

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

# Abschlußbericht des

## Bundesmodellprojektes

### *Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter*

Von Dr. Anke Bauer<sup>4</sup>, Hans-Wilhelm Nielsen<sup>1</sup>, Silke Willer<sup>1</sup>

Schleswig, 31.10.2013

#### **Beteiligte Einrichtungen:**

1. Suchthilfzentrum Schleswig, Suadicanistraße 45, 24837 Schleswig, [www.suchthilfzentrum-sl.de](http://www.suchthilfzentrum-sl.de)
2. Ambulante Pflege Angeln, Flensburger Str. 13, 24986 Satrup, [www.ap-angeln.de](http://www.ap-angeln.de)
3. Margarethenresidenz (stationär), Konsul Lorentzen-Str. 3a, 24376 Kappeln, [www.diako.de](http://www.diako.de)
4. Fachkliniken Nordfriesland gGmbH, Krankenhausweg 3, 25821 Bredstedt, [www.fklnf.de](http://www.fklnf.de)
5. Selbsthilfegruppe 50plus des Blauen Kreuz der Evangelischen Kirche

Psychosoziales Netzwerk  
**Sucht im Alter**  
Ein Bundesmodellprojekt



**Suchthilfzentrum  
Schleswig**



Fachkliniken Nordfriesland  
gGmbH  
verstehen und handeln



**DIAKO**   
Soziale Einrichtungen GmbH

<b>Inhalt:</b>	<b>Seite</b>
<b>I. Ausgangslage und Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>3</b>
<b>II. Theoretisch-wissenschaftlicher Hintergrund zu „Sucht im Alter“</b>	<b>7</b>
A. Alkohol im Alter	7
B. Polypharmazie im Alter	11
C. Psychopharmaka im Alter	13
D. Drogen im Alter?	17
<b>III. Ergebnisteil: Fachwissen, Fachkompetenz und Handlungskompetenz zum Thema</b>	
<b>"Sucht im Alter": Untersuchung bei Mitarbeitern der Sucht- und Altenhilfe</b>	<b>19</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>19</b>
<b>2. Methodik</b>	<b>19</b>
2.1 Evaluationen von Einzel-Veranstaltungen	19
2.2 Evaluations der Veranstaltungen für die Altenhilfe	20
2.3 Statistik	20
2.4 Ethik	21
2.5 Genderspezifische Auswertung	21
<b>3. Ergebnisse der Auswertung zur Stuserhebung bei den Mitarbeiter in der Suchthilfe</b>	<b>22</b>
3.1 Allgemeine Angaben der Seminarteilnehmer	22
3.2 Angaben der Seminarteilnehmer zu suchtbezogenen Kontakten	24
3.3 Rangfolgen der Bedeutung von Suchtmitteln und Zugangswegen	26
3.4 Selbsteinschätzungen der Seminarteilnehmer in Bezug auf ihr Fachwissen und den Schwierigkeitsgrad von therapeutischen Situationen	27
3.5 Zusammenfassungen der Ergebnisse der Auswertung zur Stuserhebung bei den Mitarbeiter in der Suchthilfe	29
3.6 Fazit	30
<b>4. Ergebnisse der Erhebung bei den Einrichtungen der Altenhilfe</b>	<b>31</b>
4.1 Demographische Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen	31
4.2 Ergebnisse der Auswertung zur Stuserhebung bei den Führungskräften in der Altenhilfe	33
4.3 Ergebnisse der Auswertung zur Stuserhebung bei dem Mitarbeiter in der Altenhilfe	34
4.4 Fazit	40
4.5 Ergebnisse der Auswertung der Verlaufsbefragung im Vergleich mit der Stuserhebung bei den Mitarbeitern in der Altenhilfe	41
4.6 Fazit der Auswertung des Vergleichs der Ergebnisse von Status- und Verlaufsbefragung	51
<i>Anhang</i>	52
<b>IV. Extrateil Aufstockung 3. Förderjahr</b>	<b>59</b>
<i>Referenzen</i>	86

# **Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprojektes *Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter***

Von Dr. Anke Bauer, Hans-Wilhelm Nielsen und Silke Willer

## **Ausgangslage**

Das Einzugsgebiet des Suchthilfezentrums umfasst den Kreis Schleswig-Flensburg und die Stadt Flensburg. Mit seiner Fläche von 2071 km<sup>2</sup> hat es eine Einwohnerzahl von 300.000. Das Suchthilfezentrum verfügt über zwei Außenstellen (Kappeln und Satrup) mit regelmäßigen wöchentlichen Sprechstunden.

Erste Erfahrungen konnten aus einem Projekt „Sucht im Alter aus den Jahren 2003 – 2007“ gezogen werden. Ein von der Lotterie „Ein Platz an der Sonne“ gefördertes Projekt verbesserte das Beratungs- und Behandlungsangebot des Suchthilfezentrums für Senioren. Die Anzahl der Hilfesuchenden, der in der Mehrzahl abhängigen Senioren ab 60 Jahren, hat sich von 24 im Jahre 2007 auf 65 im Jahre 2011 erhöht. 2008 konnte mit Unterstützung des Suchthilfezentrums eine Selbsthilfegruppe 50+ gegründet werden.

## **I. Zusammenfassung der Ergebnisse der begleitenden Evaluation:**

### **a) Die Auswertung epidemiologischer Literatur zum Thema "Sucht im Alter" ergab folgende Fakten:**

1. Der Anteil der über 60-jährigen in unserer Gesellschaft liegt bei ca. 25%. Das sind rund 21 Mio. Frauen und Männer. Aber nur 2,2% der Menschen, die eine Einrichtung der Suchthilfe aufsuchen sind zwischen 60-64 Jahren alt und nur 1,8% sind über 65 Jahre alt.
2. Es weisen ca. 6% der  $\geq 65$ -jährigen Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit nach DSM-IV auf. Bei 15% liegt riskanter Konsum vor.
3. Bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen wurde die Häufigkeit von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit nach DSM-IV mit 5-10% bestimmt.
4. Die Schätzung der Prävalenz der Polypharmazie (Einnahme von  $\geq 5$  verschreibungspflichtigen Medikamenten gleichzeitig) beträgt für Deutschland 30% bei den  $\geq 65$ -jährigen. Etwa 4% erhalten mehr 9 oder mehr Medikamente.
5. Viele dieser Medikamente sind Psychopharmaka mit Suchtpotential.
6. Die Einnahmeprevalenz dieser Psychopharmaka nimmt mit dem Alter, mit der Pflegestufe und mit dem Betreuungsumfang deutlich zu.
7. Mit der Anzahl der verschreibungspflichtigen Medikamente, die eingenommen werden, steigt das Risiko für mittlere oder schwere Wechselwirkungen. 46% der  $\geq 60$ -jährigen nehmen Medikamentenkombinationen ein, von denen bereits bekannt ist, dass sie unerwünscht interagieren. Etwa 20-25% aller Krankenhauseinweisungen bei den  $\geq 65$  Jährigen sind auf unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten zurückzuführen.

8. Langjährig Drogenabhängige sind häufig massiv vorgealtert und werden früher pflegebedürftig als ihre Altersgenossen. Prävalenzerhebungen deuten auf eine auf uns zukommende Welle Alt-Drogenabhängiger mit massiven gesundheitlichen Problemen hin.

**b) Resultierend aus den Ergebnissen der Auswertung zur Stuserhebung bei den Mitarbeitern in der Suchthilfe können folgende Punkte angesehen werden:**

1. Viele Mitarbeiter der Suchthilfe haben bereits mit Senioren zu tun. Es ist notwendig,
  - a. die Ausbildung in der Suchthilfe diesbezüglich zu verbessern.
2. Es gibt wenige Kontakte der Suchthilfe mit Mitarbeitern der Altenhilfe oder Ärzten aufgrund von suchtauffälligen Senioren. Es ist notwendig,
  - a. Mitarbeiter der Altenhilfe sowie Ärzte für das Thema „Sucht im Alter“ zu sensibilisieren
  - b. Mitarbeiter der Altenhilfe sowie Ärzte auf die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit der Suchthilfe hinzuweisen.
3. Das Problem der Einnahme von suchterzeugenden Medikamenten, v.a. Psychopharmaka, wird in der Suchthilfe unterschätzt.
4. Gleichzeitig werden therapeutische Handlungen, die mit z.B. Polypharmazie und Psychopharmaka zu tun haben, als besonders schwierig eingeschätzt. Es ist notwendig,
  - a. Mitarbeiter der Suchthilfe für das Thema „Medikamentensucht im Alter“ zu sensibilisieren
  - b. die Ausbildung in der Suchthilfe diesbezüglich zu verbessern.
5. Es fehlt in den meisten Einrichtungen an
  - a. 1. Standardisierten Vorgehensweisen mit betroffenen Senioren und
  - b. 2. an Gruppenangeboten, die auf die Bedürfnisse der Senioren zugeschnitten sind.

**c) Resultierend aus den Ergebnissen der Auswertung zur Stuserhebung bei den Mitarbeitern in der Altenhilfe können folgende Punkte angesehen werden:**

1. Es gibt Hinweise darauf, dass der Anteil der Pflegekunden mit Polypharmazie ( $\geq 5$  verschreibungspflichtige Medikamente täglich) mit dem Betreuungsumfang und der Pflegestufe deutlich zunimmt.
2. Gleiches gilt für den andauernden Gebrauch verschreibungspflichtiger Schlafmittel oder Beruhigungsmittel.
3. Zur Anzahl der Senioren mit möglichen Suchtproblemen unter ihren Pflegekunden machten die Mitarbeiter der Altenhilfe (MA) sehr unterschiedliche Angaben. Inwieweit hier eine unterschiedliche Wahrnehmung aufgrund von Fachkenntnissen eine Rolle spielt, ist unklar.
4. Gleiches gilt für Gespräche oder Handlungen in Bezug auf suchtauffällige Pflegekunden. Insbesondere fanden wenige Gespräche mit einer Suchtberatungsstelle statt und selten wurde ein konkretes Hilfsangebot gemacht. Hier können die Schulungsmaßnahmen den MA mehr Sicherheit geben und zur Verbesserung der Situation beitragen.

5. Medikamente als potentielle Suchtmittel sind bei den Mitarbeitern der Altenhilfe (MA) wesentlich deutlicher in der Wahrnehmung als bei den Mitarbeitern der Suchthilfe und wurden ebenso häufig als wichtigstes Suchtmittel bezeichnet wie Alkohol.
6. Situationen bezogen auf eine mögliche Medikamentensucht von Pflegekunden von den befragten MA als eher weniger schwierig als „Alkoholsucht“ betrachtet. Eine Ausnahme bildeten nur "Gespräche mit dem Arzt" und "Anteilnahme/ Sorge ausdrücken".
7. "Gespräche mit den Senioren", "Gespräche mit den Angehörigen" und „Ein konkretes Hilfsangebot machen“ sahen viele der MA unabhängig vom Suchtmittel als die schwierigsten Situationen an. Auch in diesem Bereich können die Schulungsmaßnahmen den MA mehr Sicherheit geben und zur Verbesserung der Situation beitragen.

**d) Resultierend aus den Ergebnissen der Auswertung zur Verlaufserhebung bei den Mitarbeitern in der Altenhilfe können folgende Punkte angesehen werden:**

1. zu einer Verbesserung der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter der AH bezüglich des Fachwissens zu „Sucht im Alter“ (Zunahme des Mittelwertes um 36% in Bezug auf den Ausgangswert).
2. zu einer Verringerung des Schwierigkeitsgrades für die MA bei suchtbezogenen Handlungen: V.a. Gespräche mit Senioren, Gespräche mit Angehörigen, Fakten vermitteln, konkretes Hilfsangebot machen, Anteilnahme / Sorge ausdrücken (Verringerung der Mittelwerte um 26% bis 43%).
3. zu einer veränderten Einschätzung der Bedeutung von Medikamenten als Suchtmittel (zu 47% standen sie in t0 auf Rang 1 und in der Nachbefragung zu 55%).
4. zu einer gesteigerten Wahrnehmung suchtauffälliger Senioren und insbesondere von Medikamenten, als wichtigen Suchtmitteln.
5. zu einer Verringerung der Anzahl der Senioren als Kunden /Bewohner, die
  - a. täglich  $\geq 5$  verschiedene verschreib.pfl. Medikamente einnehmen (-17%),
  - b. > 4 Wochen verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel einnehmen (-10%)
  - c. > 6 Monate verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel einnehmen (-17%)
6. zu einer gesteigerten Wahrnehmung von "Nikotin" als wichtigem Suchtmittel. Allerdings folgten der Wahrnehmung keine Handlungen. "Nikotin" sollte daher in den Schulungen zukünftig als Thema aufgewertet werden.

**e) Modell von Psychosozialen Netzwerken und Zugangswegen für die betroffenen Senioren**

Aus den Ergebnissen der Befragungen der Mitarbeiter der Suchthilfe und der Altenhilfe wurde analysiert, wo ein "Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter" besteht und wo die Schwachstellen sind. Demnach ergibt sich folgendes Bild:

1. Das Netzwerk "Krankenhäuser/ Fachkliniken - Suchthilfe - Selbsthilfe" ist gut ausgebaut, wird zur Zeit aber von dem Netzwerk "betroffene Senioren - Angehörige - Altenhilfe - Ärzte" wenig in Anspruch genommen. Am ehesten noch von den betroffenen Senioren selbst.

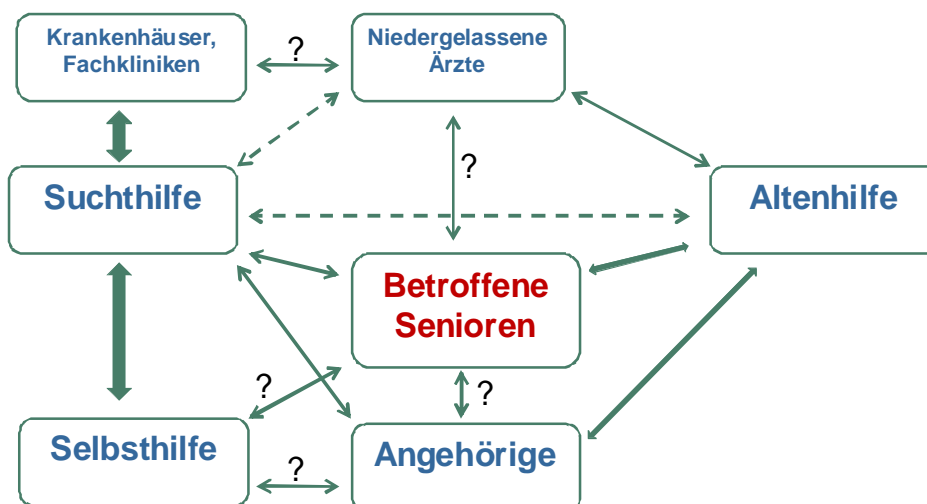
2. Das Netzwerk "Krankenhäuser/ Fachkliniken - Suchthilfe - Selbsthilfe" benötigt Aus- und Fortbildung zum Thema "Sucht im Alter" v.a. zum Thema "Medikamente" und kann mit gezielten Angeboten und aufsuchender Arbeit die Versorgung der betroffenen Senioren verbessern.

3. Inwiefern in dem Netzwerk "betroffene Senioren - Angehörige - Altenhilfe - Ärzte" das Thema "Sucht im Alter" eine Rolle spielt ist kaum bekannt. Diesbezügliche Gespräche und Handlungen finden nach dieser Erhebung nur vereinzelt statt, v.a. innerhalb der Altenhilfe z.B. mit Kollegen sowie mit den betroffenen Senioren selbst. Eine Suchtberatungsstelle zogen nur 4% der Mitarbeiter der Altenhilfe zu Rate.

4. Wie oft "Sucht im Alter" ein Thema direkt zwischen Arzt und Betroffenen ist, kann hier nicht beantwortet werden. Insgesamt spielen nach dieser Auswertung die niedergelassenen Ärzte in dem Netzwerk "PNSA" bisher kaum eine Rolle, obwohl ihnen eine Schlüsselfunktion im Bereich der Ersterkennung und der Prävention zukommen könnte. Durch die Schulungen wurden die niedergelassenen Ärzte kaum erreicht. Unter den Teilnehmern der Seminare waren nur sehr wenige Ärzte, mit Ausnahme der Schulung, die direkt im Diakonissenkrankenhaus Flensburg stattfand. Um niedergelassene Ärzte zu dem Thema "Sucht im Alter" fortzubilden sind daher -für Ärzte- niedrigschwellige Angebote erforderlich, z.B. direkt in der Ärztekammer im Rahmen anderer Fortbildungen.

### Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter?

Wo besteht ein Netzwerk und wo sind die Schwachstellen?  
**Oder: Wer redet mit Wem?**



\* je dicker der Strich, desto besser ist das Netzwerk

## II. Theoretisch-wissenschaftlicher Hintergrund zu „Sucht im Alter“

Der Anteil der über 60-jährigen in unserer Gesellschaft liegt bei ca. 25%. Das sind rund 21 Mio. Frauen und Männer. Die Suchtstatistiken enden in der Regel bei 59 oder bei 64 Jahren. Weiterhin sind nur 2% der Menschen, die eine Einrichtung der Suchthilfe aufsuchen, zwischen 60-64 Jahren und nur 1,8% sind über 65 Jahre alt. Ist Sucht im Alter kein Thema?

Erst in den letzten Jahren ist „Sucht im Alter“ als Thema der Epidemiologie aufgenommen worden. Die Ergebnisse zu Prävalenzschätzungen zeigen, dass „Sucht im Alter“ durchaus ein Thema ist, aber es wird weder von der Öffentlichkeit, dem Gesundheitswesen, der Ärzteschaft oder der Altenhilfe als solches wahrgenommen.

### A. Alkohol im Alter

Die höchsten Raten an Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV liegen mit 8,5% nach repräsentativen Untersuchungen in der Bevölkerung in der Altersklasse der 40-49-jährigen vor (Tab. A.1). Die Statistik des Suchtsurveys von Kraus et al. (2008) endet jedoch bei 64 Jahren. Nach Gassmann et al. (2009) weisen aber 6,2% der  $\geq 65$ -jährigen Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit nach DSM-IV auf. Dieses entspricht ca. 1,05 Mio. Personen in Deutschland. Umgerechnet auf Schleswig-Holstein entspricht dies ca. 38.000 Personen. Der nach Trinkmenge definierte „Riskante Konsum“ steigt dagegen mit der Altersklasse an und betrifft 15% der  $\geq 65$ -jährigen. Dieses entspricht ca. 2,5 Mio. Personen in Deutschland und ca. 92.000 in Schleswig-Holstein.

*Tabelle A.1: Prävalenzschätzungen zu Alkoholmissbrauch, -abhängigkeit und riskantem Konsum in der Bevölkerung in Abhängigkeit vom Alter*

	Gesamt <sup>1</sup>	40-49 <sup>1</sup>	50-64 <sup>1</sup>	$\geq 65$ <sup>2</sup>
Alkoholmissbrauch nach DSM-IV	5,1%	6,1%	4,9%	3,8%
Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV	2,7%	2,4%	0,9%	2,4%
Summe	7,8%	8,5%	5,8%	6,2%
Riskanter Konsum (nach Trinkmenge)	10,6%	10,6%	14,3%	15,0%

Quellen: 1) Kraus et al. (2008): Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, n=1144,

2) Gassmann et al. (2009): Jahrbuch Sucht

*Tabelle A.2: Prävalenzschätzungen zu Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie riskan-  
tem Konsum in den höheren Altersklassen in selektierten Kollektiven in Prozent*

	Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit nach DSM-IV in%	Riskanter Konsum (nach Trinkmenge) in %	Quelle
>65 Jahre: Männer	3,0	27,0	Lieb et al. 2008
>65 Jahre: Frauen	0,5	8,0	Lieb et al. 2008
>75 Jahre: Männer	-	12,1	Weyerer et al. 2009
>75 Jahre: Frauen	-	3,6	Weyerer et al. 2009
>65 Jahre: Patienten in Hausarztpraxen	4,5	-	Poppele 2006
>= 65 Jahre: Krankenhauspatienten	7,0	9,0	Ganry et al. 2000
65-69 Jahre: Krankenhauspatienten	7,2	-	Poppele 2006
70-79 Jahre: Krankenhauspatienten	3,8	-	Poppele (2006)
>=80 Jahre: Krankenhauspatienten	1,7	-	Poppele 2006
>65 Jahre: Kunden Sozial-Psychiatr. Dienste	19,0	-	Poppele 2006
Bewohner von Altersheimen	5,1-10,0	-	Khan et al. 2001, Poppele 2006, Lieb et al. 2008

Der Alkoholkonsum nimmt mit steigendem Alter und steigender Morbidität, sowie zunehmender Immobilität ab. Trotzdem trinken 43% der >75-jährigen regelmäßig Alkohol (Weyerer et al. 2009). Riskanter Konsum liegt bei Männern 3-4 Mal häufiger vor als bei Frauen, daher sind die Durchschnittswerte für die Bevölkerung irreführend. Riskanter Konsum wurde für 27% der >=65-jährigen Männer und für 12% der >=75-jährigen Männer erhoben (Tab. A.2).

Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit führen zu häufigerer Inanspruchnahme sozialer oder medizinischer Dienste. So sind die Betroffenen (>=65 Jahre) innerhalb von Kollektiven, die ins Krankenhaus eingewiesen werden, in Hausarztpraxen kommen oder von Sozial-Psychiatrischen Diensten betreut werden, überrepräsentiert.

Bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen wurde die Häufigkeit von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit nach DSM-IV mit 5-10% bestimmt (Tab. A.2).



Bei Betrachtung der Risikofaktoren für alkoholbedingte Störungen im Alter hat sich nach Lieb et al. (2008) die Unterscheidung in „Early-Onset-Alkoholabhängige“ (EOA) und „Late-Onset-Alkoholabhängige“ (LOA) bewährt. Bei den EOA spielen die bekannten Risikofaktoren wie z.B. niedriger sozioökonomischer Status und Trinkverhalten in der Familie eine wichtige Rolle. Dagegen sind die LOA häufiger Frauen mit höherem sozial-ökonomischen Status bei denen auch die sonstigen für EOA bekannten Risikofaktoren nicht zutreffen. Vielmehr sind es häufiger Verlusterlebnisse, Erkrankungen in der Familie oder Veränderungen im sozialen Umfeld, welche einer Verschiebung von riskantem Konsum hin zu Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol vorausgehen. Die LOA machen ca. ein Drittel der betroffenen Senioren aus.

Nicht zu vernachlässigen ist weiterhin, dass Personen, die regelmäßig Alkohol konsumieren, aufgrund einer veränderten Physiologie im Alter, tatsächlich weniger Alkohol vertragen und so bei gleichbleibender Trinkmenge ein Etagenwechsel von riskantem Konsum hin zu Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol vollzogen wird.

Veränderte Physiologie im Alter: Bei dem älteren Organismus

- verschiebt sich das Verhältnis von Muskulatur und Fettgewebe zugunsten des Letzteren. Dadurch wird der Alkohol auf weniger Masse aufkonzentriert.
- verringert sich die Aktivität der abbauenden Enzyme: Dadurch wird
  - Alkohol langsamer abgebaut
  - und auch das Abbauprodukt Aldehyd langsamer abgebaut.
- die Alkoholverträglichkeit des älteren Organismus ist deshalb verringert.

Die gesundheitlichen Folgen alkoholbedingter Erkrankungen im Alter sind z.T. anders als in jüngeren Jahren. Insbesondere steigt das Risiko für

- Schäden an vielen Organen (ZNS, Leber, Herz, Niere, GI)
- Stürze und Unfälle
- Tumore
- psychiatrische Erkrankungen
- Nebenwirkungen von Medikamenten

Die Symptome alkoholbedingter Erkrankungen im Alter sind charakterisiert durch

- Stürze
- Kognitive Defizite
- Stimmungsschwankungen
- Interesselosigkeit, Interessenverlust

- Schwindel
- Gesichtsröte
- Tremor
- Durchfälle
- Appetitverlust, Fehlernährung
- Voralterung

Die sozialen Folgen alkoholbedingter Störungen im Alter sind vor allem soziale Isolation und Einsamkeit. Die Konsequenzen aus sozialen und gesundheitlichen Folgen alkoholbedingter Störungen für das Gesundheitssystem sind

- niedrigeres Heimeintrittsalter (ca. 10 Jahre!)
- erhöhter Bedarf an medizinischer Versorgung
- hohe Kosten der chronischen Folgeerkrankungen

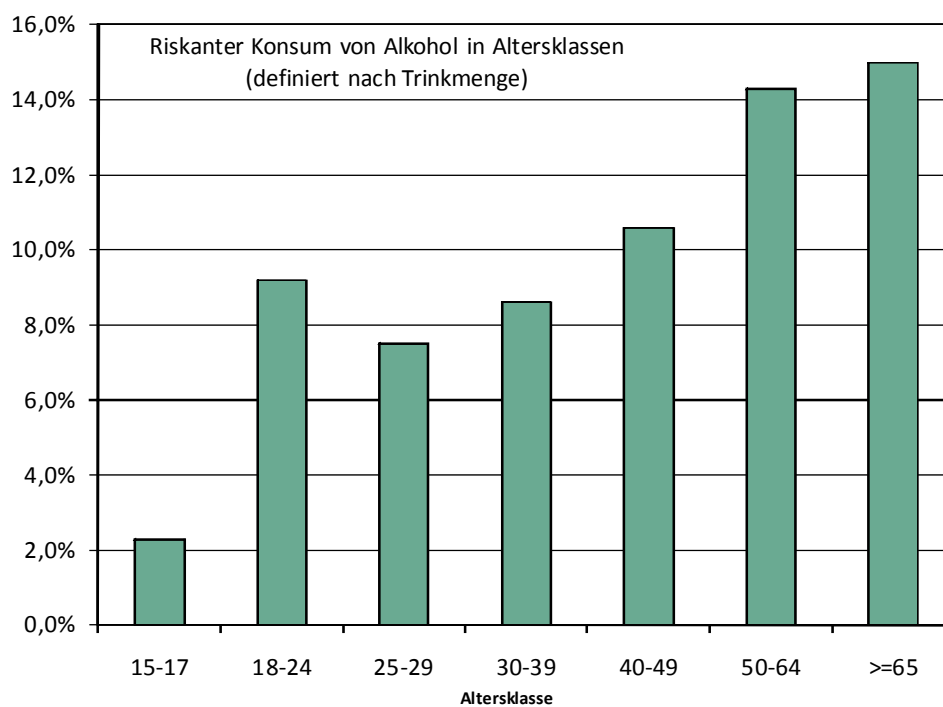


Abbildung A.1: Prävalenzschätzungen von riskantem Konsum von Alkohol in Altersklassen (Quelle: Kraus et al. 2008, Gassmann et al. 2009)

## B. Polypharmazie im Alter

Polypharmazie ist definiert als die Einnahme von mehr als fünf verschreibungspflichtigen Medikamenten gleichzeitig. Bei dieser Anzahl an Wirkstoffen sind weder Interaktionen noch Nebenwirkungen für den Arzt oder den Patienten mehr überschaubar.

Beunruhigende Zahlen wurden im Jahr 2003 von Werder und Preskorn für die USA veröffentlicht. Demnach haben die Personen  $\geq 65$  Jahre in den USA einen Anteil von unter 15% der Bevölkerung (bei uns 21%), aber sie erhalten 33% der verschriebenen Medikamente. Sie kaufen zusätzlich 40% der nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente. Die durchschnittliche Anzahl der verschriebenen Medikamente ist 3-5 pro Person, nicht gezählt dabei sind nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Kräuterezubereitungen. Die Prävalenz der Polypharmazie für diese Altersgruppe beträgt nach den Autoren in den USA etwa 7%. Die Kosten für diese Medikamente summieren sich auf ca. 3 Milliarden US-Dollar jährlich.

Die Schätzungen für Schweden und Deutschland liegen mit 30% und 39% noch deutlich höher. In den Niederlanden wird die Prävalenz der Polypharmazie dagegen nur auf 4% geschätzt, allerdings erhalten hier 69% der Senioren 2 bis 4 Medikamente.

Die Risikofaktoren für Polypharmazie sind Vorerkrankungen wie hoher Blutdruck ( $OR^*=6,0$ ) oder Diabetes Mellitus ( $OR= 3,7$ ) sowie der Schweregrad einer unerkannten Depression ( $OR=2,1$  bis  $2,5$ ), zunehmendes Alter ( $OR=2,5$ ), kürzlicher Krankenhausaufenthalt oder Pflegeheimunterbringung ( $OR=2,4$ ) und weibliches Geschlecht ( $OR=1,6$  bis  $1,7$ ) (Granados-Ponce et al. 2007; Rozenfeld et al. 2003; Simons et al. 1992).

*Tabelle B.1: Polypharmazie bei Patienten, die 65 Jahre oder älter sind, in europäischen Ländern und in den USA nach Analyse von Patientendatenbanken*

Land	$\geq 5$ Medikamente	Zusätzliche Angaben	Quelle
USA (Frauen)	23%	12%: $\geq 10$ Medik.	Kaufmann et al. 2002
USA	7%	-	Werder und Preskorn 2003
Niederlande	4%	69%: 2-4 Medik.	Veehof et al. 2000
Schweden	39%	-	Jørgensen et al. 2001
Deutschland	30%	4,2%: $\geq 9$ Medik.	Hansen et al. 2008

\*OR= Odds Ratio: Rate mit welcher die Personen, auf die der Risikofaktor zutrifft, häufiger von der Zielvariable (hier: Polypharmazie) betroffen sind: Bsp.: Frauen waren 1,6 mal so häufig von Polypharmazie betroffen als Männer ( $OR=1,6$ )

Die Zahlen zur Prävalenz der Polypharmazie entstammen Analysen von Patientendatenbanken der Krankenkassen, daher ist eine Überschätzung anzunehmen, da nicht alle verschriebenen Medikamente auch tatsächlich eingenommen werden. Gleichzeitig sind die nicht verschreibungspflichtigen Zubereitungen nicht berücksichtigt, so dass diesbezüglich eine Unterschätzung des Problems angenommen werden muss. Senioren stellen den größten Anteil an der Käuferschaft nicht verschreibungspflichtiger Medikamente und Zubereitungen dar.

Ein Vorteil dieser Analysen sind die sehr hohen realisierbaren Fallzahlen ( $n \gg 1000$ ).

In einer kleineren „Face to Face“- Befragung in den USA wurde ebenfalls eine hohe Polypharmazierate festgestellt: Nach Loya et al. (2009) nahmen 38,5% von 130 Senioren ( $\geq 60$  Jahre) mehr als fünf verschreibungspflichtige Medikamente ein. Zusätzlich verwendeten 16% zwei oder mehr Kräuterezubereitungen und 26% nahmen zusätzlich Vitamin- oder Mineralstoffzubereitungen.

