

# Abschlussbericht

## 1. Titel und Verantwortliche

### Titel des Projekts:

Hilfe für ältere Frauen und Männer mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen in einer ländlichen Region: Altkreis Brilon. HAMAB

**Förderkennzeichen: IIA5-2510DSM213**

### Leitung:

Dr. med. Dieter Geyer, Leitender Arzt der Fachklinik Fredeburg

### Projektmitarbeiter:

Die Projektträger Caritas-Verband Brilon e.V., Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH und Fachklinik Fredeburg haben keine neuen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter für das Projekt eingestellt. Die Mittel wurden überwiegend zum Entgelt der Überstunden genutzt, die durch die Teilnahme der Fachkräfte der Einrichtungen der Altenhilfe und der Suchthilfe an den Schulungen entstanden. Auch Hospitationen wurden so ermöglicht. Die wissenschaftliche Evaluation des Projektes wurde vom Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) in der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Michael Klein vorgenommen. Wissenschaftlicher Mitarbeiter und damit Projektmitarbeiter war seit 01.07.2011 Herr Dipl. Psychologe Karsten Keller in Nachfolge von Frau Dr. Ines Schaubig-Busch, die seit dem 01.01.2011 mitarbeitete.

### Kontaktdaten:

Dr. med. Dieter Geyer, Zu den drei Buchen 1, 57392 Schmallebenberg, Fon: 02974/72-3600, Fax: 02974/72-3706, E-Mail: dieter.geyer@fachklinik-fredeburg.de

### Laufzeit:

Zwei Jahre.

Finanzielle Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit

## 2. Inhaltsverzeichnis

- 1 Titel und Verantwortliche
- 2 Inhaltsverzeichnis
- 3 Zusammenfassung

- 4 Einleitung
  - 4.1 Epidemiologie
  - 4.2 Behandlung älterer Menschen mit Substanz bezogenen Störungen
  - 4.3 Unterversorgung älterer Menschen mit Substanz bezogenen Störungen
  - 4.4 Ziele des Modellprojektes HAMAB
  - 4.5 Modellregion und regionaler Versorgungsbedarf
  - 4.6 Regionale Suchthilfe und regionale Altenhilfe. Die regionalen Projektträger
  - 4.7 Projektstruktur
    - 4.7.1 Projektphasen
- 5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik
  - 5.1 Meilensteine
  - 5.2 Wissenschaftliche Evaluation
- 6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
  - 6.1 Vergleich des Projektverlaufs zum Projektplan
  - 6.2 Positive und negative Erfahrungen
- 7 Ergebnisse
  - 7.1 Schulungen
    - 7.1.1 Basisschulungen Altenhilfe
    - 7.1.2 Basisschulungen Suchthilfe
    - 7.1.3 Schulungen der Beauftragten
    - 7.1.4 Teilnahme an den Schulungen
      - 7.1.4.1 Auswertung der Teilnehmerlisten
      - 7.1.4.2 Auswertung der Fragebögen im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation
    - 7.1.5 Wissenschaftliche Evaluation der Schulungen
      - 7.1.5.1 Beschreibung der Stichprobe
      - 7.1.5.2 Interesse und Erwartungen an die Schulungen
      - 7.1.5.3 Bewertungen der Schulungen

- 7.1.5.4 Erworbenes Wissen zum Thema Alter und Substanz bezogene Störungen
- 7.1.5.5 Umsetzung erlernter Schulungsinhalte
- 7.1.5.6 Interesse am Thema und an der Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe
- 7.2 Fachkonferenzen
  - 7.2.1 Teilnahme
  - 7.2.2 Bewertung
  - 7.2.3. Inhalte
    - 7.2.3.1 Kriterien Handlungsbedarf
    - 7.2.3.2 Handlungsanweisung
    - 7.2.3.3 Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen
    - 7.2.3.4 Fälle
      - 7.2.3.4.1 Alkohol
      - 7.2.3.4.2 Medikamente
- 7.3 Ausstellung
  - 7.3.1 Entwicklung und Bau
  - 7.3.2 Ausstellungen in der Modellregion
  - 7.3.3 Überregionale Ausstellungen
  - 7.3.4 Bewertung
- 7.4. Nachbefragung Frühjahr 2013
  - 7.4.1 Befragung der Teilnehmenden der Schulungen „Basisqualifikation“
    - 7.4.1.1 Beschreibung der Stichprobe
    - 7.4.1.2 Ergebnisse
  - 7.4.2 Befragung der Beauftragten
- 8 Diskussion der Ergebnisse
  - 8.1 Schulungen
  - 8.2 Beauftragte
  - 8.3 Fachkonferenz

- 8.4      Verfahrensanleitung zum Umgang mit Substanz bezogenen Störungen in der Altenpflege
- 8.5.     „Suchtpolitik“ in Einrichtungen der Altenhilfe
- 8.6.     „Alterspolitik“ in Einrichtungen der Suchthilfe
- 8.7      Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Ausstellung
- 8.8      Fallarbeit
- 8.8.1    Alkohol bezogene Störungen
- 8.8.2    Medikamenten bezogene Störungen
- 8.9      Gesamtbeurteilung
- 9        Gender Mainstreaming Aspekte
- 10      Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse
- 11      Verwertung der Projektergebnisse
- 11.1     Nachhaltigkeit
- 11.2     Transferpotenzial
- 11.3     Auswirkungen der Projektergebnisse auf die Pflege
- 11.4     Weiterführende Fragestellungen
- 12      Literaturverzeichnis

### **3. Zusammenfassung**

In einer ländlichen Region, dem Altkreis Brilon im Hochsauerlandkreis in Nordrhein-Westfalen mit etwa 90.000 Einwohnern wurde in der Zeit vom 01.11.2010 bis 31.10.2012 unter Trägerschaft des regionalen Trägers der ambulanten Suchthilfe (Caritas Brilon), einer Rehabilitationsklinik für Suchtkranke mit Erfahrung in der Behandlung älterer Abhängiger (Fachklinik Fredeburg) und einem Träger für ambulante und stationäre Altenhilfe (Caritas Alten- und Krankenpflege Brilon) ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt zu „Sucht und Alter“ durchgeführt. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgte durch das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) in der Katholischen Hochschule NRW, Köln. Mit insgesamt 366 Personen (327 MitarbeiterInnen der ambulanten und stationären Altenhilfe sowie der ambulanten Suchthilfe und 39 MitarbeiterInnen der stationären Suchthilfe) wurde ein großer Teil aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen in Schulungen sensibilisiert Alkohol und Medikamenten bezogene Störungen älterer Personen wahrzunehmen und auffällige Konsummuster zu dokumentieren. Sie wurden in einer an die Motivierende Gesprächsführung angelehnten Gesprächstechnik

trainiert, um ihre PatientInnen, KlientInnen oder BewohnerInnen zu einer Verhaltensänderung anregen zu können. Für jede Einrichtung (zwei Altenpflegeheime, sechs Sozialstationen, eine Einrichtung zur Tagespflege, eine Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, eine Rehabilitationsklinik) wurde ein/eine Beauftragte/r aus dem Kreis der leitenden MitarbeiterInnen benannt und umfassend geschult. Diese Beauftragten wurden in einer sog. Fachkonferenz unter Leitung der Projektkoordinatoren zusammengefasst. In neun Konferenzen wurden die Arbeitsabläufe konkreter Fallarbeit abgestimmt und eine Verfahrensanweisung für das Vorgehen in der Altenhilfe erarbeitet, die anschließend verbindlich in das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen eingeführt wurde. Ferner erfolgte in den Fachkonferenzen eine interdisziplinäre Fallarbeit. Um auch die Öffentlichkeit auf das bedeutende Thema Substanz bezogener Störungen im Alter zu informieren, wurde eine Ausstellung entwickelt und während der Projektlaufzeit je zwei Wochen in drei Städten in öffentlichen Räumen präsentiert.

Die Ziele des Projekts HAMAB konnten gut umgesetzt werden. Nach Abschluss des Projekts kennen nahezu 99% aller MitarbeiterInnen das Projekt, 36,2% der MitarbeiterInnen der Altenhilfeeinrichtungen waren zumindest an einer Fallarbeit bei Substanz bezogenen Störungen beteiligt. Fast 70% geben an, dass das Projekt HAMAB ihren Arbeitsalltag erleichtere. Die Verankerung Substanz bezogener Vorgehensweise im QM-System führte zu einer nachhaltigen Beschäftigung mit der Thematik. Neue MitarbeiterInnen werden von den Suchtbeauftragten der Altenhilfe zum Thema sensibilisiert und über die etablierte vernetzte Arbeitsweise informiert. Die Fortsetzung der Fachkonferenzen über das Ende des Modellprojekts wurde als zu aufwendig eingeschätzt. Alternativ wurden regelmäßige Treffen der Leitung der Altenhilfe mit den Leitungen der ambulanten und stationären Suchthilfe vereinbart. Für PatientInnen oder BewohnerInnen der Altenpflege mit Alkohol bezogenen Störungen konnten Interventionen zur Risikominimierung erfolgreich implementiert werden. Hingegen konnten keine praxistaugliche Verfahrensweisen entwickelt werden, den in der stationären Altenpflege häufigen nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zu verringern. Diesbezüglich wird angeregt, den Einbezug des Apothekers und die Anwendung von Prüfalgorithmen zu erproben.

Die Wirksamkeit der Ausstellung konnte nicht evaluiert werden.

## **4. Einleitung**

### **4.1 Epidemiologie Alkohol und Medikamenten bezogener Störungen älterer Personen**

Alkoholbezogene Störungen sind auch bei älteren Menschen häufig (Breslow et al. 2003, Schäufele 2009a) und können mit schweren somatischen und psychischen gesundheitlichen Störungen assoziiert sein. Sie werden aber seltener als bei Jüngeren erkannt und einer Behandlung zugeführt (Dar 2006, Royal College of Psychiatrists 2011). Zugleich steigt die Zahl der älteren Menschen und die jetzt ins Alter kommenden Generationen weisen einen höheren durchschnittlichen Alkoholkonsum auf als ihre Vorgängergenerationen (Ettrich & Fischer-Cyrlus 2005). Mit einer absoluten und relativen Zunahme alkoholbezogener Störungen ist daher zu rechnen (Schäufele 2009b). Derzeit betreiben etwa 26% der Männer und 8% der Frauen über 60 Jahre einen riskanten Alkoholkonsum (Kraus & Augustin 2005).

Ca. 400.000 Frauen und Männer über 60 leiden unter einem „Alkoholproblem“, sind also alkoholabhängig oder weisen einen schädigenden Alkoholkonsum auf (2-3% aller Männer und 0,5 -1% aller Frauen dieser Altersstufe, Kraus & Augustin, 2005).

Medikamentenbezogene Störungen nehmen mit dem Lebensalter zu. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht von 1 bis 2 Millionen Älteren mit einem problematischen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten bzw. von Schmerzmitteln aus (<http://www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=6>). Zwei Drittel aller Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial werden dabei an Frauen (Glaeske 1996), ebenso zwei Drittel an Personen über 60 Jahre (Holzbach et al. 2010) verordnet. Institutionalisierte ältere Frauen und Männer erhalten häufiger Sedativa als selbständig lebende (Melchinger 1993). So nahmen 13,2% der über 70-jährigen in Berliner Heimen Lebenden regelmäßig Benzodiazepine (Helmchen et al. 1996). Auch der Schmerzmittelgebrauch Älterer nimmt zu. Der gemeinsame Konsum von Alkohol und Medikamenten tritt bei alten Menschen gehäuft auf (Moore & O’Keeffe 1999).

Der Alkoholkonsum nimmt ab etwa dem 60. Lebensjahr in beiden Geschlechtern signifikant ab (Moos et al. 2004) und die Abstinenzraten nehmen ab dem 75. Lebensjahr vor allem bei Frauen zu. Individuell riskante Trinkmuster erweisen sich jedoch stabiler als risikoarme und im Alter mit einem zunehmenden gesundheitlichen Risiko verbunden. Nach Rumpf und Weyerer (2006) sind etwa 25% der Männer und 5% der Frauen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe alkoholabhängig. Zudem sind sie zum Eintrittszeitpunkt deutlich jünger als nicht Alkoholranke (62 gegenüber 78 Jahre). Sie stehen häufiger unter gesetzlicher Betreuung und verfügen über geringere soziale Ressourcen. Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erhobene Repräsentativbefragung von 1000 ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe errechnete, dass nach den Angaben der Pflegepersonen etwa 14% der zu Pflegenden an substanzbezogenen Störungen litten, Männer und jüngere Pflegebedürftige eher an alkoholbezogenen, Frauen und höher betagte Pflegebedürftige eher an medikamentenbezogenen Störungen. (Kuhn & Haasen 2009).

Mit dem Altern verändern sich Körperaufbau und Stoffwechselfvorgänge, die in der Summe dazu führen, dass Pharmaka und Suchtmittel rascher zu einer Intoxikation führen und ihre Wirkung länger andauert. Dies führt bei nicht angepasster Konsummengen zu einer Verschlechterung mit dem Alter assoziierter Erkrankungen wie z.B. Bluthochdruck und Diabetes mellitus, zu einem erhöhten Risiko psychiatrischer (z.B. Depressionen, Angststörungen, Demenzen) und körperlicher (z.B. Leber, Bauchspeicheldrüse, Blutbildung) Erkrankungen, zu einem erhöhtem Sturzrisiko, zu nachlassender körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit mit Hirnleistungsstörungen, besonders Einschränkungen der Gedächtnisleistung, zu Fehlernährung, und in ausgeprägten Fällen zu völliger Verwahrlosung (Watson et al. 2013) Interaktionen von Alkohol mit Arzneimittel sind bei älteren Personen ebenfalls häufiger als bei jüngeren (NICE CG 115 2011). In der Summe führt der problematische Konsum von Alkohol, Beruhigungs- und Schmerzmitteln älterer Frauen und Männer zu einer erhöhten Erkrankungsrate, zu frühzeitiger Immobilität, dem Verlust von Selbständigkeit und zu früherem Ableben. Ein erheblicher Anteil von Abhängigkeitserkrankungen älterer Frauen und Männer entwickelt sich erst mit dem Altern. Dem späteren Beginn der Störung wird eine höhere Behandlungssadhärenz und damit eine bessere Prognose zugeschrieben (Welte & Mirand 1995). Häufig spielen relativ spezifische

Komponenten in der späten Krankheitsentwicklung eine Rolle. Nach langjährigem Berufsleben und guter sozialer Integration stellen unerwarteter Arbeitsplatzverlust, Berentung bzw. Pensionierung und der damit verbundene Verlust an Wertschätzung, der Tod, eine lange Erkrankung oder die Pflege des Partners oder eines Elternteils häufige äußere Anlässe zu gesteigertem Alkoholkonsum oder zur Einnahme von Sedativa und der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung dar (Voßmann & Geyer 2006). Auch Spätfolgen früher erlittener psychischer Traumata sind häufig (Radebold 2004, Fischer et al. 2006) und können ebenso wie erworbene kognitive Störungen ein Risiko für den schädlichen Gebrauch von Alkohol, Sedative und Hypnotika im Alter darstellen. Als eine Ursache des problematischen Gebrauchs von Sedativa und Hypnotika bei Hochbetagten ist ein nicht adäquates Verordnungsverhalten der Ärzte zu vermuten.

#### **4.2 Behandlung älterer Menschen mit Substanz bezogenen Störungen**

Vielfach herrscht eine resignative Haltung gegenüber älteren Personen mit Substanz bezogenen Störungen vor (Royal Collage of Psychiatrists 2011). Bei ihnen wird nach Diagnose einer substanzbezogenen Störung seltener als bei Jüngeren eine Behandlung empfohlen (Curtis et al. 1989). Hierfür gibt es aber keine sachliche Begründung. Zwar ist die Evidenz der Behandlungseffektivität Älterer aufgrund fehlender Studien geringer als bei Jüngeren. Allgemein wird aber von einer Wirksamkeit der Suchtbehandlung auch bei älteren Personen ausgegangen (Satre et al. 2003, Oslin et al. 2005, American Psychiatric Association 2006, Lieb et al. 2008, Rumpf et al. 2009, NICE CG 115 2011). Am besten belegt ist der Nutzen der Kurzintervention (VaDoD 2009). Auch konnte gezeigt werden, dass proaktive, einfache Interventionen, z.B. der einfache Rat, das Trinken zu beenden, bei Älteren besonders gute Erfolgsaussichten haben (Blow & Barry 2002, Fleming et al. 2002). Einige Veröffentlichungen beschreiben die Inhalte spezifisch für ältere Personen mit substanzbezogenen Störungen adaptierten intensiveren Behandlungen (Quinten & Grönle-Jeuck 2002, Benschhoff & Harrawood 2003, Voßmann & Geyer 2006), in denen typische Lebensbedingungen und Themen älterer Menschen (Vereinsamung, Verlusterlebnisse, veränderte Beziehungsgestaltung im Alter u.a.) berücksichtigt und eine klare und geregelte Tages- und Wochenstruktur sowie Möglichkeiten zur körperlichen, intellektuellen oder kreativen Beschäftigung geboten werden (Geyer et al. 2006). Eine nicht konfrontative Haltung und vermehrte Teilnahme an „peer-groups“ wurden als hilfreich beschrieben (Kashner et al. 1992). Jüngere Erfahrungsberichte befürworten eine gemeinsame Behandlung mit Gleichaltrigen (Quinten & Grönle-Jeuck 2002, Voßmann & Geyer 2006).

