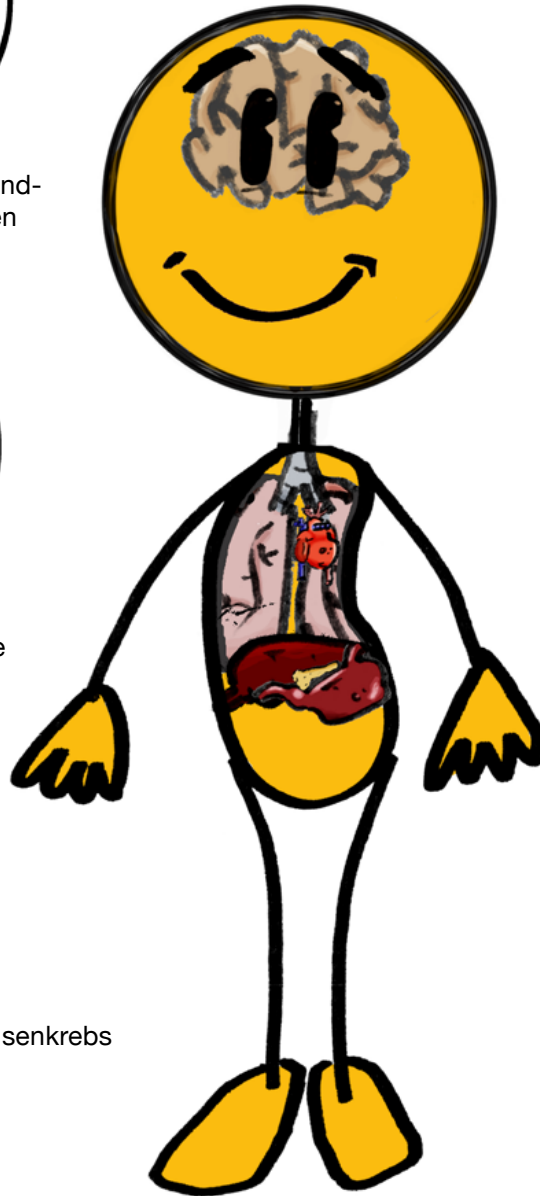


Abbildung 19 – Auswirkungen von Nikotin auf den Körper

(vgl. gesundpedia.de, 2021)
(vgl. www.dkfz.de, 2021)

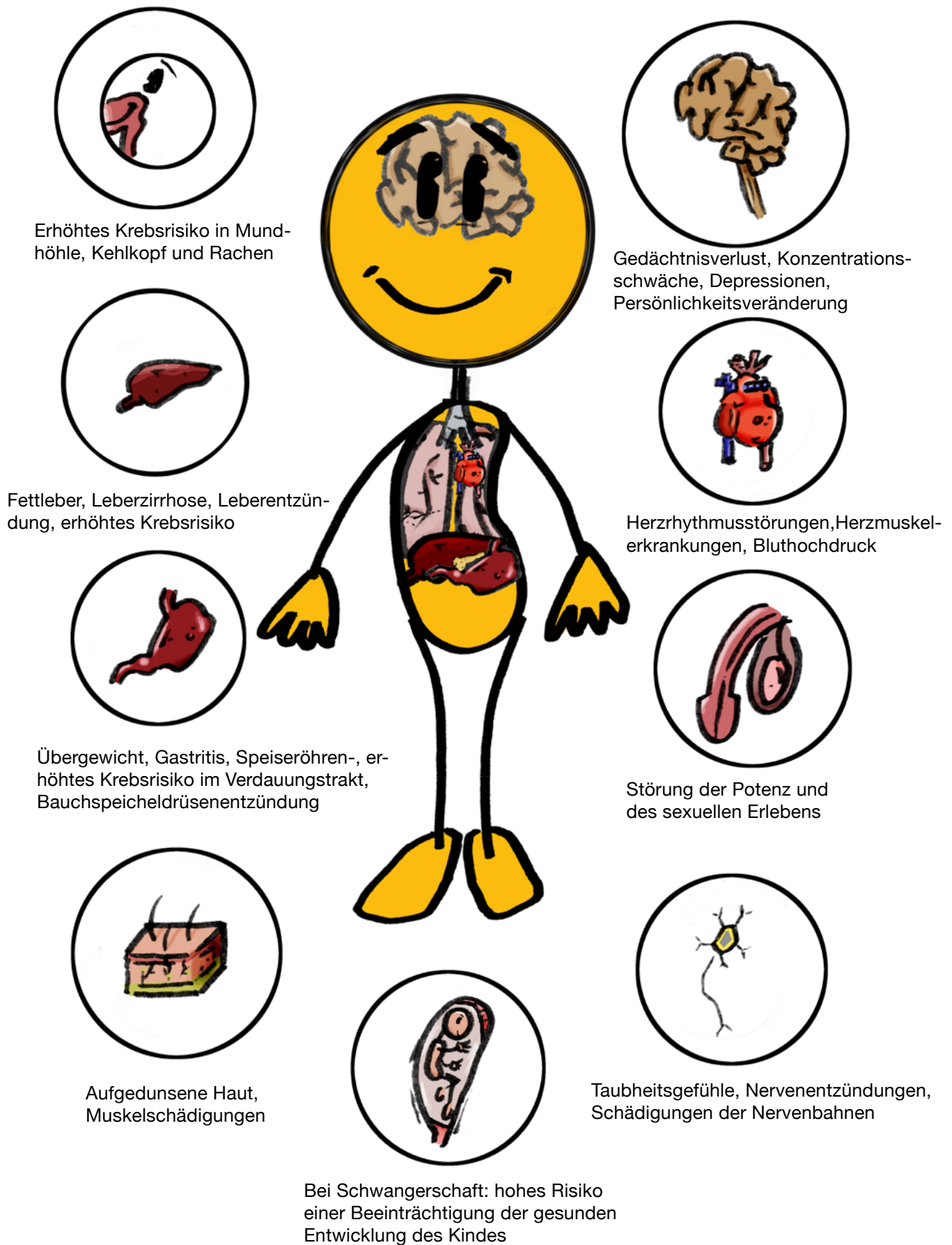


Abbildung 20 – Auswirkungen von Alkohol auf den Körper

(vgl. www.vivid.at, 2021)
 (vgl. www.alkocol.org.nz/, 2021)

6.5 Über Suchtmittel ins Gespräch kommen

Ziel:

Der/die Klient_in kann mithilfe von Bildkarten¹⁵ oder anderen Legematerialien die eigenen Erfahrungen mit Suchtmittel leichter benennen und beschreiben. Die Bildkarten bzw. Legematerialien unterstützen die Kommunikation zwischen Berater_in und Klient_in.

Umsetzung:

Bildkarten erleichtern den Einstieg in das Thema und bieten Erzähltreize. Die folgenden Materialien können je nach Bedarf einzeln oder gemeinsam in unterschiedlichen Kombinationen eingesetzt werden.

Alternativ können auch Flaschen, Tablettenpackungen u. Ä. oder Fotos verwendet werden.

Mögliche Aufgaben/Fragen:

- *Welche Bilder kennst du?*
- *Bilder sortieren: bekannte Substanzen und unbekannte Substanzen*
- *Bilder von Substanzen auswählen, die schon probiert wurden*
- *Bilder auflegen: einmal probiert – öfter probiert*
- *Bilder auflegen: Ist etwas dabei, dass du vor Kurzem genommen hast?*
- ...

¹⁵ Für einen vergleichbaren Ansatz siehe: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)



Cannabis



Schnüffelstoffe



Tabak



Glücksspiel



Kokain



Alkohol



Online-Games



Medikamente



Substitutionsmittel





Heroin



Amphetamine



Kaffee




Ecstasy



Energy-Drink



Halluzinogene



**andere
Suchtmittel**

**andere
Suchtmittel**

**andere
Suchtmittel**

6.6 Konsumformen besprechen

Ziel:

Der/die Klient_in kann mithilfe von Bildkarten Konsumformen leichter benennen und beschreiben. Die Bildkarten unterstützen die Kommunikation zwischen Berater_in und Klient_in.

Umsetzung:

Den jeweiligen Substanz-Karten (Arbeitsblatt 39 und 40, auf Seite 245 und Seite 247) werden Karten mit Konsumformen (Arbeitsblatt 41 – Konsumform-Karten) zugeordnet.

Mögliche Aufgaben/Fragen:

- *Welche Konsumformen kennst du?*
- *Welche Konsumformen hast du selbst probiert?*
- *Wie wird welches Suchtmittel meistens konsumiert?*
- *Wie hast du dieses Suchtmittel konsumiert?*



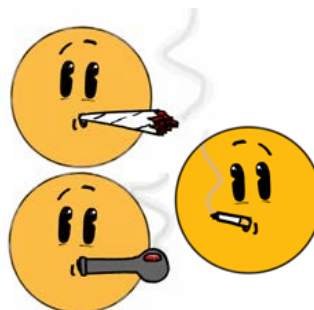
Trinken/Essen



Bong



Rauchen



Dampfen



Sniefen



Wasserpfeife



Spritzen



**andere
Konsumformen**

**andere
Konsumformen**

6.7 Konsumzeiten besprechen

Diese Übung ist eine Ergänzung bzw. Erweiterung zur Übung auf Seite 244

Ziel:

Der/die Klient_in hat mithilfe der Bildkarten und eines Wochenplans eine Übersicht über die eigene Tagesstruktur sowie das eigene Freizeit- und Konsumverhalten in Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum erhalten. Durch diese Veranschaulichung kann der/die Klient_in die eigenen Konsumzeiten besser reflektieren und besprechen.

Umsetzung:

Die derzeit konsumierten Suchtmittel (Arbeitsblatt 39 und Arbeitsblatt 40) werden ausgeschnitten und auf einen Wochenplan bzw. ein Plakat aufgelegt, um zu erfahren, wann und wie oft diese Substanzen z. B. in der letzten Woche genommen wurden.