Untersuchungen zu unerwünschten Wechselwirkungen der verschriebenen Medikamentenkombinationen bei Polypharmazie weisen weiterhin auf die praktische Relevanz des Problems hin. Nach Hansen et al. (2008) wurden 2,2 mittlere oder schwere Wechselwirkungen pro Person festgestellt, die  $\geq 10$  verschreibungspflichtige Medikamenten erhielten. Nach Loya et al. (2009) nehmen 46% der  $\geq 60$ -jährigen Medikamentenkombinationen, von denen bereits bekannt ist, dass sie unerwünscht interagieren. Nach Larsen und Martin (1999) sind 20-25% aller Krankenhauseinweisungen in den USA bei den  $\geq 65$  Jährigen auf unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten zurückzuführen. Neben unerwünschten Wirkungsverstärkungs- oder Wirkungsverminderungs-Effekten sind häufige Nebenwirkungen bei  $\geq 65$ -jährigen Blutdruckschwankungen, Schwindel, Verwirrungszustände, Stürze und Knochenbrüche, Obstipation, Blutzuckerschwankungen, Arrhythmien u.a.m. (Hartikainen et al. 2007, Haefeli 2005).

*Tabelle B.2: Polypharmazie bei Patienten über 65 Jahren: Prävalenzschätzung potentiell risikoreicher Arzneistoffkombinationen (Quelle: Hansen et al. 2008)*

Analyse von deutschen Versorgungsdaten der Krankenkassen: III. Quartal 2007, vor 1942 Geborene (n=1427)	$\geq 65$ -jährige
$\geq 5$ Medikamente	29,8%
$\geq 9$ Medikamente	4,2%
bei $\geq 10$ Medikamenten (n=62): Mittlere oder schwere Wechselwirkungen (Anzahl)	138
Mittlere oder schwere Wechselwirkungen pro Person mit $\geq 10$ Medikamenten (Durchschnitt)	2,2
Verordnungen pro Arzt pro Patient	1,8

## C. Psychopharmaka im Alter

Wie in Kapitel 2 bereits dargestellt, ist die Prävalenz der Einnahme von Medikamenten, bzw. mehreren Medikamenten, im Alter hoch. Ein erheblicher Anteil dieser Medikamente sind zum einen Schmerzmittel und zum anderen Psychopharmaka.

Nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 liegt die 30-Tagesprävalenz der Einnahme von Schmerzmitteln in der Altersklasse 50-64 Jahren bei 16%. 3,7% nahmen Schlafmittel, 3,5% Antidepressiva und 4,4% Beruhigungsmittel ein. Mindestens ein Schmerzmittel oder Psychopharmakon nahmen in den letzten 30 Tagen 21,2% und in den letzten 12 Monaten 57% in dieser Altersklasse ein. Höhere Altersklassen waren bei diesem Survey nicht befragt worden (Kraus et al. 2008).

Ein hohes suchterzeugendes Potential weisen dabei insbesondere die Schlaf- und Beruhigungsmittel auf. Es werden die Klassen der Benzodiazepine und der Nicht-Benzodiazepine unterschieden. Bei der Einnahme von Benzodiazepinen besteht ein klares Abhängigkeitspotential schon nach 8 Wochen Einnahme in therapeutischen Dosen (im Tierversuch schon nach einer Woche bei Maximaldosen). In der Regel wird daher empfohlen, eine Einnahmedauer von 4 Wochen nicht zu überschreiten, um die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung zu minimieren. Bei abruptem Absetzen bei, im Alter oft auch unbewusster, Abhängigkeit besteht die Gefahr einer gefährlichen Entzugssymptomatik (u.a. Krampfanfälle). Bei gleichzeitiger Einnahme von Opioiden wird das Suchtpotential gegenseitig verstärkt.

*Tabelle C.1: 30-Tages-Prävalenz und 12-Monatsprävalenz der Einnahme von Schmerzmitteln bzw. Psychopharmaka nach Altersklassen (Quelle: Kraus et al. 2008)*

	Gesamt 30-Tages- Prävalenz	40-49 Jahre 30-Tages- Prävalenz	50-64 Jahre 30-Tages- Prävalenz	50-64 Jahre 12-Monats- Prävalenz
Schmerzmittel	13,9%	15,0%	16,1%	50,0%
Schlafmittel	2,5%	3,0%	3,7%	7,3%
Beruhigungsmittel	2,3%	2,1%	4,4%	10,0%
Anregungsmittel	0,3%	0,5%	0,0%	0,8%
Appetitzügler	0,3%	0,5%	0,3%	0,7%
Antidepressiva	2,9%	3,8%	3,5%	7,5%
Neuroleptika	0,6%	1,0%	0,5%	0,5%
mind. ein Psychopharmakon oder Schmerzmittel	17,6%	19,9%	21,2%	57,0%

Bei den Nicht-Benzodiazepinen wird zwischen Nicht-Benzodiazepin-Agonisten und Antihistaminika unterschieden. Nicht-Benzodiazepin-Agonisten unterscheiden sich von den Benzodiazepinen strukturell, haben aber ein ähnliches Wirkprofil. Auch bei diesen Wirkstoffen kommen Missbrauch und Abhängigkeit vor, allerdings ist das Sucht-Risiko geringer als unter Benzodiazepinen. Insbesondere Patienten mit einer Suchtvorgeschichte (z.B. Benzodiazepine!) können auch eine Abhängigkeit gegenüber Nicht-Benzodiazepinen entwickeln (Kontraindikation). Bei längerem Gebrauch von Antihistaminika kommt es nach klinischen Beobachtungen zu Wirkungsverlust bzw. Gewöhnungseffekten. Ein Abhängigkeitspotential wird diskutiert.

In dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 wurde auch bestimmt, ob ein problematischer Konsum von Medikamenten vorliegt. Dieser wurde definiert als  $\geq 4$  positive Antworten in dem „Kurzfragebogen für Medikamentengebrauch (KFM)“ nach Watzl et al. (1991). In dem Vorgängerbericht wurde zusätzlich untersucht, ob eine Abhängigkeit von Medikamenten nach DSM-IV vorliegt. Bedenklich stimmt, dass nicht nur mit der Altersklasse der problematische Gebrauch sowie die Abhängigkeit von Medikamenten zunehmen, sondern dass die Prävalenzraten auch in den Jahren 2000 bis 2006 deutlich zugenommen haben (Abb. C.1).

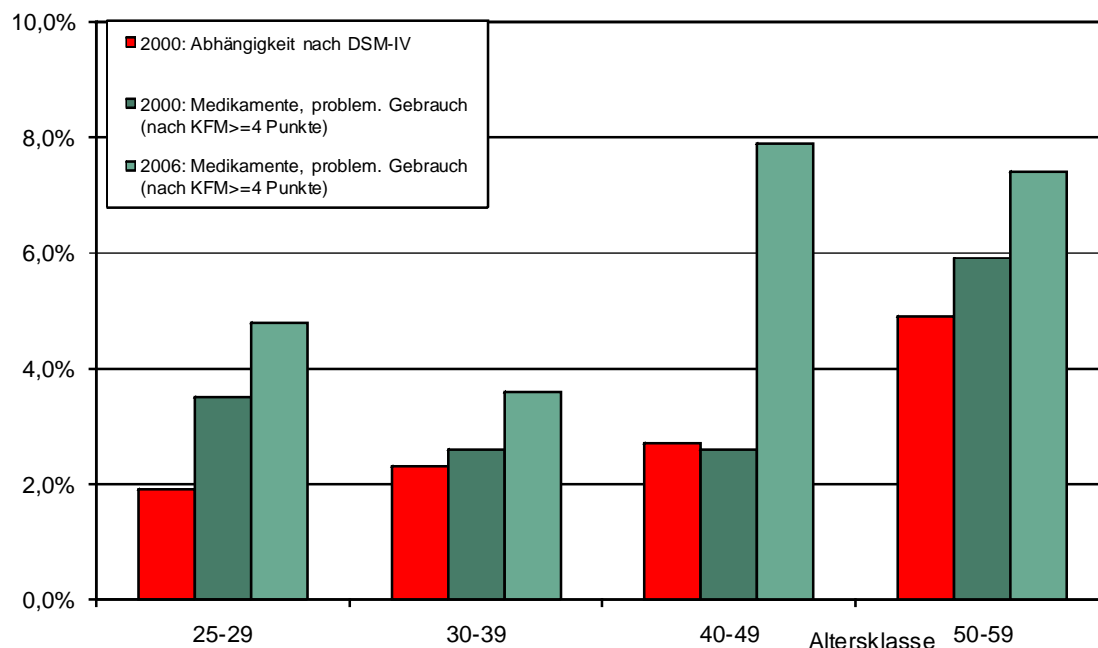


Abbildung C.1: Prävalenz des problematischen Gebrauchs von Medikamenten in den Jahren 2000 und 2006 sowie die Abhängigkeit von Medikamenten nach Altersklassen (Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2000 und 2006 (Kraus et al. 2001 und 2008).

In der Altersklasse 50-59 Jahre lag im Jahr 2000 Medikamentenabhängigkeit bei 4,9% der Befragten vor, bei 5,9% wurde ein problematischer Gebrauch (nach KFM) festgestellt. Im Jahr 2006 lag dieser Anteil bei 7,4%. Bei der Annahme, dass dieser Anteil in den höheren Altersklassen nicht abnimmt, betrifft dies ca. 1,25 Millionen Menschen in Deutschland über 65 Jahre. Bezogen auf Schleswig-Holstein wären dies ca. 45.000 Betroffene über 65 Jahre.

Die Symptome der Benzodiazepinabhängigkeit im Alter sind (Geyer 2010):

- häufige Stürze
- Ataxie
- Verwaschene Sprache
- nachlassende Leistungsfähigkeit
- Hirnleistungsstörungen, besonders mnestiche Störungen („Pseudodemenz“)
- Antriebs- und Interesselosigkeit
- sozialer Rückzug
- nachlassende Körperhygiene
- Verwahrlosung

Die gesundheitlichen Folgen langanhaltenden Medikamentenkonsums, sind abhängig von der Art des Mittels. Bei fortgesetztem Missbrauch von Benzodiazepinen kann es zu Schlafstörungen, Muskelschwäche, Koordinationsstörungen sowie Persönlichkeitsveränderungen kommen. Die Folgen äußern sich unter anderem in einer erhöhten Sturz- und Unfallgefahr.

Aus der fortgesetzten Einnahme von Schmerzmitteln können Dauerkopfschmerzen sowie Störungen der Nieren- oder Leberfunktion resultieren (Küfner 2010).

Risikofaktoren für den problematischen Gebrauch oder Abhängigkeit von Psychopharmaka im Alter sind psychische und körperliche Störungen, Verlusterlebnisse, „allein leben“ sowie das weibliche Geschlecht. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Raucherinnen, sowie alkoholkonsumierende Frauen sind wiederum häufiger betroffen als Frauen ohne weiteren Konsum. Medikamentenabhängigkeit geht bei Frauen häufiger mit niedrigerem sozialem Status und sozialer Benachteiligung einher (Geyer 2010, Albayrak 2007).

Bedenklich stimmt, dass die Heimunterbringung einen besonderen Risikofaktor für die Verordnung von Psychopharmaka darstellt. So wurden nach Hach et al. (2004) 39% bis 48% von Heimbewohnern mit einer Pflegestufe eine sedierende Medikation verordnet. Der Anteil an ambulant versorgten Patienten lag in allen Pflegestufen dagegen mit 20% bis 29% deutlich niedriger (Abbildung C.2 und 3). Auch diese Verordnungsraten erscheinen jedoch hoch vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Risiken.

Abbildung C.2 (Quelle: Hach et al. 2004):

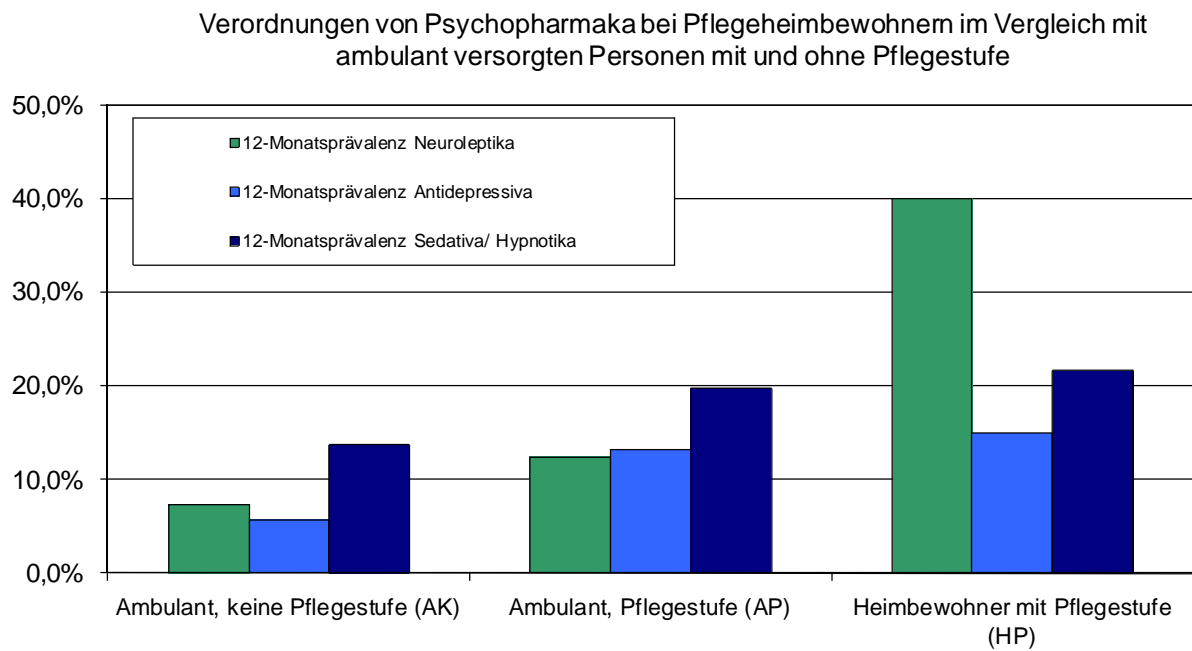
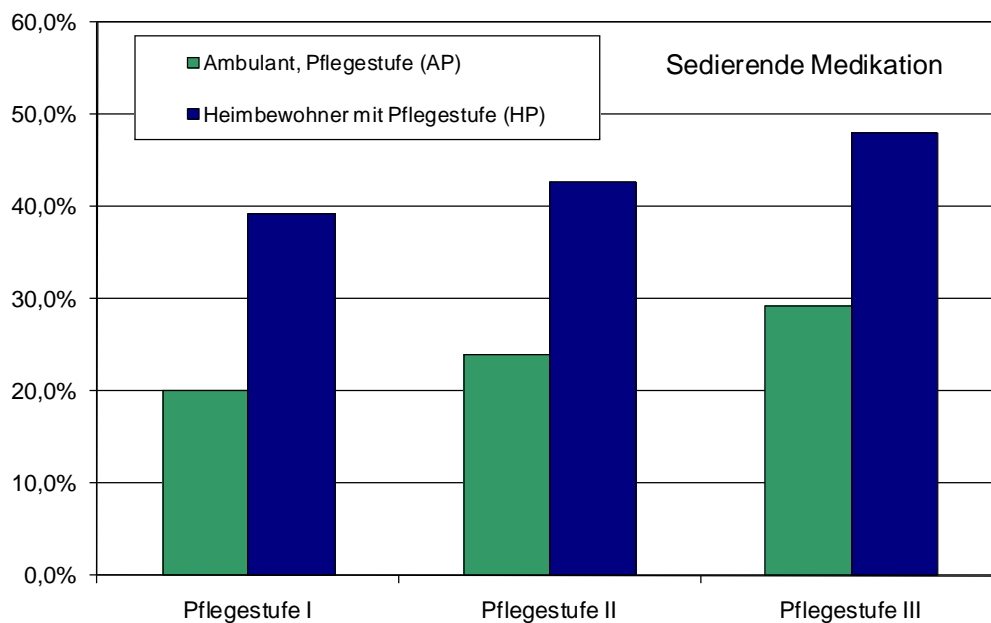


Abbildung C.3: Verordnungen von sedierenden Psychopharmaka bei Pflegeheimbewohnern im Vergleich mit ambulant versorgten Personen mit und ohne Pflegestufe (Quelle: Hach et al. 2004)





## D. Drogen im Alter?

Die Prävalenz der Abhängigkeit von illegalen Substanzen im Alter war lange niedrig. Aufgrund der verbesserten medizinischen Versorgung und Substitutionsprogrammen für Drogenabhängige hat sich dies jedoch verändert. Nach Untersuchungen von Duncan et al. (2010) steigt die Anzahl der Personen  $\geq 55$  Jahre, die aufgrund eines Drogenproblems ins Krankenhaus eingewiesen werden, stetig an (1998-2006). Die 30-Tagesprävalenz der Einnahme von illegalen Drogen hat von dem Jahr 2000 bis 2006 bei 50-64-jährigen von 0,1% auf 1,5% der Bevölkerung deutlich zugenommen (Kraus et al. 2001 und 2008). Gleichzeitig sind langjährig Drogenabhängige häufig massiv vorgealtert und werden früher pflegebedürftig als ihre Altersgenossen (Vogt 2009). All dies deutet auf eine auf uns zukommende Welle Alt-Drogenabhängiger mit massiven gesundheitlichen Problemen hin (Wittchen et al. 2010). Dies wird durch eine eigene Auswertung der Daten der Fachambulanz Kiel unterstützt (Abb. D1-D3). Der Trend der Altersentwicklung zeigt deutlich eine kontinuierliche Verschiebung der Altersentwicklung von 1999 bis 2010 nach rechts, hin zu höherem Alter der Substituierten Klienten der Fachambulanz: Machte im Jahr 1999 die Altersklasse der 41-50-jährigen noch 12% aus, so waren es im Jahr 2006 schon 17% und im Jahr 2010 sogar 28%. Diese Entwicklung betraf beide Geschlechter.

Abbildung D.1:

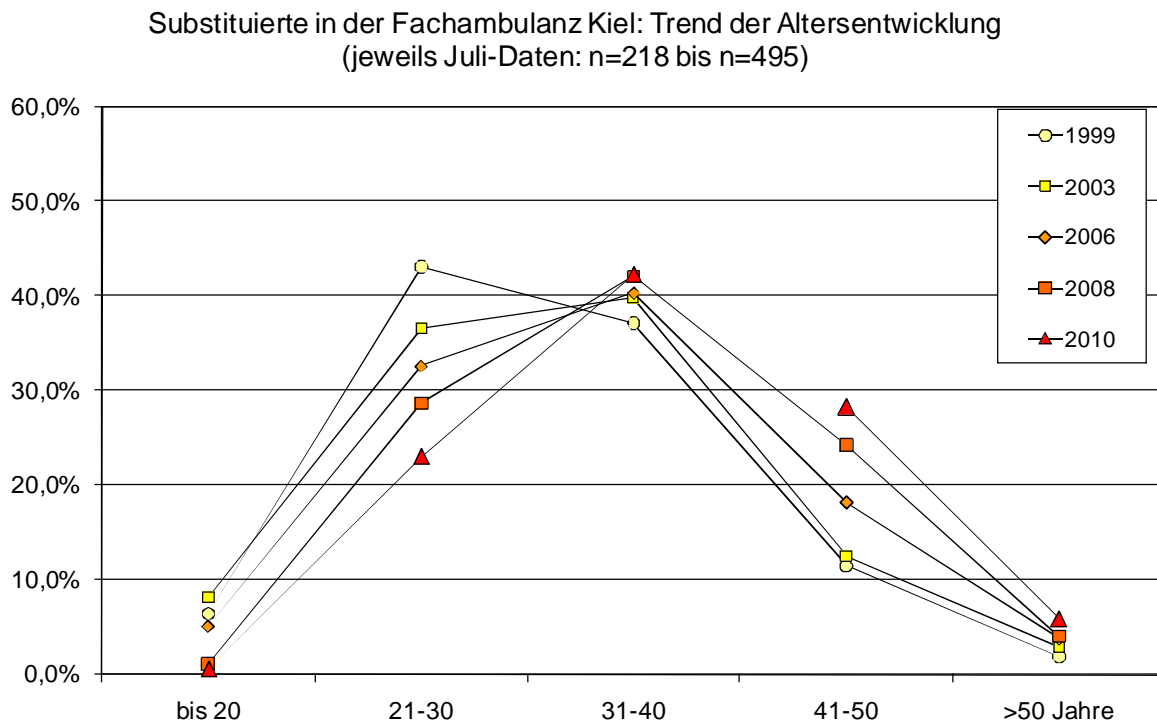


Abbildung D.2:

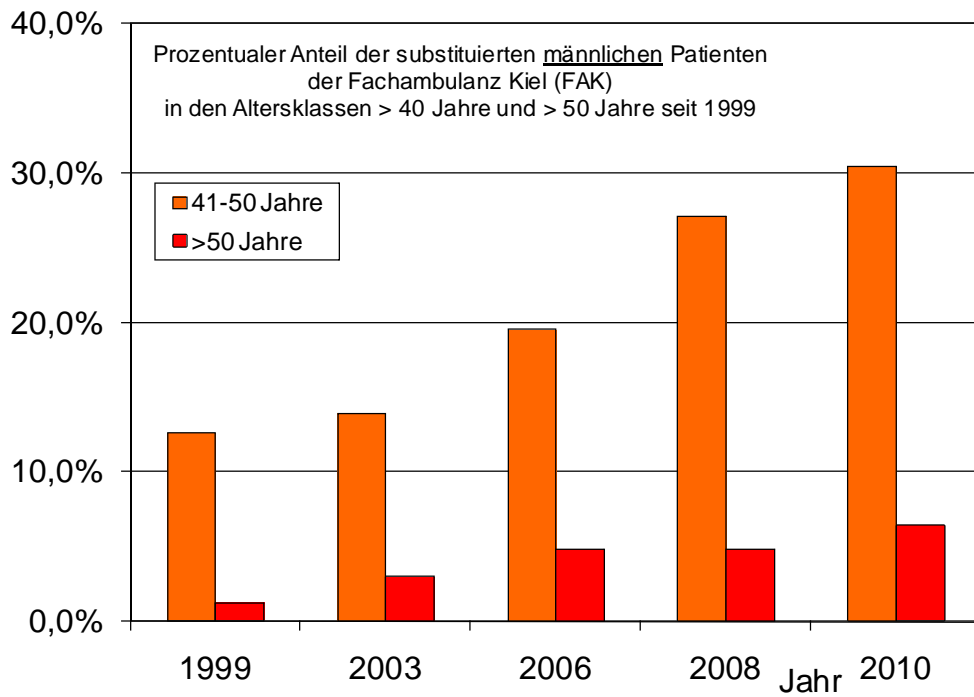
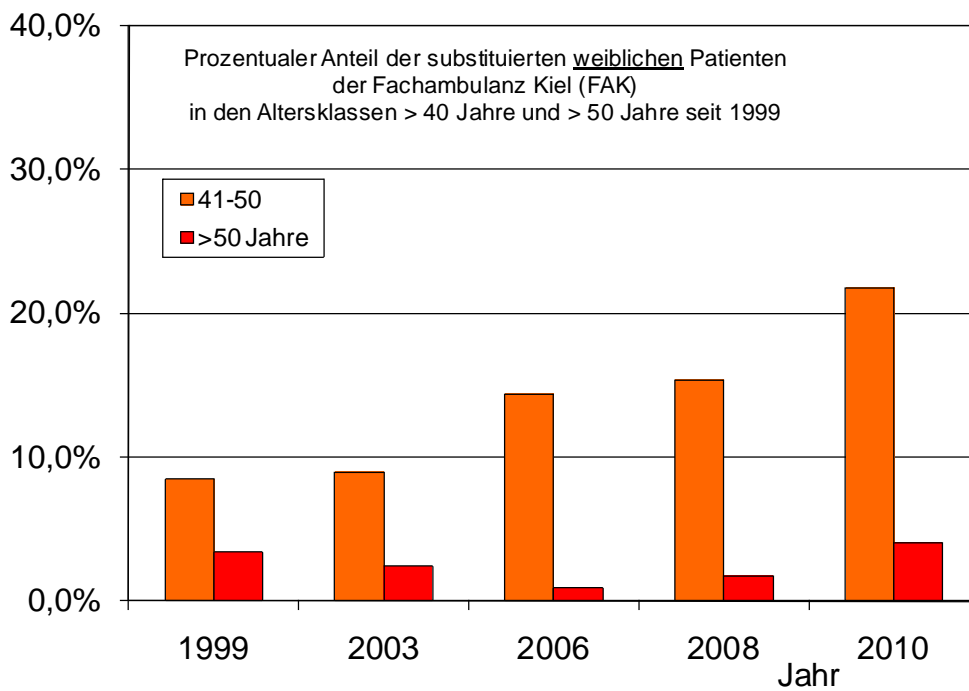


Abbildung D.3:



### **III. Ergebnisteil**

#### **Fachwissen, Fachkompetenz und Handlungskompetenz zum Thema "Sucht im Alter": Untersuchung bei Mitarbeitern der Sucht- und Altenhilfe**

##### **1. Einleitung**

Fachwissen, Fachkompetenz und Handlungskompetenz zum Thema "Sucht im Alter" bei Mitarbeitern der Suchthilfe und der Altenhilfe sind unabdingbare Voraussetzungen dafür, dass suchtauffällige Senioren wahrgenommen und adäquat versorgt werden.

Das Thema der Begleitforschung des Projektes PNSA am Suchthilfezentrum Schleswig war es daher, diese Variablen zu erheben, um Informationen über die diesbezügliche Kompetenzen der Mitarbeiter der Suchthilfe und der Altenhilfe zu erfassen. Hieraus können Basisinformationen zum Aus- und Fortbildungsbedarf sowie zu den Schulungsinhalten gewonnen werden, die für zielgerichtete und effektive Schulungen erforderlich sind.

Weiterhin war es Ziel der begleitenden Evaluation des Bundesmodellprojektes Psychosoziales *Netzwerk Sucht im Alter (PNSA)* zu beschreiben, welche Kontakte zwischen den beteiligten Hilfesystemen in Bezug auf suchtauffällige Senioren bereits bestehen oder ggf. ausgebaut werden müssen: Wo also "Netzwerke" für die Senioren bereits arbeiten, an welchen Stellen die Betroffenen Kontakt mit dem Suchthilfesystem bekommen und an welchen Stellen es hakt. Auch diese Basisinformationen kommen den betroffenen Senioren zu Gute, wenn die bestehenden Angebote zukünftig passgenauer und niedrigschwelliger ausgerichtet werden.

##### **2. Methodik**

###### **2.1 Evaluation von Einzel-Veranstaltungen**

Einzelveranstaltungen sind: Seminar für Mitarbeiter der Suchthilfe, offene Tagung zum Thema. Ziel der Evaluation ist die Erhebung der Basiskompetenz durch einen Statusfragebogen sowie die Identifikation von Problembereichen, in denen Handlungs- bzw. Fortbildungsbedarf besteht. Die zu messenden Zielvariablen sind: Einschätzung des Fachwissens, der Fachkompetenz und der Handlungskompetenz zum Thema Sucht im Alter.

Fragebogen: Es wird ein veränderungssensitiver Fragebogen aus vorangegangenen Untersuchungen modifiziert und verwendet (Nielsen 2006, Diakonietexte 2008, Kuhn und Haasen 2009).

Die Befragungen finden jeweils zu den Zeitpunkten t0 statt (Statuserhebung).

Die Daten werden zeitnah eingegeben und ausgewertet. Die Ergebnisse gehen in die Qualitätskontrolle der Veranstaltungen ein und führen ggf. zu Optimierungen der Schulungen.

## **2.2 Evaluation der Veranstaltungen für die Altenhilfe**

Die zu messenden Zielvariablen sind: Fachwissen, Fachkompetenz und Handlungskompetenz zum Thema Sucht / Sucht im Alter bei Führungskräften und Mitarbeitern von Seniorenpflegeeinrichtungen, sowie die Identifikation von Problembereichen, in denen Handlungs- bzw. Fortbildungsbedarf besteht.

Fragebogen: Es wird ein veränderungssensitiver Fragebogen aus vorangegangenen Untersuchungen modifiziert und verwendet (Nielsen 2006, Diakonietexte 2008, Kuhn und Haasen 2009).

Befragungen: Zu den Zeitpunkten t0 (vor der ersten Schulung), und t3 (nach 3-9 Monaten).

Ursprünglich war eine zweite Nachbefragung geplant (t12), da sich die erste Nachbefragung jedoch aufgrund der Personalschwierigkeiten der Altenhilfeeinrichtungen sehr lange hinzog (Nachbefragung war gebunden an Supervisionstermine vor Ort) und sich auch aufgrund hohen Personalwechsels schwierig gestaltete, wurde nur eine Nachbefragung durchgeführt, diese in dem Zeitraum 3-9 Monate nach der Schulung (genannt: t3). Die Nachbefragung erfolgte bis zum 30.9.2012, da anschließend die Endauswertung begann.

Erhebung der Basiskompetenz durch einen Statusfragebogen. Erhebung der Veränderung der Zielvariablen zum Zeitpunkt t3 (s. o.).

## **2.3 Statistik**

Dateneingabe und Datenmanagement erfolgen in Microsoft Access. Die statistische Auswertung erfolgt mit SPSS 19.0. Es handelt sich um eine deskriptive Auswertung. Es werden für numerische Werte Mittelwerte und Standardabweichungen angegeben. Für kategorielle Daten werden Häufigkeiten, zum Teil auch Mittelwerte und Standardabweichungen erhoben. Statistische Tests wurden nur bei dem Vergleich der Ergebnisse der Verlaufsbefragung mit der Statusbefragung angewendet, um festzustellen, ob etwaige Unterschiede "t0/t3" Signifikanzniveau erreichen: Es wurden p -Werte berechnet, bei einem  $p \leq 0,05$  gelten die verglichenen Gruppe t0/t3 als signifikant unterschiedlich mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%. Bei normalverteilten numerischen Daten wurden t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Bei nicht-normalverteilten numerischen Daten wurde der U-Test (Mann-Whitney-Wilcoxon) und bei kategoriellen Daten der Chi-Quadrat-Test verwendet.

## **2.4 Ethik**

Alle Daten werden anonym erhoben und aggregiert ausgewertet. Eine Identifizierung der Angaben Einzelner ist nicht möglich.

Um eine gute Lesbarkeit zu gewährleisten, wurde im Text jeweils nur die männliche Form verwendet, es sind jeweils beide Geschlechter gemeint.

## **2.5 Genderspezifische Auswertung**

Sowohl Hintergründe und Auslöser für Abhängigkeitserkrankungen als auch Suchtprozesse verlaufen bei Männern und Frauen verschieden.