#### **4.3 Unterversorgung älterer Menschen mit Substanz bezogenen Störungen**

Ältere Personen sind bislang in Behandlungen unterrepräsentiert. So waren 2010 nur 10,9% der in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen des Fachverbandes Sucht behandelten Personen 61 Jahre und älter (Lange et al. 2011), von den stationären Patienten waren nur 7,2 % über 60 Jahre alt, darunter 3,2 % über 65 Jahre (Bachmeier et al. 2011).

Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die ambulanter oder stationärer Pflege (im Sinne der Pflegeversicherung) bedürfen, können in der Regel an Suchtbehandlungen, wie sie derzeit vorgehalten werden, nicht teilnehmen. Es besteht eine erhebliche Versorgungslücke. Wie die Befragung von Kuhn und Haasen zeigte, fühlen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenhilfe nicht gerüstet, suchbezogene Symptome zu erkennen und die Betroffenen adäquat anzusprechen (Kuhn & Haasen 2009).

Die beschriebene Unterversorgung älterer Menschen mit substanzbezogenen Störungen und vor allem das Fehlen geeigneter und standardisierter Interventionen im Feld der Altenhilfe bewegte das Bundesministerium für Gesundheit, einen Förderschwerpunkt zur Qualifizierung Vernetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Alten- und Suchthilfe und zu deren dauerhaften Vernetzung zu setzen.

#### **4.4 Ziele des Modellprojektes HAMAB**

Um die Grundlagen zur Schließung der dargelegten Versorgungslücke zu legen und damit mittelfristig zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen in der Modellregion beizutragen, sollten zunächst alle MitarbeiterInnen der Institutionen der Altenhilfe (Pflegekräfte und Hauswirtschaftskräfte) für die Bedeutung und die praktischen Auswirkungen Substanz bezogener Störungen älterer Menschen sensibilisiert werden.

Im zweiten Schritt sollten praktische Fähigkeiten vermittelt werden, substanzbezogene Störungen zu erkennen und änderungsbezogen anzusprechen. Zur Vorbereitung einer geregelten Zusammenarbeit sollten die MitarbeiterInnen der Altenhilfe über die bestehenden regionalen Versorgungsnetzwerke der Suchthilfe informiert werden. Ebenso sollten die MitarbeiterInnen der Suchthilfe für die spezifischen Bedarfe älterer KlientInnen bzw. PatientInnen sensibilisiert und über die Versorgungsstrukturen und Arbeitsweisen der ambulanten und stationären Altenhilfe informiert werden. In praktischen Übungen sollten altersgerechte Interventionen und eine altersgerechte Behandlungsplanung geübt werden.

Über die Schulung sogenannter Beauftragter (Suchtbeauftragte in der Altenhilfe, Altersbeauftragte in der Suchthilfe) und die Zusammenführung in einer Fachkonferenz (Fallkonferenz, Vernetzungskonferenz) sollte eine Vernetzung und dauerhafte Kooperation der beiden Hilfssysteme implementiert werden. Die Beauftragten sollten ferner befähigt werden, nach Abschluss der Projektphase in der Einarbeitung neuer Mitarbeiter die Schulung zur Thematik älterer Menschen mit substanzbezogenen Störungen zu übernehmen, sie über die etablierte standardisierte Zusammenarbeit zu informieren und die dauerhafte Zusammenarbeit sicherzustellen.

Darüber hinaus war ein Ziel von HAMAB mit der Erstellung einer Wanderausstellung ein Medium zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu schaffen.

Tab. 1 Projektziele HAMAB

---

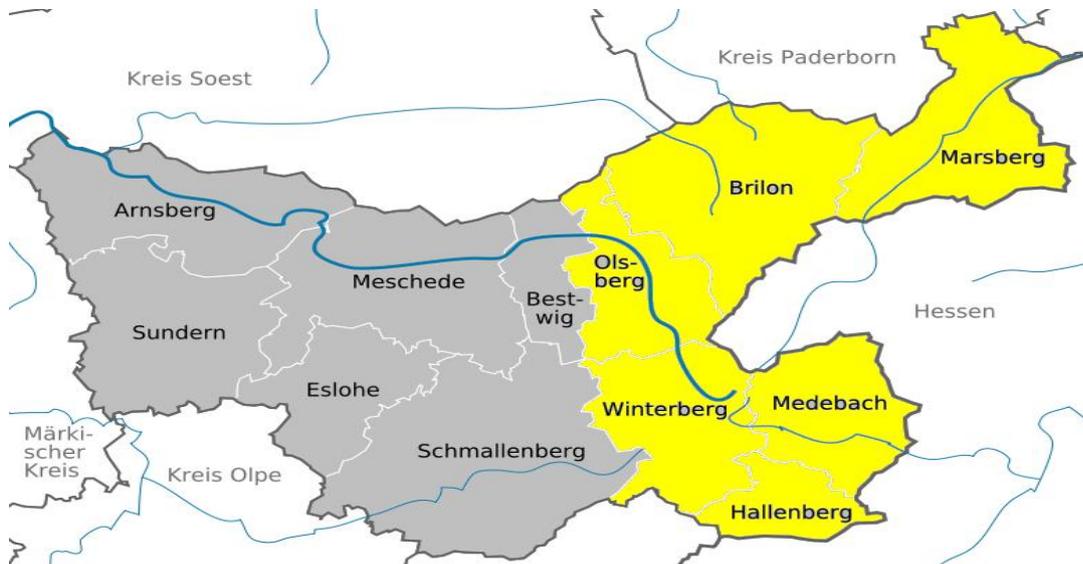
- Sensibilisierung und Fortbildung der MitarbeiterInnen der ambulanten und stationären Altenhilfe zur Bedeutung Substanz bezogener Störungen älterer Frauen und Männer (insbesondere Alkohol, Sedativa, Hypnotika, Analgetika) und den in der Region vorhandenen Hilfsmöglichkeiten
  - Sensibilisierung und Fortbildung der MitarbeiterInnen der ambulanten und stationären Suchthilfe zu den spezifischen Bedarfen älterer suchtkranker Frauen und Männer und den in der Region vorhandenen Hilfsmöglichkeiten der Altenhilfe
  - Implementierung sog. „Suchtbeauftragter“ in den beteiligten Einrichtungen der Altenhilfe
  - Implementierung sog. „Altersbeauftragter“ in den am Projekt beteiligten Einrichtungen der Suchthilfe
  - Regelmäßige Fachkonferenzen der Beauftragten
  - Gemeinsame Fallarbeit
  - Implementierung einer standardisierten Fortbildung zum Thema Substanz bezogener Störungen älterer Frauen und Männer in der Einarbeitungsphase neuer MitarbeiterInnen der ambulanten und stationären Altenhilfe (obligater Bestandteil des internen QM)
  - Entwicklung einer informativen Ausstellung zum Thema (Sensibilisierung der Öffentlichkeit)
- 

#### **4.5 Modellregion und regionaler Versorgungsbedarf**

Die Modellregion „Altkreis Brilon“ liegt im Hochsauerlandkreis im Südwestfalen, Bundesland Nordrhein-Westfalen. Die beteiligten Projektträger sind an der regionalen Versorgung Suchtkranker beziehungsweise der regionalen Altenhilfe beteiligt. In der Modellregion wohnen auf einer Fläche von ca. 870 Quadratkilometern rund 95.000 Einwohner. Sie verteilen sich auf die Städte Brilon, Hallenberg, Marsberg, Medebach, Olsberg und Winterberg und den dazu gehörigen Dörfern. Die größte Stadt ist Brilon mit 26.700 Einwohnern. Geht man von einer nicht vom deutschen Durchschnitt abweichenden epidemiologischen Situation aus, so errechnen sich für den Altkreis Brilon etwa 460 alkoholabhängige und etwa 1.300 bis 2.250 älterer Frauen und Männer mit einer Medikamentenabhängigkeit. Die Zahl der Älteren mit schädlichem und riskantem Konsum ist weit höher.

Modellprojekt **HAMAB**: Hilfe für ältere Frauen und Männer mit **A**lkohol und **M**edikamenten bezogenen Störungen in einer ländlichen Region – **Altkreis Brilon**. Projektträger: Caritasverband Brilon e.V., Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH, Fachklinik Fredeburg und Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung in der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Projektverantwortlicher: Dr. med. Dieter Geyer. Zu den drei Buchen 1 57392 Schmallenberg  
Förderkennzeichen: IIA5-2510DSM213

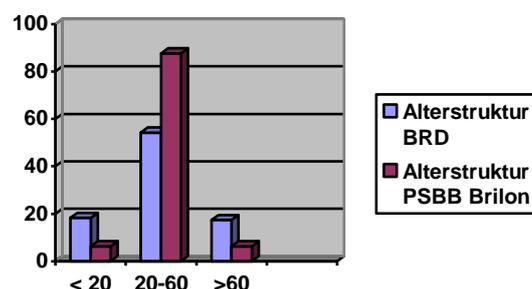
Abb. 1 Modellregion: Altkreis Brilon im Hochsauerlandkreis, NRW



#### 4.6 Regionale Sucht- und Altenhilfe. Die regionalen Projektträger

Die ambulante Suchtkrankenversorgung (Prävention, Beratung, ambulante Rehabilitation, ambulanter Teil der ambulant/stationären Kombinationsbehandlung, Nachsorge nach stationärer Rehabilitation) wird ganz überwiegend von der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle der Caritas Brilon geleistet, in geringem Umfang ergänzt vom sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes. Der Sitz der PSBB ist Brilon, in den Städten Winterberg und Marsberg werden Außensprechstunden angeboten. Pro Jahr werden etwa 550 Personen beraten, 80 Personen in stationäre Entgiftung vermittelt, 35 Personen ambulant rehabilitiert und etwa 50 Personen in stationäre Rehabilitation (Kombinationsbehandlung, stationäre Rehabilitation) vermittelt. Das Angebot des aufsuchenden betreuten Wohnens wird ebenso vorgehalten wie eine in Trägerschaft der Caritas befindliche stationäre Einrichtung für betreutes Wohnen in Winterberg. Ältere Suchtkranke sind bislang in der ambulanten Rehabilitation unterrepräsentiert.

Abb. 2 Altersstruktur der Klienten der PSBB Brilon im Vergleich zur BRD 2009

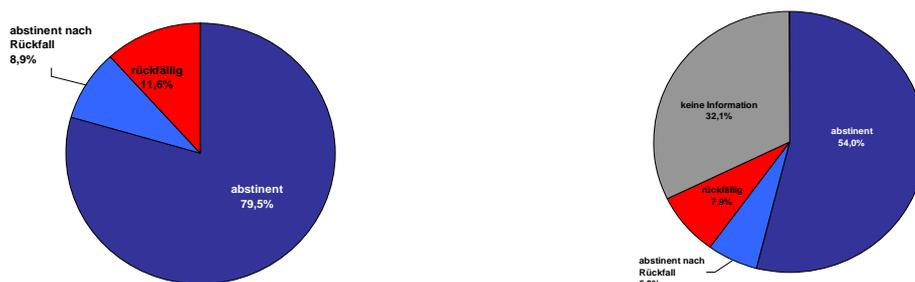


Auf ihre besonderen Bedarfe ausgerichtete Angebote gibt es noch nicht. Die PSBB des Caritasverbandes Brilon hat 7 MitarbeiterInnen, davon 4 Diplom -SozialarbeiterInnen und eine Diplom-Psychologin. Die fachpsychiatrische Betreuung erfolgt durch eine Honorarkraft in Person des Projektkoordinators. Die PSBB Brilon versorgt über den Altkreis Brilon hinaus den Hochsauerlandkreises mit Ausnahme der Region Arnsberg / Sundern.

Die akutmedizinische Versorgung Suchtkranker erfolgt durch die niedergelassenen Ärzte, die in der Region befindlichen Akutkrankenhäuser und durch die LWL Klinik Marsberg mit dem Angebot für qualifizierte Entgiftung von Alkohol, Medikamenten und illegalisierten Drogen. Sie hält eine Abteilung für Gerontopsychiatrie vor.

Die stationäre medizinische Suchtrehabilitation der BewohnerInnen des Altkreises Brilon wird überwiegend in einem Kooperationsverbund, dem neben der PSBB Brilon die PSBB Olpe, der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Olpe und neben der Fachklinik Fredeburg die Kliniken Brilon Wald in Brilon und Spielwigge in Lüdenscheid angehören, durchgeführt. Ältere Suchtkranke werden in der in Schmallebenberg-Bad Fredeburg, ebenfalls im Hochsauerlandkreis befindlichen Fachklinik Fredeburg rehabilitiert. Sie verfügt über 244 Behandlungsplätze, davon 48 für ältere suchtkranke Frauen und Männer. Von den etwa 1000 Patientinnen und Patienten, die pro Jahr behandelt werden, sind 180 bis 200 Frauen und Männer über 60 Jahre alt. Das Einzugsgebiet ist überregional. Etwas mehr als zwei Drittel der PatientInnen kommen aus Nordrhein-Westfalen. 1978 wurde das bundesweit erste Rehabilitationskonzept für ältere Personen mit substanzbezogenen Störungen entwickelt und, zunächst als Modellprojekt umgesetzt. Inzwischen widmet sich eines von fünf Behandlungsteams mit vier Behandlungsgruppen der in der Klinik so genannten „Seniotherapie“, wobei die Gruppen nach dem Alter und dem jeweiligen Behandlungsbedarf zusammengesetzt sind. Die Patientinnen und Patienten einer Gruppe (65 +) sind regelhaft durchschnittlich älter als 70 Jahre. Der Ablauf der Behandlung älterer Suchtkranker und die Behandlungsergebnisse wurden wiederholt publiziert (Voßmann & Geyer 2006, Geyer 2008, 2009, 2012). Die Behandlungsergebnisse und die Abstinenzquote ein Jahr nach Entlassung werden in regelmäßigen Untersuchungen überprüft. Die Abstinenzquote der Älteren übersteigt die der Jüngeren.

Abb. 3 Abstinenz 1 Jahr nach Entlassung, Pat. FK Fredeburg > 60 J, Jahrgänge 2003 und 2004, links DGSS 2 (N = 146, nur Antwortende, reguläre und irreguläre Entlassung) , rechts DGSS 4 (N = 215, alle Pat. der Jahrgänge)



Die Caritas Brilon ist in der Region der größte Anbieter für Leistungen der Altenhilfe. Sie unterhält in den Städten Brilon (80 Plätze in vier Wohnbereichen) und Hallenberg (44 Plätze) Pflegeheime. Die Bewohner sind in unterschiedlichem Ausmaß pflegebedürftig. Dementielle Erkrankungen stehen wie in den meisten Pflegeheimen im Vordergrund. Bislang werden Suchterkrankungen nicht gesondert berücksichtigt. Eine im Vorfeld des Projektes durchgeführte nicht repräsentative informelle Befragung von AltenpflegerInnen zeigte eine mit den Ergebnissen der Befragung von Kuhn und Haasen vergleichbare Bedarfslage und ein hohes Interesse an Schulung über Substanz bezogene Störungen bei älteren Personen auf. Der Zuwachs an Kenntnissen und Fähigkeiten im Umgang mit durch Substanzkonsum verursachten Problemen wurde als wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt. Die ambulante aufsuchende Altenhilfe wird durch fünf Sozialstationen in den Städten Brilon, Olsberg, Medebach, Winterberg (mit Hallenberg) und Marsberg sichergestellt. In Kooperation mit der Diakonie erstreckt sich der Versorgungsauftrag auf den Hochsauerlandkreis Ost und die angrenzenden Gebiete der hessischen Region Waldeck. Derzeit werden in der Modellregion etwa 550 PatientInnen sowie 150 Betreute versorgt. Neben der qualifizierten Alten- und Krankenpflege wird auch qualifizierte Palliativpflege und modernes Wundmanagement angeboten. Die hauspflegerische Versorgung wird von HauspflegehelferInnen durchgeführt. Daneben werden Urlaubs- oder Verhinderungspflege, Beratungen, Schulungen und Kurse für pflegende Angehörige angeboten. Ebenso sind 24 Stunden Betreuungen und Nachtbetreuung möglich. Das Tagespflegehaus der Caritas in Brilon verfügt über 12 Plätze. In den Diensten der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege der Caritas Brilon sind über 360 MitarbeiterInnen beschäftigt. Die größte Berufsgruppe ist die der Pflegefachkräfte. Daneben setzen sich die multiprofessionellen Teams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauswirtschaft, der Hauspflegehilfe, der Haustechnik und der Verwaltung zusammen. Begleitend versorgt der Caritasverband Brilon mit dem Dienst „Essen auf Rädern“ Tischgäste im Altkreis Brilon. 250 Bewohner der Region sind mit einem Hausruf versorgt. Die professionelle Altenhilfe kooperiert mit einer großen Anzahl ehrenamtlicher HelferInnen, die z.B. Hausbesuche bei alten oder kranken Bürgern machen, Seniorennachmittage gestalten und Treffen pflegender Angehöriger organisieren.