Im Zuge der gemeinsamen Bearbeitung des Wochenplans kann man auch auf weitere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zu sprechen kommen und klären, wie diese auf den/die Klient_in wirken, um Alternativen zum Konsum greifbar zu machen (Aha-Effekt: „Es gibt ja noch andere Sachen, die mir Spaß machen“).

Material: Wochenplan (selbst gestaltetes Plakat)

6.8 Suchtmittel bewerten und einschätzen

Diese Übung ist eine Ergänzung bzw. Erweiterung zur Übung auf Seite 244

Ziel:

Der/die Klient_in kann mithilfe von Bildkarten eigene Erfahrungen mit Suchtmitteln besser reflektieren, beschreiben, einschätzen und bewerten. Die Bildkarten bzw. Legematerialien unterstützen die Kommunikation zwischen Berater_in und Klient_in.

Umsetzung:

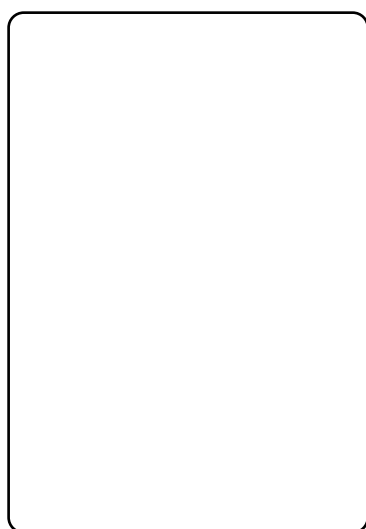
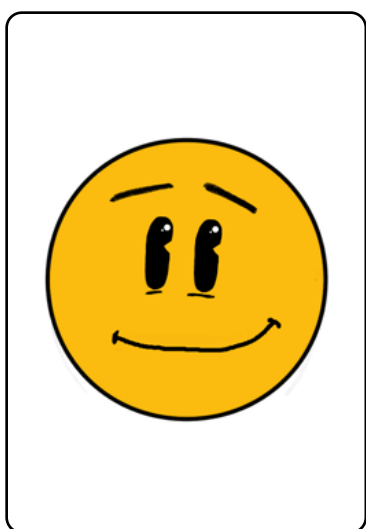
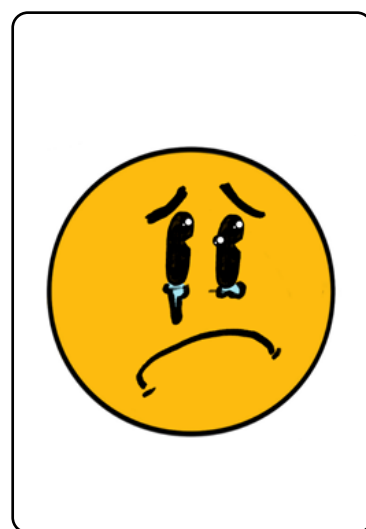
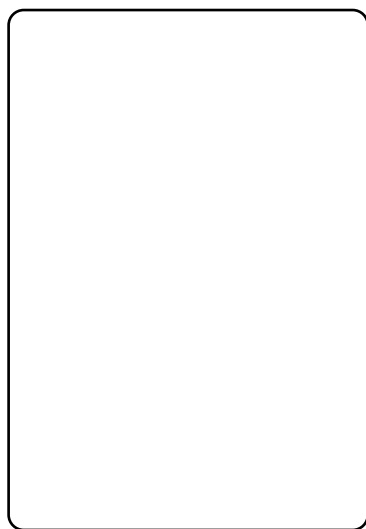
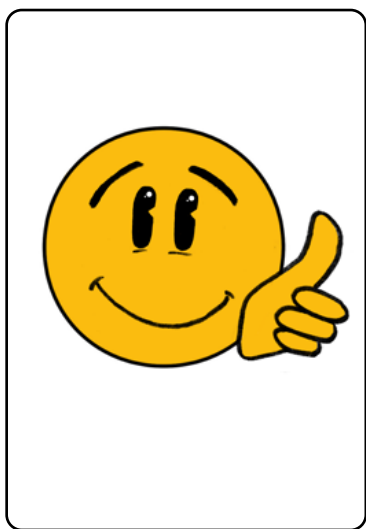
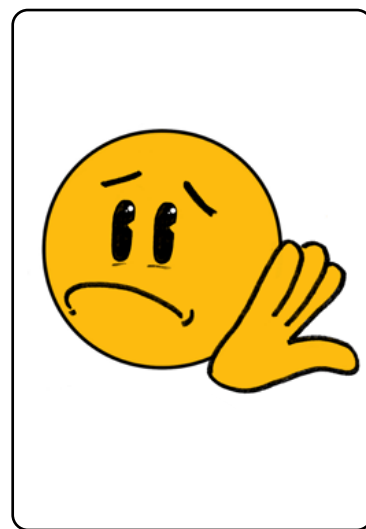
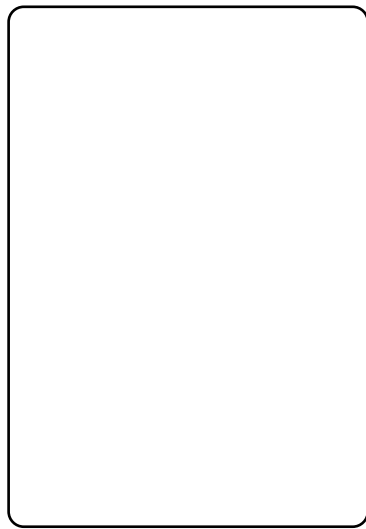
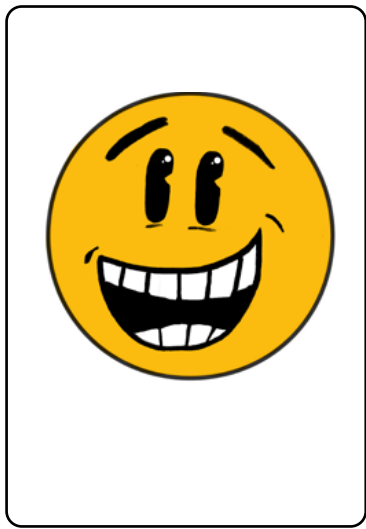
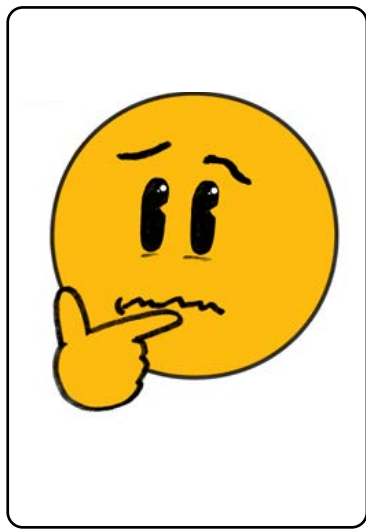
Den jeweiligen Substanz-Karten (Arbeitsblatt 39 und 40, Übung auf Seite 245 und Seite 247) oder Konsumform-Karten (Arbeitsblatt 41, Übung auf Seite 251) werden Smiley-Karten (Arbeitsblatt 42) zugeordnet.

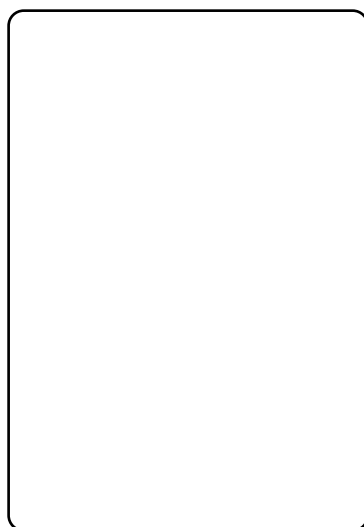
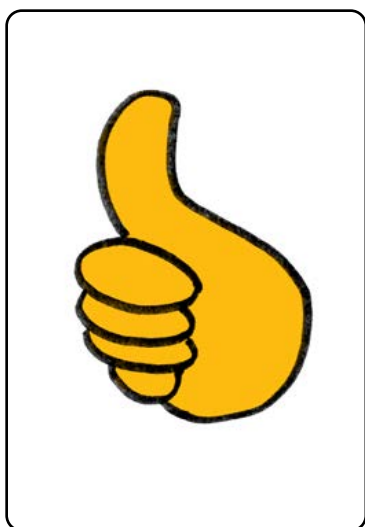
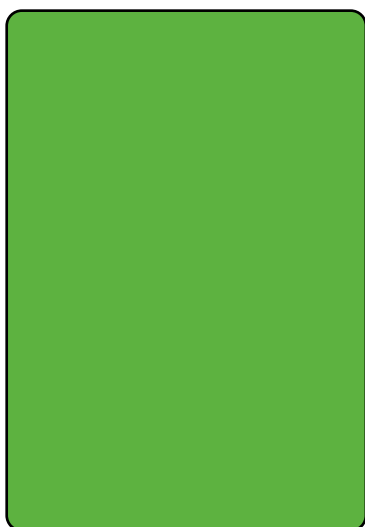
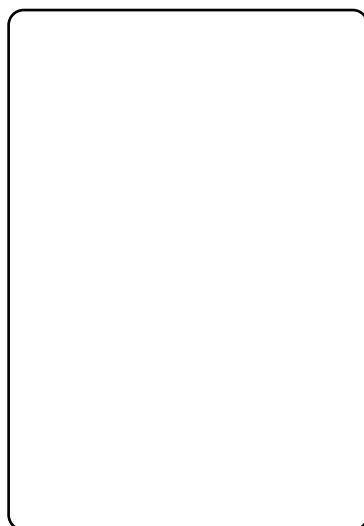
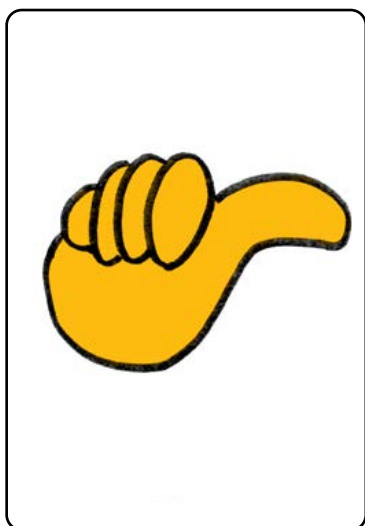
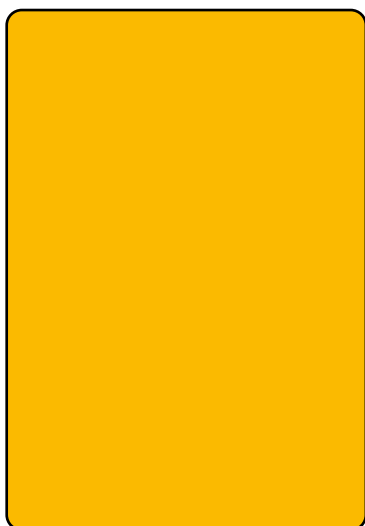
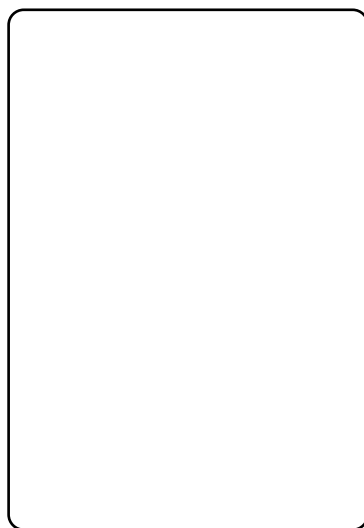
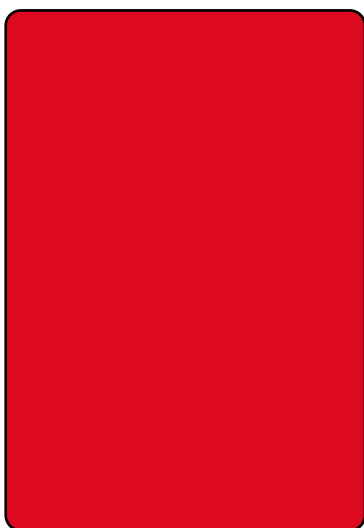
Alternativ können Ampel-Farben (Arbeitsblatt 43), Punkte, Schulnoten oder Skalierungen (z. B. von 1 bis 5 oder 1 bis 10) verwendet werden oder einfach „Daumen hoch“, „Daumen neutral“ (zur Seite) oder „Daumen runter“ (Arbeitsblatt 43).