Dies wird berücksichtigt durch die Vermittlung von genderspezifischem Fachwissen und Handlungsmöglichkeiten im Bereich der Schulungen und genderspezifischer Auswahl von Themen bei Tagungen und Fortbildungen.

Bei der Auswertung der wissenschaftlichen Literatur zur Epidemiologie des Themas "Sucht im Alter" wurde eine Vielzahl genderspezifischen Aspekten ausgearbeitet.

### 3. Ergebnisse der Auswertung zur Statuserhebung der Mitarbeiter in der Suchthilfe

#### 3.1 Allgemeine Angaben der Seminarteilnehmer

An der Befragung anlässlich zweier Seminare zur Fortbildung von Mitarbeitern in der Suchthilfe und benachbarter Berufsgruppen zu den Themen „Sucht im Alter“ nahmen 58 Personen (Responserate: ca. 50%) teil. Die meisten von ihnen kamen aus Beratungsstellen oder stationären Einrichtungen der Suchthilfe (vgl. Tab. 1).

Hinsichtlich ihrer Motivation gaben rund 85% der Seminarteilnehmer an, schon ältere Suchtkranke zu betreuen oder zunehmend ältere Betroffene in der beruflichen Tätigkeit zu erleben und sich fortbilden zu wollen (Tab. 1 und Abb. 1).

Es gab einen deutlichen Trend zu älteren Teilnehmern, denn 56% waren 50 Jahre oder älter. 61% der Teilnehmer waren weiblich und 39% waren männlich.

Bei den allgemeinen Fragen zur Arbeit mit Senioren gaben 84% an, sie würden bereits Senioren betreuen und 40% hatten sich bereits selbst zum Thema fortgebildet. Ein standardisiertes Vorgehen mit Senioren oder eine besondere Gruppe für Senioren gab es jedoch nur in Einrichtungen von 14% und 17% der Teilnehmer (Tab. 3.1).

Abbildung 3.1: Angaben der Seminarteilnehmer zu ihrer Motivation, die Fortbildungsveranstaltung „Sucht im Alter“ zu besuchen

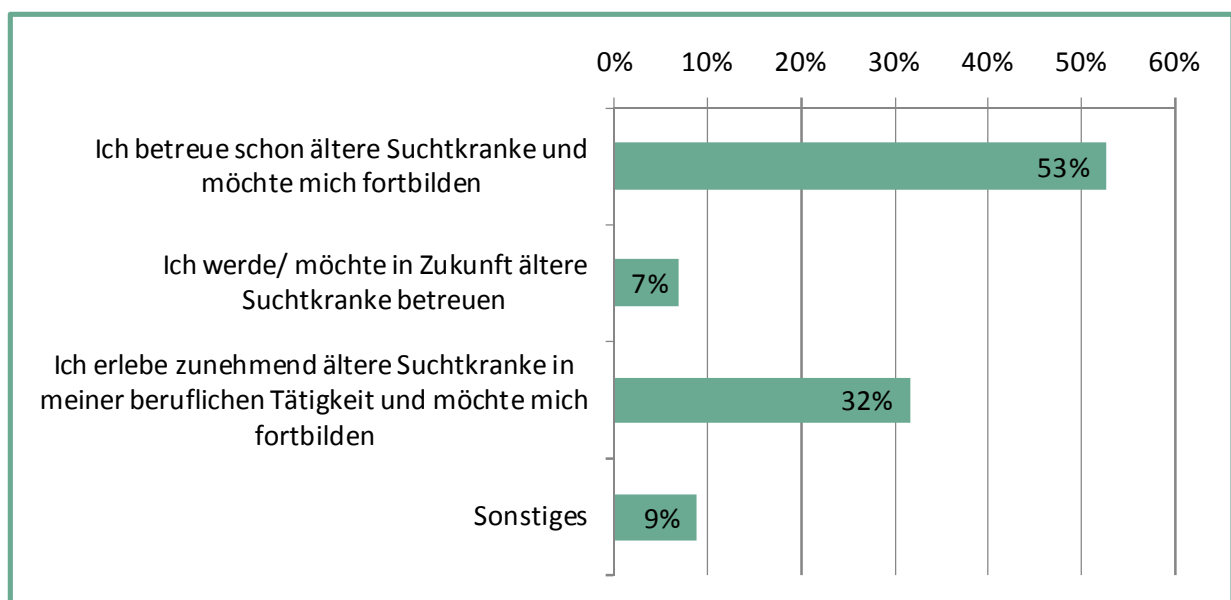


Tabelle 3.1: Allgemeine Angaben der Seminarteilnehmer\*

<b>Art der Einrichtung</b>	<b>Anzahl von n=58</b>	<b>%</b>
Beratungsstelle	19	33%
Stationäre Einrichtung	24	41%
Ambulante Einrichtung	5	9%
Nachsorge	2	3%
Selbsthilfe	2	3%
Sonstiges (Soz.psych. Dienst, Ges.Amt, ÖBiZ, Altenhilfe)	6	10%
<b>Motivation</b>	<b>Anzahl von n=57</b>	<b>%</b>
Ich betreue schon ältere Suchtkranke und möchte mich fortbilden	30	53%
Ich werde/ möchte in Zukunft ältere Suchtkranke betreuen	4	7%
Ich erlebe zunehmend ältere Suchtkranke in meiner beruflichen Tätigkeit und möchte mich fortbilden	18	32%
Sonstiges	5	9%
<b>Ausbildung</b>	<b>Anzahl von n=45</b>	<b>%</b>
Dipl. Sozial- Pädagogen, Dipl. Pädagogen, Sozial-Therapeuten	17	38%
Dipl. Psychologen / Psych. Psychotherapeut	10	22%
Pflegeberufe	12	27%
Sonstige (betriebl. Suchthelfer, Betreuer, Hauswirtschaftsleitungen)	6	13%
<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl von n=54</b>	<b>%</b>
Weiblich	33	61%
Männlich	21	39%
<b>Altersklasse (der Seminarteilnehmer)</b>	<b>Anzahl von n=57</b>	<b>%</b>
20-29	2	4%
30-39	6	11%
40-49	17	30%
50 oder älter	32	56%
<b>Allgemeine Angaben zur Arbeit mit Senioren</b>	<b>Anzahl "Ja" von n=58</b>	<b>% "Ja"</b>
Bisher selbst zu dem Thema fortgebildet?	23	40%
Standardisiertes Vorgehen mit Senioren in der Einrichtung?	8	14%
Besondere Gruppe für Senioren?	10	17%
Betreut Personen >= 60 Jahre?	49	84%
Keine der betreuten Personen ist >= 60 Jahre	9	16%
<b>Betreute Personen &gt;= 60 Jahre klassiert</b>	<b>Anzahl von n=58</b>	<b>%</b>
0	9	16%
0-9	25	43%
10-19	13	22%
über 20	11	19%

\* fehlende Angaben führen zu Anzahlen (n), die von 58 abweichen

### 3.2 Angaben der Seminarteilnehmer zu suchtbezogenen Kontakten

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf  $\geq 60$ -jährige suchtauffällige Senioren.

Die meisten suchtbezogenen Kontakte fanden mit den betroffenen Senioren selbst statt. Insgesamt gab es nur wenige suchtbezogene Kontakte mit Mitarbeitern der Altenhilfe oder mit Ärzten. Ein ähnliches Bild ergab sich für die aufsuchende Arbeit und Beratungsgespräche. Selten gab es mehr 5 Kontakte /Handlungen, auch dies am häufigsten mit den Senioren selbst. Therapiegruppen nur für Senioren gab es in einer der Einrichtungen, die durch ihre Mitarbeiter hier vertreten waren. Suchtbezogene Kontakte zu  $>80$ -jährigen hatten 21% der Seminarteilnehmer.

*Tabelle 3.2: Angaben der Seminarteilnehmer (n=58) zu suchtbezogenen Kontakten und Handlungen bezogen auf  $\geq 60$ -jährige und  $\geq 80$ -jährige suchtauffällige Senioren*

<b>suchtbezogene Kontakte mit:</b>	<b>mind. 1 Kontakt</b>	<b>%</b>	<b>mehr als 5 Kontakte</b>	<b>%</b>
betroffenen Senioren	40	69%	19	33%
Personal in Krankenhäusern	16	28%	6	10%
Ärzten	14	24%	4	7%
Angehörigen	19	33%	4	7%
Personal in Altenpflegeeinrichtungen	7	12%	2	3%
<b>Aufsuchende Arbeit:</b>	<b>mind. 1 Kontakt</b>	<b>%</b>	<b>mehr als 5 Kontakte</b>	<b>%</b>
in Krankenhäusern	22	38%	8	14%
in Reha-Einrichtungen	7	12%	3	5%
in Altenpflegeeinrichtungen	16	28%	3	5%
in sonstigen Einrichtungen	7	12%	2	3%
<b>suchtbezogene Handlungen</b> (bezogen auf n=40, d.h. auf TN, die schon Kontakt mit betroffenen Senioren hatten)	<b>mind. 1 Handlung</b>	<b>%</b>	<b>mehr als 10 Handlungen</b>	<b>%</b>
Beratungsgespräche mit den betroffenen Senioren	37	93%	12	30%
Beratungsgespräche mit den Angehörigen	23	58%	4	10%
Therapeutische Einzelgespräche	16	40%	8	20%
Therapiegruppen nur für Senioren durchgeführt	1	3%	1	3%
Altersgemischte Therapiegruppen mit Senioren durchgeführt	12	30%	7	18%
<b>suchtbezogene Kontakte mit Senioren <math>\geq 80</math> Jahre</b> (bezogen auf n=58)	<b>mind. 1 Kontakt</b>	<b>%</b>	<b>mehr als 5 Kontakte</b>	<b>%</b>
Mit betroffenen Senioren selbst	12	21%	5	9%
Mit Angehörigen der Senioren	11	19%	5	9%



Abbildung 3.2: Angaben der Seminarteilnehmer (n=58) zu suchtbewussten Kontakten bezogen auf >= 60-jährige suchtauffällige Senioren

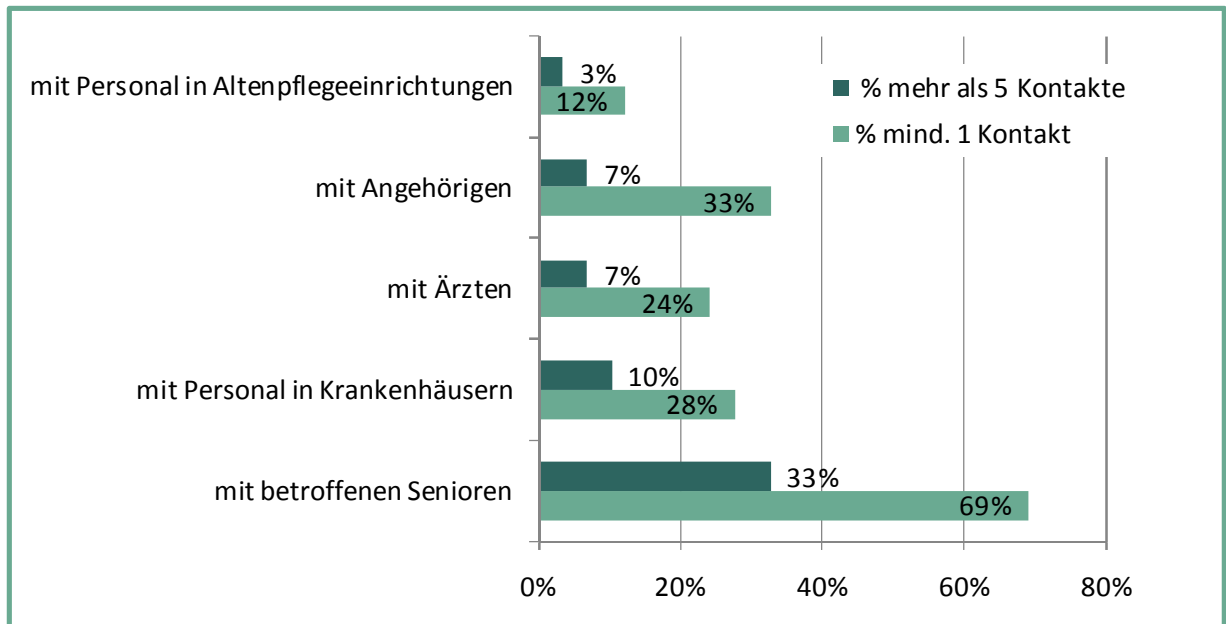
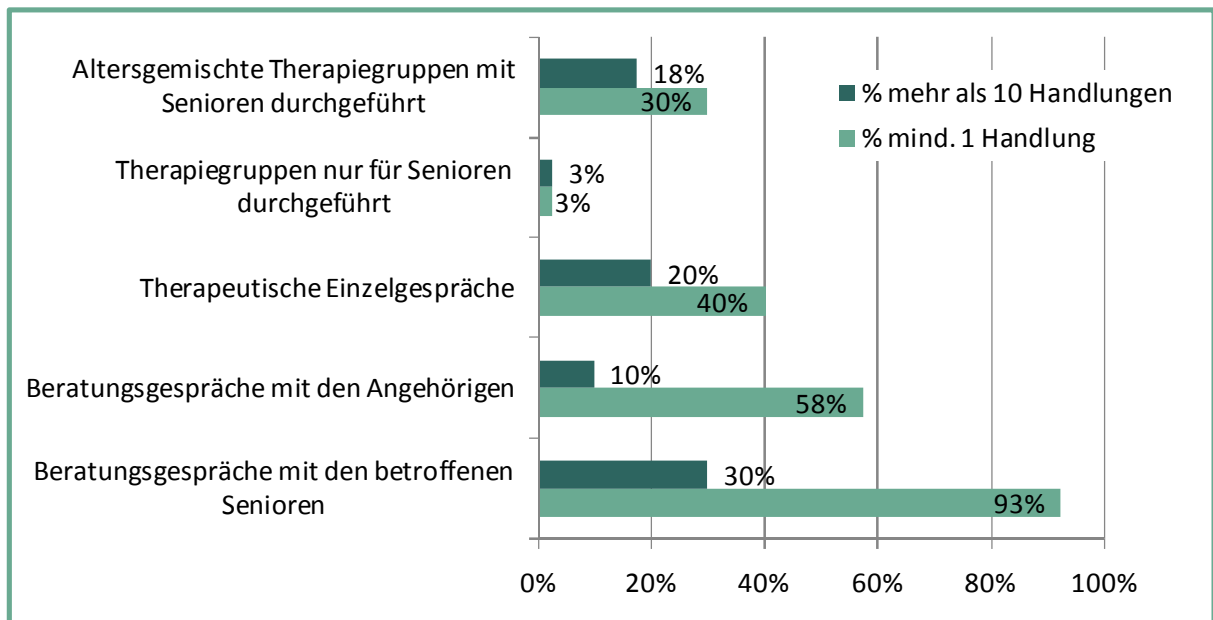


Abbildung 3.3: Angaben der Seminarteilnehmer zu suchtbewussten Handlungen bezogen auf ihre Kontakte >= 60-jährige suchtauffälligen Senioren (n=40)



### 3.3 Rangfolge der Bedeutung von Suchtmitteln und Zugangswegen

Mit großer Übereinstimmung nannten 62% der Seminarteilnehmer „Alkohol“ als das Suchtmittel, welches bei den betreuten Senioren die größte Bedeutung habe. „Nikotin“ kam an zweiter Stelle und „Medikamente“ auf dem dritten Rang. Illegale Substanzen hatten für die meisten Teilnehmer kaum Bedeutung in Bezug auf suchtauffällige Senioren. Dieses Ergebnis wechselte stark von Einrichtung zu Einrichtung und war auch abhängig von dem Hauptfachgebiet der Einrichtung (z.B. hatten illegale Substanzen bei Senioren in einer Substitutions-Praxis naturgemäß eine hohe Bedeutung).

Die Rangfolge bei dem Zugangsweg, über welchen die Betroffenen die Suchthilfe erreichen, war weniger deutlich. So lag die Kategorie „über Krankenhäuser / Fachkliniken“ an erster Stelle, gefolgt von „eigener Antrieb der Betroffenen“ und „über Beratungsstellen“. Den Zugangswegen „über Selbsthilfegruppen“ und „über niedergelassene Ärzte“ sowie „über Altenpflege-Einrichtungen“ kam geringere Bedeutung zu (letzter Rang 6 am häufigsten genannt).

*Tabelle 3.3: Angaben der Seminarteilnehmer zu der Rangfolge der Bedeutung von Suchtmitteln und Zugangswegen bezogen auf >= 60 Jährige suchtauffällige Senioren*

<b>Welchem Suchtmittel kommt die größte Bedeutung zu</b>	<b>Rang 1- 4*</b>	<b>Mittelwert*</b>	<b>+/- SD</b>	<b>Häufigster Rang bei</b>
Alkohol	1	1,49	1,00	1 (62%)
Nikotin	2	2,52	1,05	2 (30%)
Medikamenten	3	2,71	0,92	3 (28%)
illegalen Substanzen	4	3,46	1,04	4 (45%)
<b>Welchem Zugangsweg kommt die größte Bedeutung zu</b>	<b>Rang 1-6*</b>	<b>Mittelwert*</b>	<b>+/- SD</b>	<b>Häufigster Rang bei</b>
über Krankenhäuser / Fachkliniken	1	2,33	1,72	1 (44%)
eigener Antrieb der Betroffenen	2	3,09	1,83	1 (29%)
über Beratungsstellen	3	3,57	1,98	1 (23%)
über niedergelassenen Ärzte	4	3,67	1,98	6 (33%)
über Selbsthilfegruppen	5	4,31	1,81	6 (34%)
über Altenpflege-Einrichtungen	6	5,00	1,80	6 (63%)

\* Der Rang wurde aus dem Mittelwert abgeleitet: Der Mittelwert wurde aus allen Angaben zu Rängen für die genannte Kategorie berechnet (Summe der Ränge /n). Zusätzlich wird angegeben welcher Rang als häufigster genannt wurde.

### 3.4 Selbsteinschätzung der Seminarteilnehmer in Bezug auf ihr Fachwissen und den Schwierigkeitsgrad von therapeutischen Situationen

Die Seminarteilnehmer sollten ihr eigenes Fachwissen zum Thema „Sucht im Alter“ sowie den Schwierigkeitsgrad von therapeutischen Situationen mit Senioren auf einer Skala von 0 bis 5 einschätzen (0= kein spezielles Fachwissen bis 5= sehr gutes Fachwissen bzw. 0=„gar nicht schwierig bis 5=„sehr schwierig“). Aus diesen Angaben wurden Mittelwerte berechnet.

*Tabelle 3.4: Selbsteinschätzung der Seminarteilnehmer in Bezug auf ihr Fachwissen und den Schwierigkeitsgrad von therapeutischen Situationen bezogen auf >= 60-jährige sucht-auffällige Senioren (SD=Standardabweichung)*

<b>Fachwissen Selbsteinschätzung auf einer Skala von 0 bis 5</b> (0= kein spezielles Fachwissen bis 5= sehr gutes Fachwissen)	<b>n</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Häufigste Nennung bei</b>
Eigenes Fachwissen	56	2,47	1,08	2-3 (69%)
Fachwissen durch Ausbildung	56	1,73	1,36	0-2 (71%)
<b>Wie schwierig ist folgende Situation auf einer Skala von 0 bis 5</b> 0= gar nicht schwierig bis 5= sehr schwierig	<b>n*</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>Häufigste Nennung bei</b>
Erstgespräche mit den Betroffenen	48	1,7	1,6	1-2 (44%)
Gespräche mit den Angehörigen	48	2,3	1,3	2-3 (56%)
Therapeutische Einzelgespräche	35	2,0	1,4	1-2 (49%)
Therapiegruppen altersgemischt	29	2,3	1,6	3-4 (49%)
Therapiegruppen nur für Senioren	16	1,6	1,1	2 (31%)
Vermittlung von Fakten zu den Risiken des Alkohol-Konsums bei Senioren	45	1,9	1,4	2-3 (49%)
Vermittlung von Fakten zu den Risiken eines aktuellen Psychopharmaka-Konsums bei Senioren	42	2,6	1,4	2-3 (64%)
Vermittlung von Fakten zu den Risiken eines langjährigen Psychopharmaka-Konsums bei Senioren	39	2,7	1,4	2-3 (54%)
Vermittlung von Fakten zu den Risiken von Polypharmazie	38	3,0	1,5	2-3 (47%)
Vermittlung von Fakten zu den Risiken des Mehrfach-Konsums bei Senioren (z.B. Alkohol plus Psychopharmaka)	42	2,4	1,3	2-3 (62%)
Vermittlung von Fakten zu Therapieoptionen für Senioren	35	2,7	1,3	3 (43%)
Aufbau einer therapeutischen Allianz	36	2,6	1,2	2-3 (58%)
Erzeugung von Motivation zur Konsum-Veränderung bei Senioren	46	3,0	1,2	2-3 (57%)

\*: Nicht alle therapeutischen Situationen waren für alle Berufsgruppen relevant, daher kommen variierende n vor

Ihr eigenes Fachwissen (Skala von 0 bis 5: 0= kein spezielles Fachwissen bis 5= sehr gutes Fachwissen) schätzten ca. 70% der Seminarteilnehmer mit Nennungen von „2“ oder „3“ als "mittel", ein. Der Mittelwert betrug 2,47 von maximal 5,0. Dabei war das Fachwissen eher selbst und nicht durch die Ausbildung erworben worden. Bezüglich der Vermittlung von Fachwissen durch die eigene Ausbildung waren am häufigsten die Ränge 2 (27%), 1 (21%) und 0 (23%) angekreuzt worden.

Die Seminarteilnehmer sollten - wie oben beschrieben - den Schwierigkeitsgrad von therapeutischen Situationen mit Senioren auf einer Skala von 0 bis 5 einschätzen (0="gar nicht schwierig bis 5="sehr schwierig"). Auch aus diesen Angaben wurden Mittelwerte berechnet. Eher wenig Schwierigkeiten sahen die Seminarteilnehmer in Erstgesprächen mit betroffenen Senioren sowie Therapiegruppen nur für Senioren (Mittelwert (d) <=1,7).

Etwas höher wurde der Schwierigkeitsgrad von der Vermittlung von Fakten zu den Risiken des Alkohol-Konsums bei Senioren, Therapeutischen Einzelgesprächen, altersgemischten Therapiegruppen und Gespräche mit den Angehörigen eingeschätzt (d= 1,8-2,3).

Der höchste Schwierigkeitsgrad wurde den therapeutischen Situationen, die mit Medikamenten zu tun hatten, zugeschrieben, wie die Vermittlung von Fakten zu den Risiken von Polypharmazie (d=3,0) und die Vermittlung von Fakten zu den Risiken eines langjährigen Psychopharmaka-Konsums bei Senioren (d=2,7) sowie die Vermittlung von Fakten zu Therapieoptionen für Senioren (d=2,7) und die Erzeugung von Motivation zur Konsum-Veränderung bei Senioren (d=3,0).

Abbildung 3.4: Selbsteinschätzung der Seminarteilnehmer in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad von therapeutischen Situationen bezogen auf >= 60-jährige suchtauffällige Senioren

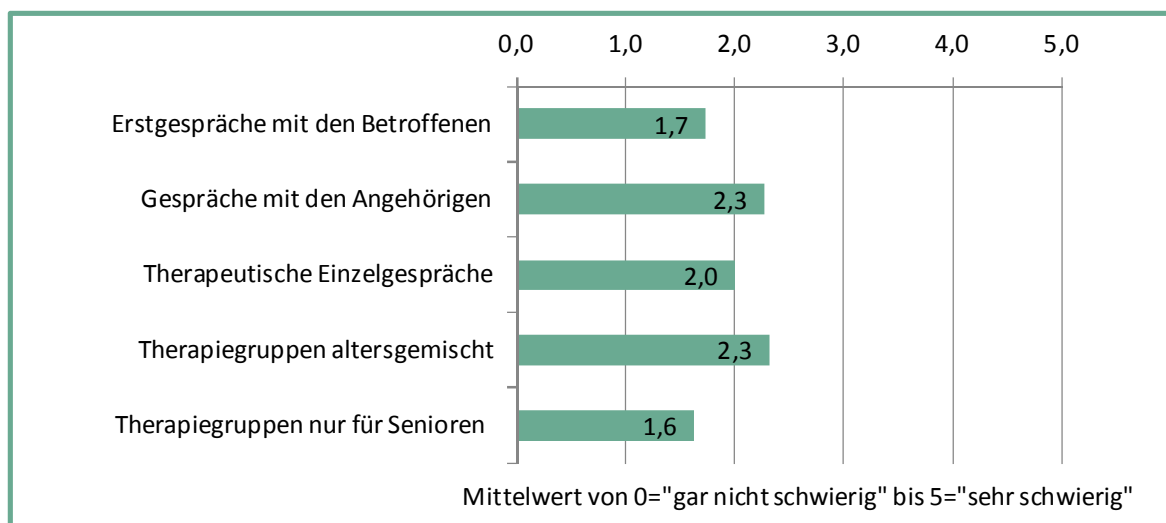
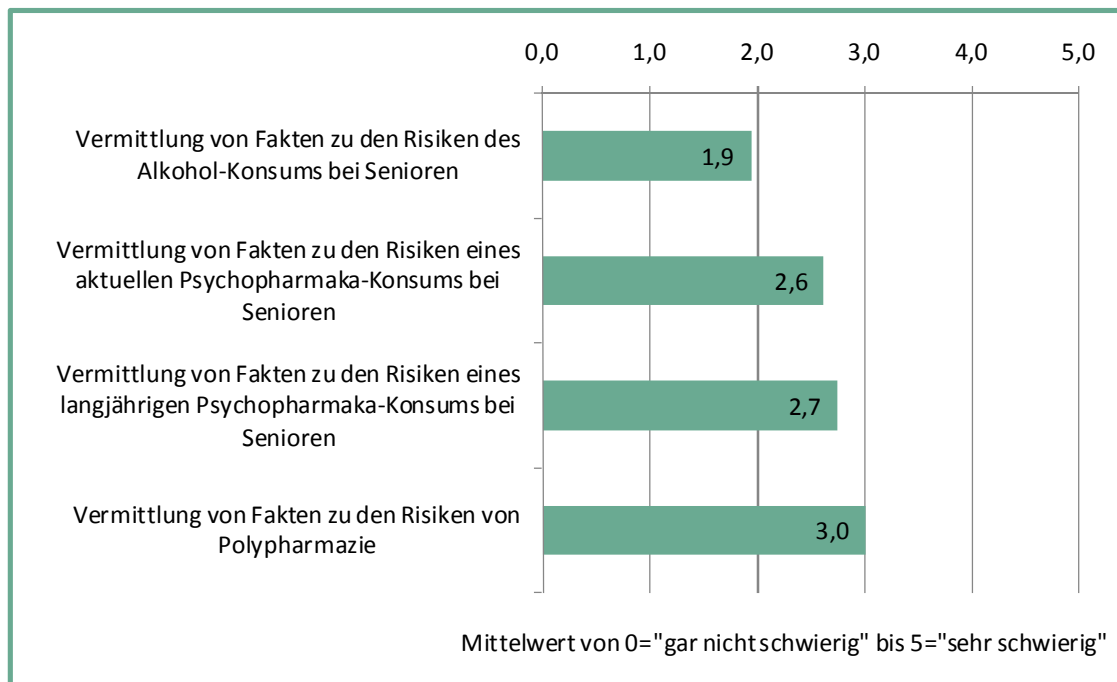


Abbildung 3.5: Selbsteinschätzung der Seminarteilnehmer in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad der Vermittlung von Fakten bezogen auf >= 60-jährige suchtauffällige Senioren



### 3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der Auswertung zur Staturhebung der Mitarbeiter in der Suchthilfe (FB SH t0)

An der Befragung anlässlich zweier Seminare zu dem Thema „Sucht im Alter“ für Mitarbeiter in der Suchthilfe und benachbarte Berufsgruppen nahmen 58 Personen teil. Die meisten von ihnen kamen aus Beratungsstellen oder stationären Einrichtungen der Suchthilfe. Von diesen gaben 84% an, sie würden bereits Senioren betreuen. Ein standardisiertes Vorgehen mit Senioren oder eine besondere Gruppe für Senioren gab es bei 14% und 17% der Teilnehmer. Die meisten suchtbetragenen Kontakte fanden mit den betroffenen Senioren selbst statt. Insgesamt hatten nur wenige Teilnehmer Kontakte mit Mitarbeitern der Altenhilfe oder mit Ärzten aufgrund von suchtauffälligen Senioren. Ein ähnliches Bild ergab sich für die aufsuchende Arbeit, Beratungsgespräche oder Zugangswege. Mit 62% nannten die meisten Seminarteilnehmer „Alkohol“ als das Suchtmittel, welches bei den betreuten Senioren die größte Bedeutung habe. Bei der Rangfolge des Zugangsweges, über welchen die Betroffenen die Suchthilfe erreichen, lag die Kategorie „über Krankenhäuser / Fachkliniken“ an erster Stelle, gefolgt von „eigener Antrieb der Betroffenen“ und „über Beratungsstellen“. Ihr eigenes Fachwissen zu dem Thema „Sucht im Alter“ schätzten ca. die Hälfte der Seminarteilnehmer mit „2-3“ als "mittel", ein. Dabei war das Fachwissen eher nicht durch die Ausbildung erworben worden. Der höchste Schwierigkeitsgrad wurde den therapeutischen Situationen, die mit Medikamenten zu tun hatten, zugeschrieben, wie die Vermittlung von Fakten zu den Risiken

von Polypharmazie oder zu den Risiken eines langjährigen Psychopharmaka-Konsums bei Senioren sowie zu der Erzeugung von Motivation zur Konsum-Veränderung bei Senioren.

### 3.6 Fazit

Resultierend aus den Ergebnissen der Auswertung zur Stuserhebung bei den Mitarbeitern in der Suchthilfe können folgende Punkte angesehen werden:

1. Viele Mitarbeiter der Suchthilfe haben bereits mit Senioren zu tun. Es ist notwendig,
  - a. die Ausbildung in der Suchthilfe diesbezüglich zu verbessern.
2. Es gibt wenige Kontakte der Suchthilfe mit Mitarbeitern der Altenhilfe oder Ärzten aufgrund von suchtauffälligen Senioren. Es ist notwendig,
  - a. Mitarbeiter der Altenhilfe sowie Ärzte für das Thema „Sucht im Alter“ zu sensibilisieren
  - b. Mitarbeiter der Altenhilfe sowie Ärzte auf die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit der Suchthilfe hinzuweisen.
3. Das Problem der Einnahme von suchterzeugenden Medikamenten, v.a. Psychopharmaka, wird in der Suchthilfe unterschätzt.
4. Gleichzeitig werden therapeutische Handlungen, die mit z.B. Polypharmazie und Psychopharmaka zu tun haben, als besonders schwierig eingeschätzt. Es ist notwendig,
  - a. Mitarbeiter der Suchthilfe für das Thema „Medikamentensucht im Alter“ zu sensibilisieren
  - b. die Ausbildung in der Suchthilfe diesbezüglich zu verbessern.
5. Es fehlt in den meisten Einrichtungen an
  - a. 1. Standardisierten Vorgehensweisen mit betroffenen Senioren und
  - b. 2. an Gruppenangeboten, die auf die Bedürfnisse der Senioren zugeschnitten sind.