#### **4.7 Projektstruktur**

Das Modellprojekt wurde unter Federführung des Projektverantwortlichen Dr. Dieter Geyer gemeinsam mit dem Leiter der ambulanten Suchthilfe Theo Köhler und der Leiterin der ambulanten und stationären Altenhilfe Karen Mendelin entwickelt. Sie bildeten den sog. Lenkungsausschuss. Dieser tagte nach Bedarf. Er überwachte den Verlauf des Modellprojekts, organisierte die geplanten Qualifizierungsmaßnahmen und supervidierte die sog. Fachkonferenz. Diese setzte sich aus den Suchtbeauftragten der Institutionen der Altenhilfe und den Altersbeauftragten der Institutionen der Suchthilfe zusammen. Durch die regelmäßigen Fachkonferenzen sollte sich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit der in den beteiligten Institutionen an verantwortlicher Stelle Arbeitenden ergeben. Die Sicherstellung von Mindestqualifikationen und die Einführung verbindlicher Kommunikations- und Handlungsstrukturen sollten gewährleistet, typische Problemkonstellationen identifiziert werden. Diagnostische und lösungsorientierte Interventionen in den Institutionen der Altenhilfe und die Berücksichtigung der spezifischen Bedarfe älterer Suchtkranker in der

ambulanten Suchtkrankenversorgung sollten gefördert werden. Dies sollte durch die konkret vernetzte Fallarbeit ermöglicht werden. Bei Bedarf sollte ein Case-Management zur Steuerung der Interventionen bei Klienten der Altenhilfe, die zur Verbesserung ihrer substanzbezogenen Störung nicht ausschließlich mit Mitteln der Altenhilfe betreut werden können, eingeführt werden. Die Arbeit der Fachkonferenz sollte sich dabei nach dem Prinzip des lernenden Systems organisieren. Die gewählten Ansätze und die Vernetzungsstruktur sollten kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

#### **4.7.1 Projektphasen**

Das Modellprojekt HAMAB gliederte sich in drei unterschiedlich lange Projektphasen. Für die Phasen eins und drei waren je sechs Monate vorgesehen, für die Phase zwei 12 Monate.

*Projektphase 1, Start bis Monat 6. Verantwortlich: Lenkungsausschuss (Projektbeauftragter, Verantwortliche für die Altenhilfe und Suchthilfe)*

In der ersten Phase sollten die MitarbeiterInnen der beteiligten Institutionen geschult werden. Die Suchtbeauftragten der Institutionen der Altenhilfe (7 bis 10 Personen, für jede Institution mindestens ein/e Beauftragte/r) und die Altersbeauftragten der Institutionen der Suchthilfe (2 Personen, für jede Institution ein/e Beauftragte/r) sollten benannt und intensiv qualifiziert werden. Die Fachkonferenz (Vernetzungskonferenz) sollte ihre Arbeit aufnehmen. Die Fachkonferenz der Beauftragten sollte von den Mitgliedern des Lenkungsausschusses initiiert und begleitet werden. Da bislang keine Evidenz oder etablierte Vorgehensweisen für Substanz bezogene Störungen in der Altenhilfe vorliegen, sollten nach Kennenlernen der jeweiligen konkreten Arbeitsweisen und Strukturen der Einrichtungen der Altenhilfe in der Fachkonferenz Handlungsoptionen erarbeitet werden. Die Suchthilfe sollte sich für die ältere Bevölkerung der Region öffnen.

In Projektphase 1 sollte die Wanderausstellung angefertigt werden.

*Projektphase 2, Monat 7 bis 18. Verantwortliche: Mitglieder des Lenkungsausschusses und die Suchtbeauftragten der Einrichtungen der Altenhilfe und die Altersbeauftragten der Einrichtungen der Suchthilfe*

Wiederholungsschulungen sollten die Basisqualifikation im Umgang mit Substanz bezogenen Störungen älterer Frauen und Männer vertiefen. Die erfolgte Sensibilisierung aller MitarbeiterInnen für problematischen Alkohol- und Medikamentenkonsum älterer Menschen sollte es erleichtern, entsprechende Fallkonstellationen aus den Einrichtungen in die Fachkonferenz zu bringen. Die Beauftragten sollten gemeinsam neue Sichtweisen und Optionen erarbeiten und erproben. Die oft durch erheblichen Zeitdruck geprägte und auf schnelle Hilfe orientierte Vorgehensweise der Altenpflege sollte eine Ergänzung durch die auf einen Änderungsprozess fokussierte Arbeitsweise der Suchttherapie erfahren. Umgekehrt sollten Suchttherapeuten von der Versorgungskompetenz der Altenhilfe lernen, den konkreten Hilfebedarf älterer Menschen mit Substanz bezogenen Störungen besser in ihre Beratung und Behandlung einzuplanen. Dieser Prozess sollte von den langjährig in der Leitung von Arbeitskreisen und Gesprächsgruppen erfahrenen Mitgliedern des

Modellprojekt **HAMAB: Hilfe für ältere Frauen und Männer mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen** in einer ländlichen Region – Altkreis **Brilon**. Projektträger: Caritasverband Brilon e.V., Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH, Fachklinik Fredeburg und Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung in der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Projektverantwortlicher: Dr. med. Dieter Geyer. Zu den drei Buchen 1 57392 Schmallenberg  
Förderkennzeichen: IIA5-2510DSM213

Lenkungsausschusses begleitet bzw. supervidiert werden. Die konkrete gegenseitige Vermittlung und gemeinsame Betreuung Betroffener sollte gefördert werden.

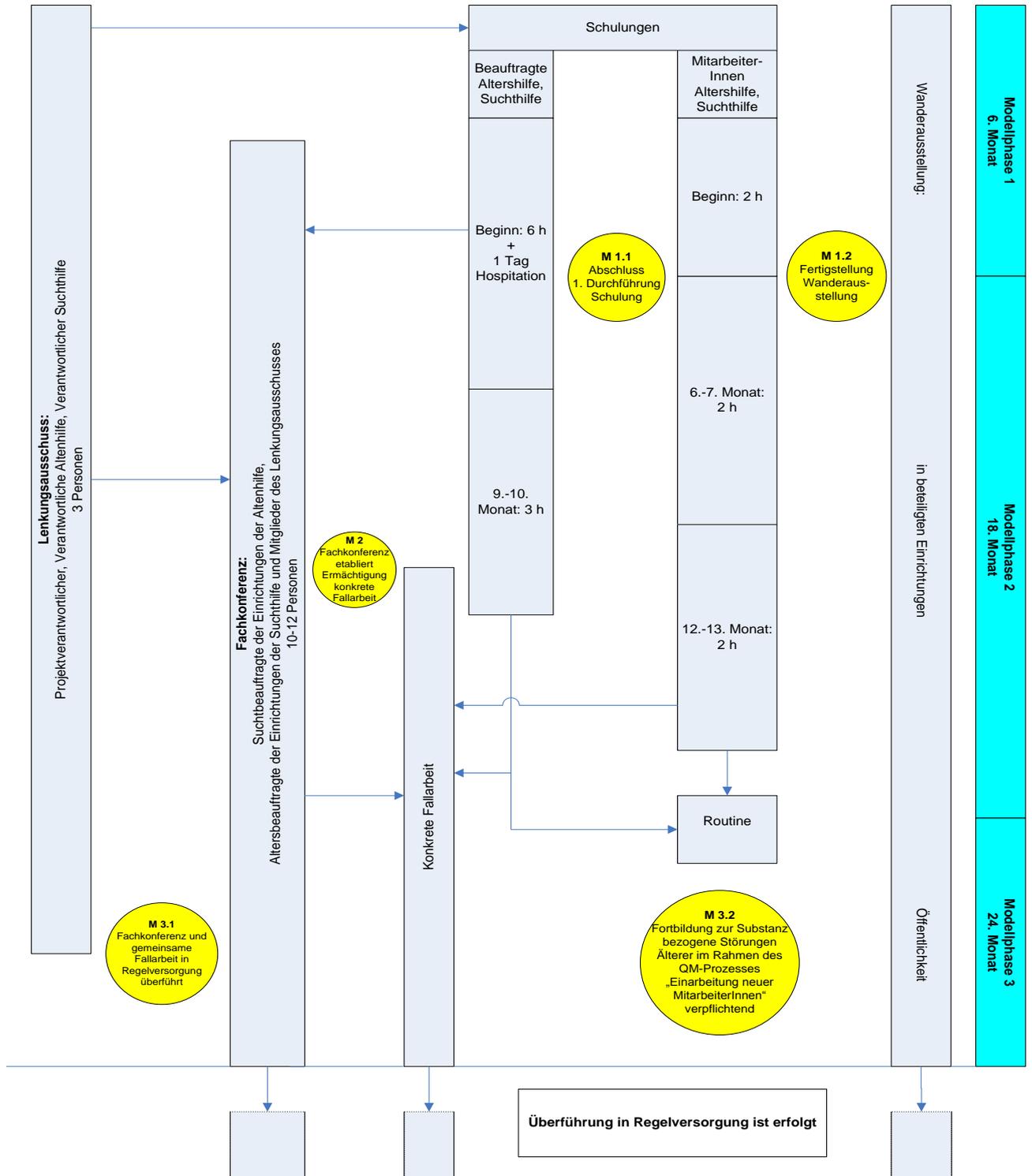
Der Informationsstand (Wanderausstellung) sollte zur Sensibilisierung der MitarbeiterInnen des medizinischen Versorgungssystems und der Öffentlichkeit genutzt werden.

*Projektphase 3, Monat 19 bis 24. Verantwortliche: Mitglieder des Lenkungsausschusses und die Suchtbeauftragten der Einrichtungen der Altenhilfe und die Altersbeauftragten der Einrichtungen der Suchthilfe*

Die Vernetzung der beteiligten Einrichtungen der Altenhilfe und Suchthilfe sollte erfolgreich abgeschlossen sein. Die Arbeit des Fachausschusses (Fachkonferenz) und die gemeinsame Fallarbeit sollten etabliert sein. Die Überführung der entwickelten Zusammenarbeit in die Routinearbeit sollte erfolgen. Die Vermittlung der speziellen Kenntnisse Substanz bezogener Störungen Älterer sollte nun routinemäßig in der Einarbeitungsphase neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von den Beauftragten übernommen werden.

Modellprojekt **HAMAB**: Hilfe für ältere Frauen und Männer mit **A**lkohol und **M**edikamenten bezogenen Störungen in einer ländlichen Region – **Altkreis Brilon**. Projektträger: Caritasverband Brilon e.V., Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH, Fachklinik Fredeburg und Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung in der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Projektverantwortlicher: Dr. med. Dieter Geyer. Zu den drei Buchen 1 57392 Schmallenberg  
Förderkennzeichen: IIA5-2510DSM213

Abb. 4 Ablaufplan des Modellprojekts HAMAB



## **5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik**

### **5.1. Meilensteine**

Vor Beginn des Projektes wurden sogenannte Meilensteine festgelegt, die zum Ablauf der jeweiligen Projektphasen erreicht sein sollten. Mit Ablauf der ersten Projektphase sollten alle Mitarbeitenden der am Projekt beteiligten regionalen Institutionen, die im direkten Kontakt zu KlientInnen bzw. PatientInnen stehen, die erste Schulung absolviert haben. Dafür mussten die Schulungspläne entwickelt und die Schulungen durchgeführt werden. Messbare Ziele waren der Anteil der Mitarbeitenden, die geschult wurden, die Zufriedenheit mit der Schulung und die Verbesserung des subjektiv von den Teilnehmenden eingeschätzten Wissens und der Handlungskompetenzen. Des Weiteren sollte die Wanderausstellung fertig gestellt sein.

Zum Abschluss der zweiten Projektphase nach nunmehr 18-monatiger Laufzeit sollten auch die Wiederholungsschulungen erfolgt sein. Die Beauftragten sollten benannt und geschult sein und sie sollten die Arbeit in der Fachkonferenz aufgenommen haben. Messbare Ziele waren wiederum der Anteil der Mitarbeitenden, die geschult worden waren, die Zufriedenheit mit der Schulung und die subjektiv eingeschätzte Verbesserung des Wissens und der Handlungskompetenz der Teilnehmenden.

Zum Ende der dritten Projektphase sollte die Fachkonferenz in die Regelversorgung überführt worden sein. Die Einarbeitung und Fortbildung neuer MitarbeiterInnen der regionalen Institutionen zur Problematik Substanz bezogener Störungen sollte als fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements der Institutionen schriftlich verankert sein.

### **5.2 Wissenschaftliche Evaluation**

Die externe Evaluation wurde vom Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) an der Katholischen Hochschule NRW, Köln, (Leiter: Prof. Dr. Michael Klein) durchgeführt. Die externe Evaluation war als summative und formative Evaluation vorgesehen, die zum einen projektbegleitend Fortschritte und Zwischenergebnisse („Meilensteine“) evaluieren und in den Projektverlauf rückkoppeln sollte. Zum anderen sollte zum Projektabschluss die Erreichung der vorab gesetzten Ziele überprüft werden.

Im Einzelnen wurden die Hauptbausteine des Projekts, die Schulung der Fachkräfte, die Fachkonferenz und die Wanderausstellung quantitativ und qualitativ evaluiert. Dafür wurden Befragungen vor und nach den Weiterbildungen, im Verlauf der Fachkonferenzen und im Umfeld der Wanderausstellung durchgeführt. Für die TeilnehmerInnen der Fortbildungen wurden Prä-Post-Messungen zu Beginn der ersten und nach Beendigung der jeweiligen Schulungen durchgeführt. Die zu erhebenden Daten bezogen sich auf das schulungsspezifische Wissen (Kriterium orientierte Messung, an den definierten Lernzielen orientiert), Einstellungen zu älteren Menschen und Suchtkranken sowie selbstperzipierte Verhaltensänderungen. Dafür wurden neue Instrumente konzipiert (Wissenstest „Sucht“ und „Gerontologie“ sowie die fachspezifische Überschneidmenge) sowie bestehende Instrumente genutzt bzw. adaptiert. Die Erhebungen wurden mit Hilfe von Fragebögen durchgeführt. Auch sollten dadurch Hinweise auf notwendige Optimierungen der Maßnahme für

Distribution und Dissemination des Modells in die Regelversorgung erhoben werden. Aufgrund des kurzen Umfangs der Schulungen wurden schwerpunktmäßig Methoden der summativen Evaluation (Ergebnismessung, Beurteilung der Erreichung der Zielkriterien) benutzt. Um auch den Weiterbildungsprozess beurteilen zu können, wurden im Sinne formativer Evaluation Kurzurückmeldungen nach jeder Schulungseinheit eingeholt und den KursleiterInnen zur weiteren Planung Ihrer Inhalte und Ihrer Didaktik rückgemeldet.

Neben der Messung individueller Veränderungen in Bezug auf die fachspezifischen Schulungen wurde das Engagement der Teilnehmenden und ihre Bewertung der dort geleisteten Arbeit bzw. Zusammenarbeit und die perzipierten Konsequenzen für die Praxis beurteilt.

Aufgrund der zu erhebenden Daten zu Projektanfang, im Projektverlauf und zum Projektende war eine differenzierte Evaluation der Projekteffekte und -ergebnisse möglich.

Die Wanderausstellung als Kommunikationsmittel mit der Öffentlichkeit sollte durch Bewertungsbögen für die BesucherInnen evaluiert werden.

## **6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan**

### **6.1 Analyse des Projektablaufs im Vergleich zum ursprünglichen Projektplan**

Zum Abschluss des Projekts HAMAB Ende Oktober 2012 waren die in der Beantragung definierten Ziele: Sensibilisierung und Qualifizierung möglichst aller MitarbeiterInnen der beteiligten Institutionen der Alten- und Suchthilfe, Benennen und Qualifizierung sog. Beauftragter (Suchtbeauftragte in den Einrichtungen der Altenhilfe und Altersbeauftragte in den Einrichtungen der Suchthilfe), Implementierung einer sog. Fachkonferenz als Forum der Entwicklung der Zusammenarbeit beider Versorgungssektoren und der gemeinsamen Fallarbeit, Einführung einer standardisierten Fortbildung für neuer MitarbeiterInnen der Einrichtungen zum Thema Substanz bezogener Störungen und zur vernetzten Fallarbeit und Entwicklung und Präsentationen einer Ausstellung als Medium zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit, umgesetzt.

Im Projektplan wurden drei Phasen mit Zwischenzielen definiert. Diese konnten nicht alle zeitgerecht verwirklicht werden. So gelangen in der ersten, sechsmonatigen Projektphase die Entwicklung aller Schulungspläne und die Durchführung der ersten Schulungen (Basisschulung 1, Beauftragerschulung 1). Diese sollten ursprünglich im November und Dezember 2010 erfolgen, wurden dann aber tatsächlich erst im Februar und März 2011 durchgeführt. Hintergrund war, dass die für die wissenschaftliche Evaluation der Schulungen erforderlichen Fragebögen vom Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung erst im Januar 2011 vorgelegt und mit den regionalen Projektkoordinatoren besprochen werden konnten, da die zuständige Mitarbeiterin erst ab 01.10.2011 zur Verfügung stand. Durch die Verschiebung der ersten Schulungen um drei Monate verschoben sich auch die Folgeschulungen um den gleichen Zeitraum. Dies hatte keinen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf des Projekts und die Erreichung der Ziele, jedoch auf den Finanzierungsplan, da die Aufwendungen für die ersten Schulungen in die zweite Finanzierungsphase (2011) und nicht

wie eigentlich vorgesehen in 2010 anfielen. Ebenso fielen die Aufwendungen für die dritten Schulungen zur Basisqualifikation in 2012 und nicht wie zu nächst vorgesehen in 2011 an.

Das ehrgeizige Vorhaben, bereits nach einem halben Jahr gegen Ende der ersten Projektphase die geplante Ausstellung konzipiert und die Materialien hergestellt zu haben, konnte nicht verwirklicht werden. Der ursprüngliche Plan, zur Informationsvermittlung und emotionalen Sensibilisierung der Zuschauer von älteren PatientInnen der Fachklinik Fredeburg erstellte Collagen zu verwenden, musste aufgegeben werden. Zwar lagen vom Inhalt geeignete Collagen vor. Es zeigte sich aber, dass diese sich kaum ohne Schaden zu nehmen mehrfach transportieren ließen. Daher wurde das Konzept der Ausstellung völlig verändert. Die zu transportierenden Inhalte wurden von den Koordinatoren der Suchthilfe festgelegt. Die Herstellung der Ausstellungsmaterialien wurde ausgeschrieben. Nach Auswahl des geeigneten Anbieters wurde mit diesem gemeinsam die Struktur der Ausstellung erarbeitet und sie von ihm angefertigt. Ende 2011, also in Projektphase zwei, war die Ausstellung komplett fertig gestellt. Die in der Region geplanten Ausstellungen fanden wie vorgesehen in dieser Projektphase statt.