Smileys können vielfältig und in fast allen Bereichen eingesetzt werden. Kärtchen mit Smileys haben den Vorteil, dass getroffene Einschätzungen, z. B. im Hinblick auf ein Erlebnis mit einer konsumierten Substanz, im Gespräch noch geändert werden können. Zusätzlich sprechen Smileys besser die Gefühle der Klient_innen an.

Mögliche Aufgaben/Fragen:

- *Welche Suchtmittel hast du als angenehm erlebt, welche haben Spaß gemacht?* → lachender Smiley
Welche waren „neutral“? → neutraler Smiley
Welche waren unangenehm? → trauriger Smiley
Welche haben dich vielleicht verunsichert? → verunsicherter, nachdenklicher Smiley
- *Welche Suchtmittel sind aus deiner Sicht ...*
 - ... *gefährlich?* – Rote Karte
 - ... *riskant?* – Gelbe Karte
 - ... *kein Problem?* – Grüne Karte
- *Bei welchen Suchtmitteln ...*
 - ... *willst du deinen Konsum unverändert lassen?* – Grüne Karte
 - ... *willst du deinen Konsum reduzieren?* – Gelbe Karte
 - Welche Suchtmittel willst du nicht mehr nehmen?* – Rote Karte





6.9 Konsumtagebuch

Ziel:

Der/die Klient_in kann mittels Konsumtagebuch den eigenen Substanzmittelkonsum besser reflektieren und gegebenenfalls selbstbestimmt kontrollieren.

Umsetzung:

Ein Konsumtagebuch (Arbeitsblatt 44) hilft, einen Überblick über den Konsum zu bekommen. Es kann auch bei der Überprüfung der Einhaltung von persönlichen Zielen behilflich sein.

Für das Ausfüllen des Tagebuchs macht es Sinn, vorher eine Konsumeinheit festzulegen (z. B. eine Zigarette, ein Joint, eine Tablette etc.). Bei einigen Suchtmitteln, etwa solchen in flüssiger Form oder in Pulverform, ist es oft nicht ganz so einfach, eine Konsumeinheit festzulegen.

Bei Alkohol wird meist das sogenannte Standardglas als Konsumeinheit herangezogen. Meist werden 20 g Alkoholgehalt als Standardglas festgelegt. Das entspricht in etwa einem großen Bier, einem Viertel Wein oder 3 Schnäpssen (siehe dazu auch Übung auf Seite 240). Manchmal wird als Richtwert für das Standardglas 10 g Alkohol definiert. Das entspricht dann in etwa einem kleinen Bier, einem Achtel Wein oder ein bis zwei Schnäpssen.

Wenn man eine Konsumeinheit festgelegt hat, kann man das Konsumtagebuch einfach mit einem „Stricherl“ für jede Konsumeinheit im entsprechenden Feld ausfüllen.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, mit einer Phase der Selbstbeobachtung zu starten. Für viele ist es sehr überraschend, wann und wie viel sie konsumieren. Anhand dieser Selbstbeobachtungen ist es dann leichter, den eigenen Konsum zu reflektieren und ggf. selbstbestimmte Ziele zu erarbeiten. Das Führen eines Konsumtagebuchs unterstützt nun das Erreichen des selbst gesteckten Zieles.

Verschiedene gut nutzbare Konsumtagebücher sind auch online zu finden. Auf der Website der Dialogwoche Alkohol Österreich (www.dialogwoche-alkohol.at) findet man unter <https://www.dialogwoche-alkohol.at/handeln/selbsthilfe-programm> eine Vorlage für ein Konsumtagebuch zum Thema Alkohol.

Konsumtagebuch für eine Substanz

Konsumtagebuch für eine Substanz

Substanz Woche vom bis

Mein Konsumtagebuch: **Tagesziel:** **Wochenziel:**

Tage, an denen das Ziel erreicht wurde:

1.Tag 2.Tag 3.Tag 4.Tag 5.Tag 6.Tag 7.Tag

| | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|
| 6–12 Uhr | | | | | | |
| 12–18 Uhr | | | | | | |
| 18–6 Uhr | | | | | | |

Tagesziel erreicht?

Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Wochenziel erreicht?

Ja Nein

Mit meinem Konsumverhalten bin ich in dieser Woche (bitte ankreuzen)

sehr zufrieden
sehr unzufrieden

7. MOTIVATION ZUR VERHALTENSÄNDERUNG

7.1 Meine Träume und Ziele

Ziel:

Der/die Klient_in kann seine/ihre Träume und Ziele wahrnehmen und benennen, was als Hilfsmittel für eine Zukunftsplanung herangezogen werden kann.

Variante 1

Umsetzung:

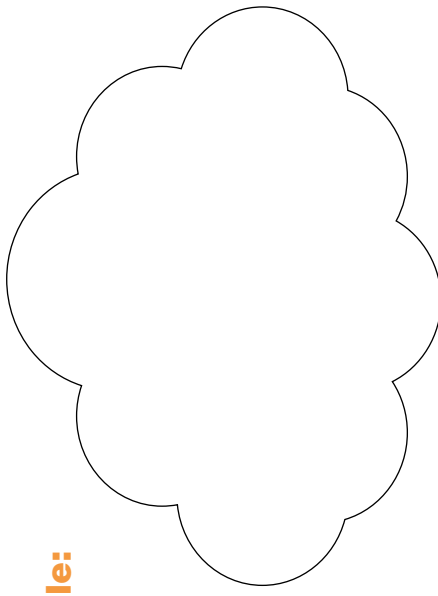
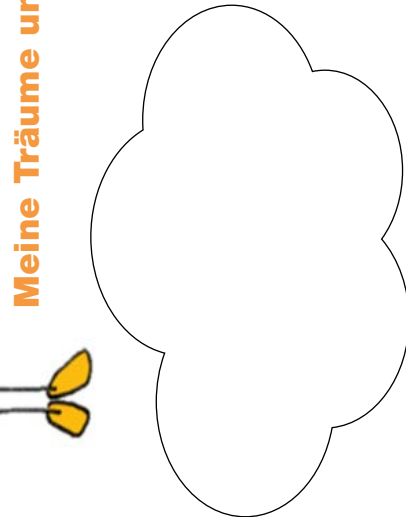
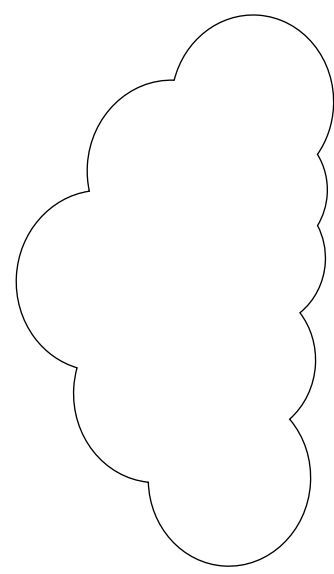
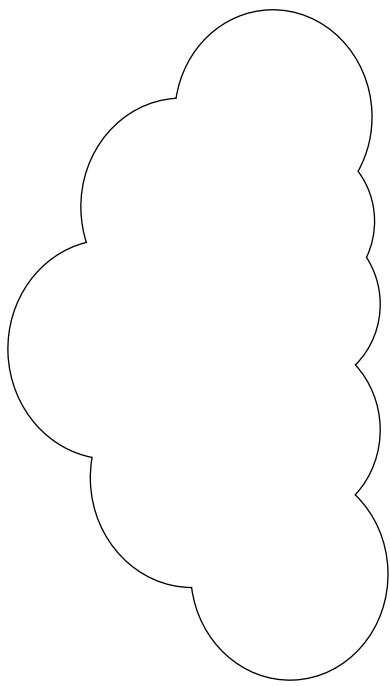
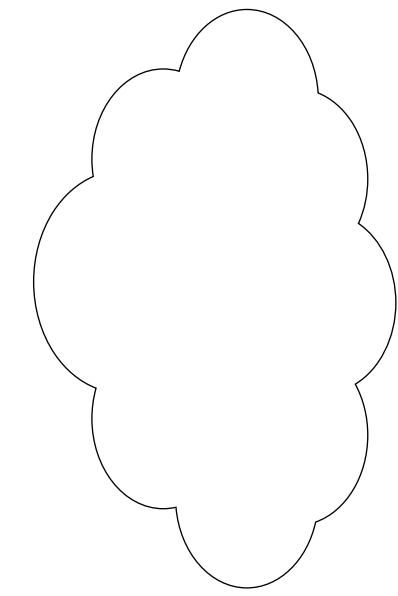
Das Arbeitsblatt 45 – Meine Träume und Ziele wird besprochen und ausgefüllt. Es wird für den/die Klient_in sichtbar platziert. Hier kann auf einen Blick erfasst werden, was für den/die Klient_in bedeutend ist. Fragestellung: Was kann der/die Klient_in selbst zur Zielerreichung beitragen und wer kann dabei unterstützen?