## 4. Ergebnisse der Erhebung bei den Einrichtungen der Altenhilfe

### 4.1 Demographische Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen

In Tabelle 4.1 sind die demographischen Merkmale der primär teilnehmenden Einrichtungen Ambulante Pflege Angeln und Margarethenresidenz in Bezug auf Pflegekunden und Anzahl und Ausbildung der Mitarbeiter dargestellt. Mit dem Umfang der Betreuung nahm jeweils auch die Pflegestufe zu.

*Tabelle 4.1: Demographische Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen in Bezug auf Pflegekunden und Anzahl und Ausbildung der Mitarbeiter (APA= Ambulante Pflege Angeln, MaRs=Margarethenresidenz Kappeln)*

Einrichtung	APA	n	MaRs	n	MaRs	n	Gesamt n	n
Art der Pflegeplätze	ambulant	280	teilstationär	35	stationär	40	alle	355
<b>Pflegestufen</b>	<b>APA</b>	<b>%</b>	<b>MaRs</b>	<b>%</b>	<b>MaRs</b>	<b>%</b>	<b>Gesamt n</b>	<b>%</b>
ohne Pflegestufe	117	42%	10	29%	1	3%	128	36%
Pflegestufe 1	109	39%	10	29%	16	40%	135	38%
Pflegestufe 2	42	15%	12	34%	18	45%	72	20%
Pflegestufe 3	12	4%	3	9%	5	13%	20	6%
<b>Geschlecht der Pflegekunden</b>	<b>APA</b>	<b>%</b>	<b>MaRs</b>	<b>%</b>	<b>MaRs</b>	<b>%</b>	<b>Gesamt n</b>	<b>%</b>
Weibliche Pflegekunden	205	73%	20	57%	29	73%	254	72%
Männliche Pflegekunden	75	27%	15	43%	11	28%	101	28%
<b>Alter der Pflegekunden klassiert</b>	<b>APA</b>	<b>%</b>	<b>MaRs</b>	<b>%</b>	<b>MaRs</b>	<b>%</b>	<b>Gesamt n</b>	<b>%</b>
unter 50 Jahre	17	7%	0	0%	2	6%	19	6%
50-59	11	4%	0	0%	0	0%	11	3%
60-69	19	8%	5	14%	3	9%	27	8%
70-79	58	23%	15	43%	2	6%	75	23%
80-89	115	46%	9	26%	17	49%	141	43%
90 und älter	32	13%	6	17%	16	46%	54	17%
<b>Mitarbeiter in Anzahl und Ausbildung</b>	<b>APA</b>	<b>%</b>	<b>MaRs</b>	<b>%</b>	<b>MaRs</b>	<b>%</b>	<b>Gesamt n</b>	<b>%</b>
Pflegekraft	32	43%	1	25%	11	28%	44	37%
Pflegeassistent/in	25	34%	3	75%	14	35%	42	36%
Auszubildende	5	7%	0	0%	4	10%	9	8%
Sonstige	12	16%	0	0%	11	28%	23	19%
Summe MA gesamt	74	100%	4	100%	40	100%	118	100%
Summe MA in VK	35,5		2,5		20		58	

Die zwei Mitarbeiter der APA und der Margarethenresidenz (MaRs), die an der Steuerungsgruppe des Projektes „Sucht im Alter“ teilnahmen, und den Demographiebogen für ihre Einrichtung ausfüllten, wurden zusätzlich hinsichtlich des Konsums von problematischen Substanzen bei Pflegekunden befragt.

Demnach gibt es Hinweise darauf, dass der Anteil der Pflegekunden mit Polypharmazie ( $\geq 5$  verschreibungspflichtige Medikamente täglich) mit dem Betreuungsumfang deutlich zunimmt (und der Pflegestufe: s.o.). Gleiches gilt für den andauernden Gebrauch verschreibungspflichtiger Schlafmittel oder Beruhigungsmittel. Problematischer Konsum von Alkohol und zwischenmenschliche Probleme, die mit Alkoholkonsum einhergehen, waren dagegen in der Tagespflege am häufigsten und betrafen hier 9% bis 14% der Pflegekunden.

*Tabelle 4.2: Konsum von problematischen Substanzen in Bezug auf Pflegekunden in den teilnehmenden Einrichtungen aus Sicht der Führungskräfte, die an der Steuerungsgruppe teilnahmen*

Einrichtung	APA ambulant	%	MaRs teilstationär	%	MaRs stationär	%
<b>Unabhängig von einer Suchtproblematik, bei wie vielen Ihrer Kunden trifft folgendes zu (geschätzt)</b>	<b>n=280</b>		<b>n=35</b>	<b>%</b>	<b>n=40</b>	<b>%</b>
Nehmen $\geq 5$ Medikamente täglich (verschreibungspflichtige)	39	14%	21	60%	30	86%
Nehmen $> 4$ Wochen verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel	10	4%	9	26%	15	43%
Nehmen $> 6$ Monate verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel	17	6%	8	23%	15	43%
Manchmal überlange Schlafdauer, nach Einnahme von verschreibungspfl. Schlafmitteln /Beruhigungsmitteln	6	2%	7	20%	5	14%
Nur Männer: Mehr als 14 alkoholische Getränke pro Woche (1 Standardglas = 1 Getränk)	7	3%	3	9%	2	6%
Nur Frauen: Mehr als 7 alkoholische Getränke pro Woche (1 Standardglas = 1 Getränk)	7	3%	4	11%	2	6%
Zwischenmenschliche Probleme wegen des Alkoholkonsums	2	1%	5	14%	2	6%
Rauchen $> 5$ Zigaretten täglich	12	4%	2	6%	5	13%



## 4.2 Ergebnisse der Auswertung zur Stuserhebung der Führungskräfte in der Altenhilfe

An der Schulungsmaßnahme für die Führungskräfte der Altenhilfe (Pflegedienstleitung und Teamleitungen) nahmen sieben (n=7) Führungskräfte teil. Der Schwerpunkt der Schulung sowie der Befragung lag auf dem Umgang mit suchtauffälligen Mitarbeitern sowie „coabhängigen“ Mitarbeitern.

Im Rahmen der Zwischenauswertung wird hier lediglich der Teil der Ergebnisse zu Fragen gezeigt, der die Einschätzung des eigenen Fachwissen sowie den Schwierigkeitsgrad von Handlungen bezogen auf suchtauffällige Mitarbeiter zum Thema hatte. Weitere abgefragte Themen wie „Rangfolge von Suchtmitteln“ sowie „Art der Gespräche oder Handlungen“ in Bezug auf suchtauffällige oder coabhängige Mitarbeiter wurden nur in Einzelfällen benannt bzw. waren bisher im Rahmen der Führungsarbeit anscheinend gar nicht vorgekommen, daher war keine Auswertung möglich.

Das eigene Fachwissen für den Umgang mit suchtauffälligen oder coabhängigen Mitarbeitern wurde von den beteiligten Führungskräften mit Mittelwerten von 1,86 und 1,43 (von maximal 5) eher als „niedrig“ eingeschätzt. Nur eine Führungskraft nannte ein gutes Fachwissen in Bezug auf dieses Thema. Am schwierigsten wurden von den Führungskräften die Situationen „Gespräche mit betroffenen Mitarbeitern“ und „Konsequenzen darstellen“ eingeschätzt.

*Tabelle 4.3: Selbsteinschätzung von n=7 Führungskräften der Altenhilfe in Bezug auf eigenes Fachwissen sowie den Schwierigkeitsgrad von den genannten Handlungen bezogen auf suchtauffällige oder coabhängige Mitarbeiter*

<b>Eigenes Fachwissen auf einer Skala von 0 bis 5</b> (0= kein spezielles Fachwissen, 5= sehr gutes Fachwissen)	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>n mit „4-5“</b>
Eigenes Fachwissen im Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern	1,86	1,57	1
Eigenes Fachwissen für den Umgang mit coabhängigen Mitarbeitern	1,43	1,27	0
<b>Wie schwierig ist folgende Situation auf einer Skala von 0 bis 5</b> (0= gar nicht schwierig bis 5= sehr schwierig)	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>	<b>n mit „4-5“</b>
Gespräche mit betroffenen Mitarbeitern	3,43	1,40	4
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	2,43	1,51	2
Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln	3,14	1,07	2
Konkretes Hilfsangebot machen	2,86	1,35	2
Konsequenzen darstellen	3,86	0,69	5

## 4.3 Ergebnisse der Auswertung zur Stuserhebung der Mitarbeiter in der Altenhilfe

### 4.3.1 Allgemeine Angaben der Schulungsteilnehmer

Bisher nahmen 269 Mitarbeiter (MA) der Altenhilfe an den Schulungsmaßnahmen teil, die in kleinen Gruppen von 8-10 Teilnehmern durchgeführt wurden. Neben der Ambulanten Pflege Angelegen (APA), der Margarethenresidenz in Kappeln (stationäre und teilstationäre Pflege) kamen weitere Einrichtungen der DSG (DIAKO Soziale Einrichtungen GmbH) hinzu.

Die durchschnittliche Zahl betreuter Senioren betrug 31 (+/- 49). Die meisten der Mitarbeiter waren weiblich, als Pflegekräfte oder Pflegeassistenten ausgebildet und zwischen 40 und 50 Jahren oder älter. Ihr Fachwissen im Umgang mit suchtkranken Senioren schätzten 28% auf einer Skala von 0 bis 5, als eher gering ein (0-1), 59% nannten 2 oder 3 und nur 13% gaben ein gutes oder sehr gutes Fachwissen an (4-5). Der Mittelwert lag bei 2,1.

*Tabelle 4.4: Allgemeine Angaben der Schulungsteilnehmer\**

<b>Ausbildung</b>	<b>Anzahl von n=269</b>	<b>%</b>
Pflegekraft	87	32%
Pflegeassistent/in	66	25%
Auszubildende	46	17%
Sonstige	70	26%
<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl von n=264</b>	<b>%</b>
Weiblich	221	84%
Männlich	43	16%
<b>Altersklasse (der Seminarteilnehmer)</b>	<b>Anzahl von n=267</b>	<b>%</b>
20-29	66	25%
30-39	36	13%
40-49	73	27%
50 oder älter	92	34%
<b>Allgemeine Angaben zur Arbeit mit Senioren</b>	<b>Anzahl "Ja" von n=269</b>	<b>% "Ja"</b>
Standardisiertes Vorgehen mit Senioren in der Einrichtung?	88	33%
<b>Allgemeine Angaben zur Arbeit mit Senioren</b>	<b>Mittelwert „Fachwissen“</b>	<b>SD (=Standardabweichung)</b>
Fachwissen im Umgang mit suchtkranken Senioren: Selbsteinschätzung auf einer Skala von 0 bis 5 (0= kein spezielles Fachwissen bis 5= sehr gutes Fachwissen)	2,1	1,3

\* einige Angaben fehlten, in diesen Fällen weicht n von 269 ab

Abbildung 4.1:

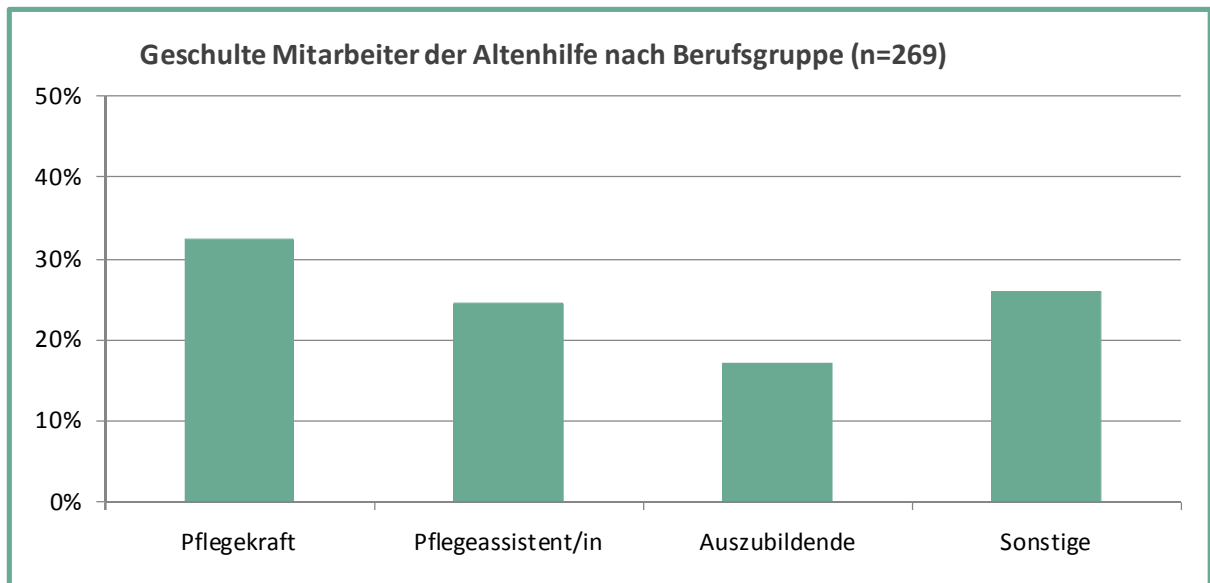
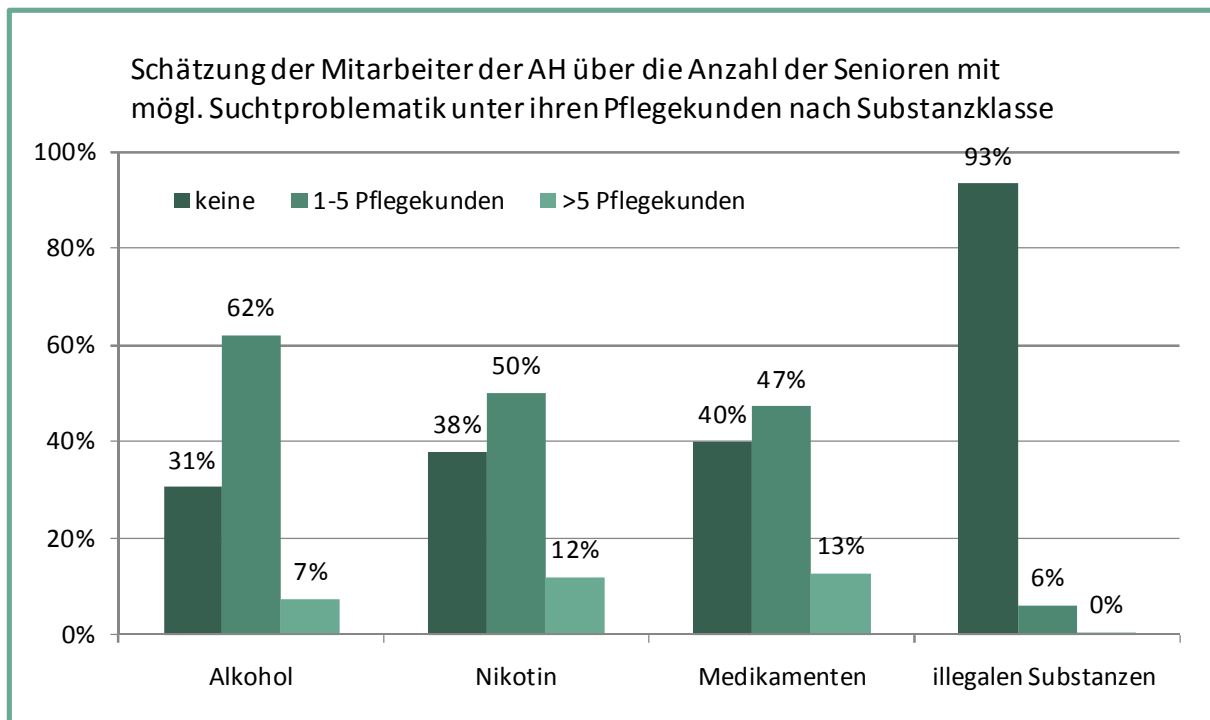


Abbildung 4.2:



Zur Anzahl der Senioren mit möglichen Suchtproblemen unter ihren Pflegekunden machten die Mitarbeiter der Altenhilfe (MA) sehr unterschiedliche Angaben. Abhängigkeit von illegalen Substanzen spielte bei >90% keine Rolle. Keine Pflegekunden mit möglicher Suchtproblematik von Alkohol oder Medikamenten nannten ca. 30-40% der MA, während ca. 50-60% 1-5 solcher Senioren unter ihren Pflegekunden vermuteten. Nur in Einzelfällen waren dies mehr als 5. Ebenfalls hohe Anteile von >50% der MA hatte keine Gespräche oder Handlungen diesbezüglich durchgeführt. Am häufigsten wurden entsprechende Auffälligkeiten mit Kollegen und den Senioren selbst besprochen (mind. einmal: 43 und 38%). Die häufigsten Handlungen waren „Anteilnahme/Sorge ausgedrückt“ (mind. einmal: 45%) und „mögliche Konsequenzen dargestellt“ (35%).

*Tabelle 4.5: Angaben der MA der Altenhilfe zu der Anzahl der suchtauffälligen Senioren unter den Pflegekunden klassiert (n = 244 - 269) sowie zur Anzahl von diesbezüglichen Gesprächen oder Handlungen in den letzten sechs Monaten*

<b>Anzahl von Pflegekunden mit möglicher Suchtproblematik, nach Suchtmittel</b>	<b>keine</b>	<b>%</b>	<b>1-5</b>	<b>%</b>	<b>&gt;5</b>	<b>%</b>
Alkohol	75	31%	152	62%	18	7%
Nikotin	93	38%	123	50%	29	12%
Medikamente	98	40%	116	47%	31	13%
Illegale Substanzen	228	93%	15	6%	1	0%
<b>Anzahl von Gesprächen auf Grund möglicher Suchtproblematik von Pflegekunden</b>	<b>keine</b>	<b>%</b>	<b>1-5</b>	<b>%</b>	<b>&gt;5</b>	<b>%</b>
mit den Senioren /Pflegekunden selbst	167	62%	85	32%	17	6%
mit Angehörigen	191	71%	76	28%	2	1%
mit einem Arzt	199	74%	62	23%	8	3%
mit Kollegen	152	57%	105	39%	12	4%
mit einer Suchtberatungsstelle o.Ä.	259	96%	10	4%	0	0%
mit Vorgesetzten	210	79%	52	19%	5	2%
<b>Anzahl von Handlungen auf Grund möglicher Suchtproblematik von Pflegekunden</b>	<b>keine</b>	<b>%</b>	<b>1-5</b>	<b>%</b>	<b>&gt;5</b>	<b>%</b>
Anteilnahme/Sorge ausgedrückt	149	55%	101	38%	19	7%
Fakten zum Suchtmittel vermittelt	203	75%	57	21%	9	3%
Konkretes Hilfsangebot gemacht	210	78%	53	20%	6	2%
Mögliche Konsequenzen dargestellt	175	65%	81	30%	13	5%
Mögliche Konsequenzen angedroht	244	91%	20	7%	5	2%
Pflegevertrag gekündigt o. dieses veranlasst	265	99%	3	1%	1	0%

Abbildung 4.3:

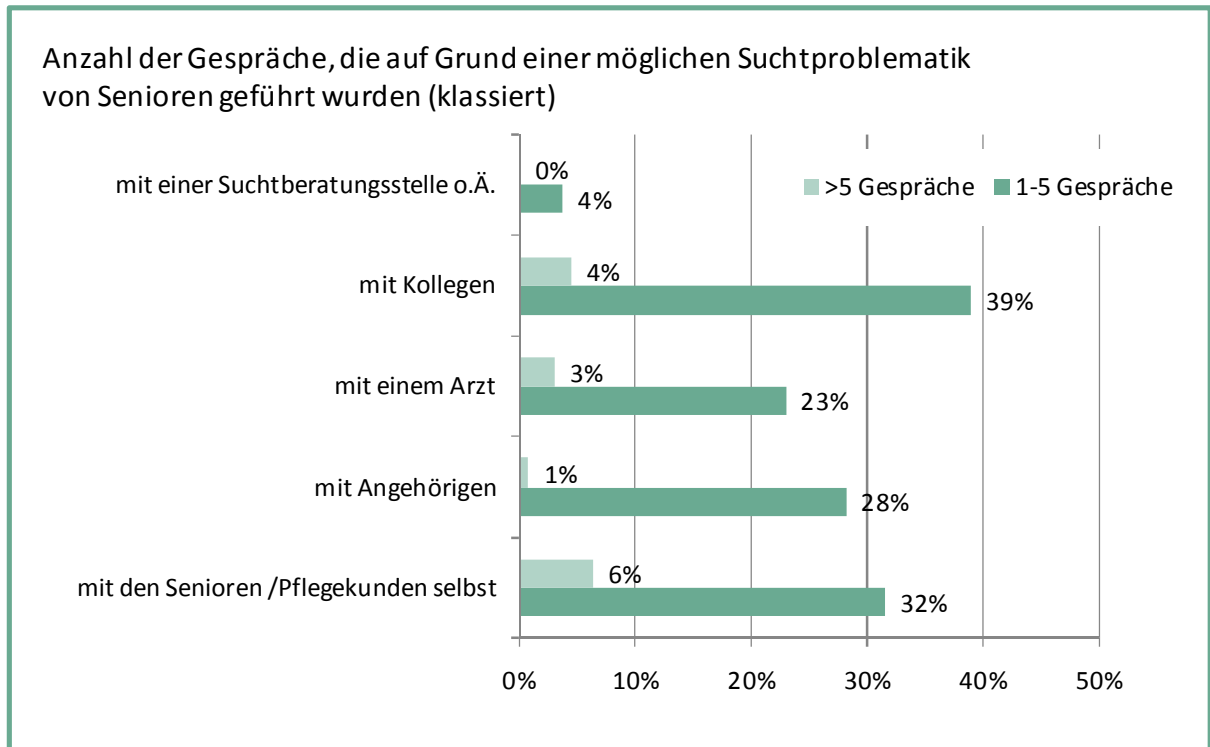
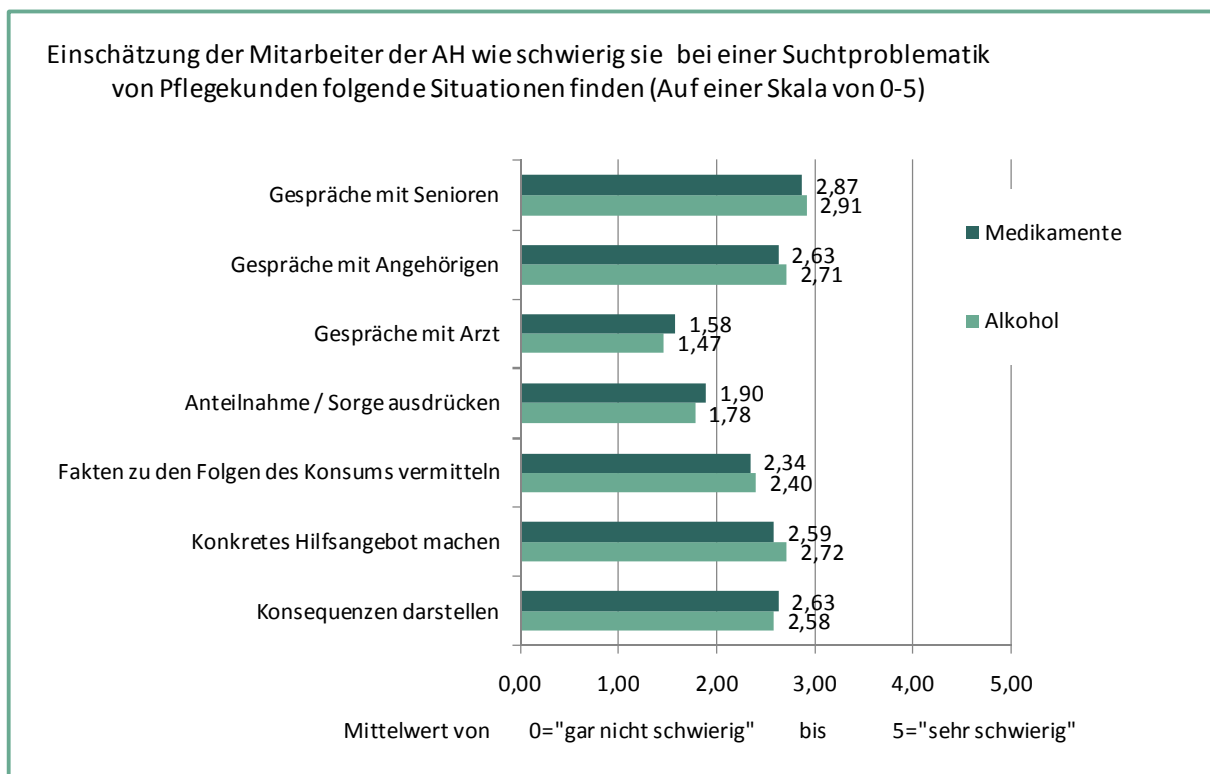


Abbildung 4.4:



Im Verlauf kam es weiterhin zu einer (mäßigen) Ausdehnung von suchtbezogenen Handlungen, bei den Kategorien: Anteilnahme/ Sorge ausdrücken, Fakten zum Konsum vermitteln und konkretes Hilfsangebot machen (7% bis 15% häufiger gehandelt) (ohne Tabelle).

Die Mitarbeiter der Altenhilfe (MA) sahen die Rangfolge der Suchtmittel, die unter ihren Klienten eine Rolle spielen, anders als die Mitarbeiter der Suchthilfe (vgl. Kapitel 3.). Nach den MA der Altenhilfe wurde Alkohol mit 48% nur etwas häufiger als Medikamente (38%) auf Rang 1 genannt. Die Mittelwerte aus den genannten Rängen 1-4 waren bei Alkohol mit 1,86 etwas niedriger als bei Medikamenten (2,21). Nikotin als Suchtmittel wurde am häufigsten an 2. Stelle genannt, während illegale Substanzen regelmäßig an letzter Stelle genannt wurden.

*Tabelle 4.6: Angaben der Mitarbeiter der ambulanten Altenhilfe zu der Rangfolge der Bedeutung von Suchtmitteln bei suchtauffälligen Senioren*

<b>Welchem Suchtmittel kommt die größte Bedeutung zu</b>	<b>Errechneter Rang 1- 4*</b>	<b>Mittelwert*</b>	<b>SD</b>	<b>Häufigster Rang bei</b>
Alkohol	1	1,86	1,06	1 (48%)
Medikamenten	2	2,21	1,23	1 (38%)
Nikotin	3	2,40	1,09	2 (33%)
illegalen Substanzen	4	3,82	0,75	4 (93%)

\* Der Rang wurde aus dem Mittelwert abgeleitet: Der Mittelwert wurde aus allen Angaben zu Rängen für die genannte Kategorie berechnet (Summe der Ränge /n). Zusätzlich wird angegeben welcher Rang als häufigster genannt wurde.

Hinsichtlich der Einschätzung des Schwierigkeitsgrades von Situationen bezogen auf eine mögliche Alkoholsucht von Pflegekunden wurden die „Gespräche mit Kunden“ und „ein konkretes Hilfsangebot machen“ am häufigsten als schwierig bis sehr schwierig benannt (4-5, auf einer Skala von 0 bis 5). Dies war gefolgt von „Gesprächen mit Angehörigen“. Diese Ergebnisse spiegeln sich in den Mittelwerten wieder (Tabelle 4.7). Am wenigsten Probleme sahen die befragten MA damit, das Problem mit einem Arzt zu besprechen (Mittelwert= 1,47).

Situationen bezogen auf eine mögliche Medikamentenabhängigkeit von Pflegekunden wurden von den befragten MA als etwas weniger schwierig als bei „Alkoholabhängigkeit“ betrachtet. Nennungen von 4-5 kamen hier etwas weniger häufig vor. Am häufigsten fanden die MA „Gespräche mit Pflegekunden“ schwierig (37%). Auch hier wurde das Gespräch mit dem Arzt als am wenigsten schwierig bezeichnet (Mittelwert=1,58).

*Tabelle 4.7: Selbsteinschätzung der Mitarbeiter der ambulanten Altenhilfe in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad von den genannten Handlungen, bezogen auf suchtauffällige Senioren unter den Pflegekunden (SD=Standardabweichung)\**

Bei einer möglichen Alkoholsucht-Problematik von Pflegekunden				
Wie schwierig ist folgende Situation auf einer Skala von 0 bis 5 0= gar nicht schwierig bis 5= sehr schwierig	n	Mittelwert	SD	% Nennung von 4-5 "schwierig"
Gespräche mit Senioren	240	2,91	1,43	38%
Gespräche mit Angehörigen	235	2,71	1,39	28%
Gespräche mit Arzt	228	1,47	1,35	7%
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	227	1,78	1,35	8%
Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln	229	2,40	1,44	20%
Konkretes Hilfsangebot machen	228	2,72	1,46	33%
Konsequenzen darstellen	226	2,58	1,42	25%
Bei einer möglichen Medikamentensucht-Problematik von Pflegekunden				
Wie schwierig ist folgende Situation auf einer Skala von 0 bis 5 0= gar nicht schwierig bis 5= sehr schwierig	n	Mittelwert	SD	% Nennung von 4-5 "schwierig"
Gespräche mit Kunden	233	2,87	1,50	37%
Gespräche mit Angehörigen	233	2,63	1,37	26%
Gespräche mit Arzt	230	1,58	1,33	9%
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	227	1,90	1,33	20%
Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln	227	2,34	1,42	20%
Konkretes Hilfsangebot machen	227	2,59	1,40	27%
Konsequenzen darstellen	228	2,63	1,45	26%

\* bei diesen Fragen fehlten oft etliche Angaben, da insbesondere die Berufsgruppen "Azubis" und "Sonstige" nicht in der Lage waren, die Fragen zu beantworten: n = 226-240

#### **4.4 Fazit der Ergebnisse der Statusauswertungen bei den Einrichtungen und Mitarbeitern der Altenhilfe**

1. Es gibt Hinweise darauf, dass der Anteil der Pflegekunden mit Polypharmazie ( $\geq 5$  verschreibungspflichtige Medikamente täglich) mit dem Betreuungsumfang und der Pflegestufe deutlich zunimmt.
2. Gleiches gilt für den andauernden Gebrauch verschreibungspflichtiger Schlafmittel oder Beruhigungsmittel.
3. Zur Anzahl der Senioren mit möglichen Suchtproblemen unter ihren Pflegekunden machten die Mitarbeiter der Altenhilfe (MA) sehr unterschiedliche Angaben. Inwieweit hier eine unterschiedliche Wahrnehmung aufgrund von Fachkenntnissen eine Rolle spielt, ist unklar.
4. Gleiches gilt für Gespräche oder Handlungen in Bezug auf suchtauffällige Pflegekunden. Insbesondere fanden wenige Gespräche mit einer Suchtberatungsstelle statt und selten wurde ein konkretes Hilfsangebot gemacht. Hier können die Schulungsmaßnahmen den MA mehr Sicherheit geben und zur Verbesserung der Situation beitragen.
5. Medikamente als potentielle Suchtmittel sind bei den Mitarbeitern der Altenhilfe (MA) wesentlich deutlicher in der Wahrnehmung als bei den Mitarbeitern der Suchthilfe und wurden ebenso häufig als wichtigstes Suchtmittel bezeichnet wie Alkohol.
6. Situationen bezogen auf eine mögliche Medikamentensucht von Pflegekunden von den befragten MA als eher weniger schwierig als „Alkoholsucht“ betrachtet. Eine Ausnahme bildeten nur "Gespräche mit dem Arzt" und "Anteilnahme/ Sorge ausdrücken".
7. "Gespräche mit den Senioren", "Gespräche mit den Angehörigen" und „Ein konkretes Hilfsangebot machen“ sahen viele der MA unabhängig vom Suchtmittel als die schwierigsten Situationen an. Auch in diesem Bereich können die Schulungsmaßnahmen den MA mehr Sicherheit geben und zur Verbesserung der Situation beitragen.