Der Start der Fachkonferenz war zum Ende der ersten Projektphase vorgesehen. Als Voraussetzung war festgelegt worden, dass die Beauftragten beide für sie vorgesehenen Schulungen absolviert hatten. Da aber der Start des ersten Schulungszyklus um drei Monate verschoben werden musste, konnte dies nicht umgesetzt werden. Erschwerend kamen krankheitsbedingten Ausfälle im Koordinatorenteam hinzu. Der erhebliche Organisationsaufwand, der erforderlich ist, um regelmäßige Treffen in verantwortlichen Positionen arbeitender Mitarbeiterinnen der Altenhilfe einer Flächenregion zu gewährleisten, konnte nicht mehr reibungslos bewältigt werden. Altenpflegeeinrichtungen stehen unter einem erheblichen personellen und finanziellen Druck. Hinzu kam, dass die Altenhilfe der Caritas Brilon mit der Planung eines Neubaus einer der beteiligten stationären Einrichtungen beschäftigt war. Von daher waren zunächst weniger Ressourcen als geplant für die Planungen innerhalb des Projekts vorhanden. Ab Februar 2012 fanden die Fachkonferenzen dann wie geplant monatlich statt. Abweichend vom ursprünglichen Plan wurde eine zusätzliche neunte Fachkonferenz durchgeführt.

Die mit der Einrichtung der Fachkonferenz verbundenen inhaltlichen Ziele konnten gut umgesetzt werden. In das QM-System der Einrichtungen wurde ein standardisiertes Verfahren für den Umgang mit Substanz bezogenen Auffälligkeiten der BewohnerInnen bzw. PatientInnen eingeführt. Eine gemeinsame Fallarbeit gelang ebenfalls und förderte die Fähigkeit der Beauftragten, in ihren Einrichtungen selbständig mit anfallenden Substanz bezogenen Probleme umgehen zu können. Auch konnte eine standardisierte Einarbeitungsroutine für neue MitarbeiterInnen der Einrichtungen der Altenhilfe entwickelt und in das QM-System der Einrichtungen eingeführt werden. Allerdings konnten diese Einarbeitungen während der Laufzeit des Projekts nicht mehr erprobt werden, wie es zunächst angedacht war.

## **6.2 Positive und negative Erfahrungen**

Als besonders positive Erfahrung innerhalb des Projekts HAMAB soll das hohe Interesse der Mitarbeitenden der Einrichtungen der Altenhilfe an der Thematik Alkohol und Medikamenten bezogener Störungen festgehalten werden. Besonders die Mitarbeiterinnen aus den Bereichen Hauswirtschaft und Alltagsbegleitung, häufig Teilzeitkräfte mit eher geringer beruflicher Qualifikation, zeigten sich in den Schulungen sehr engagiert. Gerade diese Gruppe bewertete auch das Projekt, ihren Wissenserwerb und die Nützlichkeit für ihren Arbeitsalltag besonders gut.

Als negative Erfahrung ist das geringer als erwartet ausgefallene Interesse der Ausstellungsbesucher in der Region zu bezeichnen.

## **7. Ergebnisse**

### **7.1. Schulungen**

Da auf keine etablierten standardisierten Schulungen zurückgegriffen werden konnte, mussten die Schulungspläne und die Inhalte der einzelnen Schulungen von den Projektverantwortlichen entwickelt werden. Hierbei konnten die Erfahrungen des Projektkoordinators genutzt werden, der zum Thema „Sucht und Alter“ Lehraufträge an der Katholischen Hochschule NRW in Köln und der Katholischen Stiftungshochschule München inne hat und in dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt „Steigerung der Lebensqualität im Alter bei Alkoholspektrumsstörungen und Medikamentenabhängigkeit durch Community-Netzwerk-Interventionen (SLAAC)“ der Katholischen Hochschule NRW (Projektleitung Fr. Prof. Dr. T. Hoff) bereits eine Fortbildung für MitarbeiterInnen der Altenhilfe zum Thema entwickelt hatte. Sämtliche Schulungsinhalte und Materialien konnten zeitgerecht entwickelt werden. Das Vorhaben, den ersten Schulungszyklus der Basisschulungen bereits Ende 2010 abgeschlossen zu haben, konnte allerdings nicht umgesetzt werden, da zu diesem Zeitpunkt die Materialien für die wissenschaftliche Evaluation noch nicht vorlagen. Der erste Schulungszyklus verschob sich daher auf die Monate Februar und März 2011. Eine Basisschulung für die MitarbeiterInnen der ambulanten Suchthilfe fand im Mai 2011 statt. Die MitarbeiterInnen der stationären Suchthilfe wurden einmalig im Januar 2011 geschult. An dieser Schulung nahmen auch MitarbeiterInnen der ambulanten Suchthilfe als Gäste teil. Die Basisschulungen der MitarbeiterInnen der stationären Altenhilfe fanden in Räumen der betreffenden Einrichtungen, in der Regel zum Zeitpunkt eines Schichtwechsels statt. Die Teilnehmenden wurden für die Zeit der Schulung vom Dienst befreit oder mussten Überstunden ableisten, die später ausgeglichen werden konnten. Die Basisschulungen eins und zwei für die MitarbeiterInnen der ambulanten Altenhilfe wurden im Verwaltungsgebäude der Caritas Brilon in Brilon durchgeführt, in dem auch die Suchtberatungsstelle lokalisiert ist. Um die Fahrtzeiten der MitarbeiterInnen der Sozialstationen zu minimieren erfolgten auf deren Bitte hin die dritten Basisschulungen an verschiedenen Orten im Altkreis Brilon. Die Teilnahme an den Schulungen war verpflichtend.

Zu Beginn des Projektes war festgelegt worden, die einzelnen Schulungen in Gruppen bis maximal 15 Teilnehmende durchzuführen. Dies konnte für die ersten und zweiten Basisschulungen eingehalten werden. Im ersten Schulungszyklus erfolgten insgesamt 19 Schulungen, im zweiten Zyklus 17 Schulungen. Aufgrund einer organisatorischen Panne mussten die dritten Schulungen in größeren Gruppen (etwa 30 Teilnehmenden) durchgeführt werden. Um möglichst viele MitarbeiterInnen erreichen zu können, wurden in allen Schulungszyklen Nachschulungen angeboten.

Von der ursprünglichen Planung, die Schulungen für die MitarbeiterInnen der Suchthilfe getrennt von denen der Altenhilfe durchzuführen musste teilweise abgewichen werden. Die MitarbeiterInnen der regionalen ambulanten Suchthilfe stellen eine im Vergleich zur Anzahl der in der Altenhilfe Tätigen kleine Gruppe dar. Es wurde daher entschieden, dass die MitarbeiterInnen der ambulanten Suchthilfe an den Basischulungen 2 und 3 für die MitarbeiterInnen der Altenhilfe teilnehmen sollten. Abweichend hiervon wurden die MitarbeiterInnen der stationären Suchthilfe einmalig im Januar 2011 geschult. An dieser Schulung nahmen als Gäste auch MitarbeiterInnen der ambulanten Suchthilfe teil.

Die Altersbeauftragten der Suchthilfe wurden nicht gesondert geschult. Die vorgesehene Schulung musste krankheitsbedingt verschoben werden. Da die zunächst benannte Mitarbeiterin der ambulanten Suchthilfe kurz nach ihrer Benennung krankheitsbedingt ausfiel übernahm Herr Köhler, Leiter der PSBB Brilon und Mitglied des Lenkungsausschusses des Projektes, selbst diese Funktion. Für die stationäre Suchtkrankenhilfe übernahm Herr Dr. Geyer zu Anfang diese Aufgabe. Auf eine gesonderte Schulung der Altersbeauftragten über die Besprechungen in der Koordinatorenrunde hinaus wurde daraufhin verzichtet. Im Laufe des Jahres 2012 wurde zusätzlich ein Diplom-Psychologen und Bezugstherapeut der Fachklinik Fredeburg benannt, der seit längerem eine Gruppe von über 65-jährigen Patientinnen und Patienten therapeutisch leitet und stellvertretender Teamleiter des Behandlungsteams für ältere Suchtkranke und damit gut in die Thematik eingearbeitet ist.

### **7.1.1 Basisschulungen Altenhilfe**

Die Mitarbeitenden der Altenhilfe, die im direkten Kontakt zu Bewohnern oder Patienten stehen, erhielten drei zweistündige Schulungen, zum Start des Projektes, nach einem halben Jahr und die letzte nach einem weiteren halben Jahr. Die erste Basisschulung wurde von den Projektkoordinatoren gemeinsam durchgeführt, die weiteren zunächst gemeinsam von den Koordinatoren aus der Suchthilfe, im weiteren Verlauf einzeln. Durch die zunächst von den Koordinatoren gemeinsam durchgeführten Schulungen sollte sichergestellt werden, dass in der Durchführung der einzelnen Schulungen der Einfluss des Dozenten auf die Zufriedenheit mit der Schulung und dem subjektiv empfunden Wissenserwerb der Teilnehmenden minimiert wird.

Der Bereich Pflege setzt sich aus den Funktionsträgern Pflegedienstleitung, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, examinierte Altenpflegekräfte, Auszubildende, einjährig ausgebildete Pflegekräfte, Schwesternhelferinnen, angelernte Pflegekräfte und Arzhelferinnen zusammen. Der Bereich Hauswirtschaft wird gebildet aus den AlltagsbegleiterInnen (ambulant), Präsenzmitarbeitenden und Hauswirtschaftskräften

(stationär und teilstationär). Geschult wurden sowohl Vollzeit-, als auch Teilzeitkräfte und geringfügig Beschäftigte. Auszubildende wurden ebenfalls einbezogen, sollten aber an der wissenschaftlichen Evaluation nicht teilnehmen, da eine Mitarbeit über die komplette Laufzeit des Projektes weniger wahrscheinlich erschien als bei fest Angestellten.

### **Erste Schulung (01-02/11)**

#### *Inhalte:*

1. Vorstellung des Projekts, Ziele 0,5 h
2. Grundlagen 1,5 h
  - Epidemiologie des Alkohol- und Medikamentenkonsums älterer Frauen und Männer
  - Erkenntnisse aus den Studien über die Lebensbedingungen älterer Menschen
  - Symptome des riskanten, schädlichen und abhängigen Konsums bei älteren Menschen
  - Interventionsmöglichkeiten
  - Behandlungserfolge

#### *Ziele*

- Erste Sensibilisierung der MitarbeiterInnen über die Bedeutung der Thematik „Substanzbezogene Störungen im Alter“ und die Verbindung zu eigenen Erfahrungen im Alltag der Pflege und Betreuung älterer Menschen
- Erlangen von Kenntnissen über die Häufigkeit der Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen
- Erkennen von Verhaltensweisen und Symptomen, die auf einen riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsum von Alkohol und/oder Medikamenten mit psychotroper Wirkung hinweisen
- Vermittlung einer optimistischen Sichtweise: Interventionen sind möglich und erfolgreich
- Sensibilisierung bezüglich der Problematik, dass derzeit für die einzelnen Sektoren der Altenhilfe keine „Patentlösungen“ zur Verfügung stehen, dass diese gerade mit diesem und anderen parallelen Projekten erarbeitet werden sollen.
- Sensibilisierung für die Notwendigkeit der dauerhaften und institutionell verankerten Vernetzung der Alten – und der Suchthilfe

#### *Erwünschtes erlerntes Verhalten*

- Wahrnehmen und Erkennen riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsums von Alkohol und/oder Medikamenten
- Weiterleitung der Beobachtung und Rücksprache nehmen

### **Zweite Schulung (07-08/11)**

#### *Inhalte:*

1. Rekapitulation der 1. Schulung und Erfahrungsbericht der Teilnehmer aus der Praxis 0,5 h

2. Altern 0,5 h
  - Entwicklungsaufgaben des Alterns
  - Altern und Konsummittel, gesellschaftlicher Wandel
3. Verläufe von Suchterkrankungen, früher oder später Beginn, Besonderheiten im Verlauf, in den Folgeschäden 0,5
4. Interventionstechniken
5. Fälle aus der Praxis 0,5 h

*Ziele:*

- Vertiefte Kenntnisse über die Erscheinungsformen schädlichen und abhängigen Alkohol- und Medikamentenkonsums älterer Frauen und Männer
- Erlernen von Fertigkeiten, Suchtmittel bedingte Probleme ansprechen zu können
- Kenntnis der Kommunikationswege im Projekt HAMAB und in der Fall bezogenen Arbeit

*Erwünschtes erlerntes Verhalten*

- Wahrnehmen und Erkennen riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsums von Alkohol und/oder Medikamenten
- Beobachtete Probleme weiterleiten
- Probleme ansprechen können
- Rücksprache nehmen
- Vernetztes arbeiten

**Dritte Schulung** (01-02/12)

*Inhalte:*

1. Erfahrungsberichte
2. Rollenspiele
3. Interventionsmöglichkeiten Angehörigengespräch
4. Kommunikation mit Suchtbeauftragten der Institution

*Ziele:*

- Wissen um die konkreten Hilfsmöglichkeiten in der Region
- Ansprechen und Vermittlung von Hilfsangeboten

*Erwünschtes erlerntes Verhalten*

- Erkennen und Ansprechen
- Einschalten des Suchtbeauftragten

Die in den Schulungen verwendeten Präsentationen sind als Anlage 1 bis 3 beigelegt.

## **Gesprächstechniken**

Vor allem im dritten Schulungszyklus wurden Gesprächstechniken gelehrt und eingeübt. Die Methode der „offenen Fragestellung“ wurde erläutert, eine an das „Motivational Interviewing“ (Miller & Rollnick 2005) angelehnte, die Änderungsmotivation des Gegenübers fördernde Gesprächsführung in wechselnden Rollen (Patientenrollen, Pflegeperson, Angehörige) in Kleingruppen eingeübt. Vor allem wurde trainiert, keine Schuldzuweisungen zu machen, von sich zu sprechen, von den Sorgen, die sich um den/die PatientIn gemacht werden. Die aktuellen Beobachtungen sollten im Gespräch mit konkreten Gefährdungen verknüpft werden.

Als Beispiel sei angeführt:

*„Ich komme jetzt seit einigen Wochen zu Ihnen und ich darf sagen, Sie sind mir regelrecht ans Herz gewachsen.“... „Ich möchte Sie deswegen heute mal ansprechen, dass ich mich seit geraumer Zeit um Sie Sorge. Darf ich Ihnen denn sagen, was mich besorgt?“ Falls Antwort: „Nein“: „Schade, aber vielleicht das nächste Mal?“ Falls „Ja“: „Schön! Sie sind in letzter Zeit öfter gefallen“ oder „Ihre Zuckerwerte sind schlechter geworden“ oder andere Risiken benennen. „Es ist ja so, dass wir, wenn wir altern, deutlich geringere Mengen Alkohol vertragen und das Auswirkungen auf unsere Gesundheit haben kann. Wir können das oft nicht richtig einschätzen“... „Darf ich Sie darüber kurz aufklären?“... „Haben Sie schon einmal daran gedacht, dass es für Sie gut wäre, Ihr Trinkverhalten zu ändern?“ Falls „Ja“: „Was könnten Sie sich denn vorstellen“*

Dieses Beispiel wurde in den Info-Folder für Pflegende „Zurück ins Leben. Hilfe bei Sucht im Alter, der im Rahmen des von der EU geförderten Interreg Projektes „Alter & Sucht“ Salzburg (Prof. Dr. M. Wurst), an dessen Erstellung der Projektkoordinator des Projektes HAMAB mitwirkte, aufgenommen.

## **Ethische und juristische Aspekte**

MitarbeiterInnen der Altenhilfe sind in der Pflege von Dementen häufig mit ethischen und juristischen Fragestellungen konfrontiert. Auch in der Betreuung ältere Menschen mit Substanz bezogenen Störungen stellen sich solche Fragen. Hierauf wurde in den Schulungen eingegangen. Als Beispiele der diskutierten Problemlagen seien aufgeführt: Soll die Alltagsbegleiterin alkoholische Getränke einkaufen? Falls ja, wie viele und wie oft? Wer bestimmt das „rechte Maß“ für den Alkoholkonsum alter Menschen? Welches Konsummuster beruht auf einer Willensentscheidung, welches auf einer krankheitsbedingten Einschränkung der Steuerungsfähigkeit? In welchen Situationen gibt es eine juristische Verantwortung der aufsuchenden Kräfte, sich um Alkohol oder Medikamenten assoziierte Probleme zu kümmern?