Variante 2

Mithilfe dieser Übung können Klient_innen überprüfen, bis wann sie ein bestimmtes Ziel erreichen können, was sie dafür benötigen, welche Hilfsquellen ihnen zur Verfügung stehen und welche Hindernisse zu überwinden sind.

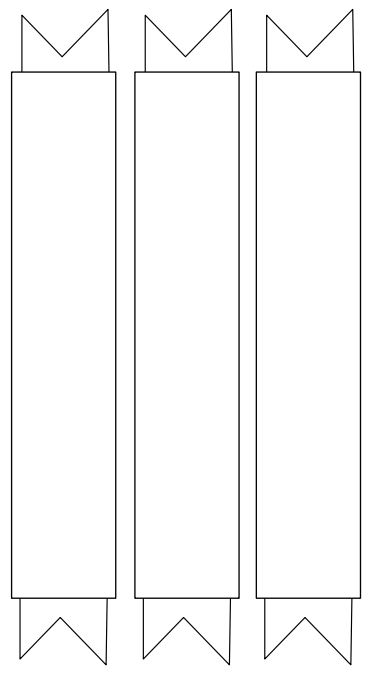
Umsetzung

Dazu wird das Arbeitsblatt 46 – Erreichung eines Zieles ausgefüllt und besprochen.
Das Arbeitsblatt kann auch als Ergänzung zu Variante 1 verwendet werden.

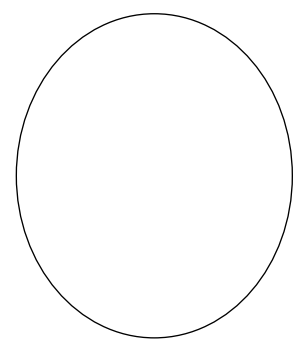
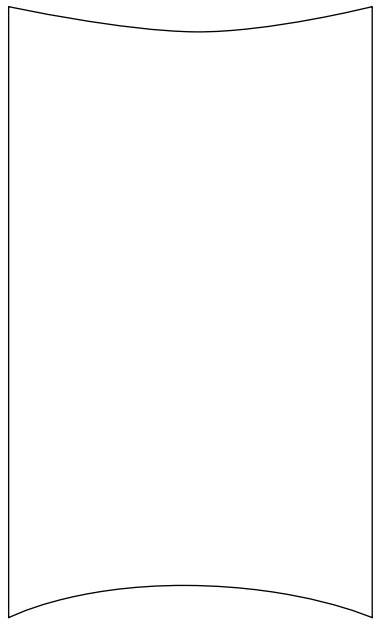


Meine Träume und Ziele:

Stärken, die mir helfen:



Menschen, die mir helfen:



Mein Weg zum Ziel

Mein Ziel: (so genau wie möglich beschreiben)

Bis wann möchte ich das Ziel erreichen (Datum):

Zwischenziele oder Zwischenschritte, die eventuell gemacht werden müssen, um das Ziel zu erreichen

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Das ist schwierig für mich, diese Hindernisse gibt es zu bewältigen:

Das hilft mir, mein Ziel zu erreichen:

7.2 Vor- und Nachteile einer Veränderung

Ziel:

Der/die Klient_in kann aufgrund einer guten Abwägung der Vor- bzw. Nachteile eine bewusste und nachhaltige Entscheidung über eine Veränderung des eigenen Verhaltens treffen.

Umsetzung:

Mithilfe des Arbeitsblattes 46 werden die Vorteile und Nachteile des Konsums wie auch die Nachteile und Vorteile einer Veränderung reflektiert. Ein Beispiel für ein ausgefülltes Arbeitsblatt ist in Abbildung 21 dargestellt. Die Pfeile in der Abbildung sind eine Empfehlung für die Reihenfolge, in der die Matrix besprochen bzw. ausgefüllt werden soll.

Es wird links mit den „Vorteilen des Konsums“ begonnen, da Konsum immer auch einen subjektiven Sinn und Vorteile hat. Diese gilt es auch anzuerkennen.

Am Ende werden die „Vorteile der Veränderung“ besprochen bzw. angeführt.



1. Vorteile des Konsums

Entspannung
Verringerung von Angst
Angenehme Rauschgefühle
Soziale Kontakte/Freunde
„Vergessen“ von Konflikten und Streitigkeiten
Innere Unruhe abbauen
Sich zurückziehen/vom Drumherum „abschalten“
Mutiger werden
Weniger Langeweile
Mehr Genuss

2. Nachteile des Konsums

Gesundheitliche Schäden
Finanzielle Abhängigkeit
Schlechtes Vorbild für die Kinder
Beziehungsprobleme
Verlust der Partnerschaft
Verschwendung von Zeit
Gefährdung/Verlust des Arbeitsplatzes
Verlust des Führerscheins
Verlust von sozialem Ansehen
Probleme im Freundeskreis/Isolation
Hoher Kraftaufwand durch Verheimlichen
Gefährdung/Verlust der Wohnung
Polizeiliche/gerichtliche Probleme
Zunahme von depressiven Stimmungen/Grübeln
Verlust der Selbstbestimmung

3. Nachteile der Veränderung

Probleme mit Freunden/Verlust von Freund_innen
Weniger Entspannung
Mehr Angstzustände
Zunahme von depressiven Stimmungen/Grübeln
Probleme mit Arbeitskolleg_innen (Druck, mitzutrinken)
Gefährdung des Arbeitsplatzes wegen Abwesenheit bei stationärer Suchtbehandlung
Alleinsein/Einsamkeit
Weniger Genuss

4. Vorteile der Veränderung

Mehr Zeit für die Familie
Weniger Geldprobleme
Mehr Zufriedenheit in der Partnerschaft
Besseres Lebensgefühl
Zeit für neue Interessen/Hobbys
alten bzw. Wiederaufnahme einer geregelten Arbeit
Mehr Selbstbewusstsein
Verbesserter körperlicher Zustand
Höheres Ansehen im Freundeskreis
Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen

Abbildung 21 – Vor- und Nachteile einer Veränderung, Beispiel



1. Vorteile des Konsums

2. Nachteile des Konsums

3. Nachteile der Veränderung

4. Vorteile der Veränderung

7.3 Wichtigkeit und Zuversicht sichtbar machen

Ziel:

Der/die Klient_in hat die Wichtigkeit und seine eigene Zuversicht in Hinblick auf eine Verhaltensveränderung reflektiert. Da nachhaltige Verhaltensveränderungen sowohl Wichtigkeit wie auch Zuversicht brauchen, kann mithilfe dieser Übung je nach Ergebnis überlegt werden, welche Schritte in Bezug auf eine Veränderung als nächste sinnvoll sind.

Umsetzung:

Verhaltensveränderungen sind in der Regel nur möglich, wenn sie einem selbst wichtig sind und der Zustand/die Situation, welcher/welche durch eine Veränderung erreicht werden soll, besser erscheint, als es derzeit ist.

Auch bedarf es des Glaubens an sich selbst, dass eine Veränderung überhaupt möglich ist (siehe dazu auch Kapitel, Gespräche führen). Mithilfe des Arbeitsblattes 48 können die Wichtigkeit und die Zuversicht in Bezug auf eine Verhaltensveränderung skaliert werden. Beispielfragen: Wie wichtig ist dir eine Veränderung? Wie zuversichtlich bist du, dass dir diese Veränderung gelingt?

Skalierungen (Abbildung 22) helfen, eine bessere Einschätzung und Bewertung vorzunehmen oder auch Veränderungen und Fortschritte klarer und verständlicher zu machen. Auch unterschiedliche Einschätzungen können so sichtbar gemacht werden. Entsprechende Fragen sind dabei eine Unterstützung.

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|----|
| 0 – nicht wichtig | | | | | | 10 – sehr wichtig | | | | |
| 0 – derzeit überhaupt nicht wichtig | | | | | | 10 – derzeit sehr wichtig | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

Abbildung 22 – Beispiel für eine Skalierung

Ist eine Skala mit Zahlen nicht verständlich genug, kann auch auf Bilder, z. B. mit Smileys (Arbeitsblatt 42), Ampel-Farben (Arbeitsblatt 43) o. Ä. oder andere Materialien der unterstützten Kommunikation zurückgegriffen werden (wie z. B. Metacom-Symbole, https://www.metacom-symbole.de/downloads/download_materialien.html). Es kann auch eine Linie auf einem Blatt Papier genügen. Die Stelle, an der man sich derzeit befindet, wird mit X markiert. Auch kann ein Maßband (eine Rolle WC-Papier o. Ä.) verwendet werden, das am Boden aufgelegt wird; der/die Klient_in stellt sich an die passende Position.