## 4.5 Ergebnisse der Auswertung der Verlaufsbefragung im Vergleich mit der Staturerhebung bei den Mitarbeiter in der Altenhilfe

### 4.5.1 Allgemeine Angaben der Schulungsteilnehmer

Bisher nahmen 71 Mitarbeiter (MA) der Altenhilfe (AH) an den Verlaufsbefragungen teil, die im Rahmen der Supervisionstermine durchgeführt wurden.

Der ganz überwiegende Teil der nachbefragten Mitarbeiter waren Pflegekräfte oder Pflegeassistenten. Um eine Vergleichbarkeit der Staturerhebung (=t0, n=269) mit der Verlaufserhebung (=t3, n=71) zu gewährleisten, wurde die Auswertung auf diese beiden Berufsgruppen beschränkt. Dies hat auch den Vorteil, dass die Fragestellungen, die im wesentlichen nur von ausgebildeten Pflegepersonal beantwortet werden konnten (Trinkmengen und Einnahmedauern: vgl. Tab. 4.11-4.13), gut auswertbar ist. Die anderen Berufsgruppen (Azubis, Sonstige) hatten sich zumeist nicht in der Lage gesehen, diese Fragen zu beantworten.

Die durchschnittliche Zahl betreuter Senioren war in den Gruppen t0 und t3 unterschiedlich (Tab. 4.8 unten), deshalb sind bei der Angabe von "Anzahlen" immer auch die Prozentwerte angegeben (nur Tab. 4.13 und 4.14). Die meisten der Mitarbeiter war auch hier weiblich und zwischen 40 und 50 Jahren oder älter.

*Tabelle 4.8: Allgemeine Angaben der Schulungsteilnehmer (n=Anzahl)*

<b>Geschulte Berufsgruppen</b>	<b>Status t0</b>	<b>%</b>	<b>Verlauf t3</b>	<b>%</b>
Pflegekraft /PFK	<b>87</b>	<b>32%</b>	<b>34</b>	<b>48%</b>
Pflegeassistent/in /PA	<b>66</b>	<b>25%</b>	<b>32</b>	<b>45%</b>
Auszubildende	46	17%	1	1%
Sonstige (z.B. Hauswirtschaftskräfte)	70	26%	4	6%
n: Summe	269	100%	71	100%
<b>n: nur PFK und PA</b>	<b>153</b>	<b>57%</b>	<b>66</b>	<b>93%</b>
<b>Geschlecht</b>	<b>Status t0 n=151</b>	<b>%</b>	<b>Verlauf t3 n=64</b>	<b>%</b>
Weiblich	126	83%	54	84%
Männlich	25	17%	10	16%
<b>Altersklasse (der Seminarteilnehmer)</b>	<b>Status t0 n=152</b>	<b>%</b>	<b>Verlauf t3 n=65</b>	<b>%</b>
20-29	28	18%	4	6%
30-39	23	15%	7	11%
40-49	47	31%	25	38%
50 oder älter	54	36%	29	45%
	<b>t0 Mittelwert</b>	<b>+/- SD</b>	<b>t3 Mittelw.</b>	<b>+/- SD</b>
Anzahl betreuter Senioren	35,2	62,9	24,5	42,3

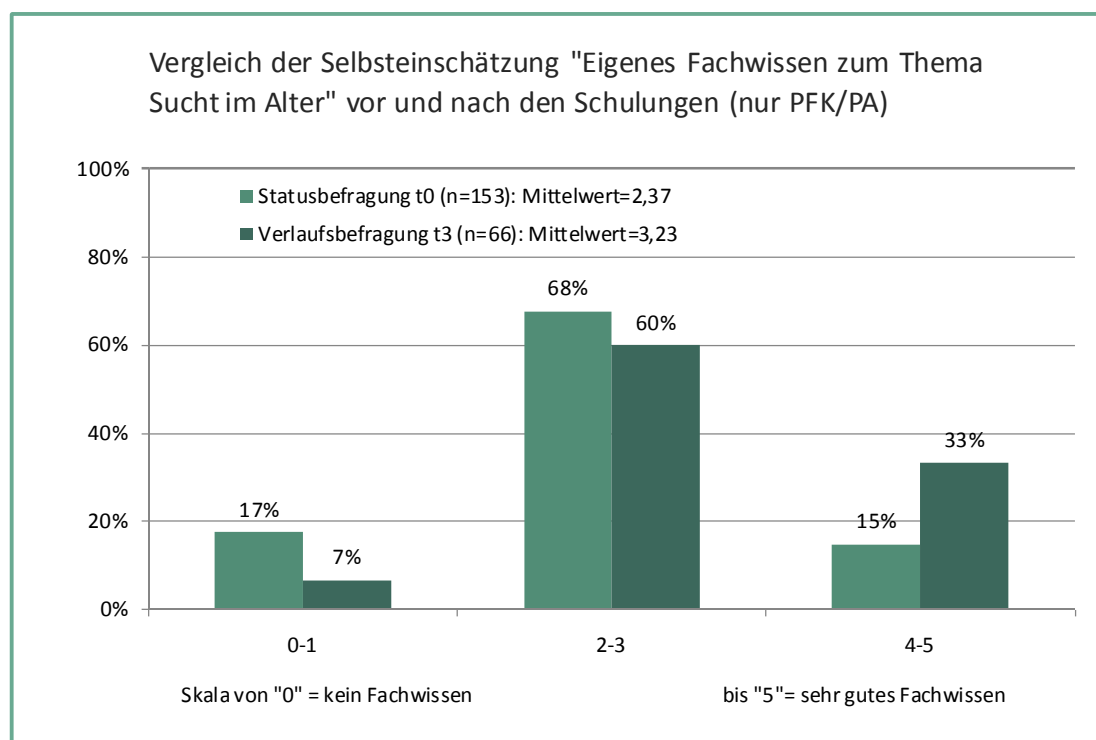
Tabelle 4.9: Angaben der Schulungsteilnehmer zur Arbeit mit suchtkranken Senioren

Allgemeine Angaben zur Arbeit mit suchtkranken Senioren	Status t0 n=153	%	Verlauf t3 n=66	%	t0-t3 Veränderung
Wissen um ein standardisiertes Vorgehen mit suchtkranken Senioren in der Einrichtung?	47	31%	28	42%	+11%
<b>Fachwissen im Umgang mit suchtkranken Senioren: Selbsteinschätzung auf einer Skala von 0 bis 5 (0= kein spezielles Fachwissen bis 5= sehr gutes Fachwissen)</b>	<b>Mittelwert t0 n=149</b>	<b>+/- SD</b>	<b>Mittelwert t3 n=60</b>	<b>+/- SD</b>	<b>t0-t3 Veränderung in%</b>
Mittelwert und SD	2,37	1,14	3,23	0,89	+36% #p=0,001
<b>Klassiertes Fachwissen im Umgang mit suchtkranken Senioren: Selbsteinschätzung auf einer Skala von 0 bis 5 (0= kein spezielles Fachwissen bis 5= sehr gutes Fachwissen)</b>	<b>Status t0 n=149</b>	<b>%</b>	<b>Verlauf t3 n=60</b>	<b>%</b>	<b>t0-t3 Veränderung</b>
Eigenes Fachwissen 0-1 (wenig)	26	17%	4	7%	-11%
Eigenes Fachwissen 2-3 (mittel)	101	68%	36	60%	-8%
Eigenes Fachwissen 4-5 (gut bis sehr gut)	22	15%	20	33%	<b>+19%</b>

SD= Standardabweichung, t0= Statusbefragung, t3= Verlaufsbefragung

#: der Unterschied war statistisch signifikant mit  $p \leq 0,005$  (hier: Chi-Quadrat)

Abbildung 4.5:



Bezüglich der Selbsteinschätzung ihres Fachwissen im Umgang mit suchtkranken Senioren traten Verbesserungen durch die Schulungen ein (Tab. 4.9). So war ein Plus von 19% bei den MA zu verzeichnen, die ein gutes oder sehr gutes Fachwissen angaben (4-5). Der Mittelwert lag zum Zeitpunkt t0 bei 2,37 und zum Zeitpunkt t3 bei 3,23. Dies entspricht einer Zunahme von 36% in Bezug auf den Ausgangswert t0 bzw. einer Zunahme von 17% in Bezug auf den Skalenumfang (0 bis 5).

Die ausgebildeten Mitarbeiter der Altenhilfe (MA, hier PFK/PA) sahen in der Statusbefragung die Rangfolge der Suchtmittel, die unter ihren Klienten eine Rolle spielen, anders als die Mitarbeiter der Suchthilfe (vgl. Kapitel 3.), die mit Abstand Alkohol als Suchtmittel am bedeutendsten einschätzten. Die MA der Altenhilfe nannten dagegen gleichbedeutend zu jeweils 46% und 47% Alkohol oder Medikamente (oder beide) an erster Stelle der Rangfolge. Die Mittelwerte aus den Rängen waren fast identisch. Dieses Ergebnis verschob sich in der Verlaufsbefragung t3 weiter in Richtung der Medikamente als Suchtmittel, die nun mit 55% am häufigsten auf Rang 1 genannt wurde, während Alkohol nur noch von 36% als wichtigstes Suchtmittel eingeschätzt wurde. Nikotin als Suchtmittel wurde am häufigsten auf dem 2. Rang (t0: 33%) und auf dem 3. Rang (t3: 37%) genannt, während illegale Substanzen ganz überwiegend an letzter Stelle rangierten.

*Tabelle 4.10: Angaben der Mitarbeiter der Altenhilfe zu der Rangfolge der Bedeutung von Suchtmitteln bei suchtauffälligen Senioren*

<b>t0 Statusbefragung: Welchem Suchtmittel kommt die größte Bedeutung zu</b>	<b>Rang 1- 4*</b>	<b>Mittelwert*</b>	<b>+/- SD</b>	<b>Häufigster Rang bei</b>
Alkohol	1	1,9	1,1	1 (46%)
Medikamenten	1	2,0	1,2	1 (47%)
Nikotin	3	2,5	1,0	2 (33%)
illegalen Substanzen	4	3,9	0,7	4 (96%)
<b>t3 Verlaufsbefragung: Welchem Suchtmittel kommt die größte Bedeutung zu</b>	<b>Rang 1- 4*</b>	<b>Mittelwert*</b>	<b>+/- SD</b>	<b>Häufigster Rang bei</b>
Medikamenten	1	1,8	1,1	1 (55%)
Alkohol	2	2,3	1,1	2 (36%)
Nikotin	3	2,6	1,1	3 (37%)
illegalen Substanzen	4	4,0	0,0	4 (100%)

\* Der Rang wurde aus dem Mittelwert abgeleitet: Der Mittelwert wurde aus allen Angaben zu Rängen für die genannte Kategorie berechnet (Summe der Ränge /n). Zusätzlich wird angegeben welcher Rang als häufigster genannt wurde.

Hinsichtlich der Einschätzung des Schwierigkeitsgrades von Situationen bezogen auf eine mögliche Alkoholabhängigkeit von Pflegekunden konnten im Vergleich der Statusbefragung (t0) mit der Verlaufsbefragung (t3) deutliche Verbesserungen erzielt werden. Die Mittelwerte sanken im Verlauf um 20-40%. Die höchsten Verbesserungen ergaben sich für die Handlungen "Anteilnahme / Sorge" ausdrücken, "Konkretes Hilfsangebot machen" und "Konsequenzen darstellen". Die Anteile der MA, die die Handlungen auf der Skala von 0 - 5 zwischen 0 und 2 (d.h. als "weniger schwierig") einschätzten, stiegen gleichermaßen an: Um über 22% bei den oben genannten Handlungen, ergänzt um "Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln" (+25%).

*Tabelle 4.11: Selbsteinschätzung der Mitarbeiter der ambulanten Altenhilfe (hier nur PFK / PA) zum Schwierigkeitsgrad von den genannten Handlungen, bezogen auf suchtauffällige Senioren unter den Pflegekunden (SD=Standardabweichung) (t0: n= 132-139, t3: n=59-60)*

Bei einer möglichen Alkoholsucht-Problematik von Pflegekunden						
Wie schwierig ist folgende Situation auf einer Skala von 0 bis 5 0= gar nicht schwierig bis 5= sehr schwierig	Mittelwert t0	+/- SD	Mittelwert t3	+/- SD	t0-t3 Veränderung in%	p (Chi-Quadrat)
Gespräche mit Senioren	3,0	1,4	2,0	1,5	-32%	#<0,01
Gespräche mit Angehörigen	2,6	1,3	1,9	1,5	-27%	#<0,01
Gespräche mit Arzt	1,4	1,3	1,1	1,3	-20%	0,304
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	1,9	1,4	1,1	1,2	-40%	#0,016
Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln	2,5	1,4	1,7	1,4	-30%	#0,029
Konkretes Hilfsangebot machen	2,8	1,4	1,8	1,3	-34%	#<0,01
Konsequenzen darstellen	2,6	1,3	1,7	1,4	-34%	#<0,01
Wie schwierig ist folgende Situation auf einer Skala von 0 bis 5, klassiert: hier 0 -2: weniger schwierig	Status t0 n:"0-2"	% 0-2	Verlauf t3 n:"0-2"	% 0-2	t0-t3 Veränderung in%	
Gespräche mit Senioren	50	36%	24	40%	+4%	
Gespräche mit Angehörigen	63	46%	36	60%	+14%	
Gespräche mit Arzt	107	80%	48	81%	+2%	
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	82	62%	52	88%	+26%	
Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln	60	44%	41	69%	+25%	
Konkretes Hilfsangebot machen	56	42%	39	66%	+24%	
Konsequenzen darstellen	61	46%	41	68%	+23%	

SD= Standardabweichung, t0= Statusbefragung, t3= Verlaufsbefragung

#: der Unterschied war statistisch signifikant mit  $p \leq 0,05$  (hier: Chi-Quadrat)

Abbildung 4.6:

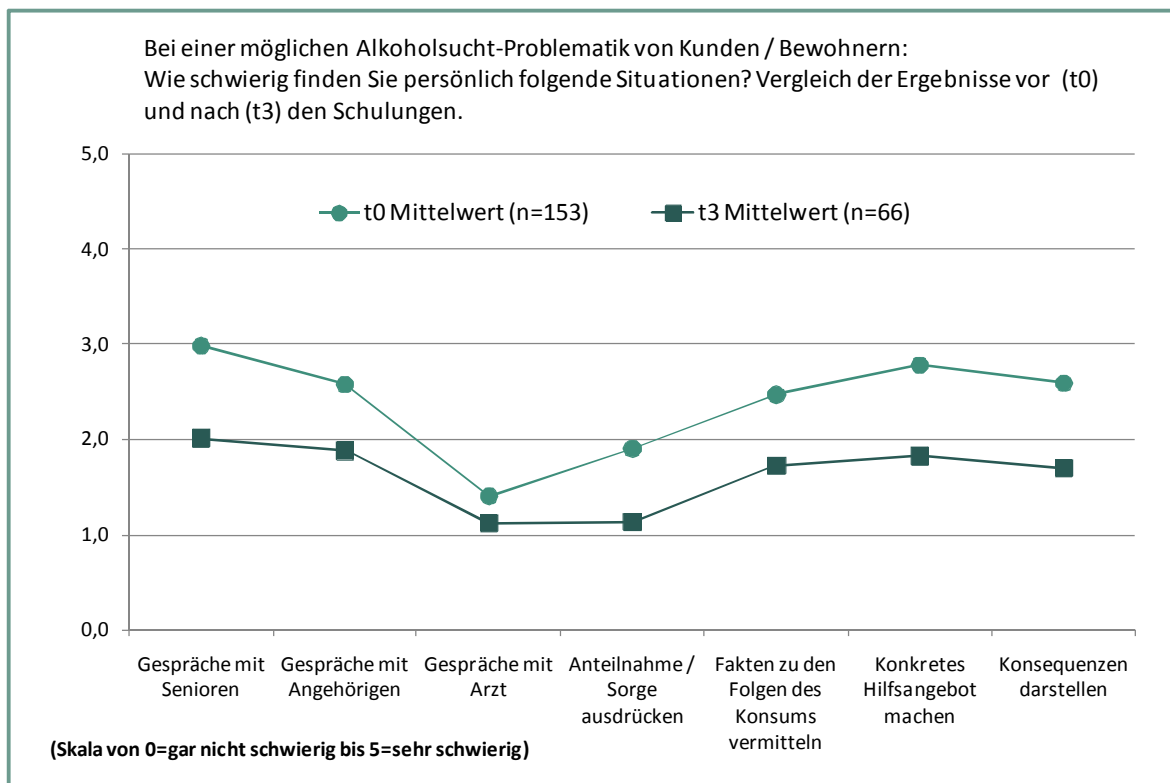
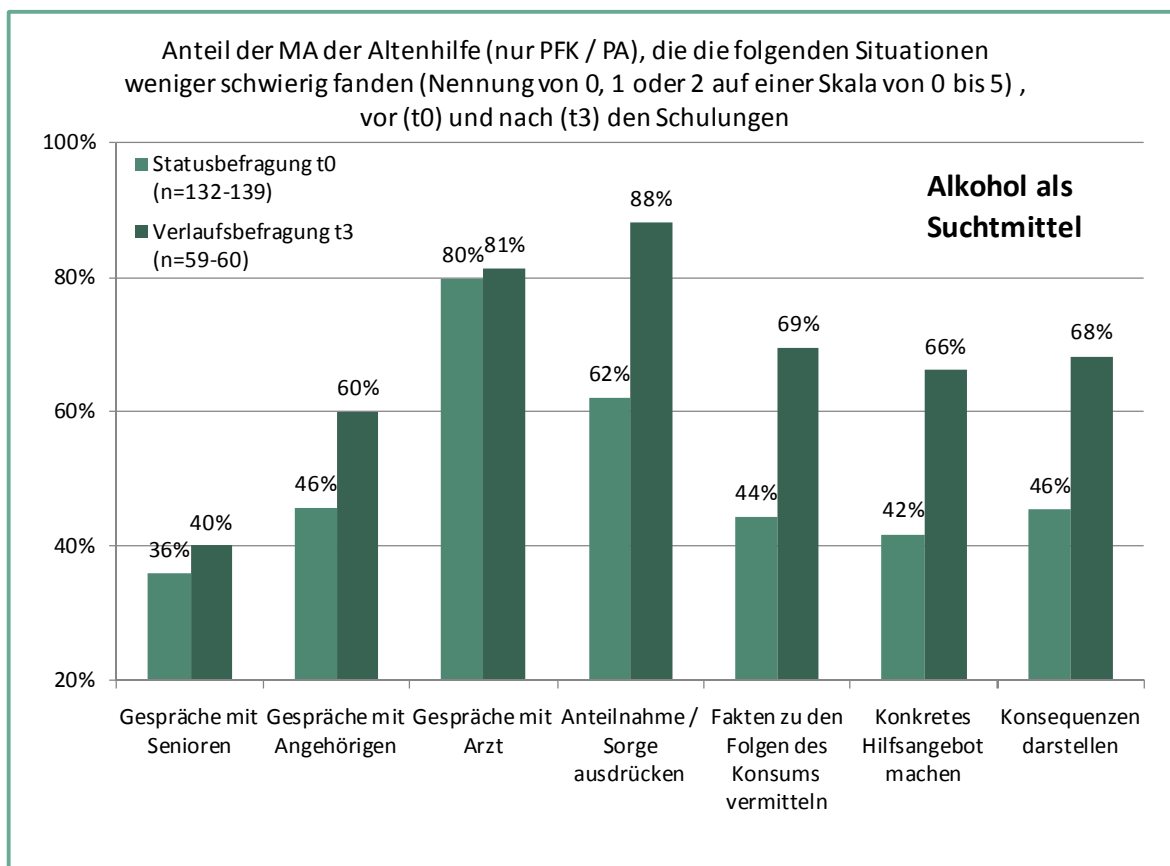


Abbildung 4.7:



Hinsichtlich der Einschätzung des Schwierigkeitsgrades von Situationen bezogen auf eine mögliche Medikamentenabhängigkeit von Pflegekunden konnten im Vergleich der Statusbefragung (t0) mit der Verlaufsbelegung (t3) ebenfalls deutliche Verbesserungen beobachtet werden. Die Mittelwerte sanken im Verlauf um 26-43%. Die höchsten Verbesserungen ergaben sich für die Handlungen "Anteilnahme / Sorge" ausdrücken und "Konsequenzen darstellen". Die Anteile der MA, die die Handlung auf der Skala von 0 - 5 zwischen 0 und 2 (d.h. als "weniger schwierig") einschätzten, stiegen im Verlauf gleichermaßen an, um 19 bis 28%.

*Tabelle 4.12: Selbsteinschätzung der Mitarbeiter der ambulanten Altenhilfe (hier nur PFK / PA) zum Schwierigkeitsgrad von den genannten Handlungen, bezogen auf suchtauffällige Senioren unter den Pflegekunden (SD=Standardabweichung) (t0: n=132-138; t3: n=59-63)*

Bei einer möglichen Medikamentensucht-Problematik von Pflegekunden						
Wie schwierig ist folgende Situation auf einer Skala von 0 bis 5 0= gar nicht schwierig bis 5= sehr schwierig	Mittelwert t0	+/- SD	Mittelwert t3	+/- SD	t0-t3 Veränderung in%	p (Chi-Quadrat)
Gespräche mit Senioren	2,9	1,5	2,0	1,6	-32%	#<0,01
Gespräche mit Angehörigen	2,6	1,3	1,7	1,4	-36%	#<0,01
Gespräche mit Arzt	1,6	1,3	1,0	1,3	-36%	#0,05
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	1,9	1,3	1,1	1,2	-43%	#<0,01
Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln	2,4	1,3	1,8	1,5	-26%	#0,047
Konkretes Hilfsangebot machen	2,6	1,4	1,7	1,4	-34%	#<0,01
Konsequenzen darstellen	2,6	1,4	1,6	1,3	-37%	#<0,01
Wie schwierig ist folgende Situation auf einer Skala von 0 bis 5, klassiert: 0 -2: weniger schwierig	Status t0 n:"0 -2"	% 0-2	Verlauf t3 n:"0-2"	% 0-2	t0-t3 Veränderung in%	
Gespräche mit Senioren	51	37%	37	59%	+22%	
Gespräche mit Angehörigen	56	41%	41	67%	+26%	
Gespräche mit Arzt	96	73%	50	85%	+12%	
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	84	62%	53	88%	+27%	
Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln	67	50%	41	68%	+19%	
Konkretes Hilfsangebot machen	62	47%	43	72%	+25%	
Konsequenzen darstellen	59	44%	44	72%	+28%	

SD= Standardabweichung, t0= Statusbefragung, t3= Verlaufsbelegung

#: der Unterschied war statistisch signifikant mit  $p \leq 0,05$  (hier: Chi-Quadrat)

Abbildung 4.8:

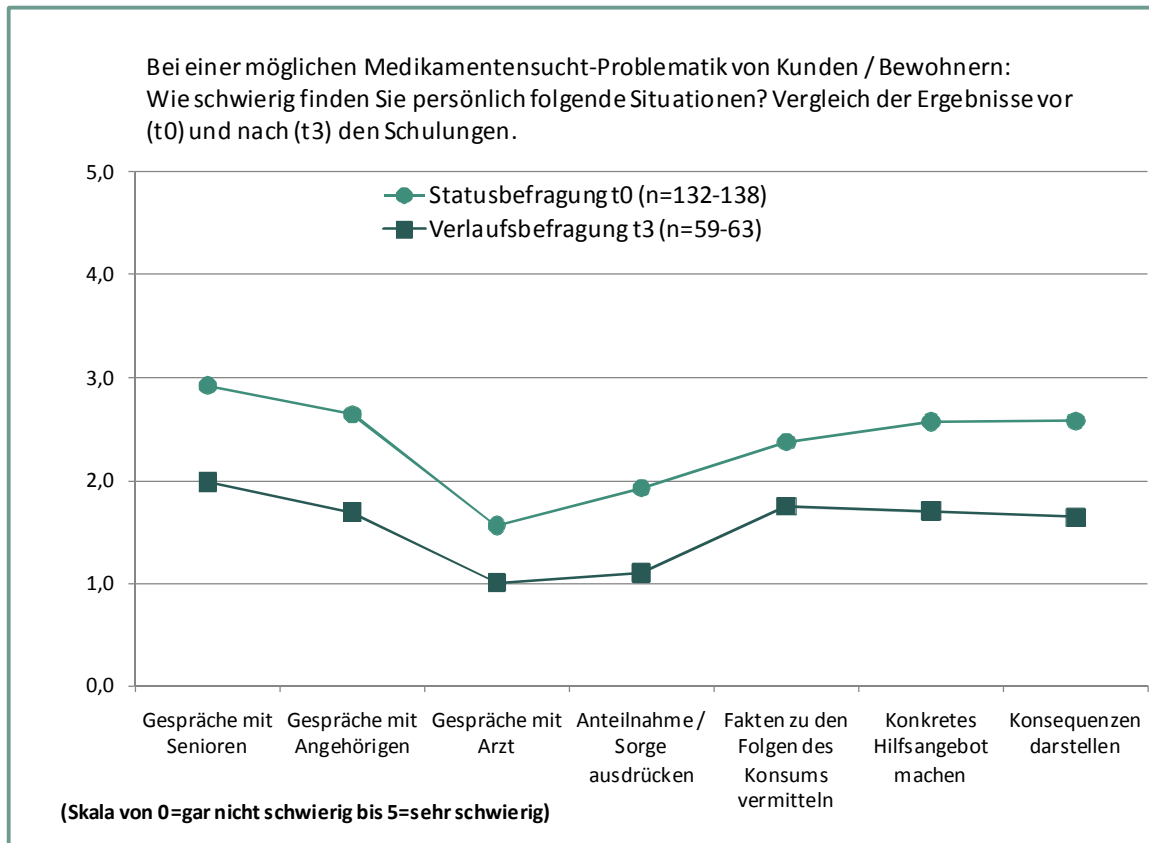
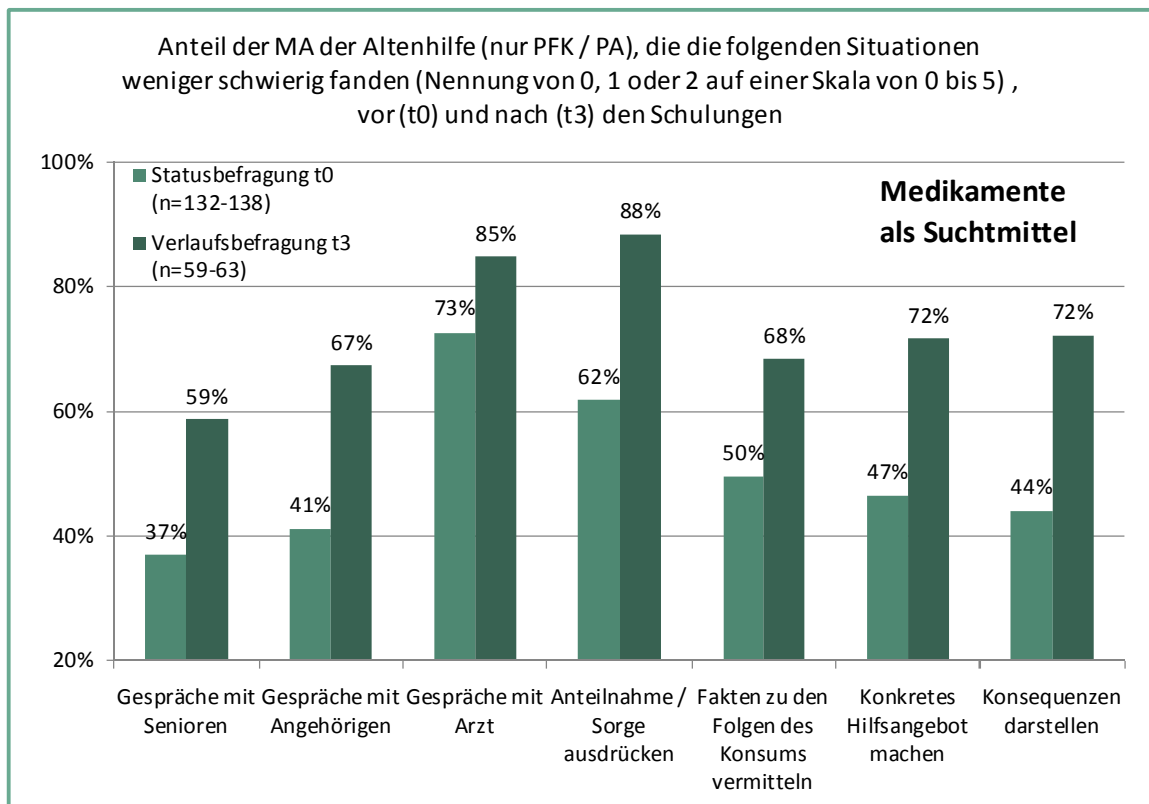


Abbildung 4.9:



Um eine Bewertung der "subjektiven" Einschätzungen der MA der Altenhilfe zu ermöglichen, wurde zusätzlich nach den in Tab. 4.13 aufgelisteten Kriterien gefragt, die eine eher "objektive" Einschätzung ermöglichen, z.B. zu Trinkmengen und Einnahmedauern. Dies wurde mit der subjektiven Einschätzung der Anzahl von Pflegekunden mit möglicher Suchtproblematik, nach Suchtmittel (nur PFK/PA) in Tab. 4.14. verglichen.