### **7.1.2 Basisschulungen Suchthilfe**

Die MitarbeiterInnen der stationären Suchthilfe wurden getrennt geschult. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da viele therapeutische Mitarbeiter der Fachklinik Fredeburg bereits über spezifische Erfahrungen in der Behandlung älterer Personen mit Substanz bezogenen Störungen verfügen. Im Januar 2011 erhielten die Fachkräfte der Fachklinik Fredeburg, die

in einem therapeutischen Kontakt zu PatientInnen (nicht nur zu älteren) stehen, eine vierstündige Schulung zu den Besonderheiten der Diagnostik und Behandlung älterer Menschen mit Substanz bezogenen Störungen (TeilnehmerInnen: 39 Fachkräfte, Dipl.-Psychologen, Dipl.-Sozialpädagogen, Ärzte, Ergo- und Sporttherapeuten, Pflegepersonal). Ziele und Ablauf des Projektes HAMAB und die teilnehmenden Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe wurden vorgestellt. Die Schulung wurde als interne Schulung vom Leitenden Arzt durchgeführt. Die verwendete Präsentation ist als Anlage 4 beigefügt. Wie andere interne Schulungen der Klinik wurde die Veranstaltung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements evaluiert. Die TeilnehmerInnen schätzten die Thematik für ihre tägliche Arbeit als wichtig (überwiegend) bis sehr wichtig ein. Nur eine Fachkraft hielt die Thematik für die eigene Arbeit für unwichtig. Mit dem Inhalt und Ablauf der Veranstaltung waren die TeilnehmerInnen sehr zufrieden und gaben an, dass die gewonnen Erkenntnisse in ihrer täglichen Arbeit gut (19) oder teilweise (11) genutzt werden können. Nur eine Person gab an, nicht für die tägliche Arbeit profitiert zu haben. Da nicht die gleichen Fragebögen wie zur Evaluation der Basisschulungen verwendet werden konnten und die Schulung eine etwas andere Struktur hatte, wurde sie nicht in die wissenschaftliche Evaluation des Projektes einbezogen.

Das ursprüngliche Vorhaben einer eigenen Schulung für die MitarbeiterInnen der ambulanten Suchthilfe konnte nur für die Basisschulung 1 umgesetzt werden. Die ambulanten Suchtberater konnten jedoch an der internen Schulung der Fachklinik Fredeburg und den Basisschulungen für die Altenhilfe teilnehmen. Ferner wurde in den monatlichen Teambesprechungen mit dem beratenden Arzt (Projektkoordinator des Modellprojektes HAMAB) auf die Entwicklung des Projektes eingegangen und es konnten Fallbesprechungen erfolgen.

### ***Erste Schulung Suchthilfe (05/11)***

#### *Inhalte:*

1. Vorstellung des Projektes und seiner Ziele 0,5 h
2. Grundlagen 1,5 h
  - Epidemiologie des Alkohol- und Medikamentenkonsums älterer Frauen und Männer
  - Erkenntnisse aus den Studien über die Lebensbedingungen älterer Menschen
  - Symptome des riskanten, schädlichen und abhängigen Konsums bei älteren Menschen
  - Alter und Altern, Lebensbedingungen, Möglichkeiten, Begrenzungen
  - Das Altenhilfesystem
3. Interventionsmöglichkeiten
4. Behandlungserfolge

#### *Ziele:*

- Erste Sensibilisierung der MitarbeiterInnen über die Bedeutung der Thematik „Substanzbezogene Störungen im Alter“ und die Verbindung zu eigenen Erfahrungen im Alltag der Beratung und Behandlung von Suchtkranken

- Erlangen von Kenntnissen über die Besonderheiten der Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen im höheren Lebensalter
- Kenntnis von Verhaltensweisen und Symptomen, die auf einen riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsum von Alkohol und/oder Medikamenten mit psychotroper Wirkung bei älteren Menschen hinweisen
- Vermittlung einer optimistischen Sichtweise: Interventionen sind möglich und erfolgreich
- Sensibilisierung bezüglich der besonderen Bedarfe älterer Menschen mit Substanz bezogenen Störungen..
- Sensibilisierung für die Notwendigkeit der dauerhaften und institutionell verankerten Vernetzung der Alten – und der Suchthilfe

#### *Erwünschtes erlerntes Verhalten*

- Wahrnehmen und Erkennen riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsums von Alkohol und/oder Medikamenten bei älteren Menschen
- Öffnung für „Altersfragen“ in Beratung und Therapie

### **7.1.3 Schulungen der Beauftragten**

Die am Projekt mitwirkenden für die ambulante Altenpflege zuständigen Sozialstationen und die beiden stationären Altenpflegeeinrichtungen benannten je eine Suchtbeauftragte. Die zunächst benannte Beauftragte des St. Engelbert-Heimes in Brilon schied während der Laufzeit des Projektes aus der Einrichtung aus, so dass eine Neubesetzung erforderlich war. Zu diesem Zeitpunkt waren die Schulungen bereits abgeschlossen. Die neue Beauftragte erhielt eine Einzel-Nachschulung. Es wurde darauf geachtet, dass alle Beauftragten in verantwortlicher Position in ihrer Einrichtung und im Leitungskreis mitarbeiten. Wie bereits ausgeführt, übernahmen für den größten Teil der Laufzeit die Leiter der ambulanten Suchthilfe und der Fachklinik Fredeburg die Funktion der Altersbeauftragten ihrer Einrichtungen.

Die Schulungen wurden zu zwei bzw. drei Zeitpunkten durchgeführt. Zu Beginn des Projektes erfolgte eine 6-stündige theoretische Schulung und eine ganztägige (8-stündige) Hospitation im Seniorenbereich der Fachklinik Fredeburg. Ein halbes Jahr später erfolgte eine weitere 3-stündige Schulung.

Die in den Schulungen verwendeten Präsentationen sind als Anlagen 5 und 6 beigelegt.

#### **Erste Schulung** (01-02/11), 6 h

##### *Inhalte:*

1. Vorstellung des Projekts HAMAB
2. Aufgaben der Sucht- und Altersbeauftragten
3. Epidemiologie Substanz bezogene Störungen im Alter

4. Symptome Substanz bezogener Störungen im Alter
5. Gerontologische, Geriatrische und gerontopsychiatrische Aspekte
6. Allgemeine Diagnostik
7. MAST-G, SMAST-G, (Short) Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric
8. Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Sucht- und Altenhilfe
9. Allgemeine Prinzipien in der Gesprächsführung mit älteren Suchtkranken
10. Gesprächs-, Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten

#### *Ziele:*

- Kenntnis des Projektes und der Aufgaben der/des Sucht- und Altersbeauftragten
- Kenntnis der Besonderheiten der Symptome und des Verlauf von Suchterkrankungen im Alter, unter besonderer Berücksichtigung der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
- Befähigung zur Anwendung eines Screening-Instruments (SMAST-G)
- Kenntnis der regionalen ambulanten und stationären Hilfsangebote für Suchtkranke und alte Menschen

#### *Erwünschtes erlerntes Verhalten:*

- Durchführung von Screeningtests
- Interventionen bei riskanten, schädlichen und abhängigem Konsum
- Vernetzung der Altenhilfe mit Suchthilfe bei Verdacht auf schweren schädlichem oder abhängigem Konsum von KlientInnen und Vernetzung der Sucht- mit der Altenhilfe bei KlientInnen / PatientInnen mit entsprechendem Hilfebedarf

#### **Hospitation in der Fachklinik Fredeburg (01-02/11), 8 h**

Die Hospitation der Suchtbeauftragten der Altenhilfe erfolgte im sog. „Patientenstatus“. Das bedeutet, die Hospitantin durchlief einen typischen Behandlungstag einer sog. Seniorengruppe. Zusätzlich erhielt sie Einblicke in die Funktionsweise einer stationären Suchtfachklinik (Rehabilitationsklinik) und insbesondere der Abteilung zur Behandlung älterer Suchtkranker.

Durch den persönlichen Kontakt mit den PatientInnen der Abteilung konnten Einblicke in die Lebenssituation suchtkranker Älterer, ihrer Leidensgeschichte, der Motivationserlangung zur Änderung des Verhaltens und zur Abstinenzbefähigung gewonnen werden und die vielfältigen komorbiden Störungen, die gemeinsam, bedingend und in Folge des Suchtmittelkonsums auftreten, kennengelernt werden.

#### **Hospitation in der Altenhilfe**

Aus terminlichen Gründen konnte nur der Altersbeauftragte der ambulanten Suchthilfe an der Hospitation teilnehmen. Sie erfolgte vier Stunden in einer der stationären Altenpflegeeinrichtungen und vier Stunden in einer der ambulanten Einrichtungen (Sozialstation). Der Altersbeauftragte konnte Einblicke in die Lebenssituation der Bewohner einer Betreuungseinrichtung der Altenhilfe und in die vielfältigen Möglichkeiten der

Versorgung älterer Menschen im stationären, ambulanten und teilstationären Bereich gewinnen und die Arbeitsabläufe und spezifischen Belastungen der MitarbeiterInnen kennenlernen. Der Beauftragte konnte die individuellen Interventionsmöglichkeiten unter den gegebenen strukturellen Begebenheiten der stationären, ambulanten und teilstationären Versorgungssituation einschätzen lernen und Anregungen erhalten, die bestehenden Beratungs- und Behandlungsangebote der ambulanten, (teilstationären) und stationären Suchtberatung und -behandlung den Bedarfen Älterer anzupassen.

## **2. Schulung** (07-08/11), 3 h

### *Inhalte:*

1. Erfahrungsberichte aus der Praxis
2. Übungen Gesprächs- und Interventionstechniken
3. Motivation von MitarbeiterInnen riskanten, schädlichen oder abhängigen Alkohol- und Medikamentenkonsum wahrzunehmen und im Pflege- und Betreuungsalltag in die Routinebesprechung mit aufzunehmen und die Wahrnehmung an die Beauftragten weiterzuleiten
4. Umsetzung in die Praxis
5. Verankerung der Thematik Substanz bezogener Störungen älterer Frauen und Männer in die Einarbeitungsroutine neuer MitarbeiterInnen und in das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung.

### *Ziele*

- Verbesserung der Gesprächs- und Interventionstechniken
- Erarbeitung fallbezogener Lösungen in der Fachkonferenz
- Sensibilisierung der MitarbeiterInnen der Einrichtung für die Problematik des riskanten, schädlichen und abhängigen Alkohol- und Medikamentenkonsums älterer Frauen und Männer.

### *Erwünschtes erlerntes Verhalten:*

- Motivation der MitarbeiterInnen, beobachteten problematischen Konsum von Alkohol und Medikamenten in den Routinebesprechungen anzusprechen und zur Vorbereitung von Interventionsangeboten an die Beauftragten weiterzuleiten.
- Aktives Intervenieren
- Schildern von Fallkonstellationen in der Fachkonferenz
- Umsetzung von erarbeiteten Lösungsansätzen
- Vernetztes Arbeiten

## **7.1.4 Teilnahme an den Schulungen.**

### **7.1.4.1 Auswertung der Teilnehmerlisten**

#### ***Altenhilfe***

Es sollten möglichst alle Mitarbeiterinnen der Bereiche Pflege und Hauswirtschaft teilnehmen. Die Teilnahme wurde vom Arbeitgeber als verpflichtend vorgegeben, die Schulung als Arbeitszeit gewertet. Zu den jeweiligen Schulungen lagen Teilnehmerlisten aus, anhand derer die Teilnehmerzahlen ermittelt und im Nachgang die Fahrtkosten abgerechnet werden konnten. Ebenso konnte anhand der Auswertungen der Fragebogen die Teilnehmerzahl beurteilt werden. Die Ergebnisse sind nicht völlig deckungsgleich, da sowohl einige wenige Teilnehmer keine Fragebögen ausgefüllt haben, wie auch einige wenige Teilnehmer vergessen haben, sich in die Teilnehmerlisten einzutragen.

Die Leiterin der Altenhilfe bestimmte die TeilnehmerInnen. An der ersten Basisschulung sollten 299 Personen teilnehmen. Nach Auswertung der Teilnehmerlisten betrug die Teilnehmerzahl 274 Mitarbeitende der Altenhilfe (90,4%). Es wurden 273 Fragebogen bearbeitet. Nach Auswertung der Teilnehmerlisten waren 144 Personen Fachkräfte (52,6%), 26 Personen Pflegehilfskräfte (9,5%) und 100 Personen aus dem Bereich Hauswirtschaft (36,5%). Auch nahmen vier Auszubildende an den Schulungen teil (1,5%). 26 MitarbeiterInnen konnten entgegen der Planung nicht geschult werden. Die Gründe wurden in jedem Fall erfragt. 16 Personen (61,5%) waren zwischenzeitlich ausgeschieden oder die Beendigung der Beschäftigung vor Ablauf des Projektes war sicher, vier Personen (15,3%) befanden sich in Mutterschafts- bzw. Erziehungszeit, vier weitere Personen waren erkrankt (15,3%), eine Person musste aus dringenden dienstlichen Gründen zum Zeitpunkt der Schulungen Krankheitsvertretung leisten und eine Person war zwar zur Schulung vorgesehen, ihre beruflichen Aufgaben umfassten jedoch keinen Kontakt zu älteren BewohnerInnen oder PatientInnen, weshalb keine Teilnahme erfolgte.

Zur zweiten Basisschulung trugen sich insgesamt 228 Mitarbeitende in die Teilnehmerlisten ein. Es wurden jedoch 233 Fragebogen bearbeitet, so dass anzunehmen ist, dass sich mindestens fünf Teilnehmende nicht eingetragen haben. Nach Auswertung der Teilnehmerlisten waren 121 Personen Pflegefachkräfte (53,1%), 20 Personen Pflegehilfskräfte (8,8%) und 87 Personen aus dem Bereich Hauswirtschaft (38,8%). Wie viele Mitarbeitenden entgegen der Planung nicht teilgenommen haben, konnte nicht aufgeklärt werden.

Die Zahl der Teilnehmenden an der dritten Basisschulung betrug gemäß der Teilnehmerlisten 214 Mitarbeitende. Es wurden jedoch nur 202 bearbeitete Fragebogen abgegeben. Davon waren 100 Personen Fachkräfte (46,7%), 39 Personen Pflegehilfskräfte (18,2%) und 75 Personen aus dem Bereich Hauswirtschaft (35,0%).

Insgesamt nahmen gemäß nachträglicher Überprüfung durch die Leiterin der Altenhilfe 73 Mitarbeitende, die für die letzte Basisschulung vorgesehen waren, nicht teil. In 22 Fällen ((30,1% der nicht Teilnehmenden, 7,7% der zur Schulung Vorgesehenen) konnten die Gründe nicht aufgeklärt werden. Zwei Mitarbeiterinnen waren in Mutterschaft / Elternzeit ((2,7%), 26 Personen zwischenzeitlich ausgeschieden (35,6%), 14 Personen über einen

längeren Zeitraum erkrankt (19,1%) und fünf während des Schulungszeitraums in Urlaub (6,8%).

Im ersten Schulungszyklus waren keine unentschuldig Fehlenden zu verzeichnen. Leider gelang eine Überprüfung der Teilnahmequoten für den zweiten Schulungszyklus nicht und verlief die Organisation der dritten Basisschulungen nicht ganz reibungslos. Die Vorgabe, bis zu 15 Teilnehmende pro Schulung, konnte nicht eingehalten werden. Hintergrund waren jeweils vorübergehende personelle und organisatorische Schwierigkeiten im Bereich der Altenhilfe. Auf diese organisatorischen Schwierigkeiten führen wir auch zurück, dass für 22 nicht an der letzten Schulung Teilnehmenden die Ursache hierfür nicht aufgeklärt werden konnte.

### **Suchthilfe**

An der internen Schulung der Fachklinik Fredeburg nahmen 39 MitarbeiterInnen teil. Alle Berater und Therapeuten der PSBB erhielten im Mai 2011 eine eigene Schulung, drei nahmen zusätzlich an der Fortbildungsmaßnahme der Fachklinik Fredeburg teil.

#### **7.1.4.2 Auswertung der Fragebögen im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation**

Alle Schulungsteilnehmenden trugen auf den Fragebögen statt ihres Namens einen personalisierten und anhand eines Beispiels erläuterten Code ein. Auf diese Weise sollten die Fragebögen aus den verschiedenen Messzeitpunkten denselben Personen zugeordnet werden können.

In jeder Schulung gab es eine gewisse Zahl an Fragebögen, deren eingetragener Code nur bei dieser einen Schulung erschien. Andere Codes erschienen nur bei zwei der drei Schulungen. Dafür kann es mindestens drei Gründe geben: (1) Personalfuktuation, d. h. einige Personen waren vielleicht wirklich nur für einen kurzen Zeitraum in ihrer Einrichtung beschäftigt gewesen, (2) die Dienst- und/oder Urlaubszeiten der zu schulenden Personen, und (3) wurde leider offenbar das einfache System der Kodierung nicht von allen befragten Personen jedes Mal gleich verstanden.

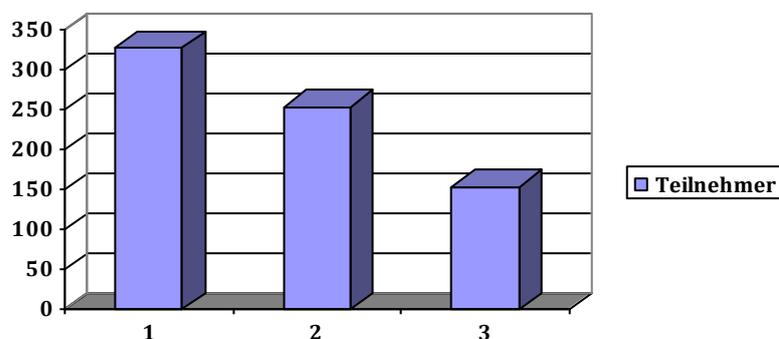
Für die Auswertung der Zahl der Teilnehmenden sowie für die Angabe von Häufigkeiten, Mittelwerten etc. zu einer einzigen Schulung ist dieses Problem ohne Relevanz. Von Bedeutung ist es jedoch für direkte Vergleiche zweier Schulungen, und so wurde überprüft, ob neue Codierungen möglicherweise denjenigen Personen zugeordnet werden konnten, für die zu dieser Schulung kein Fragebogen vorlag. Hierbei wurde nach dem Vier-Augen-Prinzip vorgegangen unter Berücksichtigung der Plausibilität beim Code und bei den demografischen Daten, zudem wurde die Schrift mitberücksichtigt.