Nach der Skalierung der Wichtigkeit einer Veränderung und der Zuversicht, eine Veränderung zu erreichen, kann die eigene Bereitschaft zur Veränderung skaliert werden.

In der Regel ist die Bereitschaft groß, wenn die Werte zu Wichtigkeit und Zuversicht hoch sind.

Ein Beispiel: Ein/eine Klient_in meint: *Rauchen ist wirklich schlecht für meine Gesundheit, es wäre echt wichtig aufzuhören, aber das schaffe ich nie.*

In diesem Beispiel ist die Wichtigkeit hoch, aber die Zuversicht gering. Weiter Gründe für einen Rauchstopp zu besprechen ist hier nicht mehr nötig. Aber die Zuversicht und Bereitschaft zur Veränderung müssen gestärkt und erhöht werden.

Nützliche Frage: *Was müsste geschehen, damit hier (Zuversicht) eine höhere Zahl steht?*

Wichtigkeit

„Es ist mir wichtig, etwas an meinem ... -Verhalten zu ändern.“

| nicht | | | | | | | | | | sehr |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

Zuversicht:

„Ich glaube, dass ich es schaffe, mein ... -Verhalten zu ändern.“

| nicht | | | | | | | | | | sehr |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

Bereitschaft

„Ich bin bereit, etwas an meinem ...-Verhalten zu ändern.“

| nicht | | | | | | | | | | sehr |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

7.4 Erinnerungshilfe für eine Entscheidung

Ziel:

Anhand von Erinnerungsstützen erinnert sich der/die Klient_in an die getroffene Entscheidung für die Verhaltensveränderung. Dies stärkt den/die Klient_in in ihrer Entscheidung und hilft die Verhaltensveränderung aufrechtzuerhalten.

Umsetzung:

Wurde eine Entscheidung zu einer positiven Verhaltensveränderung getroffen, kann es für den/die Klient_in sehr hilfreich sein, einen „Glücksbringer“ zu haben oder ein „Totem“ zu definieren und dieses mit dem positiven Gefühl der Entscheidung zu verbinden, um in schwierigen Situationen an dieses Gefühl und die Entscheidung erinnert zu werden. Der „Glücksbringer“ oder das „Totem“ kann und soll so individuell wie möglich sein (Armband, Sticker, Stofftier, Stein, Münze etc.), wobei es natürlich von Vorteil ist, wenn er/es problemlos mit sich geführt werden kann.



7.5 Entscheidungen mithilfe von Körperbildern nachspüren

Ziel:

Der/die Klient_in hat die eigenen Körperwahrnehmungen und Gefühle zu einer Entscheidung mittels Körperbild sichtbar gemacht und reflektiert. Eine etwaige Entscheidung wird dadurch bewusster getroffen.

Umsetzung:

Diese Übung wird anhand der Abbildung 23 – Gefühle im Körper spüren durchgeführt. Falls es möglich ist und sinnvoll erscheint, könnten auch die Umrisszeichnungen des/der Klient_in in Lebensgröße auf einem großen Packpapier nachgezeichnet werden.

Mit unterschiedlichen Kreativtechniken (malen, zeichnen, Collage, Beschriftungen etc.) werden Gefühle und Körperwahrnehmungen an den für den/die Klient_in passenden Stellen auf dem gezeichneten Körper markiert.

Je nach Fragen können auch mehrere Vorlagen bearbeitet werden.

Fragen dazu können zum Beispiel sein:

Wenn du daran denkst, dass du dich entscheiden musst:

- › *Liegt dir dabei was am Herzen?*
- › *Liegt dir dabei was im Bauch?*
- › *Was geht in deinem Kopf vor?*
- › *Liegen dir dazu noch Fragen auf der Zunge?*
- › ...

Wenn du daran denkst, dass du eine gute Entscheidung für dich getroffen hast:

- › *Welche Farbe oder Form hat dann dein Herz?*
- › *Wie fühlt sich das im Bauch an?*
- › *Was machst du dann mit deinen Händen und Beinen?*
- › *Wie ist dann dein Blick?*
- › *Welche Gedanken hast du zu deiner Entscheidung?*
- › ...

Mit folgenden Fragen kann die Übung auch offener gestaltet werden:

Wenn du an deine Entscheidung denkst:

- › *Wo spürst du das in deinem Körper?*
- › *Wie fühlt sich das an?*
- › *Spürst du es auch noch wo anders?*
- › *Welche Farbe würdest du dieser Entscheidung geben?*
- › ...

Wo nehme ich Empfindungen im Körper wahr?

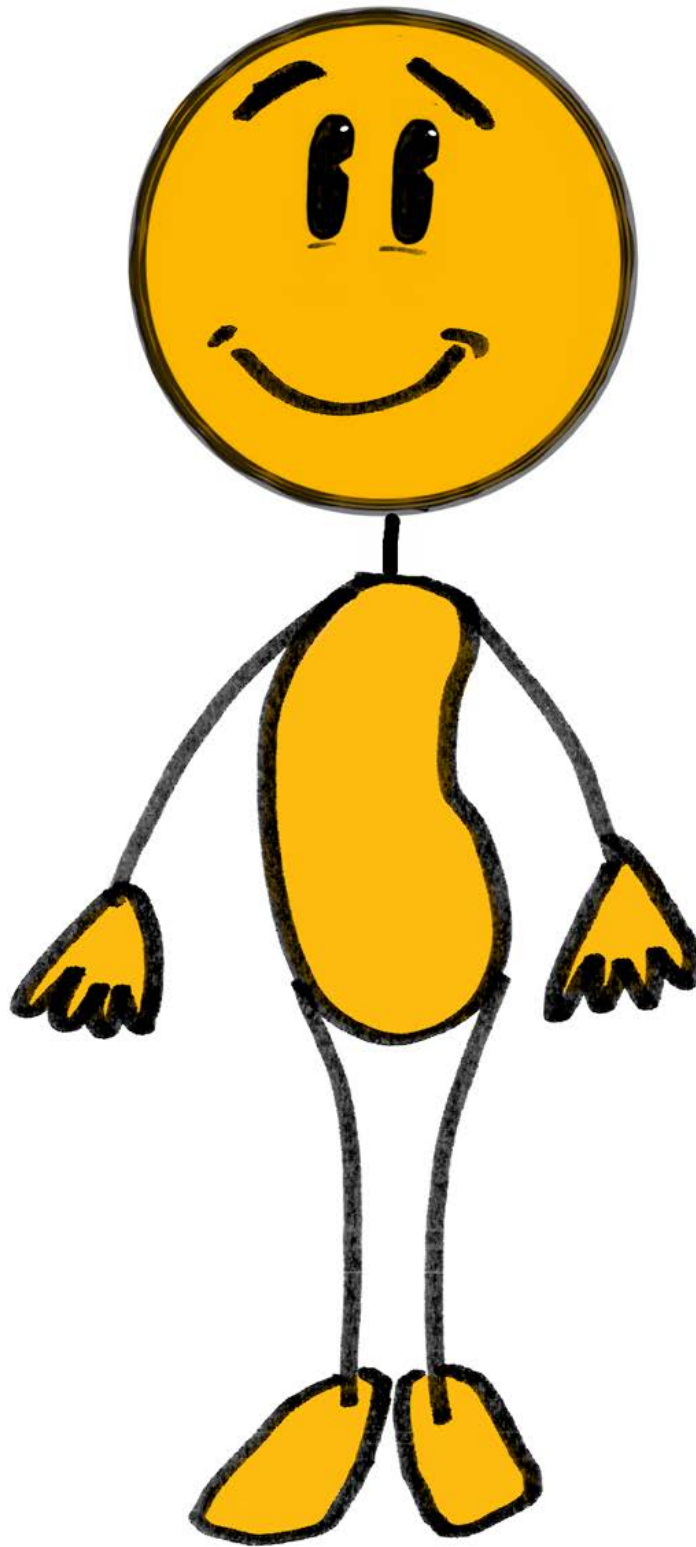


Abbildung 23 – Gefühle im Körper spüren

7.6 Erfolge sichtbar machen

Ziel:

Durch positive Anreize fällt dem/der Klient_in das Aufrechterhalten einer Verhaltensveränderung leichter.

Variante 1: Sparkasse für erspartes Geld anlegen

Umsetzung:

Es wird eine Sparkasse angelegt, in der das durch den Verzicht auf das Suchtmittel gesparte Geld gesammelt wird. Damit kann deutlich veranschaulicht werden, welcher Betrag dadurch für andere Zwecke „frei“ wird; dies kann somit als Motivationshilfe dienen. Gut geeignet sind dafür durchsichtige Behältnisse.

Variante 2: Belohnungen definieren

Umsetzung:

Für jedes erreichte Ziel kann eine individuelle Belohnung ausgedacht werden, um den Erfolg spürbar zu machen und die Motivation zu steigern.

7.7 Die 3 As

Ziel:

Der/die Klient_in kann mithilfe der sogenannten 3 As eine Entscheidung leichter aufrechterhalten.

Umsetzung:

Die Methode der 3 As erleichtert eine schnelle und einfache Einschätzung von Situationen und passenden Handlungen/Reaktionen. Wenn sich Klient_innen z. B. dafür entschieden haben, mit dem Rauchen aufzuhören oder weniger Schokolade zu essen, keinen Alkohol zu trinken o. Ä., werden anhand der 3 As (Abhauen, Ablenken, Aushalten) beispielhaft (schwierige) Situationen aus dem Alltag besprochen und Strategien zum Durchhalten entwickelt. Die Ergebnisse können auf Arbeitsblatt 49 – Die 3 As festgehalten werden

A wie Abhauen:

Welche Situationen kann/muss ich in Zukunft vermeiden?

Wie kann ich diese Situationen vermeiden?

A wie Ablenken:

In welchen Situationen kann ich mich von einem etwaigen Verlangen ablenken?