Deutlich ersichtlich ist, dass die Einschätzung der MA (hier nur PFK/PA) zu einer möglichen Abhängigkeitsproblematik durch Medikamente zum Zeitpunkt t0 bei den von Ihnen betreuten Senioren deutlich niedriger ausfällt als die Angaben in Tab. 4.13 zu den Einnahmedauern von verschreibungspflichtiger sedierender Medikation. Zum Zeitpunkt t3 fiel diese Diskrepanz deutlich niedriger aus. Die Diskrepanz bestand bei Alkohol als potentiellem Suchtmittel nicht, trotzdem war der Anteil an den betreuten Senioren bei dem Alkohol als Suchtmittel vermutet wurde zum Zeitpunkt t3 höher. Gleiches galt für Nikotin. Einschränkend ist hier zu sagen, dass auch unter den ausgebildeten Kräften (PFK und PA), nur etwa 50-70% sich in der Lage sahen, diese Fragen zu beantworten. Ein Selektionsbias ist nicht auszuschließen. Aufgrund dessen wird hier auf die Durchführung statistischer Tests verzichtet. Die Daten sind als deskriptiv anzusehen.

*Tabelle 4.13: Von den MA der Altenhilfe (nur PFK / PA) genannte Anzahl und Anteil an den persönlich betreuten Senioren, auf welche/n folgende Situationen zutreffen (Vergleich der Ergebnisse vor (t0) und nach (t3) den Schulungen) (t0: n=61-87, t3: n=34-51) (d=Mittelwert)*

<b>Auf wie viele von Ihnen betreute Senioren trifft folgendes zu?</b>	<b>d t0</b>	<b>% von im Mittel 35 betreuten Senioren</b>	<b>d t3</b>	<b>% von im Mittel 25 betreuten Senioren</b>	<b>t0-t3 Veränderung in%</b>
Nehmen >= 5 Medikamente täglich (verschreibungspflichtige)	27,3	78,1%	15,3	61,3%	-16,9%
Nehmen > 4 Wochen verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel	17,7	50,5%	10,0	40,2%	-10,3%
Nehmen > 6 Monate verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel	17,4	49,6%	8,2	32,9%	-16,8%
Manchmal überlange Schlafdauer, nach Einnahme von verschreibungspfl. Schlafmitteln /Beruhigungsmitteln	4,9	13,9%	3,1	12,2%	-1,7%
Nur Männer: Mehr als 14 alkoholische Getränke pro Woche	2,1	6,0%	1,4	5,6%	-0,4%
Nur Frauen: Mehr als 7 alkoholische Getränke pro Woche	1,2	3,4%	1,0	3,9%	+0,4%
Zwischenmenschliche Probleme wegen des Alkoholkonsums	1,6	4,5%	0,9	3,8%	-0,8%
Rauchen >5 Zigaretten täglich	5,1	14,5%	7,9	31,5%	+17,0%

MA= Mitarbeiter

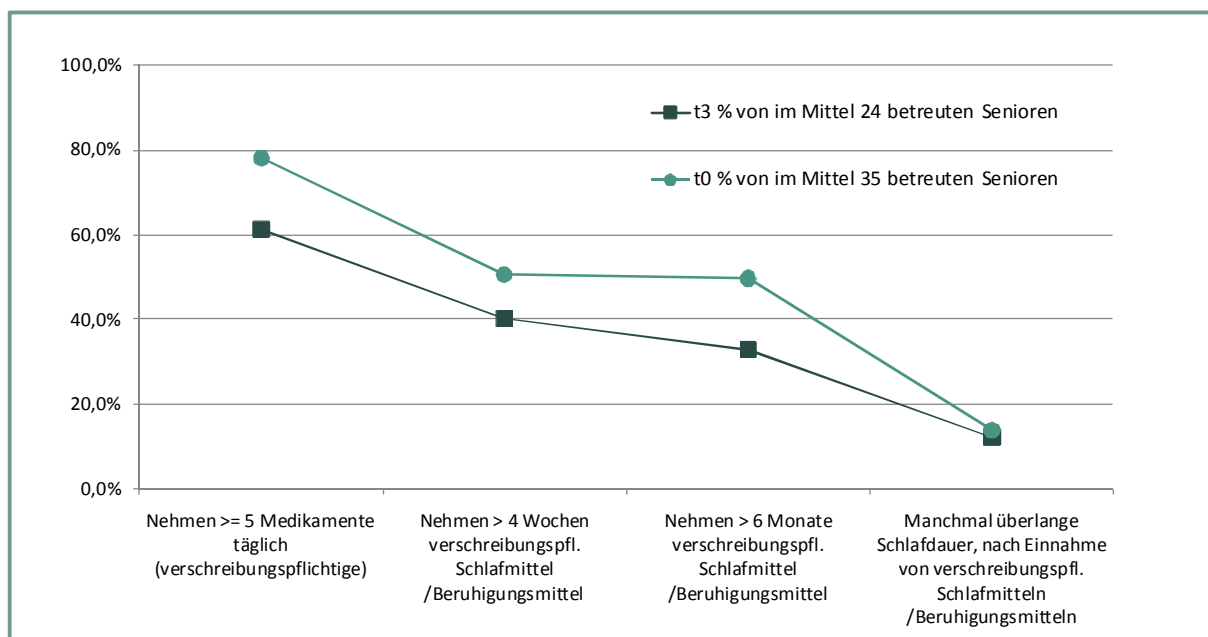


Tabelle 4.14: Angaben der MA der Altenhilfe zu der Anzahl der persönlich betreuten Senioren mit möglicher Suchtproblematik unter den Pflegekunden (t0 n=145, t3 n=58 ) (d=Mittelwert) sowie der prozentuale Anteil bezogen auf die im Mittel betreuten Senioren.

Einschätzung der Anzahl von Pflegekunden mit möglicher Suchtproblematik, nach Suchtmittel (PFK/PA)	d t0	% von im Mittel 35 betreuten Senioren	d t3	% von im Mittel 25 betreuten Senioren	t0-t3 Veränderung in%
Alkohol	2,1	6,0%	2,6	10,4%	4,4%
Medikamente	2,8	8,0%	8,8	35,2%	27,2%
Nikotin	3,8	10,8%	6,2	24,8%	14,0%
Illegale Substanzen	0,1	0,2%	0,1	0,4%	0,2%

MA= Mitarbeiter

Abbildung 4.10: Von den MA der Altenhilfe (nur PFK / PA) genannter Anteil der persönlich betreuten Senioren, auf die folgende Situationen zutrifft (Vergleich der Ergebnisse vor (t0) und nach (t3) den Schulungen) (MA= Mitarbeiter)



Im Verlauf (t3) wurden konsistent mehr Pflegekunden mit möglicher Suchtproblematik genannt, als zum Zeitpunkt der Statusbefragung. Dies galt insbesondere für die Suchtmittel "Medikamente" und "Nikotin" (vgl. Tab. 4.14). Dies spricht für eine verbesserte Wahrnehmung des Problems.

Weiterhin kam nach den Ergebnissen aus Tab 4.13 und 4.14 den Schlaf- und Beruhigungsmitteln eine Bedeutung als potentiellen Suchtmitteln zu, die 3-6fach über der Bedeutung des Alkohols lag.

Im Vergleich der Stuserhebung (t0) mit der Verlaufserhebung (t3) kam es bei dieser Fragestellung (Trinkmengen, Einnahmedauern) zu einer Verringerung der Anzahl der Senioren, die täglich  $\geq 5$  verschiedene verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen (-17%), über 4 Wochen verschreibungspflichtige Schlafmittel /Beruhigungsmittel einnehmen (-10%) oder über 6 Monate verschreibungspflichtige Schlafmittel /Beruhigungsmittel einnehmen (-17%) (Abb. 4.10). Hier kann angenommen werden, dass die Schulungen bereits zu einem veränderten Verhalten der Schulungsteilnehmer geführt haben und ein Umdenken insbesondere bzgl. der Verschreibung von Medikamenten stattgefunden hat.

Andersherum scheint die Wahrnehmung von "Nikotin" als wichtigem Suchtmittel angestiegen zu sein, bei diesem Suchtmittel wurden im Verlauf deutlich höhere Zahlen genannt als zur Statusbefragung. Allerdings spricht dies auch dafür, dass der Wahrnehmung keine Handlungen folgten. "Nikotin" sollte daher in den Schulungen zukünftig als Thema aufgewertet werden.

Die Anzahl der suchtbefragten "Gespräche" und "Handlungen" (vgl. t0: Tab. 4.5) konnte in der Verlaufsbelegung nicht ausgewertet werden, da sich hier zwischenzeitlich die Vorgehensweise geändert hatte: Im Rahmen der Schulungen, Supervisionstermine und Arbeit an Leitlinien für den Umgang mit suchtauffälligen Senioren in den Einrichtungen der Altenhilfe war festgelegt worden, dass die suchtbefragten Gespräche und Handlungen nur noch von den Gruppenleitungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Verlaufserhebung waren damit mit den Ergebnissen der Stuserhebung nicht mehr vergleichbar.

## 4.6 Fazit der Auswertung des Vergleichs der Ergebnisse von Status- und Verlaufsbefragung

Die Schulungen führen

7. zu einer Verbesserung der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter der AH bezüglich des Fachwissens zu „Sucht im Alter“ (Zunahme des Mittelwertes um 36% in Bezug auf den Ausgangswert).
8. zu einer Verringerung des Schwierigkeitsgrades für die MA bei suchtbezogenen Handlungen: V.a. Gespräche mit Senioren, Gespräche mit Angehörigen, Fakten vermitteln, konkretes Hilfsangebot machen, Anteilnahme / Sorge ausdrücken (Verringerung der Mittelwerte um 26% bis 43%).
9. zu einer veränderten Einschätzung der Bedeutung von Medikamenten als Suchtmittel (zu 47% standen sie in t0 auf Rang 1 und in der Nachbefragung zu 55%).
10. zu einer gesteigerten Wahrnehmung suchtauffälliger Senioren und insbesondere von Medikamenten, als wichtigen Suchtmitteln.
11. zu einer Verringerung der Anzahl der Senioren als Kunden /Bewohner, die
  - a. täglich  $\geq 5$  verschiedene verschreib.pfl. Medikamente einnehmen (-17%),
  - b. > 4 Wochen verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel einnehmen (-10%)
  - c. > 6 Monate verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel einnehmen (-17%)
12. zu einer gesteigerten Wahrnehmung von "Nikotin" als wichtigem Suchtmittel. Allerdings folgten der Wahrnehmung keine Handlungen. "Nikotin" sollte daher in den Schulungen zukünftig als Thema aufgewertet werden.

## ANHANG: Fragebögen

Fragebogen des Bundesmodellprojektes Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter:

**FB SH t0: Stuserhebung der Mitarbeiter in der Suchthilfe** Seite 1

---

Name Ihrer Einrichtung:

---

Art der Einrichtung:	Beratungsstelle [ ]	Nachsorge [ ]
	Stationäre Einrichtung [ ]	Selbsthilfe [ ]
	Ambulante Einrichtung [ ]	Sonstiges [ ]

Was:

---

Warum haben Sie sich für diese Veranstaltung interessiert?

Ich betreue schon ältere Suchtkranke und möchte mich fortbilden [ ]	Ich erlebe zunehmend ältere Suchtkranke in meiner beruflichen Tätigkeit und möchte mich fortbilden [ ]
Ich werde/ möchte in Zukunft ältere Suchtkranke betreuen [ ]	Sonstiges Was: [ ]

---

Ihre Ausbildung: Geschlecht [ w ] [ m ]

---

Ihr Alter: bis 29: [ ] 30-39: [ ] 40-49: [ ] 50 oder älter: [ ]

---

Wie schätzen Sie Ihr eigenes Fachwissen in Bezug auf die Besonderheiten bei suchtkranken Senioren ein: Auf einer Skala von 0 bis 5: 0= kein spezielles Fachwissen, 5= sehr gutes Fachwissen  
Eigenes Fachwissen [ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]

---

Wie schätzen Sie Ihre Ausbildung in Bezug auf die Besonderheiten bei suchtkranken Senioren ein:  
Auf einer Skala von 0 bis 5: 0= gar kein Thema in der Ausbildung gewesen bis 5= sehr gut

Wissen durch Ausbildung [ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]

Haben Sie sich bisher selbst zu dem Thema fortgebildet? [ JA ] [ NEIN ]

Gibt es standardisiert ein besonderes Vorgehen im Umgang mit suchtkranken Senioren in Ihrer Einrichtung? [ JA ] [ NEIN ]

Gibt es eine besondere Gruppe für suchtkranken Senioren in Ihrer Einrichtung? [ JA ] [ NEIN ] [ Trifft nicht zu ]

---

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate:**

---

Ungefähre Anzahl der von Ihnen in 6 Monaten betreuten Personen [ ]

---

Ungefähre Anzahl der von Ihnen in 6 Monaten betreuten Personen >= 60 Jahre [ ]

---

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl unter den von Ihnen betreuten Personen, die >= 60 Jahre alt sind, nach Art der Abhängigkeit:

---

Alkohol [ ]	Medikamente [ ]
Nikotin [ ]	illegalen Substanzen [ ]
Spielsucht [ ]	Mediensucht [ ]

---

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate und suchtkranke Personen >= 60 Jahre:**

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl der Kontakte, die Sie aufgrund von suchtkranken Personen, die >= 60 Jahre alt sind, hatten (z.B. in Hinsicht auf Anfragen zur Beratung, Therapieangebot, Aufnahme etc.)

mit betroffenen Senioren selbst [ ]	mit Angehörigen [ ]
mit Personal in Krankenhäusern [ ]	mit Personal in Altenpflegeeinrichtungen [ ]
mit Ärzten [ ]	Sonstiges [ ]

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl der Gespräche, die Sie aufgrund von suchtkranken Personen, die >= 60 Jahre alt sind, **in anderen Einrichtungen / im Rahmen aufsuchender Arbeit** geführt haben:

in Krankenhäusern [ ]	in Altenpflegeeinrichtungen [ ]
in Reha-Einrichtungen [ ]	in sonstigen Einrichtungen [ ]

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl an folgenden Handlungen, die Sie auf Grund von suchtkranken Personen, die >= 60 Jahre alt sind, durchgeführt haben (in den letzten 6 Monaten):

Beratungsgespräche mit den betroffenen Senioren	[ ]
Beratungsgespräche mit den Angehörigen	[ ]
Therapeutische Einzelgespräche	[ ]
Therapiegruppen nur für Senioren durchgeführt	[ ]
Altersgemischte Therapiegruppen mit Senioren durchgeführt	[ ]

Bei diesen Gesprächen und Handlungen, welchen Substanzen kam dabei welche Bedeutung zu: Bitte ordnen Sie je nach Bedeutung die Zahlen von 1 (höchste) bis 4 (niedrigste) Bedeutung zu:

Alkohol	[ ]	Medikamenten	[ ]
Nikotin	[ ]	illegalen Substanzen	[ ]

Bei diesen Gesprächen und Handlungen, wie kommen die ratsuchenden Senioren / Angehörigen zu Ihnen: Bitte ordnen Sie je nach Bedeutung die Zahlen von 1 (höchste) bis 6 (niedrigste) Bedeutung zu:

über niedergelassene Ärzte	[ ]	über Altenpflege-Einrichtungen	[ ]	Aus eigenem Antrieb	[ ]
über Krankenhäuser / Fachkliniken	[ ]	über Selbsthilfegruppen	[ ]	über Beratungsstellen	[ ]

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die aktuelle Situation „zur Zeit“:**

Bei der Arbeit mit suchtkranken Senioren (>= 60 Jahre): Wie schwierig finden Sie persönlich folgende Situationen? Bitte beurteilen Sie die Schwierigkeit für sich auf einer Skala von 0 bis 5:

0= gar nicht schwierig, 5= sehr schwierig

Erstgespräche mit den Betroffenen	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Gespräche mit den Angehörigen	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Therapeutische Einzelgespräche	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Therapiegruppen altersgemischt	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Therapiegruppen nur für Senioren (falls vorhanden)	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Vermittlung von Fakten zu den Risiken des Alkohol-Konsums bei Senioren	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Vermittlung von Fakten zu den Risiken eines aktuellen Psychopharmaka-Konsums bei Senioren	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Vermittlung von Fakten zu den Risiken eines langjährigen Psychopharmaka-Konsums bei Senioren	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Vermittlung von Fakten zu den Risiken von Polypharmazie (d.h. >= 5 verschreib.pfl. Medikamente gleichzeitig) bei Senioren	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Vermittlung von Fakten zu den Risiken des Mehrfach-Konsums bei Senioren (z.B. Alkohol plus Psychopharmaka)	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Vermittlung von Fakten zu Therapieoptionen für Senioren	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Aufbau einer therapeutischen Allianz	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Erzeugung von Motivation zur Konsum-Veränderung bei Senioren	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl der Gespräche, die Sie aufgrund von suchtkranken Personen, die **>= 80 Jahre alt sind**, mit Anderen bzw. mit Personal in anderen Einrichtungen geführt haben:

mit betroffenen Senioren selbst [    ] mit Angehörigen [    ]  
mit Personal in Krankenhäusern [    ] mit Personal in Altenpflegeeinrichtungen [    ]  
mit Ärzten [    ] Sonstiges [    ]

Bei der Arbeit mit hochbetagten suchtkranken Senioren (>= 80 Jahre): Wie schwierig finden Sie persönlich folgende Situationen? 0= gar nicht schwierig, 5= sehr schwierig

Gespräche mit den Betroffenen	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Gespräche mit den Angehörigen	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Vermittlung von Fakten zu den Risiken des Konsums bei Hochbetagten	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Vermittlung von Fakten zu Therapieoptionen für Hochbetagte	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Erzeugung von Motivation zur Konsum-Veränderung	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

**Ende – Vielen Dank für Ihre Geduld!**

Fragebogen des Bundesmodellprojektes Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter:

**FB FK t0: Stuserhebung der Führungskräfte**

---

Welche Einrichtung	APA [ ]	MaRs stationär [ ]	MaRs teilstat. [ ]
--------------------	---------	--------------------	--------------------

---

Ihre Ausbildung:

---

Ihre Funktion:	Teamleitung [ ]	PDL [ ]	WBL [ ]
----------------	-----------------	---------	---------

---

Geschlecht: [ w ] [ m ]

---

Ihr Alter:	bis 29: [ ]	30-39: [ ]	40-49: [ ]	50 oder älter: [ ]
------------	-------------	------------	------------	--------------------

---

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf suchtkranke Mitarbeiter und auch auf Mitarbeiter, die unter der Suchterkrankung eines Angehörigen leiden (= Coabhängigkeit)**

---

Wie schätzen Sie Ihr eigenes Fachwissen für den Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern ein:  
Auf einer Skala von 0 bis 5  
(0= kein spezielles Fachwissen, 5= sehr gutes Fachwissen)

Eigenes Fachwissen [ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]

---

---

Gibt es eine festgelegte Betriebsvereinbarung im Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern, bzw. beim Verdacht auf eine Suchterkrankung? [ JA ] [ NEIN ]

---

---

Wie schätzen Sie Ihr eigenes Fachwissen für den Umgang mit coabhängigen Mitarbeitern ein:  
Auf einer Skala von 0 bis 5  
(0= kein spezielles Fachwissen, 5= sehr gutes Fachwissen)

Eigenes Fachwissen [ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]

---

---

Gibt es eine festgelegte Betriebsvereinbarung im Umgang mit Mitarbeitern, bei dem Verdacht auf Coabhängigkeit? [ JA ] [ NEIN ]

---

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate:**

---

Wieviele Mitarbeiter sind in Ihrem Team? [ ]

---

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl unter diesen Mitarbeitern, bei denen Sie schon einmal über eine Suchtproblematik nachgedacht haben, auf Grund von

Alkohol [ ] Medikamenten [ ]

Nikotin [ ] illegalen Substanzen [ ]

---

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl unter diesen Mitarbeitern, bei denen Sie schon einmal über eine Coabhängigkeit nachgedacht haben, auf Grund von

Alkohol [ ] Medikamenten [ ]

---

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl an Gesprächen, die Sie auf Grund einer Suchtproblematik von diesen Mitarbeitern geführt haben, mit folgenden Personen(gruppen)

Gespräche mit den betroffenen Mitarbeitern selbst [ ] Gespräche, bei denen andere Mitarbeiter Sie diesbezgl. um Rat gefragt haben [ ]

Gespräche mit einer Suchtberatungsstelle oder Ä. [ ]

---

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate:**

---

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl an folgenden Handlungen, die Sie auf Grund einer Suchtproblematik von diesen Mitarbeitern durchgeführt haben

Anteilnahme/Sorge ausgedrückt	[ ]	Mögliche Konsequenzen dargestellt	[ ]
Fakten zum Konsum vermittelt	[ ]	Mögliche Konsequenzen angedroht	[ ]
Konkretes Hilfsangebot gemacht	[ ]	Arbeitsvertrag gekündigt	[ ]

---

Bei diesen Gesprächen und Handlungen, welchen Substanzen kam dabei welche Bedeutung zu: Bitte ordnen Sie je nach Bedeutung die Zahlen von 1 (höchste) bis 4 (niedrigste) Bedeutung zu

Alkohol	[ ]	Medikamenten	[ ]
Nikotin	[ ]	illegalen Substanzen	[ ]

---

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl an Gesprächen, die Sie auf Grund einer Coabhängigkeit von Mitarbeitern geführt haben, mit folgenden Personen(gruppen)

Gespräche mit den betroffenen Mitarbeitern selbst	[ ]	Gespräche mit einer Suchtberatungsstelle oder Ähnliches	[ ]
---	-----	---	-----

---

Schätzen Sie die ungefähre Anzahl an folgenden Handlungen, die Sie auf Grund einer Coabhängigkeit von Mitarbeitern durchgeführt haben

Anteilnahme/Sorge ausgedrückt	[ ]	Fakten zum Problem vermittelt	[ ]
Konkretes Hilfsangebot gemacht	[ ]		

---

Bei diesen Gesprächen und Handlungen (Coabhängigkeit), welchen Substanzen kam dabei welche Bedeutung zu: Bitte ordnen Sie je nach Bedeutung die Zahlen von 1 (höchste) bis 4 (niedrigste) Bedeutung zu

Alkohol	[ ]	Medikamenten	[ ]
Nikotin	[ ]	illegalen Substanzen	[ ]

---

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die aktuelle Situation „zur Zeit“:**

---

Bei einer möglichen Suchterkrankung von Mitarbeitern: Wie schwierig finden Sie persönlich folgende Situationen? Bitte beurteilen Sie die Schwierigkeit für sich auf einer Skala von 0 bis 5

(0= gar nicht schwierig, 5= sehr schwierig)

Gespräche mit betroffenen Mitarbeitern	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Fakten zu den Folgen des Konsums vermitteln	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Konkretes Hilfsangebot machen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Konsequenzen darstellen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

---

**Ende – Vielen Dank für Ihre Geduld!**



FB Verwendet für 1. Stuserhebung (t0) und Verlaufserhebung (t3: leicht modifiziert):

Fragebogen des Bundesmodellprojektes Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter:

**FB MA t0: Stuserhebung der Mitarbeiter der Altenpflege**

---

Welche Einrichtung:

---

Ihre Ausbildung: PFK [ ] PA [ ] Auszubildende/r [ ] Sonstiges [ ]

---

Geschlecht: [ w ] [ m ]

---

Ihr Alter: bis 29: [ ] 30-39: [ ] 40-49: [ ] 50 oder älter: [ ]

---

Wie schätzen Sie Ihr eigenes Fachwissen für den Umgang mit Suchterkrankungen bei Kunden bzw. betreuten Senioren ein: Auf einer Skala von 0 bis 5  
(0= kein spezielles Fachwissen, 5= sehr gutes Fachwissen)  
Eigenes Fachwissen [ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]

---

Gibt es eine festgelegte Handlungsanweisung im Umgang mit suchtkranken Kunden, bzw. beim Verdacht auf Suchterkrankung? [ JA ] [ NEIN ]

---

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate und auf die betreuten Bewohner oder ambulant oder teilstationär betreute Personen (als „Kunden“ bezeichnet):**

---

Wie viele Senioren / Kunden werden von Ihnen persönlich betreut? [ ]  
(z.B. betreute Personen auf der Station, auf der Tour o. Ä.)

---

Schätzen Sie die ungefähre **Anzahl** unter diesen Kunden / Bewohnern, bei denen Sie schon einmal über eine Suchtproblematik nachgedacht haben, auf Grund von  
Alkohol [ ] Medikamenten [ ]  
Nikotin [ ] illegalen Substanzen [ ]

---

Schätzen Sie die ungefähre **Anzahl** an Gesprächen, die Sie auf Grund einer möglichen Suchtproblematik von diesen Kunden / Bewohnern geführt haben, mit folgenden Personen(gruppen)

Gespräche mit Kunden / Bewohnern	[ ]	Gespräche, bei denen Kollegen Sie diesbezgl. um Rat gefragt haben	[ ]
Gespräche mit Angehörigen	[ ]	Gespräche mit einer Suchtberatungsstelle oder Ähnliches	[ ]
Gespräche mit einem Arzt	[ ]	Gespräche mit den Vorgesetzten, um Rat einzuholen	[ ]

---

Schätzen Sie die ungefähre **Anzahl** an folgenden Handlungen, die Sie auf Grund einer möglichen Suchtproblematik von diesen Kunden / Bewohnern durchgeführt haben

Anteilnahme/Sorge ausgedrückt	[ ]	Mögliche Konsequenzen dargestellt	[ ]
Fakten zum Suchtmittel vermittelt	[ ]	Mögliche Konsequenzen angedroht	[ ]
Konkretes Hilfsangebot gemacht	[ ]	Pflegevertrag gekündigt o. dieses veranlasst	[ ]

---

Bei diesen Gesprächen und Handlungen, welchen Substanzen kam dabei welche Bedeutung zu: Bitte ordnen Sie je nach Bedeutung die Zahlen von 1 (höchste) bis 4 (niedrigste) Bedeutung zu

Alkohol	[ ]	Medikamenten	[ ]
Nikotin	[ ]	illegalen Substanzen	[ ]

---

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die aktuelle Situation „zur Zeit“:**

**Bei einer möglichen Alkoholsucht-Problematik von Kunden / Bewohnern: Wie schwierig finden Sie persönlich folgende Situationen? Bitte beurteilen Sie die Schwierigkeit für sich**

**auf einer Skala von 0 bis 5 (0= gar nicht schwierig, 5= sehr schwierig)**

Gespräche mit Kunden	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Gespräche mit Angehörigen	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Gespräche mit Arzt	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Fakten zu den Folgen des Alkohol-Konsums vermitteln	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Konkretes Hilfsangebot machen	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Konsequenzen darstellen	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]

**Bei einer möglichen Medikamentensucht-Problematik von Kunden / Bewohnern: Wie schwierig finden Sie persönlich folgende Situationen? Auf einer Skala von 0 bis 5**

**(0= gar nicht schwierig, 5= sehr schwierig)**

Gespräche mit Kunden	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Gespräche mit Angehörigen	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Gespräche mit Arzt	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Anteilnahme / Sorge ausdrücken	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Fakten zu den Folgen des Medikamenten-Konsums vermitteln	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Konkretes Hilfsangebot machen	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]
Konsequenzen darstellen	[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ]

**Unabhängig von einer Suchtproblematik, bei wie vielen Ihrer Kunden trifft folgendes zu (geschätzt)**

Nehmen >= 5 Medikamente täglich (verschreibungspflichtige)	[   ]
Nehmen > 4 Wochen verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel	[   ]
Nehmen > 6 Monate verschreibungspfl. Schlafmittel /Beruhigungsmittel	[   ]
Manchmal überlange Schlafdauer, nach Einnahme von verschreibungspfl. Schlafmitteln /Beruhigungsmitteln	[   ]
Nur Männer: Mehr als 14 alkoholische Getränke pro Woche (1 Standardglas = 1 Getränk)	[   ]
Nur Frauen: Mehr als 7 alkoholische Getränke pro Woche (1 Standardglas = 1 Getränk)	[   ]
Zwischenmenschliche Probleme wegen des Alkoholkonsums	[   ]
Rauchen > 5 Zigaretten täglich	[   ]

**Ende – Vielen Dank für Ihre Geduld!**

#### IV. Aufstockung 3. Förderjahr: Implementierung des Projektes auf Landesebene

<b>Titel des Vorhabens</b>	<b>Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter (PNSA)</b>
<b>Gesamtkoordinierende Einrichtung</b>	
Name des Gesamtkoordinators	Nielsen, Hans-Wilhelm 1.10. 2013 -31.10.2013: Wolfgang Grote
Name der Einrichtung	Suchthilfezentrum Schleswig
Straße, Hausnummer	Suadicanistraße 45
PLZ und Ort	24837 Schleswig
E-mail	nielsen@suchthilfezentrum-sl.de
<b>Verantwortliche/r Altenhilfe</b>	
Name	Irja Petermann
Einrichtung	Diako DSG
Straße, Hausnummer	Knuthstr. 1
PLZ und Ort	24939 Flensburg
Telefon	0461/703119
E-Mail Adresse	petermannir@diako.de
<b>Verantwortliche/r Suchthilfe</b>	
Name	Silke Willer
Einrichtung	Suchthilfezentrum Schleswig
Straße, Hausnummer	Suadicanistraße 45
PLZ und Ort	24837 Schleswig
Telefon	04621/486113
E-Mail Adresse	willer@suchthilfezentrum-sl.de
<b>Beantragte Förderdauer in Monaten</b>	
Beantragte Förderdauer in Monaten	12 Monate
<b>Beantragte Fördermittel</b>	
Beantragte Fördermittel	58.750,00 €

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>61</b>
<b>2. Einleitung</b>	<b>62</b>
<b>2.1. Ausgangslage</b>	<b>62</b>
<b>2.2. Ziele</b>	<b>64</b>
<b>2.3. Projektaufbau</b>	<b>66</b>
<b>3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik</b>	<b>68</b>
<b>4. Durchführung der Maßnahmen</b>	<b>68</b>
<b>4.0. Zeitplan</b>	<b>68</b>
<b>4.1.Übersicht der durchgeführten Schulungs- und Informations- maßnahmen</b>	<b>69</b>
<b>4.1.1. Altenhilfe</b>	<b>69</b>
<b>4.1.2. Suchthilfe</b>	<b>70</b>
<b>4.1.3. Ärzte</b>	<b>70</b>
<b>4.1.4. Sonstige</b>	<b>70</b>
<b>4.2. Beschreibung des Verlaufs der Maßnahmen</b>	<b>71</b>
<b>4.3. Abweichungen</b>	<b>74</b>
<b>5.0. Ergebnisse</b>	<b>74</b>
<b>5.1. Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>76</b>
<b>6. Gesamtbeurteilung</b>	<b>77</b>
<b>7. Hinweis</b>	<b>77</b>
<b>8. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse</b>	<b>78</b>
<b>9. Verwertung der Projektergebnisse</b>	<b>81</b>
<b>10. Erläuterungen zu Abweichungen vom Finanzierungsplan</b>	<b>82</b>
<b>11. Anlagen</b>	<b>83</b>
<b>12. Referenzen</b>	<b>86</b>

## 1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Folgende Ergebnisse waren am Ende des 3. Förderjahres zu verzeichnen:

Im 3. Förderjahr sollten die Erkenntnisse und Erfahrungen aus den ersten beiden Förderjahren auf Landesebene implementiert werden. Sowohl die Altenhilfe als auch die Suchthilfe und die Ärzte sollten für das Thema „Sucht im Alter“ sensibilisiert, der Umgang mit suchtauffälligen älteren Menschen verbessert und ggf. Hilfsangebote vermittelt werden. Insgesamt wurden im Bereich der Altenhilfe 7, im Bereich der Suchthilfe 2, für Ärzte 2 und 6 offene Veranstaltungen für verschiedene betroffene Berufsgruppen angeboten.