Für die erste Schulung (Basisschulung und Beauftragenschulung) liegen inklusive Nachschulungen für 288 Personen Fragebögen vor. Bei der zweiten Schulung kamen 21 Personen neu hinzu bzw. konnten nicht eindeutig einem Personencode aus der ersten Schulung zugeordnet werden, und bei der dritten Schulung kamen weitere 18 Personen hinzu, die bei keiner der vorherigen beiden Schulungen teilgenommen hatten (bzw. deren Code nicht eindeutig zuzuordnen war).

Insgesamt nahmen also (maximal) 327 Personen an mindestens einer der drei Schulungen teil. Definitiv an allen drei Schulungen nahmen 153 Personen teil, definitiv an mindestens zwei Schulungen 253 Personen (153 an allen drei Schulungen, 69 scheinbar nur an der ersten und zweiten Schulung, 19 nur an der ersten und dritten, und 12 nur an der zweiten und dritten Schulung), scheinbar an nur einer Schulung nahmen 74 Personen teil (47 nur an der ersten Schulung, neun nur an der zweiten und 18 nur an der dritten).

Abb. 5 Teilnahme an den Schulungen, Auswertung abgegebener Fragebögen

1: Mindestens an einer Schulung teilgenommen. 2: Mindestens an zwei Schulungen teilgenommen, 3: an drei Schulungen teilgenommen



### **Beauftragte**

An der ersten Schulung der Beauftragten nahmen 12 Personen teil. Acht Personen gehörten der Pflege an (sieben examinierte Pflegekräfte, eine Pflegehilfe), eine Person der Hauswirtschaft, zwei Personen der Suchthilfe und eine Person ordnete sich unter Sonstige Berufe unter. Für die zweite Schulung wurden nur sieben Fragebogen abgegeben. Sechs Personen entstammten der Pflege und eine Person der Suchthilfe. Zu diesem Zeitpunkt war die Suchtbeauftragte einer stationären Altenpflegeeinrichtung (St. Engelbertheim Brilon) aus dem Dienst ausgeschieden. Die Nachfolgerin wurde zu einem späteren Zeitpunkt nachgeschult. Diese Schulung konnte nicht in die Auswertung des DISuP eingehen. Es waren acht Institutionen der Altenhilfe beteiligt (Zwei stationäre Einrichtungen und fünf Sozialstationen an insgesamt sechs Standorten, so dass acht Beauftragte vorgesehen waren. Zusätzlich war für Tagespflege Brilon eine Suchtbeauftragte benannt worden.

### **7.1.5 Wissenschaftliche Evaluation der Schulungen**

Die TeilnehmerInnen der Basisschulungen erhielten vor Beginn der Schulung den Fragebogen „Prä1-Basisqualifikation“ (s. Anlage 7) ausgehändigt. Er erhebt demographische Variablen, die Einschätzung von Vorwissen und Kompetenzen bezüglich der

Schulungsinhalte, das Interesse am Thema, die Bereitschaft zum vernetzten Arbeiten und die Erwartungen an die Schulungen. Nach Abschluss der Schulung bekamen die TeilnehmerInnen den Fragebogen „Post 1 – Basisqualifikation“ (s. Anlage 8) vorgelegt. Er erfasst die Bewertung der zweistündigen Schulung bezüglich Lehrinhalte, Didaktik, Organisation, Klima, Zufriedenheit mit der Kursleitung und die Praxisrelevanz. Auf den Fragebögen findet sich ein individueller Personencode ohne Namensangabe. So konnte eine Zuteilung der Personen über alle Messzeitpunkte unter Wahrung der Anonymität erfolgen. Die Fragebogen „Post 2- Basisqualifikation“ und „Post 3 –Basisqualifikation“ sind analog zum Fragebogen „Post 1 – Basisqualifikation“ aufgebaut.

### **7.1.5.1 Beschreibung der Stichproben**

#### *Berufsgruppen*

Die größte Gruppe der an den Basisschulungen Teilnehmenden gehörte dem Bereich Pflege und hier der Berufsgruppe der examinierten Pflegekräften an, die etwas mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen stellte. Als zweitgrößte Gruppe folgten Angehörige des Arbeitsbereiches Hauswirtschaft und Alltagsbegleitung. Die fünf beratend und therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen der Suchthilfe machten in der ersten Basisschulung nur 2% aller Teilnehmenden aus. Das Verhältnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Alten- und Suchthilfe in der Modellregion entspricht unserer Einschätzung nach dennoch nicht exakt der realen Verteilung. An der ambulanten und stationären Altenpflege sind in der Modellregion weitere Leistungsanbieter beteiligt, während andere Leistungsanbieter für die Suchtberatung und die ambulante Suchtbehandlung keine wesentliche Rolle spielen. In der Altenhilfe arbeiten insgesamt um ein vielfaches mehr Personen als in der Suchthilfe.

63% der an der Schulung Teilnehmenden arbeiten im stationären Bereich und 32% im ambulanten Bereich, 4% sind derzeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tätig. Von 25 Personen liegt hierzu keine Aussage vor. 10% der SchulungsteilnehmerInnen sind weniger als ein Jahr in ihrem Arbeitsfeld tätig, 35% zwischen einem Jahr und fünf Jahren und 16% zwischen fünf und zehn Jahren. 39% arbeiten länger als zehn Jahre im Bereich der Alten- (bzw. Suchthilfe), von fünf Teilnehmenden liegen keine Angaben hierzu vor.

Aus Tabelle 2 ist der jeweilige Anteil der Berufsgruppen in den Schulungszyklen zu entnehmen. Wesentliche Änderungen im Zeitverlauf sind nicht zu beobachten. Drei der MitarbeiterInnen der ambulanten Suchthilfe hatten bereits an der vierstündigen internen Schulung der Fachklinik Fredeburg teilgenommen. Von der Teilnahme an den Basisschulungen zwei und drei liegen keine Fragebögen vor.

Tab. 2 Arbeitsbereiche der in den Basisschulungen fortgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Arbeitsbereich	Basisschulung 1	Basisschulung 2	Basisschulung 3
Pflege	143 (51,8%)	122 (53,5%)	106 (52,5%)
Hauswirtschaft / Alltagsbegleitung	87 (31,5%)	85 (37,3%)	73 (36,1%)
Pflegehilfe	26 (9,4%)	15 (6,6%)	13 (6,4%)
Pflegehilfe + Hauswirtschaft	6 (2,2%)	0	0
Suchthilfe	5 (1,8%)	0	0
Sonstige	9 (3,2%)	6 (2,6%)	10 (5,0%)
Gesamt	276 (100%)	228 (100%)	202 (100%)

### Gender

In den Pflegeberufen überwiegen weibliche Beschäftigte. Dies spiegelt sich auch bei den Teilnehmenden der Schulungen wieder, von denen 95% weiblich waren. Aus Tabelle 3 ist die jeweilige Geschlechtsverteilung unter den SchulungsteilnehmerInnen zu entnehmen. Sie blieb über alle drei Schulungszeiträume stabil.

Tab. 3 Geschlechtszugehörigkeit der in den Basisschulungen fortgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Geschlecht	Basisschulung 1	Basisschulung 2	Basisschulung 3
Weiblich	260 (94,9%)	217 (94,3%)	191 (95,0%)
Männlich	14 (5,1%)	13 (5,7%)	10 (5,0%)
Gesamt	274 (100%)	230 (100%)	201 (100%)

### Altersverteilung

Die Altersverteilung der SchulungsteilnehmerInnen kann aus Tabelle 4 entnommen werden.

Tab. 4 Altersverteilung der in den Basisschulungen fortgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Alter	Basisschulung 1	Basisschulung 2	Basisschulung 3
35 J. und jünger	55 (20,1%)	44 (19,5%)	34 (17,0%)
36- 45 J.	71 (25,9%)	55 (24,3%)	53 (26,5%)
46 - 55 J.	101 (36,8%)	86 (38,1%)	74 (37,0%)
> 55 J.	47 (17,2%)	41 (18,1%)	39 (19,5%)
Gesamt	274 (100%)	226 (100%)	200 (100%)
Keine Altersangabe	2	7	2

### 7.1.5.2 Interesse und Erwartungen an die Schulung

Die Teilnehmenden wurden vor Beginn der Schulung gebeten, ihr persönliches Interesse zum Thema „Sucht und Alter“ auf einer Skala von 1 bis 7 einzuschätzen (1 = gar nicht, 7 = sehr). Der Mittelwert dieser Einschätzung beträgt 5,6 (SD = 1,3). Ebenso wurde das persönliche Interesse an einer engen Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe eingeschätzt: 5,5 (SD = 1,3). Darüber hinaus wurden auch die persönlichen Erwartungen der Fachkräfte an die Schulung beleuchtet, die Ergebnisse hierzu finden sich in Tabelle 5. Jene Fachkräfte, die zu

Beauftragten geschult werden sollten, wurden ebenfalls hinsichtlich ihrer Erwartungen an die Schulung und ihre Funktion als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r befragt, siehe Tabelle 6.

Tab. 5 Erwartungen an die Schulung (Basisqualifikation, n = 276), Angaben in Prozent

<b>Erwartungen an die Schulung</b>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>teils/teils</i>	<i>trifft eher nicht zu/ trifft nicht zu</i>
Ich erwarte, dass das in der Schulung erworbene Wissen und die erworbenen Fähigkeiten für meine Tätigkeit sehr von Nutzen sein wird/werden.	67,5%	28,4%	4,1%
Ich erwarte, dass mein Tätigkeitsfeld sehr viele Möglichkeiten bietet, das erworbene Wissen anzuwenden.	47,8%	38,6%	13,6%
Ich erwarte, dass ich aufgrund meines Vorwissens mich an einigen Stellen der Schulung unterfordert fühlen werde.	6,1%	20,1%	73,8%
Ich erwarte, dass meine Vorgesetzten mich bei der Umsetzung des Erlernten unterstützen.	74,3%	20,4%	5,2%
Im Allgemeinen freue ich mich auf die Schulung im Rahmen des Modellprojekts HAMAB	81,0%	18,6%	0,4%

Tab. 6 Erwartungen an die Funktion als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r (Beauftragten-Schulung, n = 12), Angaben in Prozent, absolute Zahlen in Klammern

<b>Erwartungen an die Schulung und die Rolle als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r</b>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>teils/teils</i>	<i>trifft eher nicht zu/ trifft nicht zu</i>
Ich erwarte, dass das in der Schulung erworbene Wissen und die erworbenen Fähigkeiten für meine Tätigkeit sehr von Nutzen sein wird/werden.	75,0% (9)	8,3% (1)	16,7% (2)
Ich erwarte, dass mein Tätigkeitsfeld sehr viele Möglichkeiten bietet, das erworbene Wissen anzuwenden.	58,3% (7)	25,0% (3)	16,7% (2)
Ich erwarte, dass die mir übertragenen Aufgaben im Rahmen des Projekts zeitlich und organisatorisch gut zu schaffen sein werden.	25,0% (3)	41,7% (5)	33,3% (4)
Ich erwarte, dass ich durch die bevorstehende Schulung meine Rolle als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r zufriedenstellend und gewinnbringend umsetzen kann.	75,0% (9)	8,3% (1)	16,7% (2)
Ich erwarte, dass ich in meiner Rolle als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r einiges verändern und bewirken kann.	66,7% (8)	25,0% (3)	8,3% (1)
Ich erwarte, dass meine Kolleg/innen mich in meiner Funktion als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r unterstützen werden.	58,3% (7)	33,3% (4)	8,3% (1)
Ich erwarte, dass meine Vorgesetzten mich in meiner Funktion als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r unterstützen werden.	91,7% (11)	0% (0)	8,3% (1)
Ich erwarte, dass ich die im Rahmen der Schulung erworbenen spezifischen Kompetenzen dauerhaft über die Modellphase hinaus in meiner Institution verankern kann.	66,7% (8)	33,3% (4)	0% (0)
Im Allgemeinen freue ich mich auf die Schulung und meine Funktion als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r im Rahmen des Modellprojekts HAMAB	58,3% (7)	41,7% (5)	0% (0)

### *Vorwissen zum Thema Alter und Sucht*

Vor Beginn der Schulung wurden alle Teilnehmenden gebeten, ihr Wissen zum Themenfeld „Sucht und Alter“ einzuschätzen, siehe Tabelle 7. Vor allem im Bereich der Gesprächsführung und Interventionsmöglichkeiten bei älteren Suchtkranken geben die Schulungsteilnehmenden ein geringes Vorwissen an. Darüber hinaus sind auch lokale Versorgungsstrukturen der Suchthilfe einem großen Teil unbekannt.

Tab. 7 Vorwissen der Schulungsteilnehmenden (Basisqualifikation und Beauftragten-Schulung, n = 288), Angaben in Prozent

<b>Eingeschätztes Wissen in den folgenden Themengebieten:</b>	<i>sehr gering/ gering</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>hoch/ sehr hoch</i>
Entwicklungsaufgaben und Lebensbedingungen älterer Menschen	24,3%	55,4%	20,4%
Häufigkeit von substanzbezogenen Störungen im Alter	39,9%	48,8%	11,3%
Symptome von riskanten, schädlichen und abhängigen Konsummustern bei älteren Menschen	35,6%	50,7%	13,7%
Gesprächsführung mit älteren Suchtkranken	68,5%	26,2%	5,3%
Interventionsmöglichkeiten bei älteren Suchtkranken	69,9%	27,9%	2,1%
Lokale Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Suchthilfe	61,4%	33,6%	5,0%
Lokale Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Altenhilfe	44,4%	40,4%	15,2%

### **7.1.5.3 Bewertungen der Schulungen**

#### *Gesamturteil*

Im Zuge der Evaluation wurden die Schulungsteilnehmenden gebeten, der Veranstaltung eine Gesamtnote (Notensystem 1 bis 6) zu geben. Dieser Einschätzung kommt bei der Beurteilung der Fortbildung eine besondere Bedeutung zu, da sie die globalste aller zu beurteilenden Aussagen darstellt. Für den ersten Schulungszyklus ergibt sich mit einer Gesamtnote von 1,8 (SD=0,7) ein Wert, welcher der Schulnote „zwei plus“ entspricht. Ähnlich wurde der zweite Schulungszyklus beurteilt. Mit einer Gesamtnote von 1,7 (SD=0,6) ergab sich wiederum ein Wert, welcher der Schulnote „zwei plus“ entspricht. Den dritten Schulungszyklus beurteilten die Teilnehmenden mit einer Gesamtnote von 2,0 (SD=0,7) etwas kritischer aber immer noch gut.

Tab. 8: Bewertung der Schulungen: Gesamturteil in Schulnoten

Schulungszyklus	Note
Erste Schulungen	1,8 (SD=0,7)
Zweite Schulungen	1,7 (SD=0,6)
Dritte Schulungen	2,0 (SD=0,7)

### Differenzierte Bewertung

Die Teilnehmenden der Schulungen wurden gebeten, unterschiedliche Qualitätsaspekte der Fortbildung auf einer fünfstufigen Skala (1 = „trifft völlig zu“ bis 5 = „trifft gar nicht zu“) zu beurteilen. Die Evaluationsfragen bezogen sich auf die Qualität der Lehrinhalte, das konkrete Referentenverhalten während der Veranstaltung, strukturelle und organisatorische Aspekte. Darüber hinaus wurden Einschätzungen hinsichtlich der beruflichen Relevanz und praktischen Umsetzbarkeit des Erlernten erhoben. Die Ergebnisse zu allen drei Schulungszyklen werden in Tabelle 9 gemeinsam für die Schulung Basisqualifikation und Beauftragte präsentiert.