Wie kann ich mich gut ablenken?

A wie Aushalten:

In welche Situationen muss ich ein Verlangen einfach aushalten, weil ich es nicht vermeiden kann und ich mich auch nicht ablenken kann?

Welche Sätze helfen mir, diese Situationen auszuhalten? (z. B.: „Das ist gerade hart für mich, aber ich weiß, es geht gleich vorbei.“ Oder: „Das ist gerade hart für mich. Es gibt viele Menschen, denen es so geht.“

| Die 3As | | | |
|-----------------|-------------------------|--|-------------------|
| | In welchen Situationen? | | Wie mache ich es? |
| Abhauen | | | |
| Ablenken | | | |
| | | | |

LITERATUR

- AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH: <https://www.ages.at/themen/ernaehrung/oesterreichische-ernaehrungspyramide/> (letzter Zugriff: 22.01.2021)
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009): Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit. Stuttgart: Schattauer
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2012): 4. Auflage: Suchtprävention in der Schule. Wien
- Eichhorn, A & Aigner-Breuss, E; Kuratorium für Verkehrssicherheit (2018). Broschüre Risiko und Gruppendruck. Wien
- Eichhorn A. & Aigner-Breuss, E; Kuratorium für Verkehrssicherheit (2017): Broschüre Risiko: Kompetenz. Wien
- Elstner, S.; Schade, C. & Diefenbacher, A. (2012): DBToP-gB- Manual für die Gruppenarbeit. Bielefeld: Bethel-Verlag
- Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS): Kartensatz Konsum- und Zielabklärung; <https://www.iss-nuernberg.de/zieloffene-suchtarbeit/> (letzter Zugriff: 12.02.2021)
- Institut für Suchtprävention (ISP) (2018): Alkohol ist gefährlich. Ein Heft in Leichter Sprache. Wien
- Kleinstäuber, M.; Thomas, P.; Witthöft, M. & Hiller, W. (2012): Genussregeln. In: Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. Berlin: Springer
- Körkel, J. & Drinkmann, A. (2002): Wie motiviert man „unmotivierte“ Klienten? Sozialmagazin: die Zeitschrift für soziale Arbeit, 27. Jahrgang, Nummer 10, S. 26-34
- Körkel, J.; integrative Drogenhilfe & GK Quest Akademie (2020): Pocket-Konsumtagebuch
- Kretschmann-Weelink, M. (2013): Didaktisch-handlungsorientiertes Präventionsprogramm DIDAK. 2. Auflage. Münster: Westfalenfließ GmbH
- Linehan, M. M. (2008): Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Miller, W. & Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung, 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Nachbagauer, R. & Schöppl, C. (2012): Handbuch Skills; Sucht und Drogenkoordination Wien. (interne Unterlage)
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung & Weitblick GmbH (2019): Gemeinsam stark werden. Das Lebenskompetenzprogramm für die Volksschule. 2. Auflage. Wien
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2015): 1. Auflage: PLUS – Das österreichische Präventionsprogramm. Wien
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2020): 2. Auflage: PLUS – Das österreichische Präventionsprogramm. Wien
- Österreichische Gesundheitskasse <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.741201&version=1607696586> (letzter Zugriff: 22.2.2021)
- Sendera, A. & Sendera, M. (2007): Skills-Training bei BLS und PTSD. 2. Auflage. Wien
- Vivid, Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark <http://www.vivid.at/uploads/Newsletter-Archiv/Ressourcenf%C3%A4cher.pdf> (letzter Zugriff: 14.12.2020) <http://www.vivid.at/wissen/alkohol/langzeitfolgen/> (letzter Zugriff: 22.02.2021)
- www.kenn-dein-limit.de (letzter Zugriff: 08.02.2021)
- www.dialogwoche-alkohol.at (letzter Zugriff: 08.02.2021)
- <https://gesundpedia.de/Rauchen> (letzter Zugriff: 19.02.2021)
- https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Gesundheitliche_Folgen_des_Rauchens.html (letzter Zugriff: 19.02.2021)
- https://www.alcohol.org.nz/sites/default/files/field/file_attachment/HPA_Alcohol%20and%20Long-term%20Body%20Effects%20Graphic%20Poster_AL1063.pdf.pdf (letzter Zugriff: 22.02.2021)
- https://www.metacom-symbole.de/downloads/download_materialien.html (letzter Zugriff: 09.02.2021)

UNTERSTÜTZUNGS- ANGEBOTE

1. FACHBERATUNG FÜR MITARBEITERINNEN

1.1 Konnex – Liaisondienst des Ambulatoriums der SDW

Konnex bietet – unter dem Motto „Aus der Praxis für die Praxis“ – Mitarbeiter_innen sozialer Einrichtungen kostenfrei Fachberatung und Unterstützung durch Suchtexpert_innen an. Die Mitarbeiter_innen von Konnex sind auf Sucht-/Drogenfragen spezialisierte Fachberater_innen.

Themen und Fragestellungen, mit denen man sich an Konnex wenden kann, sind z. B.:

- Fragen zu Substanzen (Wirkung, Applikationsformen etc.)
- Fragen zu Substitutionsmitteln
- Fragen zum Ablauf der Substitution
- allgemeine Fragen zur Suchterkrankung
- Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten in Einrichtungen der Wiener Sucht- und Drogenhilfe
- Mitarbeiter_innensicherheit
- Fallbesprechungen (z. B. Einschätzung der Situation)

Angebote sind z. B.:

- Teilnahme an Teambesprechungen der Einrichtungen
- „Runde Tische“ vor Ort (praxisorientierte Fortbildungen in Form von Diskussionsrunden und Workshops)
- Vorträge zu suchtspezifischen Themen
- Suchtspezifische Beratung der Mitarbeiter_innen
- E-Mail- und Telefonberatung
- Unterstützung in der Fallarbeit
- Suchtspezifische Unterstützung bei konzeptionellen Überlegungen in der Einrichtung

Die Arbeitsweise von Konnex orientiert sich an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Einrichtung. Möglich sind Kurzberatungen (z. B. telefonisch) bis hin zu längerfristigen Begleitungen von Einrichtungen (z. B. zur Erstellung von einrichtungsspezifischen Leitlinien).

Erreichbarkeit

01 4000 873 87

asdw-konnex@sd-wien.at

<https://sdw.wien/de/behandlung-und-betreuung-2/konnex/>

Öffnungszeiten: Mo.–Fr. 8.30 bis 16.30 Uhr; außerhalb dieser Zeiten kann eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden. In diesem Fall erfolgt spätestens am nächsten Werktag ein Rückruf.

2. FORT- UND WEITERBILDUNGEN, ANGEBOTE UND INFORMATIONEN

2.1 Institut für Suchtprävention

Das **Institut für Suchtprävention der Sucht und Drogenkoordination Wien** ist die Landesfachstelle für Suchtprävention in Wien und das Kompetenzzentrum für suchtpräventive Aktivitäten. Wesentliche Ziele der Wiener Suchtprävention sind, die Gesundheit zu fördern und Suchtentwicklung zu verhindern sowie Suchtgefahren frühzeitig zu erkennen und früh zu intervenieren.

- Mit einer **Vielzahl von Angeboten** für unterschiedliche Zielgruppen in verschiedenen Lebensräumen trägt das ISP wesentlich dazu bei, dass in Wien die passenden Maßnahmen zur Vorbeugung von Suchtproblematiken und problematischen Konsummustern gesetzt werden.
- Das **ISP berät, unterstützt und schult** Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems bei Fragen rund um Suchtprävention und im Umgang mit konsumierenden Menschen. Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sind wesentliche Partner_innen in der Prävention, Früherkennung und auch in der Beratung und Betreuung von betroffenen Menschen.
- Diverse **Informationsmaterialien** für verschiedene Zielgruppen geben Auskunft über Sucht, Suchtmittel, psychische Gesundheit etc. Unter anderem gibt es auch Broschüren zu unterschiedlichen Suchtmitteln in Leichter Sprache. Diese können für den Raum Wien kostenlos unter <https://sdw.wien/de/unser-angebot/dokumente/> bestellt werden.
- Das ISP bietet außerdem ein breites und zum überwiegenden Teil kostenloses Angebot an **Fort- und Weiterbildungen** für Multiplikator_innen aus dem Raum Wien an, sowohl in Form von Präsenz-Veranstaltungen als auch in Form von Webinaren und verschiedenen E-Learning-Modulen. Alle Fort- und Weiterbildungen sind unter <https://bildung.sdw.wien> zu finden.
- Im Rahmen von **E-Mental-Health-Maßnahmen** (www.mindbase.at, www.canreduce.at, www.alkcoach.at, www.genuggespielt.at) werden bestehende Angebote der psychosozialen Gesundheitsversorgung (Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe) durch digitale Technologien effektiv ergänzt.

Erreichbarkeit

+43 1 4000 87338, 87334 oder 87320

isp@sd-wien.at

<https://isp.wien>

<https://bildung.sdw.wien>

www.mindbase.at

3. HILFE BEI SUCHT- UND DROGENPROBLEMEN AM WOCHENENDE/FEIERTAG

3.1 Ambulatorium Suchthilfe Wien

An Wochenenden und Feiertagen gibt es bei akuten Krisen und Zwischenfällen folgendes Hilfsangebot:

- Medizinische Abklärung und Behandlung bei Entzugsbeschwerden und anderen suchtmmedizinischen Akut-Ereignissen
- Für nachweisliche Überbrückungsprobleme im Rahmen einer Opioid-Substitutionstherapie wird ärztliche Hilfe angeboten.

Die Überbrückung mit einem Substitutionsmedikament kann nur mit einer Kopie des laufenden Rezeptes und einem Lichtbildausweis in Anspruch genommen werden. Dies kann aus Kapazitätsgründen nur funktionieren, wenn es für unvorhersehbare Zwischenfälle reserviert bleibt, und bedeutet nicht, dass man z. B. am Samstag nicht rechtzeitig in die Apotheke gehen muss.