Vorrangig wurde im Bereich der Altenhilfe der Schwerpunkt auf das Risikomanagement gelegt. Hier ging es um die Entwicklung von Kommunikationsstrukturen, verbesserte Wahrnehmung von Suchtrisiken und ihren Umgang damit.

In der ambulanten Pflege wurde dabei ein höherer Bedarf nach Problemlösungen formuliert, damit auch ein höherer Bedarf nach Schulung und ein umfassenderes Risikomanagement sichtbar.

Die über die kooperierenden Fortbildungsinstitute angebotenen Fortbildungen wurden kaum angenommen. Auf Grund von strukturellen Problemen in der Altenhilfe (zu wenig Personal) hat insgesamt die Nachfrage nach Fortbildungsangeboten stark abgenommen. Allerdings gab es zum Ende des Bundesmodellprojektes hin direkte Anfragen für Fortbildungen der Altenhilfe an das Suchthilfezentrum.

Besonders erfreulich und effizient erwiesen sich die Fortbildungen im Bereich Gerontopsychiatrie. Die Teilnehmer hatten bereits ein gutes Grundwissen, eine hohe Motivation und Erfahrungen im Umgang mit suchtauffälligen Menschen.

Vorgespräche für die Vorbereitung von Fortbildungsveranstaltungen in der Altenhilfe sind unerlässlich, um Erwartungen insbesondere der Pflegedienstleitung abzuklären.

In der ambulanten Suchthilfe sind auf Grund der zunehmenden Immobilität der älteren Menschen aufsuchende Hilfen notwendig. Hier besteht Finanzierungsbedarf. Bemühungen, Selbsthilfegruppen für ältere Menschen auf Landesebene zu initiieren, bedürfen eines längeren Atems. Die Selbsthilfegruppen auf Landesebene haben das Thema „Sucht im Alter“ zum Thema der Jahre 2013/ 2014 gemacht.

Die Vermittlung von suchtauffälligen älteren Menschen aus der Altenhilfe in die Suchthilfe war marginal. Überwiegend leben die für eine Behandlung motivierten älteren Abhängigkeitserkrankten Menschen noch in ihrem eigenen Wohnfeld.

## **2. Einleitung**

### **2.1. Ausgangslage**

In der ersten 2jährigen Phase des Bundemodellprojektes wurden im Bereich der **Suchthilfe** drei Schulungen für Mitarbeiter der Suchthilfe mit insgesamt 80 (34/31/15) Teilnehmern durchgeführt. Schwerpunkt der Seminare war 1) die Vermittlung von Kenntnissen und Kompetenzen im Bereich der Alterungsprozesse und die damit zusammenhängende zunehmende Komorbidität sowie 2) zu Psychopharmaka im Alter. Im Rahmen der Seminare wurde eine Erhebung durchgeführt (s. Seite 22.ff). Demnach entstand die Motivation für die Teilnahme an den Schulungen überwiegend daraus, dass bereits ältere Suchtkranke betreut werden und aus den damit zusammenhängenden Problemen. Auffällig war zudem der geringe Kontakt der Mitarbeiter der Suchthilfe mit Ärzten und mit Mitarbeitern von Altenpflegeeinrichtungen sowie geringe Kenntnisse zu Psychopharmaka und Polypharmazie. Hier erschien es notwendig, Mitarbeiter der Suchthilfe und Ärzte zum Thema „Medikamente“ gemeinsam zu schulen. Ein darauf abgestimmter Workshop wurde im November 2011 durchgeführt.

Insgesamt **36 Führungskräfte** der Kooperationspartner wurden mit dem Ziel geschult, suchtauffällige MitarbeiterInnen besser wahrzunehmen, anzusprechen und - entsprechend einer bestehenden Dienstvereinbarung - dienstrechtliche Konsequenzen umzusetzen. Durch entsprechende Rollenspiele zur Übung der Gesprächsführung konnte die Sicherheit im Umgang mit suchtauffälligen Mitarbeitern verbessert werden. Auf Grund des Personalmangels erschien es den Führungskräften schwierig, konsequent arbeitsrechtliche Schritte umzusetzen. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten hohen Risiken beim Einsatz von suchtauffälligen Mitarbeitern in der Altenhilfe erschien es den Teilnehmern im Verlaufe des Seminars zunehmend notwendig, bei Vorliegen von arbeitsvertraglichen Pflichtverletzungen die arbeitsrechtlichen Maßnahmen vorzunehmen. Weiterhin wurden die Führungskräfte über den Stand der Umsetzung des Bundesmodellprojektes „Sucht im Alter“ informiert und in dieser Hinsicht strategisch wichtige Entscheidungen besprochen (z. B. Erstellung einer Verfahrensweisung im QM, Art und Umfang der Supervision).

An einer **Fortbildungsmaßnahme für Ärzte** zum Thema „Psychopharmaka im Alter unter besonderer Berücksichtigung von Demenzerkrankungen und Polypharmazie“ nahmen 29 Ärzte des Diakonissenkrankenhauses Flensburg (DIAKO) teil. Sehr positive Rückmeldungen der Teilnehmer ermutigen – trotz des hohen Aufwandes der Tagung – zur Fortsetzung.

Weiterhin wurden im Rahmen des Bundesmodellprojektes zwei **landesweite Tagungen** mit ca. 120 Teilnehmern durchgeführt.

Bisher wurden **182 Mitarbeiter der Altenhilfe** geschult. Weitere vier Schulungen mit voraussichtlich 60 Teilnehmern sind fest geplant. Die Schulungen wurden als Tagesveranstaltungen über einen Zeitraum von sechs Stunden von jeweils einem Mitarbeiter der Suchthilfe und einem Mitarbeiter der Altenhilfe durchgeführt. Weiterhin war ein Vertreter der Selbsthilfegruppe des Blauen Kreuzes 50+ beteiligt, der neben der Vorstellung der Selbsthilfegruppe durch die Darstellung der eigenen Suchterfahrungen eine emotionale Nähe zum Thema herstellen kann.

Die Inhalte waren: Suchtverlauf unter Berücksichtigung der Besonderheiten älterer Menschen, Co-Abhängigkeit, konstruktiver Umgang mit suchtauffälligen Kunden, dem sozialen Umfeld und Ärzten, sowie Gesprächsführung. Im Verlauf der Schulungen wurde deutlich, dass in der Regel nur die Pflegefachkräfte in der Lage waren, die Gespräche kompetent zu führen. Weiterhin wurde das anfangs favorisierte Interventionsmodell auf der Grundlage eines Risiko- und Aufnahmemanagements weiterentwickelt. Die Gabe von Beruhigungsmitteln an Senioren bei der Aufnahme in ein Altenheim erschien uns ohne ein weiteres Monitoring besonders riskant. Die Nachbefragung, ein halbes Jahr nach der Schulung, ergab positive Ergebnisse (s. S. 22 ff).

**Das Behandlungsangebot** für ältere Menschen des Suchthilfezentrums wird weiterhin gut angenommen. Eine Gruppe für Senioren am späten Vormittag mit altersspezifischen Themen und einem altersspezifischen Setting findet, neben einzeltherapeutischen Sitzungen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation, einmal wöchentlich statt. Das Behandlungsangebot ist kein Bestandteil des Bundesmodellprojektes, jedoch von außergewöhnlicher Relevanz für das Bundesmodellprojekt.

Nach einer problematischen Phase im Sommer 2011 mit Ausfall von Schulungen wegen Krankheit, Urlaub, Kündigungen von Mitarbeitern, konnte nach einer Krisensitzung des Lenkungs- und Planungsausschusses durch Verschiebung der Organisationsverantwortung in den Bereich QM die Teilnehmerzahl an den Veranstaltungen erhöht werden. Auch Diskussionen über die Zeitdauer der Schulungen mussten seither nicht mehr geführt werden.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurde eine Verfahrensanweisung auf Grundlage eines **Risikomanagements** entwickelt. Zur Einschätzung der Risiken wurde eine Checkliste entwickelt. (s. Anlagen)

Ab dem Frühjahr 2012 hat eine Kooperation mit der **Krankenpflegeschule ÖBiZ** der DIAKO und des St. Franziskus Hospitals in Flensburg begonnen. Frau Willer vertrat in dem Bildungszentrum für Gesundheitsberufe das Projekt „Sucht im Alter“.

Zunehmend gab es Nachfragen nach Schulungen von Einrichtungen der Altenhilfe außerhalb des DIAKO - Verbundes. Weiterhin wurden die Mitarbeiter des Projektes mehrmals angefragt auf Tagungen zum Thema Sucht im Alter zu referieren (Münster, Halle, Neuwied). Der bisherige Gesamtkoordinator Hans-Wilhelm Nielsen ist als Gastdozent bei der Bundesakademie für Diakonie zum Thema „Altenhilfe begegnet Suchthilfe“ ab 2013 angefragt.

## **2.2. Ziele des 3. Förderjahres**

Voraussetzungen für eine nachhaltige Implementierung der im Bundesmodellprojekt „Sucht im Alter“ verfolgten Ziele und Maßnahmen in der Altenhilfe und Suchthilfe sind:

- Implementierung des „Psychosozialen Netzwerkes Sucht im Alter“ auf Landesebene
- Implementierung eines Risikomanagements zum Umgang mit suchtauffälligen Kunden/ Patienten/ Bewohnern\* in das Qualitätsmanagement der Altenhilfe.
- Implementierung eines Aufnahmemanagements in das Qualitätsmanagement der stationären Altenhilfe
- Implementierung eines Moduls (Sucht im Alter) in die Curricula der Altenpflegeschulen
- Aufbau eines Beratungs- und Behandlungssettings für ältere Menschen in der Suchthilfe
- Aufbau von Suchtselbsthilfegruppen für Senioren

(\*im Weiteren beschränken wir uns auf den Begriff „Kunden“)

### **2.2.1 Implementierung eines Risikomanagements zum Umgang mit suchtauffälligen Kunden in das Qualitätsmanagements der Altenhilfe**

Das Qualitätsmanagement hat in der Altenhilfe eine zentrale Steuerungsfunktion. Erfahrungen im Bundesmodellprojekt zeigten, dass erst seit der Implementierung in das QM, die Umsetzung der Ziele und Maßnahmen (z.B. Mitarbeiterschulungen) gelang. Zuvor gab es aufgrund der hohen Arbeitsverdichtung sehr viele Absagen, Ausfälle der Veranstaltungen und häufig auch eine gewisse Ignoranz der Führungskräfte. Nach der Implementierung des Projektes in das QM gelten die Maßnahmen als selbstverständlich. Kritik über die Notwendigkeit des Projektes finden kaum noch statt, das Projekt ist akzeptiert und die konstruktive Mitarbeit der wichtigen Akteure aus der Altenhilfe seitdem deutlich sichtbar.



Das Projekt „Sucht im Alter“ mit den bekannten Zielen und Maßnahmen ist im Bereich Risikomanagement des Qualitätsmanagements angesiedelt. Risiken für die Betroffenen, für Mitarbeiter und für die gesamte Altenhilfeeinrichtung, die sich aus dem Suchtverhalten der Kunden ergeben, werden von den Mitarbeitern der Altenhilfe wahrgenommen, zusammengetragen, bewertet und dann ggf. geeignete Interventionen durch Pflegefachkräfte durchgeführt. Alltagstaugliche Verfahrens- und/oder Arbeitsanweisungen mit entsprechendem Fragebogen unterstützen die Akzeptanz, machen die Verantwortlichkeiten transparent und schaffen schließlich eine gewisse Routine. Hieraus ergeben sich folgende Vorteile:

- Die ohnehin schwierige Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen verliert an Relevanz; das Abstinenzparadigma, welches besonders im Umgang mit älteren suchtauffälligen Menschen zu hinterfragen ist, rückt in den Hintergrund (dies ist kein Widerspruch dazu, behandlungsbereite abhängigkeitserkrankte ältere Menschen in abstinenzorientierte Therapien zu vermitteln).
- Risikomanagement ist ein professionelles, vertrautes und akzeptiertes Instrument in der Altenhilfe und hebt ab von lediglich moralischen Bewertungskategorien.

### **2.2.2. Implementierung der Suchtproblematik in das Aufnahmemanagement der stationären Altenhilfe**

Hintergrund für die Aufnahme in ein Altenheim sind oft für die Betroffenen kränkende, zum Teil traumatische Erfahrungen, z.B. Oberschenkelhalsbruch, Aufnahme in ein Krankenhaus, damit herausgerissen aus gewohnter Umgebung und Aufnahme in ein Altenpflegeheim aufgrund von mangelnder Mobilität. Verlust von sicherer Umgebung und verlässlichem sozialen Umfeld sowie körperliche Einschränkungen führen zu Gefühlen der Verlassenheit, Angst und Verzweiflung. Verhaltensauffälligkeiten sind eine durchaus angemessene normale Reaktion auf diesen Prozess und nicht in jedem Fall pathologisch.

Diese Verhaltensauffälligkeiten führen häufig zur Vergabe von Beruhigungsmitteln mit Suchtpotential (s. Pantel u. a.: "Psychopharmaka in Altersheimen"). Auch wenn dies in akuten Fällen durchaus angemessen sein kann, bedarf es einer weiteren Beobachtung und Kontrolle, um eine Abhängigkeitsentwicklung zu vermeiden. Grundsätzlich soll jedoch bei der Aufnahme das Bemühen stehen, den älteren Menschen durch alternative Angebote (beruhigende Gespräche u. s. w.) das Gefühl zu geben, willkommen zu sein und Sicherheit wiederzugeben.

Eine von der Forschungsgruppe um Pantel entwickelte Verfahrensanweisung zum Aufnahmemanagement erscheint nach den bisherigen Diskussionen in den Veranstaltungen innerhalb des Bundesmodellprojektes alltagstauglich und umsetzbar. Die Einführung eines derartigen Aufnahmemanagements wirkt präventiv, soll also die Entwicklung von Medikamentenabhängigkeit (insbesondere von Benzodiazepinen) verhindern.

### **2.2.3 Implementierung eines Moduls „Sucht im Alter“ in die Curricula der Kranken- und Altenpflegeschulen**

Innerhalb des bisherigen Bundesmodellprojektes wurde ein optionales Modul „Sucht im Alter“ entwickelt. Dieses Modul soll in die Curricula der Kranken- und Altenpflegeschulen in verschiedenen Variationen – je nach dem vorhandenen Stand der bestehenden Curricula der Schulen implementiert werden.

### **2.2.4 Aufbau eines Beratungs- und Behandlungssettings für ältere Menschen in der Suchthilfe**

Stationäre Konzepte für die Behandlung von älteren Menschen sind bereits vorhanden (z.B. Fachklinik Fredeburg, FK Wigbertshöhe, FKL Nordfriesland). An dieser Stelle verzichten wir auf eine detaillierte Darstellung.

In der ambulanten Beratung und Behandlung von älteren Menschen sind in der Suchthilfe folgende Voraussetzungen notwendig:

- Barrierefreiheit, das bezieht behandlungsnah sanitäre Einrichtung mit ein
- Gruppentherapie am Tag
- Kompetenzen der Mitarbeiter im Notfallmanagement (Erste Hilfe)
- erweitertes medizinisches Fachwissen der Mitarbeiter zu Komorbidität
- Kenntnisse der Mitarbeiter zu Alterungsprozessen
- Offenheit der Berater und Therapeuten für Problemlagen im Alter (Einsamkeit, Angst vor dem Tod, Abgrenzung der Kinder etc.)
- Aufsuchende Beratung

Im Wesentlichen sind hier Schulungen für die Mitarbeiter der Suchthilfe vorgesehen. Diese wurden auf Landesebene durchgeführt. Die ambulante Behandlung wird über die entsprechenden Rehabilitationsträger (im Wesentlichen die Krankenkassen) finanziert. Für den zusätzlichen finanziellen Bedarf (aufsuchende Beratung) sind neue Finanzierungsformen z. B.

über die Eingliederungshilfe zu entwickeln. Bei den Schulungen können die Referenten auf die jahrelange Erfahrung des Suchthilfezentrums in der Beratung und Behandlung von älteren Menschen zurückgreifen.

### **2.3. Projektaufbau**

Durch Informationsveranstaltungen in Schleswig-Holstein soll die Altenhilfe von dem beschriebenen Risiko- und Aufnahmemanagement überzeugt werden. Hierbei geht es zu vermitteln, dass die Maßnahmen Vorteile für die Altenhilfeeinrichtungen bringen:

- Sie schaffen Sicherheit für die Mitarbeiter der Altenhilfe im Umgang mit suchtauffälligen Kunden und vermeiden mit Unsicherheiten verbundene Ängste und Zeitverschwendung.
- Sie vermeiden Suchtentwicklungen und damit verbundene Schwierigkeiten im Bereich der Gesundheit und des Sozialverhaltens.
- Sie reduzieren Risiken für die Kunden, für die Mitarbeiter und die Einrichtung. Mögliche Haftungsansprüche sind vermeidbar.

Für die Umsetzung der Informationsveranstaltungen sind folgende Kooperationspartner bisher vorhanden und interessiert:

- Suchthilfezentrum Schleswig (siehe: [www.suchthilfezentrum-sl.de](http://www.suchthilfezentrum-sl.de))
- DSG DIAKO Soziale Einrichtungen, (siehe: [www.diako.de](http://www.diako.de))
- Ökumenisches Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen Flensburg (siehe [www.oebiz.de](http://www.oebiz.de)).
- IBAF Institut für berufliche Aus- und Fortbildung der Diakonie, (siehe [www.ibaf.de](http://www.ibaf.de))
- Selbsthilfegruppe Blaues Kreuz 50+ (Die Selbsthilfegruppe entstand Ende 2008).
- Das Diakonische Werk Schleswig-Holstein als Landesverband – Referat Altenhilfe –
- Forum Pflegegesellschaft (Zusammenschluss aller Altenhilfeeinrichtungen in Schleswig Holstein)

Zum Diakonischen Werk Schleswig-Holstein bestehen bereits erste Kontakte. Geplant sind Tagungen, Veranstaltungen und Schulungsangebote für die Alten- und Suchthilfe.

Auf dem „Forum Pflegegesellschaft“ soll das hier beschriebene Projekt „Sucht im Alter“ zunächst vorgestellt und dann auf verschiedenen Veranstaltungen der einzelnen Mitglieder vertieft werden.

Weiterhin sollen die Pflegestützpunkte und die Pflegeberatung der gesetzlichen Krankenkassen in das Projekt einbezogen werden, ebenfalls durch Informationsveranstaltungen oder sonstige geeignete Maßnahmen.

Auf Veranstaltungen des Landessenorenrates soll für das Thema „Sucht im Alter“ sensibilisiert werden, mit dem Ziel der Prävention, aber auch der positiven Begleitung der Maßnahmen in der Altenhilfe.

Vorgesehen ist die gemeinsame Entwicklung eines Flyers zum Expertenstandard „Sucht im Alter“. Analog zu anderen Problemfeldern und bestehenden Expertenstandards (z.B. Dekubitus).

Die Implementierung des Risiko- und Aufnahmemanagements erfordert Fortbildungsangebote für Mitarbeiter der Altenhilfe. Diese Fortbildungsangebote sind im bisherigen Bundesmodellprojekt erarbeitet worden, haben sich bewährt und sollen in dieser Form fortgesetzt werden.

### 3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Im 3. Förderjahr war keine wissenschaftliche Evaluation vorgesehen, da bereits grundlegende Erkenntnisse in den ersten beiden Förderjahren gewonnen werden konnten. Bei der Implementierung der Ergebnisse auf Landesebene ging es dabei um die Messung von Teilnehmerzahlen an den Schulungsmaßnahmen, differenziert nach den jeweiligen Arbeitsbereichen Altenhilfe, Suchthilfe incl. Suchtselbsthilfe, Medizin und andere, den Regionen und den Daten zur Vernetzung.

## 4. Durchführung der Maßnahmen

### 4.0. Tabellarischer Zeit- und Arbeitsplan

Zeit	Maßnahme	Kooperations-Partner
November 2012	Landesweite Vernetzung der strategisch wichtigen Akteure „Sucht im Alter“	Diakonisches Werk S-H IBAF, ÖBIZ, SHG Blaues Kreuz
November 2012 – April 2013	Vorstellung über die Implementierung des Risiko- und Aufnahmemanagements in das QM-System der Altenhilfeeinrichtungen	Forum Pflegegesellschaft alle Altenhilfeeinrichtungen Schleswig-Holstein
Februar – Juli 2013	Vorstellung der Curriculums „Sucht im Alter“, Implementierung in die Altenpflegeausbildung, Durchführung von Unterrichtseinheiten in den Altenpflegeschulen	Öbiz, IBAF, Schulleiterkonferenz der Altenpflegeschulen
Juni – August 2013	Vorstellung des Gesamtprojektes in weitere Bereichen der Altenhilfe	Pflegestützpunkte Pflegeberatung der Krankenkassen, Seniorenbeiräte etc.

		Seniorenbegleiter
März – Oktober 2013	Implementierung eines Risiko- und Aufnahmema- nagements in Einrichtungen der Altenhilfe	Alle Altenhilfeeinrichtungen in Schleswig-Holstein
Juni – Oktober 2013	Aufbau eines Suchtberatungs- und behandlungs- angebots für ältere Menschen. Unterstützung durch Beratung und Schulungsmaßnahmen. Workshops am 11. 6. 201 und 19.6. 2013	DW SH Bereich Sucht, Landesstelle für Suchtfragen, Beratungs- und Behandlungsstel- len in Schleswig Holstein
Juni – Oktober 2013	Unterstützung beim Aufbau von Selbsthilfegruppen für ältere suchtauffällige Menschen, Erster Work- shop 11.6.2013	Landesverbände der Sucht- selbsthilfegruppen
November 2012 – Oktober 2013	Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter der Altenhil- fe. Entwicklung von Flyern mit Schulungsangebo- ten.	6 Schulungen mit Modellcharak- ter in Flensburg und Husum (ÖBIZ), Lübeck, Neumünster, Norderstedt, Rendsburg. Danach alle nachfragenden Altenhilfeein- richtungen

#### 4.1. Übersicht über die durchgeführten Schulungs- und Informationsmaßnah- men

##### 4.1.1. Altenhilfe

Einrichtung	Veranstaltungsart	Ort	Termin	Teilnehmerzahl
IBAF Altenpflege- ausbildung	Unterricht	Stockelsdorf	22.02.13	16
Öbiz Altenpflege- ausbildung	Unterricht	Flensburg	08.04.13	10
IBAF Altenpflege- ausbildung	Unterricht	Norderstedt	12.04.13	16
IBAF Altenpflege- ausbildung	Unterricht	Rendsburg	23./24.04. 13 halbe Ta- ge	15
Bildungszentrum Altenpflegeausbildung	Unterricht	Husum	26.09.13	16
Öbiz Altenpflege- ausbildung	Unterricht	Flensburg	29.08.13	19
IBAF Geronto- psychiatrische Wei- terbildung	Unterricht	Rendsburg	11.09.13	8
Seniorenwohn- und Pflegeheim Haus Berlin	Inhouseschulung	Neumünster	23.09.13	9

IBAF Altenpflege – ausbildung	Unterricht	Neumünster	14.10.13	18
Pflegediakonie Siek	Inhouseschulung	Siek	23.10.13	15

#### 4.1.2. Suchthilfe

Einrichtung	Veranstaltungsart	Ort	Termin	Teilnehmerzahl
Diakonisches Werk	Fachtag	Rendsburg	11.06.2013	24
Suchtselbsthilfe	Informations- veranstaltung	Mildstedt	18.09.13	27
Suchtselbsthilfe	Informations- veranstaltung	Kiel	29.10.13	10
Suchtselbsthilfe	Workshop	Rendsburg	4.-6.10.13	8

#### 4.1.3. Ärzte

Einrichtung	Veranstaltungsart	Ort	Termin	Teilnehmerzahl
Diakoniewerk Kropp	Workshop Psychopharmaka	Kropp	19.06.2013	22
Diakonisches Werk	Fachtag	Rendsburg	11.06.2013	3

#### 4.1.4. Sonstige

Einrichtung	Veranstaltungsart	Ort	Termin	Teilnehmerzahl
BMG	Expertengespräch	Berlin	6.11.2012	54
Kreis Rhein – Westerwald	Fachtag	Neuwied	14.11.2012	52
GVS	Fachtagung	Berlin	25.02.2013	94
Gemeidepsych. Verbund Plöhn	Fachtag	Fachklinik Freudenholm	27.02.2013	68
Hessische LST für Suchtfragen	Fachtagung	Frankfurt	27.05.2013	92
Bundesakad. Diakonie	Workshop	Berlin	3.06.-4.06. 2013	9

## **4.2. Beschreibung des Verlaufes der Maßnahmen.**

Um die Aufgabe des Bundesmodellprojektes „Sucht im Alter“ auf Landesebene zu implementieren, wurden Kontaktgespräche auf folgenden Ebenen geführt:

1. Altenhilfe: Referent des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein; Ansprechpartner Leben im Alter und Pflege: Herr Labinsky;
2. Altenpflege- bzw. Krankenpflegeschulen:
  - Institut für berufliche Fort- und Ausbildung (IBAF):  
Frau Bärbel Hemmyholtmanns;
  - Ökumenischen Bildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen (ÖBIZ)  
Flensburg: Herr Wolfgang Evers
3. Suchthilfe: Referent des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein, Ansprechpartner für die Suchthilfe: Herr Johannes Peter Petersen.
4. Suchtselbsthilfe: Landesverband des Blauen Kreuzes in der Evangelischen Kirche: Geschäftsführer Herr Peter Staben.

Die Kontaktgespräche führten wir zum ersten Treffen im September 2012, bereits vor dem Beginn des Verlängerungszeitraums. Das Treffen führte zu umfangreichen Planungen für die Umsetzung des Bundesmodellprojektes auf Landesebene. Insgesamt gab es 5 Planungstreffen mit den entsprechenden Kooperationspartnern, jeweils im Haus unseres Spitzenverbandes. In den folgenden Arbeitssitzungen im November 2012 und Februar 2013 wurden die Vorhaben zeitlich und organisatorisch präzisiert und regional verortet (Lübeck, Rendsburg, Norderstedt, Neumünster, Husum und Flensburg). Es wurden Kontakte mit den einzelnen Altenpflegeausbildungsstätten vor Ort aufgenommen, um die Lehrinhalte abzustimmen und um Doppelungen zu vermeiden. Das QM - System wurde auf Landesebene diskutiert und von der DSG (DIAKO Soziale Einrichtungen GmbH) freigegeben.

Im Einzelnen wurden geplant und umgesetzt:

- Das innerhalb des Bundesmodellprojektes entwickelte Curriculum für die Altenpflegeausbildung wurde an alle Altenpflegeschulen des Diakonieverbandes in Schleswig-Holstein herangetragen, mit dem bereits vorhandenen Modulen zur Suchtproblematik diskutiert, bewertet und in die Altenpflegeausbildung je nach Stand der vorhandenen Curricula der jeweiligen Schule integriert. Auch mit verschiedenen Altenpflegeeinrichtungen außerhalb des Diakonieverbandes ergaben sich Kontakte im Hinblick auf eine

Implementierung des Curriculums in die Altenpflegeausbildung.

- Die im Bundesmodellprojekt entwickelten Fortbildungsangebote für Pflegepersonal wurden landesweit angeboten. Zunächst wurden 6 modellhafte Seminare à 8 Unterrichtseinheiten in verschiedenen Regionen Schleswig-Holsteins angeboten. Die Fortbildungsveranstaltungen wurden vom IBAF und vom ÖBIZ organisiert. Diese fanden zunächst wenig Resonanz. Hintergrund waren ähnliche Widerstände, die wir bereits im ersten Teil des Bundesmodellprojektes erlebt hatten. Hier konnten wir uns nicht allein auf die bloße Organisation der Fortbildungsinstitute stützen. Vielmehr erforderte dies ein Engagement bei den einzelnen Pflegeeinrichtungen vor Ort. Nunmehr gibt es verschiedene Anfragen, die wir aber auf Grund der beschriebenen Verzögerungen nur zum Teil innerhalb des Bundesmodellprojektes durchführen können, sondern sie im Rahmen einer Dienstleistung für die Altenpflege erbringen werden.
- Das Thema „Sucht im Alter“ sollte in das QM - System eingebunden werden. Die im Bundesmodellprojekt „PNSA“ entwickelte Risikoanalyse mit den entsprechenden Verfahrensanweisungen und der Checkliste wurden landesweit in Schulungen und sonstigen Veranstaltungen vorgestellt. Die Umsetzung wurde bereits in 2 Einrichtungen der Altenhilfe eingeführt. Weitere Einrichtungen sind im Prozess der Implementierung der QM-Elemente „Sucht im Alter“. Diese Prozesse sind oft langwierig, da mehrere Ebenen einbezogen werden müssen. Daher ist erst im Laufe der nächsten Jahre mit einer Implementierung auf Landesebene in verschiedenen Einrichtungen der Altenhilfe zu rechnen
- Die Instrumente des QM sind von der entsprechenden Referentin auf der Bundeskonferenz der Diakonie präsentiert worden. Die Aufnahme in das Diakonie-Siegel-Pflege ist noch nicht umgesetzt. Ein Qualitätszirkel „Sucht im Alter“ auf Landesebene über das Diakonische Werk Schleswig-Holstein für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist angeboten worden, jedoch noch nicht implementiert.
- Über das Forum Fachpflegegesellschaft (Zentrale Organisation aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen) ist ein Fachgespräch zum Thema „Sucht im Alter“ beantragt worden, es kann aber erst 2014 durchgeführt werden.