Tab.9 Bewertung der drei Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Schulung (Basisqualifikation und Beauftragten-Schulung, n = 288 bzw. 240 bzw. 202, Angaben in Prozent zusammengefasst für die Antwortkategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“)

	erste Schulung	zweite Schulung	dritte Schulung
<b>Die Veranstaltung war ...</b>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>
... transparent strukturiert.	95,8%	95,8 %	92,0 %
... gut dokumentiert (Skript, Literatur, Material).	94,1%	87,8 %	51,1 %
... im Umfang des Stoffs für mich angemessen.	93,4%	93,2 %	87,6 %
... gut organisiert.	95,5%	91,6 %	83,4 %
<b>Die Vortragenden ...</b>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>
... konnten Lehrziele und Inhalte klar und verständlich vermitteln.	94,1 %	96,2 %	91,6 %
... konnten den Stoff in angemessenem Tempo vermitteln.	94,8 %	96,7 %	92,6 %
... brachten anschauliche und aktuelle Beispiele.	94,0 %	94,6 %	93,6 %
... ermutigten zu Diskussionen und Fragen.	88,1 %	95,4 %	90,5 %
... setzten Medien (Wandtafel, Folien etc.) hilfreich ein.	96,2 %	82,7 %	20,1 %
... haben den Stoff gut strukturiert dargeboten.	96,5 %	95,4 %	79,9 %
... konnten einen persönlichen Bezug zu den Teilnehmer/innen herstellen.	85,0 %	89,5 %	86,4 %

... verhielten sich den Teilnehmer/innen gegenüber freundlich und respektvoll.	98,2 %	99,2 %	96,0 %
... verhielten sich in der Schulung flexibel.	96,2 %	97,5 %	92,5 %
... waren mir sympathisch.	96,9 %	99,2 %	92,0 %
	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>
Das Klima in der Veranstaltung war sehr angenehm.	95,1 %	97,0 %	90,3 %
Die Veranstaltung wird meinen Alltag in der Arbeit mit Klienten erleichtern.	66,7 %	74,2 %	68,5 %
In der Veranstaltung erworbenes Wissen wird mir für meine Tätigkeit sehr von Nutzen sein.	69,2 %	75,6 %	69,5 %
Die Veranstaltung hat mir neue Sichtweisen und ein neues Verständnis für die Arbeit mit Klienten vermittelt.	81,1 %	85,2 %	74,6 %
Ich habe durch die Inhalte der Veranstaltung meine Kompetenzen erweitert.	79,5 %	85,5 %	70,7 %
Die Veranstaltung hat sehr zu meinem Interesse an der Thematik beigetragen	88,3 %	88,6 %	78,3 %

Die Qualität der Vortragenden als auch die strukturellen und inhaltlichen Aspekte der Fortbildung wurden für die beiden ersten Schulungszyklen durchwegs von der großen Mehrheit der Teilnehmenden positiv bis sehr positiv eingeschätzt. Im dritten Zyklus werden vier Fragen zum Teil deutlich schlechter beurteilt, was allerdings überwiegend durch die für Fortbildungsinhalte nicht passgenauen Fragen zu erklären sein dürfte. Während die Teilnehmenden in den ersten beiden Schulungszyklen mit der Dokumentation sehr zufrieden bzw. zufrieden waren (94,1% und 87,8%), gaben in der dritten Schulung nur 51,1% von Ihnen eine hohe Zufriedenheit mit der Dokumentation an. Der Medieneinsatz wurde in der dritten Schulung noch schlechter beurteilt (20,1% versus 96,2% für die erste und 82,7% für die zweite Schulung). Im ersten Schulungszyklus war der größte Teil der Schulungszeit mit einer Power-Point-Präsentation unterlegt. In der zweiten Schulung nahm der Übungsanteil zu, während er in der dritten Schulung bis auf eine kurze Wiederholung zu Beginn kein Medieneinsatz stattfand. In den beiden ersten Schulungen erhielten die Teilnehmenden Handouts mit Schulungsmaterial. Da die dritten Schulungen vorwiegend aus Übungen zur Gesprächstechnik in Kleingruppen bestanden, waren Handouts nicht vorgesehen. Die bereits beschriebenen organisatorischen Schwierigkeiten im Bereich der Altenhilfe führten teilweise zu einer zu hohen Teilnehmerzahl, was die Übung in Kleingruppen erschwerte. Hierauf dürfte die geringere Zufriedenheit mit der Organisation im dritten Schulungszyklus zurück zu führen. Es war allerdings auch zu beobachten, dass sich einige MitarbeiterInnen der Altenhilfe schwer taten, an den für die ungewohnten Gesprächsübungen aktiv mitzuwirken. Aus dem Auswertungsergebnis der etwas geringeren erhobenen Zufriedenheit mit den dritten Schulungen kann nicht geschlossen werden, diese seien nicht angemessen oder sollten grundsätzlich geändert werden.

### *Qualitative Einschätzung mittels offener Fragen.*

Neben den quantitativen Einschätzungen zu den Fortbildungsveranstaltungen wurden im Evaluationsbogen auch qualitative Daten mittels offener Frageform erhoben. Zunächst wurde erhoben, was die Teilnehmenden an der Veranstaltung positiv fanden, um besonders gut empfundene Elemente zu identifizieren. Von den insgesamt 288 vorliegenden Fragebögen des *ersten Schulungszyklus* lagen 218 Antworten zu dieser Frage vor. Am häufigsten wurde berichtet, dass die Fortbildungsveranstaltung „viel Raum für Fragen und Diskussionen“ beinhaltete (44 Nennungen). Jeweils 25 Mal wurden als besonders positiv die „Beispiele aus der Praxis“ als auch die „gute Verständlichkeit und Strukturiertheit“ hervorgehoben. Darüber hinaus wurden auch „die Inhalte und Informationen“, „die angenehme Atmosphäre“ und „die Sensibilisierung für das Thema“ genannt (mit jeweils mehr als 10 Nennungen). Von den insgesamt 240 befragten Personen des *zweiten Schulungszyklus* haben 183 auf diese Frage geantwortet. Da Mehrfachantworten möglich waren, lagen insgesamt 246 Antworten zu dieser Frage vor. Am häufigsten wurden die „Beispiele aus der Praxis“ positiv erwähnt (70 Nennungen). Fünfundzwanzig Mal wurden „die Inhalte und Informationen“ als positiv hervorgehoben; 47 Mal, dass „Raum für Fragen und Diskussionen“ zur Verfügung stand. Die „angenehme Atmosphäre bzw. Vortragsweise“ war für 27 Teilnehmende besonders erwähnenswert. „Sensibilisierung für das Thema“ wurde neun Mal genannt, und „gute Verständlichkeit und Strukturiertheit“ vier Mal. Von den insgesamt 203 befragten Personen des *dritten Schulungszyklus* beantworteten 123 diese Frage. Da auch hier Mehrfachantworten möglich waren, lagen insgesamt 186 Antworten vor. Am häufigsten, nämlich 52 Mal, wurden die „Beispiele aus der Praxis“ positiv erwähnt. 42 Mal wurde als positiv hervorgehoben, dass „Raum für Fragen und Diskussionen“ zur Verfügung stand, 26 Mal „die Inhalte und Informationen“. Die verwendeten Methoden wurden 21 Mal als positiver Aspekt der Veranstaltung genannt, hier überwiegend das Rollenspiel. Die „angenehme Atmosphäre bzw. Vortragsweise“ war für 14 Teilnehmende besonders erwähnenswert. „Sensibilisierung für das Thema“, „gute Verständlichkeit und Strukturiertheit“ sowie „Alles“ wurden jeweils viermal genannt. In die Kategorie „Sonstiges“ fielen 19 Nennungen. Hierbei handelte es sich überwiegend um nicht zuzuordnende Teiläußerungen bzw. um unleserliche Teiläußerungen und nur in Einzelfällen um komplette Äußerungen.

Als komplementär zu der ersten qualitativen Frage wurde erhoben, was die Teilnehmenden negativ beurteilen. Insgesamt beantworteten aus dem *ersten Schulungszyklus* 114 Personen diese Frage. Kritikpunkte bezogen sich überwiegend auf organisatorische Aspekte. Mit 17 Mal wurde am häufigsten der „ungünstige Termin / die Uhrzeit“ genannt, einige Male mit dem Vermerk, dass die Schulung direkt nach dem Frühdienst stattfand. Sechs Mal wurde berichtet, dass der Schulungsraum zu klein und stickig war, sieben Personen berichteten von Problemen, sich zu konzentrieren. Weitere Kritikpunkte kamen vereinzelt und spiegeln daher sehr persönliche Sichtweisen wieder (z. B. zu lange Ausführung mit Statistiken, zu ausschweifende Diskussionen). Für den *zweiten Schulungszyklus* beantworteten 101 Personen die Frage nach negativen Aspekten. Es wurde etwa genauso häufig auf organisatorische Aspekte wie auf Sonstiges eingegangen. Am häufigsten wurde mit 29 Mal der „ungünstige Termin / die Uhrzeit“ genannt, einige Male mit dem Vermerk, dass die

Schulung direkt nach dem Frühdienst stattfand oder dass es keine Pause gab. Fünfzehn Mal wurde berichtet, dass der Schulungsraum zu klein und/oder stickig war. Nur eine Person berichtete von Problemen, sich zu konzentrieren. Einundzwanzig Personen gaben zu dieser Frage an, dass sie nichts an der Veranstaltung negativ fanden oder äußerten sich auch in dieser Frage noch einmal positiv über die Veranstaltung. Als weiterer Kritikpunkt wurden aber häufiger zu viele oder zu lange Wiederholungen genannt. Für den *dritten Schulungszyklus* antworteten 96 Personen. Am häufigsten mit 20 Mal wurde der „Inhalt des Vortrags“ genannt, darunter öfters, dass Teile des Vortrags schon bekannt seien. Jeweils 15 Mal genannt wurden eine „zu große Teilnehmerzahl“ und „inhaltlich-organisatorische Aspekte“ wie z. B. das Fehlen eines Skripts. 13 Mal wurden Aspekte genannt, die der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet wurden. Acht Mal wurde ein „ungünstiger Termin /die Uhrzeit“ genannt, dieses Mal aber nur selten mit dem Vermerk, dass die Schulung direkt nach dem Frühdienst stattfand. Ebenfalls acht Mal wurde berichtet, dass der „Schulungsraum zu klein, zu warm oder zu kalt“ war. Sechs Personen war es „zu laut“, genauso viele bekundeten, dass sie „nichts“ an der Veranstaltung negativ fanden. Fünf Mal wurden Aspekte der „Vortragsweise“ bemängelt, aber auch vier Mal eine „zu geringe Beteiligung der Schulungsteilnehmer“. Vier Personen klagten über „zu wenig Zeit“.

Abschließend wurde erhoben, welche konkreten Verbesserung- und Veränderungsvorschläge die Teilnehmenden für die Fortbildung machen können. Nach dem *ersten Schulungszyklus* machten 110 Personen hierzu Angaben, wobei am häufigsten „mehr Fallbeispiele und Praxisbezug“ gewünscht wurden (30 Nennungen). Fünf der Teilnehmenden äußerten den Wunsch nach mehr Informationen zu Medikamenten und drei Personen schlugen vor, auch Ärzte stärker mit einzubeziehen. Nach dem *zweiten Schulungszyklus* machten hierzu insgesamt 82 Personen Angaben, wobei wiederum am häufigsten „(noch) mehr Fallbeispiele und Praxisbezug“ gewünscht wurde (15 Nennungen). Wieder wurde vorgeschlagen, auch Ärzte stärker mit einzubeziehen (drei Nennungen). 12 Personen gaben zu dieser Frage an, dass sie keine Verbesserungsvorschläge hätten oder äußerten sich auch in dieser Frage noch einmal positiv über die Veranstaltung. Nach dem *dritten Schulungszyklus* wurden von 68 Personen Vorschläge gemacht, wobei mit 19 Nennungen am häufigsten Verbesserungen bezüglich organisatorischer Aspekte wie „Raum, Teilnehmerzahl, Verpflegung“ gewünscht wurden. „(Noch) mehr Fallbeispiele und Praxisbezug“ oder andere methodische Verbesserungen wünschten 12 Personen. 11 Personen wünschten sich „inhaltliche Verbesserungen“ und 10 Personen „mehr Zeit, häufigeren Austausch oder mehr Wiederholungen“. Sieben Personen machten (Teil-) Äußerungen, die der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet wurden. Verbesserungen bezüglich des Materials wie „Skripte, Visitenkarten von Ansprechpartnern“ wurden von fünf Personen vorgeschlagen. Erneut wurden der Einbezug von Hausärzten und eine „stärkere Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Caritas“ vorgeschlagen (vier Nennungen). Vier Personen gaben explizit zu dieser Frage an, dass sie keine Verbesserungsvorschläge hätten.

### *Bewertung der Hospitation der Sucht- und Altersbeauftragten*

Neben den beiden Schulungseinheiten sollten die Beauftragten je einen Tag in einer Institution des anderen Arbeitsgebietes hospitieren. Im Anschluss sollte ein kurzer Fragebogen ausgefüllt werden. Von sieben Personen liegen Fragebögen vor. Aus den Antworten ist zu schließen, dass es sich um Suchtbeauftragte aus Institutionen der Altenhilfe handelt. Die Antworten zu drei Fragen konnten nicht ausgewertet werden, da leider irrtümlich eine alte Version des Fragebogens verteilt wurde, in der zu diesen drei Fragen die Antwortmöglichkeiten entgegengesetzt angeordnet waren. Offenbar reichte die Hospitation den meisten Teilnehmenden, um Einblicke in die Organisation und Arbeitsweise der besuchten Institution und in die Lebenswelt der Patientinnen und Patienten zu erlangen, nicht jedoch, um die Arbeitsabläufe und die spezifischen Belastungen und Anforderungen der Mitarbeitenden der Institution kennen zu lernen. Alle sieben Teilnehmenden antworteten auf die Frage, was sie positiv an der Hospitation fanden. Am häufigsten wurde die Begleitung durch einen Betroffenen/Patienten positiv erwähnt (dreimal), gefolgt von der Offenheit, mit der die Patienten über ihre Erkrankung sprachen (zweimal). Auch zu negativen Eindrücken äußerten sich alle sieben Personen. Vier Äußerungen beinhalteten den zeitlichen Aspekt; die zur Verfügung stehende Zeit sei zu kurz gewesen (einmal) bzw. die Zeit habe nicht ausgereicht um mit den Angestellten der Einrichtung zu sprechen (dreimal).

Tabelle 10: Bewertungen der Hospitation durch die Altersbeauftragten (n = 7), Angaben in Prozent, absolute Zahlen in Klammern

<b>Durch die Hospitation ...</b>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>teils/teils</i>	<i>trifft eher nicht zu/ trifft nicht zu</i>
... konnte ich wertvolle Einblicke in die Organisation und die Arbeitsweise der besuchten Institution(en) erlangen.	71,4% (5)	28,6% (2)	0% (0)
... konnte ich die Arbeitsabläufe der Mitarbeiter/innen der Institution(en) kennenlernen.	14,3% (1)	14,3% (1)	71,4% (5)
... konnte ich die spezifischen Belastungen und Anforderungen der Mitarbeiter/innen der Institution(en) kennenlernen.	0% (0)	28,6% (2)	71,4% (5)
... konnte ich wertvolle Einblicke in die Lebenswelt der Patienten/Patientinnen der Institution(en) erlangen.	85,7% (6)	14,3% (1)	0% (0)
Die Mitarbeiter/innen der Institution(en) verhielten sich mir gegenüber offen und freundlich.	---	---	---
Ich fühlte mich während der Hospitation gut betreut.	---	---	---
Die Atmosphäre während der Hospitation empfand ich als angenehm.	---	---	---

#### 7.1.5.4 Erworbenes Wissen zum Thema Alter und Substanz bezogene Störungen

Um den Wissenserwerb der an den Basisschulungen Teilnehmenden im Verlauf des Projektes zu überprüfen, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach der dritten Basisschulung zu ihrem aktuellen Wissen zum Themenbereich „Alter und Substanz bezogene Störungen“ befragt. Ihnen stand für ihre Antworten eine fünfstufige Skala (1 = „sehr gering“ bis 5 = „sehr hoch“) zur Verfügung. Die Ergebnisse werden in Tabelle 10 dargelegt. In fast allen Bereichen ist ein deutlicher Zuwachs an selbst eingeschätztem Wissen zu verzeichnen. Nur für die „Gesprächsführung mit älteren Suchtkranken“ schätzen die an der letzten Schulung Teilnehmenden ihr Wissen nur etwas höher ein als vor der ersten Schulung. In der Beurteilung der Befragungsergebnisse muss beachtet werden, dass gemäß der Auswertung der Verschlüsselungscodes nicht alle Teilnehmer zu allen drei Schulungszyklen anwesend waren. 19 Personen hatten an der ersten und der dritten, 12 Personen an der zweiten und dritten Schulung teilgenommen. 18 Personen waren nur zur dritten Schulung anwesend.

Tab. 11: Subjektiver Wissenserwerb vor und nach den drei Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Schulung Basisqualifikation. Angaben in Prozent zusammengefasst für die Antwortkategorien „hoch“ und „sehr hoch“

	<b>vor erster Schulung</b>	<b>nach dritter Schulung</b>
<b>Durch die Teilnahme an der Schulung schätze ich mein Wissen in den folgenden Themengebieten wie folgt ein:</b>	<i>sehr hoch/ hoch</i>	<i>sehr hoch/ hoch</i>
Häufigkeit von substanzbezogenen Störungen im Alter (v.a. Alkohol, Beruhigungs- und Schmerzmittel) (n = 272 bzw. 194)	11,0 %	42,8 %
Symptome von riskanten, schädlichen und abhängigen Konsummustern bei älteren Menschen (n = 272 bzw. 193)	13,6 %	47,7 %
Entwicklungsaufgaben und Lebensbedingungen älterer Menschen (n = 268 bzw. 183)	19,8 %	35,5 %
Gesprächsführung mit älteren Suchtkranken (n = 267 bzw. 193)	14,9 %	18,7 %
Interventionmöglichkeiten bei älteren Suchtkranken (n = 264 bzw. 185)	1,9 %	15,1 %
Lokale Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Suchthilfe (n = 265 bzw. 185)	4,5 %	23,8 %
Lokale Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Altenhilfe (n = 265 bzw. 184)	14,3 %	26,1 %

Die Beauftragten erhielten nur zwei, dafür aber umfangreichere Schulungen. Zusätzlich hatten sie die Gelegenheit der Hospitation, um die Arbeitsweise der Sucht- bzw. Altenhilfe kennenzulernen. Die Teilnehmenden an den Beauftragtenschulungen wurden nach der zweiten Schulung zu ihrem aktuellen Wissen befragt. Auch ihnen stand die bereits beschriebene fünfstufige Beurteilungsskala zur Verfügung. Erfreulicherweise konnte für fast alle Themengebiete ein hoher Anteil an Personen mit subjektiv hohem bzw. sehr hohem Wissen erzielt werden. Lediglich für das Wissen um „Diagnostik bei Verdacht auf Substanzstörungen im Alter“ fühlte sich keine teilnehmende Person mit sehr hohem oder

hohem Wissen ausgestattet. Die Ergebnisse der Befragung sind in Tabelle 12 zusammengefasst.