Erreichbarkeit

Gumpendorfer Gürtel 8, 1060 Wien

01 4000 53761

Behandlungszeiten: Sa./So./F. 9:00–15:00 Uhr (Anmeldeschluss 14 Uhr)

Bitte eine Rezeptkopie (sofern vorhanden) und einen Lichtbildausweis mitbringen.

Eine telefonische Vorankündigung (je nach Möglichkeit) ist wünschenswert, damit in der Ambulanz leichter geplant werden und auch die Versorgung der betroffenen Person möglichst rasch erfolgen kann.

4. UNTERSTÜTZUNG BEI KONKRETEN FRAGEN BEZÜGLICH SUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN

4.1 Substituierende Ärzt_innen

Bei allen konkreten Fragen rund um die suchtmmedizinische Behandlung und Betreuung des/der Patient_in sollte bei substituierten Patient_innen der/die zuständige substituierende Ärzt_in kontaktiert werden. Hierbei sind die Öffnungszeiten des/der Ärzt_in zu beachten. Die Verantwortung für die suchtmmedizinische Behandlung und Betreuung liegt bei dem/der substituierenden Ärzt_in.

Themen und Fragestellungen, mit denen man sich an den/die substituierende/n Ärzt_in wenden kann, sind z. B.:

- Fragen bezüglich des verschriebenen Substitutionsmedikamentes bzw. der Dosierung
- Fragen zu zusätzlich verschriebenen Medikamenten (v. a. Benzodiazepine)

- Fragen bzw. Vereinbarungen bezüglich der Abgabe- und Mitgaberegelungen der Substitution (falls der/die Patient_in die Substitution nicht selbst in der Apotheke holen kann, muss dies mit dem/der verschreibenden Ärzt_in besprochen werden, und der/die Ärzt_in wird ggf. entsprechende Veränderungen in der Ab- und Mitgabe in die Wege leiten)
- ggf. Rückmeldungen an den/die substituierende Ärzt_in bezüglich eines vermuteten Beikonsums, einer nicht vorgesehenen Einnahmeform
- Vertretung im Fall eines Urlaubs oder Krankenstandes

4.2 Amtsärzt_innen der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Themen und Fragestellungen, mit denen man sich an die Amtsärzt_innen wenden kann, sind z. B.:

- Amtsstunden zur Vidierung von Substitutionsdauerverschreibungen (bezirksweise unterschiedlich geregelt). Hier der Link zu den Bezirksgesundheitsämtern und die Zuständigkeiten für einzelne Bezirke:
<https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsaemter>
- Fragen zur Vidierung von Substitutionsdauerverschreibungen für eine/n konkrete/n Patient_in. Hier der Link zu den Bezirksgesundheitsämtern und die Zuständigkeiten für einzelne Bezirke:
<https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsaemter>
- Allgemeine Fragen zum Thema Vidierung, Umgang mit Suchtmitteln, Substitution (z. B. Mitgabe, Urlaubsmitgabe, Mitgabe an Betreuungspersonen) etc.

Erreichbarkeit

MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
 Fachbereich Aufsicht und Qualitätssicherung
 Dr.ⁱⁿ Marica Beslic
 01 4000 875 52
aufsichtqualitaet@ma15.wien.gv.at

5. FRAGEN RUND UM KLIENT_INNEN, DIE AUCH IN EINRICHTUNGEN DES WIENER SUCHT- UND DROGENHILFENETZWERKES BETREUT SIND

Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes (SDHN)

Wird der/die Patient_in durch eine Einrichtung des SDHN betreut, sollte diese bei allen Fragen rund um diese konkrete Betreuung (z. B. Ziel und Dauer der Betreuung, Häufigkeit der Termine) und ggf. zur Abstimmung der Angebote kontaktiert werden. Einrichtungen des SDHN sind unter <https://sdw.wien/adressen/> oder <https://suchthilfekompass.goeg.at> zu finden.

Grundsätzlich sind bei allen fallbezogenen Besprechungen die Persönlichkeitsrechte der Klient_innen zu wahren und entsprechend den Vorgaben der eigenen Organisation vorzugehen. Im Anhang (siehe Anhang 1 – Einwilligungserklärung) ist dazu eine entsprechende Einwilligungserklärung zu finden.

ANHÄNGE

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ihre Rechte sind uns sehr wichtig, daher werden Sie ersucht, diese Erklärung auszufüllen, in welcher Sie unsere Mitarbeiter_inn beauftragen, die von Ihnen gewünschte (angekreuzte) Unterstützung bei den dafür vorgesehenen Stellen anzufordern. Unsere Unterstützung ist nur möglich, wenn wir Ihre Daten diesen Stellen übermitteln.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

falls vorhanden SV-Nummer

Die folgenden Daten werden gem. _____ erhoben, ermittelt und verarbeitet und _____ nach der letzten Behandlung gelöscht.

| | Zweck der Datenübermittlung und -erhebung | Die dafür vorgesehenen Stellen werden die Daten erhalten und rechtmäßig verarbeiten. | Folgende Daten, die Sie zur Verfügung gestellt haben, werden erhoben bzw. übermittelt. |
|---|---|--|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

Ich willige ein, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten zur Maßnahmenplanung und -durchführung im Rahmen einer (Sucht-)Therapie mit den oben angeführten Einrichtungen verarbeitet und übermittelt beziehungsweise dort erhoben werden dürfen, und beauftrage die Mitarbeiter_inn von _____ (Name der Einrichtung wie oben) mit der Kontaktaufnahme für die Abklärung der folgenden mit mir abgesprochenen Maßnahmenplanung und -durchführung.

Die Einwilligung besteht nur für die Datenübermittlungen und Datenerhebungen, die mit mir vereinbart worden sind und oben angekreuzt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift

Sie können die Einwilligung jederzeit unter _____ widerrufen oder eine Löschung, Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Auskunft beantragen. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Datenschutzbehörde, welche Sie unter dsb@dsb.gv.at erreichen können.

ERLÄUTERUNG ZUM ANHANG 1

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Dieser Satz dient dazu, dass hier ein Auftrag und damit ein Vertrag mit dem Kunden/Patienten geschaffen wird und es somit nach Artikel 6 Abs 1 lit c iVm Art 9 Abs 2 a und h DSGVO eine rechtmäßige Verarbeitung der Daten erfolgen sollte.

Ihre Rechte sind uns sehr wichtig, daher werden Sie ersucht, diese Erklärung auszufüllen, in welcher Sie unsere Mitarbeiter_inn beauftragen, die von Ihnen gewünschte (angekreuzte) Unterstützung bei den dafür vorgesehenen Stellen anzufordern. Unsere Unterstützung ist nur möglich, wenn wir Ihre Daten diesen Stellen übermitteln.

Die Kund_inn sollten dies am besten selbst ausfüllen, da es sich dann dabei um selbst bekannt gegebene Daten handelt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

falls vorhanden SV-Nummer

Aufgrund der DSGVO müssen Rechtsgrundlage und Speicherdauer bekannt gegeben werden. Rechtsgrundlage wäre z.B. aufgrund der Erfüllung eines Vertrages nach Artikel 6 Abs 1 lit c DSGVO, es wird hier auch auf die Einordnung des Unternehmens ankommen, ob es sich hier um Krankenanstalt handelt oder nicht.

Die folgenden Daten werden gem. >hier sollte man die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung eingeben< erhoben, ermittelt und verarbeitet und >hier sollte der Speicherzeitraum bekannt gegeben werden< nach der letzten Behandlung gelöscht.

| | Zweck der Datenübermittlung und -erhebung | Die dafür vorgesehenen Stellen werden die Daten erhalten und rechtmäßig verarbeiten. | Folgende Daten, die Sie zur Verfügung gestellt haben, werden erhoben bzw. übermittelt. |
|---|---|---|---|
| 1 | Hier fügt man den Zweck ein, warum man die Daten verarbeitet: z.B. z.B. Begutachtung im Zusammenhang mit der Finanzierung der Behandlung bzw. Rehabilitation | Hier werden die Übermittlungsempfänger aufgezählt: Institut für Suchtdiagnostik, Krankenkassen, Pensionsversicherungsanstalten, Einrichtungen, an die verwiesen wird, regionales Kompetenzzentrum, ... | Die unterschiedlichen Daten, welche übermittelt werden, sind hier dann aufzuzählen: Name, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer, physische, psychische und soziale Anamnese Diagnose und Medikation sowie betreuungsrelevante Daten für die Weiterbetreuung |
| 2 | | | |



Alle Zwecke werden in der Liste aufgeführt.

• Kund_inn willigen in die Verarbeitung ein.

Kund_inn willigen in die EINZELNEN Verarbeitungszwecke ein.

• Nur in die ausgewählten Zwecke wird eingewilligt.

Einwilligung gilt nur bis zur Erfüllung des Auftrages.

• Bei nochmaliger Beauftragung ist erneut eine Einwilligung auszufüllen.
• Die Liste erfüllt gleichzeitig die Informationspflicht für den Zeitraum der Verarbeitung.

ANHANG 2 – VOLLMACHT (GESETZLICHE VERTRETUNG)

Name des/der gesetzlichen Vertreter_in

Adresse

VOLLMACHT

Datum _____

Mit Beschluss des Bezirksgerichts (Name) _____

vom (Datum), _____ Zahl: _____ wurde ich zum/zur

gesetzlichen Vertreter_in von Frau/Herrn (Name) _____

Geburtsdatum _____ Adresse _____

bestellt.

In dieser Eigenschaft erteile ich hiermit, bis auf jederzeitigen Widerruf, Frau/Herrn (Name)

die Vollmacht, die Substitutionsdauerverschreibungen von o.g. vertretener Person im Bezirksge-
sundheitsamt vidieren zu lassen.