- Das Kompetenzzentrum Demenz soll als Kooperationspartner gewonnen werden. Weitere mögliche Kooperationspartner sollen angesprochen werden.
- Der Flyer „Sucht im Alter“ ist als Patienteninformation für den Bereich Altenhilfe und Pflege auf Landesebene zusammen mit dem Diakonischen Werk Schleswig – Holstein entwickelt worden.
- Pflegestützpunkte und Seniorenbeiräte sind informiert worden. Die Resonanz war allerdings mäßig.
- Die Fortbildungen für Mitarbeiter/Innen der Suchthilfe sind umgesetzt worden.
- Eine Veranstaltung für Juni 2013 für niedergelassene Ärzte ist durchgeführt worden. Thema: Polypharmazie und Schmerzbehandlung im Alter. (s. 4.1.3.)

Die Nachfrage nach Vorträgen war weiterhin auf Landes- und Bundesebene lebhaft vorhanden. (s. 4.1.4.)

Der Aufbau eines **Beratungs- und Behandlungssettings für ältere Menschen** wurde auf Grundlage der jahrelangen Erfahrungen des Suchthilfezentrums in der Beratung und Behandlung von Senioren durch die Schulungen für die Suchthilfe vorangetrieben. Im stationären Kontext hat die Fachkliniken NF gGmbH nunmehr eine Station zur medizinischen Rehabilitation älterer Menschen bewilligt bekommen. Mehrere Suchtberatungsstellen konnten für die Problematik älterer suchtauffälliger Menschen sensibilisiert werden; einige auch motiviert werden, ihr ambulantes Angebot für Senioren zu erweitern.

Der Aufbau einer **Selbsthilfegruppe für ältere Menschen** wurde auf Grundlage der jahrelangen Erfahrungen des Suchthilfezentrums und der seit 2008 bestehenden Selbsthilfegruppen 50+ durch die Schulungen für die Suchthilfe vorangetrieben. Obwohl die bestehenden Suchtselbsthilfegruppen überwiegend an Überalterung leiden, ihre Teilnehmer also nur sich selbst wahrnehmen und eigene Probleme zu thematisieren hätten, waren die angesprochenen Selbsthilfegruppen, bzw. ihre Teilnehmer nur selten bereit, sich des Themas „Sucht im Alter“ anzunehmen. Schwierig ist der Zugang für neue Interessierte, in eine, schon seit Jahren bestehenden Gruppe, deren Teilnehmer auch schon über Jahre abstinent leben. Trotz bestehender Widerstände der angesprochenen Selbsthilfegruppen konnten jedoch einige Selbsthilfegruppen für die Problematik älterer suchtauffälliger Menschen sensibilisiert werden; einige auch motiviert werden, ihr Selbsthilfeangebot für Senioren zu erweitern.

### **4.3. Abweichungen und Erreichbarkeit der Vorhabensziele**

Die Auftaktveranstaltung im November musste wegen nur geringer Anmeldezahl (9) abgesagt werden. Sie wurde im Juni 2013 (s. 4.1.2.) erfolgreich durchgeführt.

Die von den kooperierenden Fortbildungsinstituten organisierten Fortbildungen für Pflegepersonal der Altenhilfe wurden nicht angenommen. Allerdings gab es zum Ende des Bundesmodellprojektes hin direkte Anfragen der Altenhilfe an das Suchthilfezentrum.

Zusätzlich wurden allerdings, nicht in der Planung enthaltene, sechs sonstige Veranstaltungen (4.1.4.) und eine für Ärzte (s. 4.1.3) wegen großer Nachfrage zusätzlich durchgeführt. An den sonstigen Veranstaltungen nahm zu einem hohen Anteil auch Pflegepersonal aus der Altenhilfe teil.

### **5.0. Ergebnisse**

Folgende Ergebnisse waren am Ende des 3. Förderjahres zu verzeichnen:

- Innerhalb des 2. Ausbildungsjahres der Pflegeberufe ist die Implementierung des Themas „Sucht im Alter“ am günstigsten. Im 1. Ausbildungsjahr fehlen die Grundlagen und Berufserfahrungen, im 3. Ausbildungsjahr sind die Auszubildenden mental zu sehr auf die Prüfungen fixiert. Dies würde sich ändern, wenn das Thema prüfungsrelevant werden sollte.
- Die Vermittlung von suchtauffälligen älteren Menschen aus der Altenhilfe in die Suchthilfe ist marginal. Überwiegend leben die für eine Behandlung motivierten älteren abhängigkeiterkrankten Menschen noch in ihrem eigenen Wohnfeld.
- Vorrangig wurde im Bereich der Altenhilfe daher der Schwerpunkt auf das Risikomanagement gelegt. Hier ging es um die Entwicklung von Kommunikationsstrukturen, verbesserte Wahrnehmung von Suchtrisiken und Umgang damit.

- In der ambulanten Pflege wurde dabei ein höherer Bedarf nach Problemlösungen formuliert, damit auch ein höherer Bedarf nach Schulung und ein umfassenderes Risikomanagement sichtbar. Der direkte Kontakt zum Alkohol (Alkoholbeschaffung) erfordert dabei von den Mitarbeiter/Innen der Altenpflege eine besondere Sensibilisierung. In der stationären Altenhilfe gibt es diese Problematik in den hauseigenen Cafes oder Kiosken.
- Die von den kooperierenden Fortbildungsinstituten organisierten Fortbildungen für Pflegepersonal der Altenhilfe wurden nicht angenommen. Von den Fortbildungsinstituten (Öbiz; IBAF) wurde darauf hingewiesen, dass auf Grund von strukturellen Problemen in der Altenhilfe (zu wenig Personal) insgesamt die Nachfrage nach Fortbildungsangeboten stark abgenommen hätte. Allerdings gab es zum Ende des Bundesmodellprojektes hin direkte Anfragen der Altenhilfe an das Suchthilfezentrum.
- Besonders erfreulich und effizient erwiesen sich die Fortbildungen im Bereich Gerontopsychiatrie. Die Teilnehmer hatten bereits ein gutes Grundwissen, eine hohe Motivation und Erfahrungen im Umgang mit suchtauffälligen Menschen.
- Es stellte sich in der Implementierungsphase heraus, dass Vorgespräche für die Vorbereitung von Fortbildungsveranstaltungen in der Altenhilfe unerlässlich sind, um Erwartungen insbesondere der Pflegedienstleitung abzuklären.
- In der ambulanten Suchthilfe sind auf Grund der zunehmenden Immobilität der älteren Menschen aufsuchende Hilfen notwendig. Hier besteht Finanzierungsbedarf.
- Bemühungen, Selbsthilfegruppen für ältere Menschen auf Landesebene zu initiieren bedürfen eines längeren Atems. Die Selbsthilfegruppen auf Landesebene haben das Thema „Sucht im Alter“ zum Thema des Jahres 2014 gemacht.

## 5.1. Diskussion der Ergebnisse

Die geschilderten Ergebnisse sind anschließend folgende Punkte zu diskutieren:

- Evidenzbasierte Leitlinien zum Umgang mit suchtauffälligen älteren Menschen in der Altenhilfe (Expertenstatus) würde das Thema „Sucht im Alter“ nachhaltig in Ausbildung und Pflegeeinrichtungen implementieren. Auf der anderen Seite hat die Dokumentationspflicht in der Altenhilfe einen Umfang erreicht, der nach Angaben der Einrichtungen bereits 1/3 der Arbeitszeit benötigt und dazu verführt, den Zusammenhang von Dokumentation und tatsächlicher Praxis zu vernachlässigen.
- Eine Implementierung des Themas „Sucht im Alter“ in die Gerontopsychiatrie würde ihre Akzeptanz in der Altenhilfe erhöhen. Aufgrund der hohen Komorbidität bei älteren suchtauffälligen Menschen wäre dies auch fachlich notwendig.
- Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe im Umgang mit ihren suchtauffälligen Kunden auch ihre Grenzen und Möglichkeiten deutlicher wahrnehmen. Aufgrund eines Überangebotes an stationären Pflegeplätzen werden nicht selten aus wirtschaftlichen Gründen ältere schwer suchtkranke Menschen aufgenommen, bei der die Pflege nicht ausreicht, sondern vielfältige weitere Hilfen (z. B. Leistungen der Eingliederungshilfe) notwendig wären. Diese Einrichtungen überfordern sich, ihre Mitarbeiter und werden dem Bedarf ihrer Kunden nicht gerecht.
- Evidenzbasierte Leitlinien zum Umgang mit suchtauffälligen älteren Menschen in der Suchthilfe mit entsprechender finanzieller Ausstattung der Suchthilfeeinrichtungen für besondere altersgerechte Angebote, wie bspw. aufsuchende Hilfen würden den Anteil der älteren Menschen in Bereich der ambulanten und stationären Suchtbehandlung erhöhen. Das Antragsverfahren bei den Kostenträgern (hier insbesondere der Krankenkassen) sollte vereinfacht werden. Die Zuzahlungen in Höhe von 10,- € pro Behandlungseinheit bei der ambulanten Behandlung sollten abgeschafft werden.
- Die bisher noch nicht in das Thema „Sucht im Alter“ einbezogene Altenhilfe kann möglicherweise neue Arbeitsmöglichkeiten im Bereich Suchprävention und Vermittlung in Beratung und Behandlung.

## **6. Gesamtbeurteilung**

Das Bundesmodellprojekt „Sucht im Alter“ war insgesamt erfolgreich.

Meilensteine waren

- die Einführung eines Risikomanagements innerhalb des Qualitätsmanagementverfahrens der Altenhilfe, die eine nachhaltige Implementierung des Bereiches Sucht in die Altenhilfe gewährleistet.
- die Implementierung von „Sucht im Alter“ in die Ausbildung der Pflegekräfte
- die Vermittlung von Kompetenzen über Alterungsprozesse an die Mitarbeiter/innen der Suchthilfe
- die Sensibilisierung von Ärzten für das Thema „Sucht im Alter“

Besonders innovationshemmend war der Pflegekräftemangel verbunden mit hoher Arbeitsverdichtung in der Altenhilfe. Die Altenhilfe hat andere, offensichtlichere Probleme. Hier sind auch die beschriebenen Widerstände der Altenhilfe für das Thema verständlich. Die Entwicklung von zusätzlichen Beratungs- und Behandlungsformen für ältere Menschen in der Suchthilfe werden durch mangelnde Finanzierung insbesondere von aufsuchenden Hilfen gehemmt.

## **7. Hinweis:**

Wir sind uns bewusst, dass viele der von uns benutzten Begriffe grammatikalisch gesehen maskulin sind. Hier verwenden wir sie jedoch, der besseren Lesbarkeit als neutrale Begriffe.

## **8. Verbreitung und Veröffentlichungen**

Dr. Anke Bauer, Hans-Wilhelm Nielsen, Silke Willer: Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprojektes Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter (Stand März 2012) (siehe auch: Webseiten)

### **Presse und Publikationen durch die Beteiligten des Projektes PNSA nach der Verlängerungsphase ab 1.11.2012**

24.01.2013 Zeitungsartikel Flensburg Avis

25.01.2013 Zeitungsartikel Kieler Nachrichten

18.12.2013 Zeitungsartikel Schleswig Holstein Zeitung

14.11.2012 Vortrag bei der Gesundheitskonferenz in Neuwied

25.02.2013 Vortrag Berlin Veranstaltung der Diakonie und des DEVAP

27.02.2013 Vortrag Freudenholm- Ruhleben

### **Vorträge**

2012.1 Hans-Wilhelm Nielsen: Das Bundesmodellprojekt "Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter" Bericht aus der Praxis der Umsetzung des Projektes (Landesweite Tagung der LSSH am 19.1.2012 in Schleswig)

2012.1 Dr. Anke Bauer: Ergebnisse der Evaluation des Bundesmodellprojektes "Psychosoziales Netzwerk Sucht im Alter" (Landesweite Tagung der LSSH am 19.1.2012 in Schleswig)

2011.11 Dr. Christoph Mai: Polypharmazie, Sucht im Alter und Grenzen der leitliniengestützten Behandlung bei Demenz (Fortbildung für Ärzte und Pflegeberufe, Flensburg, 30.11.2011)

2011.11 Hans-Wilhelm Nielsen: Bundesmodellprojekt Sucht im Alter (Fortbildung für Ärzte und Pflegeberufe, Flensburg, 30.11.2011)

2011.11 Maria Schütt: Das Psychosoziale Netzwerk Sucht im Alter aus Sicht der Ambulanten Pflege (Fortbildung für Ärzte und Pflegeberufe, Flensburg, 30.11.2011)

2011.1. "Sucht im Alter: Polypharmazie und Psychopharmaka" (Dr. Christoph Mai) Seminar für Mitarbeiter der Suchthilfe (19.1.2011).

2011.1. "Sucht im Alter" (H.W. Nielsen). Seminar für Mitarbeiter der Suchthilfe (19.1.2011).

2011.1. "Besonderheiten älterer Menschen" (Dieter Cieplin, Diana Brummer). Seminar für Mitarbeiter der Suchthilfe (19.1.2011)

2012.11. Silke Willer, Gesundheitskonferenz Neuwied

2013: Hans-Wilhelm Nielsen: Sucht im Alter; Vortrag GVS und DEVK Tagung Berlin  
Auf der GVS/Diakonie/EKD Tagung in Berlin am 25.02.2013 referiert Herr Nielsen über den Verlauf und die Ergebnisse des Bundesmodellprojektes

2013: Hans-Wilhelm Nielsen: Sucht im Alter; Vortrag Fachklinik Freudenhof  
Präsentation vom 27.02.2013 über das Bundesmodellprojekt

2013.6: Silke Willer, Stiftung Diakoniewerk Kropp

2013.9: Silke Willer: Suchtselbsthilfe Schleswig – Holstein, Informationsveranstaltung

2013.10: Silke Willer: Suchtselbsthilfe Schleswig – Holstein, Informationsveranstaltung

**Alle Vorträge und weitere von anderen Referenten befinden sich auf den Webseiten:**

**[www.suchthilfezentrum-sl.de](http://www.suchthilfezentrum-sl.de)**

**[www.fklnf.de](http://www.fklnf.de)**

**[www.lssh.de](http://www.lssh.de) (Vorträge der Veranstaltung vom 19.01.2012)**

### **Webseiten**

**[www.suchthilfezentrum-sl.de](http://www.suchthilfezentrum-sl.de):**

Allgemeine Infos auf eigener Seite „Sucht im Alter“, Flyer zum Download, alle Vorträge, Zwischenbericht und Presseartikel zum Download.

**[www.fklnf.de](http://www.fklnf.de):**

Allgemeine Infos auf eigener Seite „Sucht im Alter“, Flyer zum Download, alle Vorträge, Zwischenbericht und Presseartikel zusätzlich auf "NEWS" , "Presse" und zum Download.

**[www.lssh.de](http://www.lssh.de):**

Journal „Sucht-Info“ der Landesstelle gegen die Suchtgefahren Schleswig Holstein(LSSH) 2012/1: Sucht kennt keine Altersgrenzen.

Ausführlicher Artikel über „Sucht im Alter“

und Vorträge der Veranstaltung vom 19.1 auf der Homepage der LSSH

(HW Nielsen, S Willer, A Bauer)



## 9. Verwertung der Projektergebnisse

1. Die Kooperationsgespräche auf Landesebene fanden bisher eine gute Resonanz. Die Spitzenverbände der Altenhilfe, insbesondere unser Spitzenverband, das Diakonische Werk, zeigten aufgrund der bisherigen Ergebnisse des Bundesmodellprojektes ein hohes Interesse an Zusammenarbeit, so dass der Vernetzungsprozess zum Thema Sucht im Alter gut voranschreiten konnte. Diese Vernetzungen werden auch für die Zukunft von Bedeutung sein.
2. Die Resonanz auf die Fortbildungsangebote für die Mitarbeiter der Suchthilfe, den Vertretern der Suchtselbsthilfe und der Ärzte war zunächst schwach, hat sich zunehmend entwickelt. Hier konnten gute Strategien entwickelt werden (Z. B. bei Ärztefortbildung „Trojanisches Pferd“: Sucht im Alter versteckt in andere Themen wie Demenz oder Schmerzbehandlung)
3. Das Blaue Kreuz der Evangelischen Kirche hat sich das Thema „Sucht im Alter“ zu einem Schwerpunktthema 2013/14 gemacht. Aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Mitglieder der Selbsthilfegruppen geht es nicht zu sehr darum, neue Mitglieder zu gewinnen, sondern das Thema inhaltlich zu besetzen.
4. Insgesamt hat das Thema „Sucht im Alter“ auf Landesebene durch das Bundesmodellprojekt in vielerlei Hinsicht Beachtung gefunden: Nicht nur in der Presse und anderen Veröffentlichungen sondern auch in vielerlei Gremien der Altenhilfe und Sozialpsychiatrie (Drogenbeauftragte des Landes S-H, Landesstelle für Suchtfragen, Pflegeforum, Fachausschüsse usw.)
5. Die beschriebenen Maßnahmen werden nach Ende des Bundesmodellprojektes von den Kooperationspartnern als Dienstleistung angeboten. Die Implementierung der Maßnahmen in das QM – System der jeweiligen Einrichtung erfolgt im Rahmen von honorarpflichtigen Beratungen. Die Schulungen werden den Einrichtungen zu marktüblichen Preisen angeboten. Falls Schulungen über die Aus- und Fortbildungsinstitute durchgeführt werden, sollen die Kosten in Form von Honorarzahungen erstattet werden.

## 10. Erläuterungen zu Abweichungen vom Finanzierungsplan

---

## **11. Anlagen:**

### Checkliste Alkohol

Die Checkliste Alkohol soll helfen, Risiken im Umgang mit suchtauffälligen älteren Menschen in der Altenhilfe zu erkennen und zu bewerten

### VA Psychopharmaka

Die Verfahrensanweisung soll helfen den Umgang mit Psychopharmaka in der Altenhilfe zu regeln und Risiken in Zusammenhang mit der Vergabe von Psychopharmaka zu mindern

### Flyer Altenhilfe

### Teilnehmerlisten

**Checkliste**

**Risikoanalyse Abhängigkeitserkrankung**

Gültig für: DSG



Die folgenden Fragen dienen dazu, das Risiko in Bezug auf eine Abhängigkeitserkrankung zu bewerten.

Die Checkliste soll angewendet werden, wenn bei Aufnahme bereits Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabusus bekannt sind bzw. wenn ein Verdacht auf Missbrauch vorliegt sowie bei entsprechenden Auffälligkeiten.

Name	Datum	Erfasst von

**A. Spezifische Anzeichen**

	trifft zu
Alkoholbezogene Auffälligkeit	
Hoher Psychopharmakakonsum	
Fragt wiederholt nach Alkohol	
Summe der zutreffenden Kennzeichen	

**B Unspezifische Anzeichen**

	trifft zu
Sturz, Gangunsicherheit	
Bewegungsabläufe und Reaktionen vorlangsam	
Schwindel	
Sprachstörungen	
Vernachlässigung des Äußeren	
Interessenverlust	
auffällige Stimmungsschwankungen	
Summe der zutreffenden Kennzeichen	

Wenn eines der spezifischen Anzeichen zutrifft, ist das Risiko einer Abhängigkeit erhöht. Insbesondere, wenn zusätzlich unspezifische Anzeichen zu erkennen sind, muss die Bewohnerin intensiv beobachtet, Auffälligkeiten im Pflegebericht dokumentiert und der Hausarzt informiert werden.

Verantwortlich: GP  
Erstellt von: Petermann AG SuS im Alter  
Dateiname: CL\_Risikoanalyse Abhängigkeitserkrankung (00.0).doc

Freigebe:  
Gültig bis:  
Kontrolle:

**Verfahrensanweisung**  
**Umgang mit Psychopharmaka**

Gültig für: DSG



**1. Ziele**

- Bewohnerinnen mit psychischen Problemen erhalten eine angemessene Behandlung mit Psychopharmaka.
- Es werden nicht mehr Psychopharmaka verabreicht, als unbedingt erforderlich. Sie werden nur nach strenger Indikation verordnet und verabreicht.
- Die Behandlung wird regelmäßig überprüft.

**2. Begriffe, Abkürzungen, Definitionen**

- Psychopharmaka sind Arzneimittel, die hauptsächlich auf das Zentrale Nervensystem wirken und Denken, Gefühle und dadurch das Verhalten eines Menschen verändern können. Sie werden in erster Linie zur Behandlung psychischer Erkrankungen eingesetzt.
- Das Verordnen von Medikamenten ist grundsätzlich Aufgabe des Arztes. Da die Pflegekräfte die Wirkung der verordneten Medikamente am besten beobachten können, ist hier eine besonders enge Zusammenarbeit erforderlich.
- Bei dieser Verfahrensanweisung geht es im wesentlichen um folgende vier Medikamentengruppen
  - a) Antidementiva (Verbessern die intellektuellen Fähigkeiten bei Demenz)
  - b) Antidepressiva (wirken stimmungsaufhellend, angstlösend, teilweise beruhigend bzw. antriebssteigernd)
  - c) Anxiolytika und Hypnotika: Benzodiazepine (wirken angstlösend, sedierend (= beruhigend), hypnotisch (=schlafanstoßend) und muskellentspannend). Bei diesen Medikamenten besteht ein besonders hohes Abhängigkeitspotential, sobald sie länger als 6 Wochen eingenommen werden.
  - d) Neuroleptika (wirken sedierend und antipsychotisch)
- Alle Psychopharmaka haben potentiell beeinträchtigende Nebenwirkungen: z.B. Müdigkeit, Magenbeschwerden, Schwindel, Schwitzen, Verstopfung, Ataxie, Bewegungseinschränkungen

**3.**

Tätigkeiten	Verantwortlichkeiten
Problematisches Verhalten beobachten und dokumentieren	Alle Pflege- und Betreuungskräfte
Einsatz nicht-pharmakologischer Maßnahmen	Alle Pflege- und Betreuungskräfte
bei psychotischen Symptomen Hausarzt, Angehörige bzw. gesetzlichen Betreuer benachrichtigen	Pflegekräfte
Ausschluss medizinischer Ursachen	Hausarzt
Psychiatrische Diagnose/ Indikation stellen	Hausarzt, Facharzt
Behandlungsplan aufstellen	Hausarzt, Facharzt
Aufklärung, Einwilligung einholen	Hausarzt, Facharzt
Medikament verordnen	Hausarzt, Facharzt
Therapiekontrolle/ Verlaufsbobachtung	Alle Pflege- und Betreuungskräfte, Hausarzt, Facharzt
Behandlungsplan anpassen (Medikation weiterführen, absetzen, umstellen)	Hausarzt, Facharzt

**4. Ablauf**

Verantwortlich: GI-  
 Erstellt von: Hofmann  
 Dateiname: VA Umgang mit Psychopharmaka (06.0).doc

Freigebe:  
 Gültig bis:  
 Kennung:

K 1.7  
 Seite 1 von 2

## 12. Referenzen

1. Albayrak O, Krug S, Scherbaum N. Geschlechtsspezifische Aspekte der Sucht. *MMW* 149 (24):29-32 (2007).
2. Berks J und McCormick R (2008). Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *Int Psychogeriatrics* 20:1090-1103 (2008).
3. Bleich GW, Bleich A, Chiamulera P et al.: Frequency of potential interactions between drugs in medical prescriptions in a city in southern Brazil. *São Paulo Medical Journal* 127:206-210 (2009).
4. Brennan PL, Schutte KK, Moos RH: Patterns and predictors of late-life drinking trajectories: a 10-year longitudinal study. *Psychology Addictive Behaviors* 24:254-264 (2010).
5. DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen): Unabhängig im Alter. Informationen und Hilfen für ältere Menschen. Broschüre. ([www.dhs.de](http://www.dhs.de)) (2010).
6. Duncan DF, Nicholson TW, White JB et al. The baby boomer effect: changing patterns of substance abuse among adults ages 55 and older. *Journal of Aging & Social Policy* 22:237-248 (2010).
7. Förstl H, ed. (2003). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*, Stuttgart.
8. Fulton MM, Allen ER: Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Practitioners* 17:123-132 (2005).
9. Ganry O, Joly JP, Queval MP, Dubreuil A: Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. *Addiction* 95:107-113 (2000).
10. Gassmann R, Kaldewei D, Lindemann F: *Jahrbuch Sucht 2009*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Neuland Verlag, Geesthacht (2009).
11. Geyer D: Suchtmittelkonsum im Alter. Vortrag. 30. Westfälisch-Lippische Elternkreistagung „Begegnungen mit...“ 02.-04. Juli 2010 Bad Fredeburg (2010).
12. Golden A, Preston R, Barnett S, et al: Inappropriate medication prescribing in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc* 47:948-953 (1999).
13. Granados-Ponce JA, Peralta-Pedrero ML, Munguía-Miranda C, López-Carmona JM, Avila-Leyva A: Depressive symptoms as a risk factor for polypharmacy in patients over 60 years of age = Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años. *Gaceta Médica de México* 143:285-289 (2007).
14. Grimby A, Johansson AK. Factors related to alcohol and drug consumption in swedish widows. *Am J Hospice Pall Care* 26:8-12 (2009).
15. Hach I, Rentsch A, Krappweis J, Kirch W: Psychopharmakaverordnungen an älteren Menschen. Ein Vergleich zwischen Patienten aus Alten- und Pflegeheimen, ambulant behandelten Pflegefällen und ambulanten Patienten ohne Pflegebedarf. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37:214-220 (2004).
16. Haefeli WE. Herausforderungen durch Multimorbidität und Polypharmazie an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Vortrag. Universitätsklinikum Heidelberg (2005).
17. Hanlon J, Fillenbaum G, Kuchibhatla M, et al: Impact of inappropriate drug use on mortality and functional status in representative community dwelling elders. *Medical Care* 40:166-176 (2002).
18. Hansen K, Bergmann A, Kugler J (2008): Polypharmazie bei Patienten über 65 Jahren: Prävalenzschätzung potentiell risikoreicher Arzneistoffkombinationen. 9. Jahrestagung EbM 22.2 - 23.2.2008 in Witten.
19. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K: Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *Biol Sci Med Sci* 62:1172-1181 (2007).

20. Jörgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander M, Svärdsudd K. Prescription drug use, diagnoses and healthcare utilization among the elderly. *Annals Pharmacotherapy* 35:1004-1009 (2001).
21. Kaufmann D, Kelly J, Rosenberg L, Anderson T, Mitchell A. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the US: The Slone Survey. *J Am Med Assoc* 287:337-344 (2002).
22. Khan N, Wilkinson TJ, Sellman JD, Graham P: Patterns of alcohol use and misuse among elderly rest home residents in Christchurch. *New Zealand Med J* 114: 58-61 (2001).
23. Kraus L, Augustin R: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 47 (Sonderheft 1) (2001).
24. Kraus L, Rösner S, Baumeister SE, Pabst A, Steineret S: Epidem Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin. *IFT Berichte Bd. 167, München* (2008).
25. Kufner H: Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53:217-283 (2010).
26. Kuhn S, Haasen Chr: Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg. Hamburg (2009).
27. Larsen P, Hoot Martin J: Polypharmacy and elderly patients. *Assoc Oper Room Nurses J* 63 (1999) (electronic article: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSL/is\\_3\\_69/ai\\_54216921/?tag= mantle\\_skin; content](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_69/ai_54216921/?tag= mantle_skin; content))
28. Lieb B, Rosien U, Bonnet N, Scherbaum N. Alkoholbezogene Störungen im Alter - aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschr Neurol Psychiat* 76:75-85 (2008).
29. Linjakumpu T, Hartkainen S, Klaukka T, et al: Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 55:809-817 (2002).
30. Loya AM, González-Stuart A, Rivera JO: Prevalence of polypharmacy, polyherbacy, nutritional supplement use and potential product interactions among older adults living on the United States-Mexico border: a descriptive, questionnaire-based study. *Drugs & Aging* 26: 423-436 (2009).
31. Moos RH, Schutte KK, Brennan PL, Moos BS: Older Adults alcohol consumption and late-life drinking problems: A 20-year perspective. *Addiction* 104:1293-1302 (2009).
32. Nielsen HW: Sucht im Alter. DHS Jahrestagung 2006. Vortrag ([www.dhs.de/makeit/cms/cms\\_upload/dhs/nielsen\\_hans-wilhelm\\_sucht\\_im\\_alter.pdf](http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/nielsen_hans-wilhelm_sucht_im_alter.pdf)) (2006).
33. Nielsen HW: Sucht im Alter. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe. Poppele G: Alkoholkonsum im Alter. Vortrag zur Fachtagung „Sucht im Alter“ der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen am 12.12.2006 (2006).
34. Nielsen HW: Seminar Seniorenbegleiter. Diakonietexte Materialsammlung 6/2008 (2008).
35. Poppele G. Alkoholkonsum im Alter. Vortrag auf der Fachtagung „Sucht im Alter“ Hamburger Landesstelle für Suchtfragen 12.12.2006 (2006)
36. Rozenfeld S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cadernos de Saúde Pública* 19:717-724 (2003).
37. Satre DD, Mertens JR, Areán PA, Weisner C: [Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program.](#) *Addiction* 99:1286-1297 (2004).
38. Simons LA, Tett S, Simons J, et al: Multiple medication use in the elderly. Use of prescription and non-prescription drugs in an Australian community setting. *Med J Australia* 157:242-246 (1992).
39. Statistisches Landesamt in Schleswig-Holstein und Hamburg: Bevölkerungszahlen von Schleswig Holstein 2010 ([www.statistik-nord.de/daten/](http://www.statistik-nord.de/daten/)) (2010)

40. Veehof L, Stewart R, Haaijler-Ruskamp F, Meyboom-de Jong B: The development of polypharmacy: A longitudinal study. *Family Practice* 17:261-267 (2000).
41. Watzl et al. (1991): Nach: Kraus et al. 2008 (s.o.)
42. Werder S, Preskorn S: Managing polypharmacy: Walking the fine line between help and harm. *Current Psychiatry* 2 (2003) (electronic article: <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=601>)
43. <Geriatr Psy 24(12):1376-1385 (2009).
44. Wittchen H-U, Apelt SM, Soyka M: Versorgungsepidemiologie opiatabhängiger Patienten: Forschungsbedürfnisse und Forschungsbedarf. Vortrag. COBRA - Ein versorgungsepidemiologisches Projekt, München (2010).

**Danksagung:**

Wir danken Frau Heike Walter für die fleißige Eingabe der Daten.