Die Gültigkeit dieser Vollmacht erlischt spätestens am (Datum) _____

Unterschrift des Vollmachtgebers (des/der gesetzlichen Vertreter_in)

ANHANG 3 – VOLLMACHT (VIDIERUNG)

VOLLMACHT

Datum _____

Ich (Name, Geburtsdatum, Adresse)

bevollmächtige, bis auf jederzeitigen Widerruf, Frau/Herrn (Name)

für mich, meine Substitutionsdauerverschreibungen im Bezirksgesundheitsamt
vidieren zu lassen. Die Gültigkeit dieser Vollmacht erlischt spätestens am (Datum)

Unterschrift des Vollmachtgebers (des/der Klient_in)

ANHANG 4 – BESTÄTIGUNG FÜR MITARBEITER_INNEN

BESTÄTIGUNG

für die Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Bezirksgesundheitsamt für den _____ Bezirk

Adresse _____

Datum _____

Die zur Vertretung des o.a. Rechtsträgers befugten Person bestätigt, dass

Frau/Herr (Name) _____

bei uns als(Funktion) beschäftigt ist.

Im Rahmen dieser Tätigkeit betreut sie/er unsere Klient_in/unseren Klienten Frau/Herrn

_____, geb. am _____

Adresse _____

Name, Unterschrift und Stempel der zur Vertretung des Rechtsträgers befugten Person in der Organisation

ANHANG 5 – ÄNDERUNGSMELDUNG

Name der Organisation

Adresse

Datum _____

Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Bezirksgesundheitsamt für den _____ Bezirk

Adresse _____

ÄNDERUNGSMELDUNG BETREFFEND SUBSTITUTIONSPATIENT_INNEN

Sehr geehrte Damen und Herren!

Folgende Person/en wird/werden nicht mehr von uns betreut:

| Name | Geburtsdatum | Datum der Änderung |
|---------------------------|--------------|--------------------|
| Adresse des/der Klient_in | | |
| Änderungsgrund* | | |

Name, Unterschrift und Stempel der zur Vertretung des Rechtsträgers befugten Person in der Organisation

* z. B. Änderung der Organisation, Wohnsitzänderung, Ende der Substitutionsbehandlung, Ableben etc.

ANHANG 6 – VEREINBARUNG (SUBSTITUTIONSABGABE)

VEREINBARUNG

Datum _____

Ich (Name, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, das Substitutionsmedikament täglich in folgender Einrichtung

von einem/einer qualifizierten Mitarbeiter_in der Organisation zu erhalten.

Unterschrift Bewohner_in

Unterschrift behandelnde/r Ärzt_in

ANHANG 7 – VEREINBARUNG (VERWAHRUNG VON MEDIKAMENTEN)

VEREINBARUNG ÜBER DIE VERWAHRUNG VON MEDIKAMENTEN

Patient_in/Klient_in

betreuende Organisation

Vertreten durch (gesetzliche/r Vertreter_in)

Kopien an:
 gesetzliche/n Vertreter_in
 behandelnde/n Ärzt_in _____

Um den sicheren Umgang mit verschriebenen Medikamenten des/der Patient_in zu gewährleisten, wird diese Vereinbarung getroffen.

Betroffene Medikamente:

1 _____ 3 _____
 2 _____ 4 _____

| Variante A: Behälter in Wohnung vorhanden | Variante B: KEIN Behälter in Wohnung vorhanden |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> In meiner Wohnung gibt es einen geeigneten versperrbaren Behälter. Ich bin einverstanden, dass die angeführten Medikamente in diesem/dieser versperrbaren Schrank/Kästchen/Lade in meiner Wohnung eingeschlossen werden. Der komplette Schlüsselsatz wird der betreuenden Organisation übergeben. | <input type="checkbox"/> In meiner Wohnung gibt es keinen geeigneten versperrbaren Behälter. Ich bin einverstanden, dass in meiner Wohnung ein versperrbares Kästchen durch die betreuende Organisation aufgestellt wird und darin die angeführten Medikamente verschlossen aufbewahrt werden. Das Kästchen bleibt Eigentum der betreuenden Organisation, ebenso die Schlüssel. |

- Das/Die unter Nr. 1 / 2 / 3 / 4 angeführte/n Medikament/e unterliegt/unterliegen strengen gesetzlichen Regelungen (Suchtmittelgesetz - SMG).
- Für das/die unter Nr. 1 / 2 / 3 / 4 angeführte/n Medikament/e ist ärztlich angeordnet, dass es/sie nur durch eine/n _____ abgegeben werden dürfen.
- Für Notfälle ist folgende Vorsorge getroffen worden: _____

Kopien dieser Vereinbarung werden – auch als Information für Notfälle – an die oben angekreuzten Personen geschickt.

Ich kann diese Vereinbarung jederzeit widerrufen. Von einem Widerruf werden auch alle Personen verständigt, die über diese Vereinbarung durch eine Kopie informiert wurden.

Datum, Unterschrift Patient_in/Klient_in

Datum, Unterschrift für die betreuende Organisation

1. Exemplar – Patient_in/Klient_in bzw. Vertreter_in; 2. Exemplar – betreuende Organisation

Entsorgung von Suchtmitteln

(gemäß Erlass der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, GZ 21551/10-III/B/9/03)

Chemisch-pharmazeutisches Laboratorium
der Österreichischen Apothekerkammer
Spitalgasse 31, 1090 Wien
Tel.: (01) 40 414 / 170 DW, E-Mail: apolab@apothekerkammer.at

Apotheke/Firma
Anschrift/Stempel

Betriebsnummer _____

Dem Chemisch-pharmazeutischen Laboratorium der Österreichischen Apothekerkammer werden folgende Suchtmittel nach beiliegender Aufstellung zur Überprüfung und Entsorgung übergeben:

- Arzneispezialitäten (Anlage 1, zweifach)**
- Magistrale Zubereitungen / Reinsubstanzen (Anlage 2, zweifach)**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum

Unterschrift/Stempel

Anlagen: Seiten

Gebührentarif ab 1. Juli 2014

Anlage I

Arzneispezialität: pro Position (=“Zeilengebühr € 6,-- + Erstpackung € 1,20“): = 7,20 Euro

- Zusammenfassung einer Arzneispezialität derselben Stärke und desselben Herstellers in eine Packungseinheit (kann die Originalpackung oder beschriftetes Säckchen sein) entspricht einer Buchungszeile (7,20 Euro).
- Für jede Mehrpackung wird **pro zusätzliche Packungseinheit 1,20 Euro** verrechnet.

Beispiel 1

| | | | |
|------------|------------------|-----------|----------|
| Position 1 | Substitol 200 mg | 1 Packung | 90 Stück |
|------------|------------------|-----------|----------|

Für Beispiel 1 sind 7,20 Euro (Buchungszeile) zu entrichten

Beispiel 2

| | | | |
|------------|------------------|-------------|----------|
| Position 1 | Substitol 200 mg | 3 Packungen | 90 Stück |
|------------|------------------|-------------|----------|

Für Beispiel 2 sind 7,20 Euro (Buchungszeile) plus 2,40 Euro (zusätzliche Packungseinheit) zu entrichten.

- Für das korrekte Ausfüllen der Formulare steht folgendes Beispielblatt für Sie zur Verfügung: (Beispiel 1).
- Firmenbezogene Auflistung von Arzneispezialitäten wie zum Beispiel fentanylhaltige Pflaster diverser Hersteller (jede Firma und Dosierstärke als separate Position).
- Restmengen **der nicht magistral** verarbeiteten Arzneispezialität L-Polamidon Lösung sind in Sammelbehältern zusammenzuführen. Bitte um Angabe der **Gesamtmenge in ml**.

Anlage 2

Magistrale Zubereitung/Reinsubstanz: pro Position (=“Buchungszeile“): 12 Euro

Zubereitungen sind in Sammelbehälter zusammenzuführen. Bitte um Angabe der **enthaltenen Reinsubstanz in g/ml bzw. g/g**. (Beispiel 2)

Damit sind u.a. folgende Leistungen abgegolten:

- Übernahme und Überprüfung der eingebrachten Suchtmitteln
- Analysenkosten für Reinsubstanzen und magistrale Zubereitungen
- Entsorgung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen sowie EDV-mäßige Erfassung
- Meldung der entsorgten Suchtmittelmengen an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- Rücksendung einer Bestätigung über die zur Entsorgung übernommene Menge an den Einbringer

Für allfällige weitere Auskünfte stehen Ihnen Herr Direktor Dr. Punzengruber und die Mitarbeiter des Chemisch-pharmazeutischen Laboratoriums gerne zur Verfügung.

Sämtliche Beträge verstehen sich exklusive Mehrwertsteuer

Arzneispezialitäten

Anlage I

| Position | Bezeichnung der Arzneispezialität, Darreichungsform und Stärke | Anzahl Packungen | Stückzahl (Anzahl Ampullen, Kapseln, Tabletten etc.) |
|----------|---|---------------------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| | Summe | | |

Datum

Unterschrift/Stempel

Magistrale Zubereitungen / Reinsubstanzen (Suchtgifte und psychotrope Substanzen)

Anlage 2

| Position | Magistrale Zubereitung / Reinsubstanz | Menge | Enthaltene Nettomenge an Suchtmittel |
|----------|---------------------------------------|-------|--------------------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

_____ Datum

_____ Unterschrift/Stempel

IMPRESSUM



Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
1070 Wien | Seidengasse 9 | www.dachverband.at

Lektorat: Mag.^a Sabine Wawerda

Graphik: KOMO Wien | 1060 Wien | Mollardgasse 85A | www.komo.at

Die Inhalte dieser Publikation wurden von den Autor_innen/Lektor_innen sorgfältig erwogen, geprüft und korrigiert, dennoch kann keine Garantie für eventuelle Fehler übernommen werden.

Eine Haftung des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen und seiner Beauftragten kann nicht übernommen werden.

Alle Rechte vorbehalten: Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten ist als Quelle anzugeben:

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (2022):

Umgang mit Sucht bei Menschen mit Behinderungen - Information, Prävention, Beratung und Vermittlung

Eigenverlag: Jänner 2022.



Gefördert vom
Fonds Soziales Wien,
aus Mitteln der Stadt Wien.