Tabelle 12: Subjektiver Wissenserwerb vor und nach den beiden Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Schulung Beauftragtenqualifikation, n = 7, Angaben in Prozent zusammengefasst für die Antwortkategorien „hoch“ und „sehr hoch“

	<b>vor erster Schulung</b>	<b>nach zweiter Schulung</b>
<b>Durch die Teilnahme an der Schulung schätze ich mein Wissen in den folgenden Themengebieten wie folgt ein:</b>	<i>sehr hoch/ hoch</i>	<i>sehr hoch/ hoch</i>
Häufigkeit von substanzbezogenen Störungen im Alter (v.a. Alkohol, Beruhigungs- und Schmerzmittel)	0 (0,0 %)	6 (85,7 %)
Symptome von riskanten, schädlichen und abhängigen Konsummustern bei älteren Menschen	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)
Entwicklungsaufgaben und Lebensbedingungen älterer Menschen	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)
Gesprächsführung mit älteren Suchtkranken	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)
Diagnostik bei Verdacht auf Substanzstörungen im Alter	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Interventionsmöglichkeiten bei älteren Suchtkranken	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)
Lokale Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Suchthilfe	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)
Lokale Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Altenhilfe	1 (16,7 %)	3 (42,9 %)
Vernetztes Arbeiten	---	5 (71,4 %)
Erarbeitung fallbezogener Lösungen	---	5 (71,4 %)

### 7.1.5.5 Umsetzung erlernter Schulungsinhalte

Die Teilnehmenden der Schulung Basisqualifikation wurden nach der dritten Schulung rückblickend zur Umsetzung der erlernten Schulungsinhalte in den letzten zwölf Monaten befragt. Ihnen stand für ihre Antworten eine fünfstufige Skala (1 = „trifft völlig zu“ bis 5 = „trifft nicht zu“) zur Verfügung. Die Ergebnisse hierzu werden in Tabelle 13 präsentiert. Wiederum ist zu beachten, dass nicht alle TeilnehmerInnen an allen drei Schulungen teilgenommen haben. Nach den Kodierungsnummern nahmen 18 Personen nur an der dritten Schulung teil und 31 Personen an der ersten und dritten bzw. zweiten und dritten Schulung.

Tab. 13: Umsetzung der erlernten Schulungsinhalte Basisqualifikation: Bewertung nach der dritten Fortbildungsveranstaltung. Angaben in Prozent zusammengefasst für die Antwortkategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“ bzw. für „trifft nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“

<b>Umsetzung der erlernten Schulungsinhalte in den letzten zwölf Monaten</b>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>teils/teils</i>	<i>trifft nicht zu/ trifft eher nicht zu</i>
Das in den Veranstaltungen erworbene Wissen und die erworbenen Fähigkeiten waren für meine Arbeitspraxis nützlich und hilfreich. (n = 194)	65,5 %	28,9 %	5,7 %
Mein Tätigkeitsfeld hat sehr viele Möglichkeiten geboten, das erworbene Wissen anzuwenden. (n = 195)	38,5 %	39,5 %	22,1 %
Ich wurde von meinen Vorgesetzten in der Umsetzung des Erlernten unterstützt. (n = 184)	55,4 %	26,1 %	19,5 %

Auch die Teilnehmenden der Schulung zu Sucht- bzw. Altersbeauftragten wurden zu ihrem Kompetenzgefühl hinsichtlich der neuen Aufgaben als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r befragt. Ihnen stand für ihre Antworten ebenfalls eine fünfstufige Skala (1 = „trifft völlig zu“ bis 5 = „trifft nicht zu“) zur Verfügung. Die Ergebnisse hierzu werden in Tabelle 14 präsentiert und auf ihre Bedeutung wird in der Diskussion eingegangen.

Tab. 14: Umsetzung der erlernten Schulungsinhalte Beauftragtenqualifikation: Bewertung nach den beiden Fortbildungsveranstaltungen. n = 6, Angaben in Prozent zusammengefasst für die Antwortkategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“

<b>Kompetenzgefühl hinsichtlich der neuen Aufgaben als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r</b>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>
Ich fühle mich auf meine neuen Aufgaben als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r gut vorbereitet.	3 (50,0 %)
Über die bevorstehenden Aufgaben und Tätigkeiten wurde ich ausreichend informiert.	5 (83,3 %)
Ich fühle mich bereit und gut „ausgerüstet“ für meine neue Rolle als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r.	3 (50,0 %)
Ich freue mich auf meine neuen Aufgaben als Sucht- bzw. Altersbeauftragte/r.	5 (83,3 %)

### 7.1.5.6 Interesse am Thema und an der Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe

Die Teilnehmenden der Schulungen zur Basisqualifikation wurden nach der letzten Schulung noch einmal zu ihrem Interesse am Thema „Sucht und Alter“ und einer Vertiefung der Kenntnisse in diesem Gebiet sowie zum Interesse an einer engen Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe befragt. Ihnen stand für ihre Antworten eine siebenstufige Skala (1 = „gar nicht“ bis 7 = „sehr“) zur Verfügung. Sie bekundeten weiterhin ein hohes Interesse am Thema (Mittelwert 5,19, SD=1,45) und einer engen Vernetzung der beiden Versorgungssegmente Suchthilfe und Altenhilfe (Mittelwert 5,34, SD=1,46).

## 7.2 Fachkonferenzen

Neben der Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Institutionen mittels Schulungen zu Substanz bezogenen Störungen, Gesprächs- und Interventionstechniken war ein zentrales Anliegen des Projektes HAMAB die Vernetzung der beiden regionalen Versorgungssektoren Suchthilfe und Altenhilfe. Während der Laufzeit sollten die Strukturen für eine nachhaltige Zusammenarbeit entwickelt und verankert werden. Hierzu sollte in allen beteiligten Einrichtungen (zwei stationäre Altenpflegeheime, sechs Sozialstationen, eine Beratungs- und Behandlungsstelle Sucht und eine Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen) eine „Beauftragte bzw. ein Beauftragter“ benannt und intensiv geschult werden. Die Beauftragten sollten nach ihrer Qualifizierung (Beauftragtenschulungen, Hospitationen), in einer „Fachkonferenz“ die konkret vernetzte fallbezogene Arbeit im Sinne eines lernenden Systems entwickeln. Ferner sollten sie ihre erworbenen spezifischen Kompetenzen in der Einarbeitungsphase an neue MitarbeiterInnen ihrer Einrichtungen vermitteln. Zu Beginn des Projektes wurde seitens der Leitung der Altenhilfe entschieden, auch für die Einrichtung der Tagespflege eine Suchtbeauftragte zu benennen. Insgesamt wurden in der ersten Projektphase 11 Beauftragte benannt und im ersten Schulungszyklus fortgebildet.

Als Meilenstein 2 war im Projektplan die Implementierung und Etablierung der Fachkonferenz festgelegt worden, an der unter der Leitung der Projektkoordinatoren die Suchtbeauftragten der Einrichtungen der Altenhilfe und die Altersbeauftragten der Einrichtungen der Suchthilfe teilnehmen sollten. Die Zusammenarbeit in der Fachkonferenz sollte nach etwa 12 Monaten Laufzeit des Projektes erreicht sein, war zum Zeitpunkt der Erstellung des ersten Zwischenberichtes sogar zu einem früheren Zeitpunkt, bereits für Ende August 2011, angedacht. Dies gründete sich insbesondere auf den Wunsch der Suchtbeauftragten der Altenhilfeeinrichtungen, nach Abschluss der Schulungen möglichst rasch mit der gemeinsamen Arbeit zu starten. Aufgrund krankheitsbedingter Ausfälle konnte dies aber organisatorisch nicht umgesetzt werden. Zur Vorbereitung der Fachkonferenzen waren zwischenzeitlich von den Projektkoordinatoren der Ablauf der einzelnen Fachkonferenzen festgelegt und die Form der Fallvorstellung mit den im Vorfeld von den Beauftragten zu erfragenden Angaben standardisiert worden (s. Anlage 9). Nach den ersten Fachkonferenzen wurde die Nachfrage nach Substanz bezogenen Auffälligkeiten bei Klienten, Bewohnern und Patienten durch die Suchtbeauftragten als Routine in die monatlich in den Institutionen der Altenhilfe stattfindenden Teambesprechungen eingeführt. Im weiteren Verlauf wurde ein „Verlaufsschema“, d.h. eine Handlungsanweisung für den Umgang mit zu Pflegenden mit Substanz bezogenen Auffälligkeiten erarbeitet und in das interne Qualitätssicherungsprogramm aller beteiligten Einrichtungen der Altenhilfe eingefügt (s. Anlage 10).

Die Fachkonferenz nahm ihre regelmäßige Arbeit im Februar 2012 auf. Ab diesem Zeitpunkt tagte sie monatlich. Ursprünglich waren 8 Besprechungen vorgesehen. Nachdem entschieden worden war, das Projekt mit Ablauf des Oktober 2012 zu beenden und keinen Antrag auf verlängerte Laufzeit zu stellen, wurde eine neunte, abschließende Fachkonferenz noch während der Laufzeit des Projekts im Oktober 2012 vereinbart. Die Fachkonferenzen

fanden im zentralen Verwaltungsgebäude der Caritas in Brilon statt. Alle Konferenzen wurden protokolliert. Als Beispiel ist ein Protokoll als Anlage 11 beigelegt. Zusätzlich wurden die Fallbesprechungen protokolliert. Als Beispiele sind zwei Protokolle (Anlagen 12 und 13) beigelegt.

### **7.2.1 Teilnahme**

An den Fachkonferenzen sollten neben den Projektkoordinatoren alle Beauftragten der beteiligten Einrichtungen (Suchtbeauftragte der Altenhilfe, Altersbeauftragte der Suchthilfe) regelmäßig teilnehmen. Für die Suchtbeauftragten der Altenhilfe erwies sich eine kontinuierliche Teilnahme als nicht einfach. Wiederholt mussten Beauftragte kurzfristig absagen, da sich der Medizinische Dienst der Krankenkasse unangemeldet oder nach kurzfristiger Vorankündigung in der Einrichtung einfand. Auch musste wegen kurzfristig notwendig gewordenen Krankheitsvertretungen abgesagt werden. Durch die Versendung der Protokolle an alle Beauftragten konnte aber eine kontinuierliche Arbeit gewährleistet und die gesetzten Ziele erreicht werden. Dennoch wurden der organisatorische und der Zeitaufwand für die Teilnahme an den Konferenzen von den Beauftragten der Altenhilfe gegen Ende des Projektes als sehr hoch und auf Dauer zu belastend eingeschätzt. Deswegen wurde davon Abstand genommen, nach Abschluss des Modellprojektes die Fachkonferenz einmal im Quartal abzuhalten, wie es ursprünglich vorgesehen war. Vielmehr wurde eine bedarfsweise Einberufung verabredet. Zur Überprüfung und nachhaltigen Sicherstellung der Fallbezogenen vernetzten Arbeit wurde alternativ eine regelmäßige Besprechung der Projektkoordinatoren (LeiterInnen der Altenhilfe und Leiter der ambulanten und stationären Suchthilfe) alle drei Monate vereinbart. Hierauf wird in der Diskussion näher eingegangen. Auf Wunsch der Suchtbeauftragten erfolgte allerdings im zweiten Quartal 2013 eine weitere Fachkonferenz. Wesentlicher Tagesordnungspunkt war der Austausch über die Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen und deren Information über die vernetzte Zusammenarbeit der beiden Versorgungssegmente Alten- und Suchthilfe in der Region.

### **7.2.2 Bewertung**

Belastbare Aussagen zur Bewertung der Fachkonferenzen konnten in der wissenschaftlichen Evaluation zunächst nicht getroffen werden, da nur für die ersten beiden von insgesamt neun Fachkonferenzen Fragebogen vorlagen. Wieso nicht alle von den Teilnehmenden ausgefüllten Fragebogen das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung erreichten, konnte im Nachhinein leider nicht aufgeklärt werden. Die Auswertung der wenigen Daten belegt für diesen frühen Zeitpunkt eine hohe Zufriedenheit mit der Fachkonferenz, die als gut strukturiert und den Erwartungen entsprechend beschrieben wurden. Auch die Erweiterung des Wissensspektrums und der eigenen Handlungsmöglichkeiten wurde positiv beurteilt. Ebenso war die Zufriedenheit mit der konkreten Fallarbeit, welche auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 7 = „sehr“ eingeschätzt werden sollte, für beide Fachkonferenzen recht hoch,  $M = 6,0$  ( $SD = 0,0$ ) bzw.  $M = 5,5$  ( $SD = 0,56$ ).

Die Projektkoordinatoren hatten beschlossen, nach Abschluss der Modellaufphase eine zusätzliche Befragung (ohne Mittelanforderung bzw. selbst finanziert) durchzuführen. Die Teilnehmenden der Fachkonferenzen wurden gebeten, eine abschließende summarische Beurteilung aller stattgefundenen Fachkonferenzen hinsichtlich verschiedener Aspekte zu bewerten. Ihnen stand für ihre Antworten eine fünfstufige Skala (1 = „trifft völlig zu“ über 3 = „teils/teils“ bis 5 = „trifft nicht zu“ bzw. 1 = „sehr gut“ über 3 = „mittelmäßig“ bis 5 = „sehr schlecht“) zur Verfügung. Die Resultate sind in Tabelle 15 wiedergegeben.

Tabelle 15: Bewertungen der Fachkonferenzen im Frühjahr 2013, Angaben in Prozent, absolute Zahlen in Klammern

<b>Bewertungen der Fachkonferenzen</b>	<i>trifft völlig zu/ trifft eher zu</i>	<i>teils/teils</i>	<i>trifft eher nicht zu/ trifft nicht zu</i>
Die zeitliche Einteilung der Fachkonferenzen entsprach meinen Vorstellungen	20% (1)	80% (4)	0% (0)
Der Ablauf der Fachkonferenzen war gut strukturiert	40% (2)	20% (1)	40% (2)
Meine Erwartungen an die Fachkonferenzen wurden erfüllt	20% (1)	0% (0)	80% (4)
Die Ziele der Fachkonferenzen waren für mich sinnvoll und klar nachvollziehbar	20% (1)	40% (2)	40% (2)
Ich konnte meine Anliegen in ausreichendem Umfang zur Sprache bringen	80% (4)	20% (1)	0% (0)
Der Umgang miteinander war respektvoll und partnerschaftlich	100% (5)	0% (0)	0% (0)
<b>summarische Bewertungen aller stattgefundenen Fachkonferenzen</b>	<i>sehr gut/ gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>schlecht/ sehr schlecht</i>
Wie beurteilen Sie die Atmosphäre während der Fachkonferenzen?	60% (3)	40% (2)	0% (0)
Wie beurteilen Sie die Erweiterung Ihres Wissensspektrums durch die Fachkonferenzen?	80% (4)	20% (1)	0% (0)
Wie beurteilen Sie die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten für Ihre Tätigkeit durch die Fachkonferenzen?	20% (1)	60% (3)	20% (1)
Wie bewerten Sie den Nutzen für Ihre Arbeitspraxis durch den fachlichen Austausch?	20% (1)	80% (4)	0% (0)

Die Zufriedenheit mit der konkreten Fallarbeit, welche auf einer Skala von 1 = „gar nicht“ bis 7 = „sehr“ eingeschätzt werden sollte, liegt in der summarischen Betrachtung nur noch im mittleren Bereich,  $M = 3,4$ ,  $SD = 1,5$ , mit einem Minimum von 2 und einem Maximum von 6. Während die Erweiterung des Wissensspektrums auch abschließend positiv beurteilt wird, fällt die subjektiv eingeschätzte Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten mit einem weder positiven noch negativen Ergebnis deutlich skeptischer aus als nach den ersten beiden Fachkonferenzen. Überhaupt scheint eine Ernüchterung und gewisse Enttäuschung eingetreten zu sein. Es werden ein geringer Handlungsspielraum und der geringe Einfluss auf die Medikamentenproblematik bemängelt.

### **7.2.3 Inhalte**

Die Fachkonferenzen sollten ein Gremium für interdisziplinäre Fallarbeit sein und die Vernetzung der beiden Versorgungssektoren entwickeln und standardisieren. Regelmäßig wurde zu Beginn der Stand des gesamten Projektes ausgetauscht. Danach wurde der Verlauf der bereits in Arbeit befindlichen Fälle besprochen und das diesbezügliche weitere Vorgehen vereinbart. Im nächsten Teil wurden organisatorische Aspekte diskutiert, vor allem aber wurden die die Substanz bezogenen Störungen betreffenden Aufgaben der Mitarbeiter und Beauftragten der Sucht- und Altenhilfe definiert, die dafür erforderliche Materialien entwickelt bzw. genehmigt. In diesem Teil der Fachkonferenzen konnte sich auch über grundlegende Fragen wie einer erforderlichen „Suchtpolitik“ für Institutionen der Altenhilfe und „Alterspolitik“ für Institutionen der Suchthilfe ausgetauscht werden. Abschließend konnten neue Fälle eingebracht werden.

#### **7.2.3.1 Kriterien Handlungsbedarf**

MitarbeiterInnen der Altenhilfe, dies wurde in den Basisschulungen und während der Qualifikation der Beauftragten deutlich, beobachten häufig Substanz bezogenes auffälliges Verhalten bei ihren PatientInnen oder BewohnerInnen und sind vielfach auch ohne spezifische Schulung in der Lage riskante oder schädliche Konsummuster zu erkennen. In der Regel verfügen sie über das Wissen, dass Sedativa und Hypnotika aus der Gruppe der Benzodiazepine nicht über längere Zeiträume verordnet und regelmäßig eingenommen werden sollten. Sie sind sich aber unsicher in der Bewertung einer Dauerverordnung oder des auffälligen Trinkverhaltens im konkreten Einzelfall und ob eine Intervention bzw. ein Ansprechen der Betroffenen oder im Falle einer problematischen Medikation des verordnenden Arztes hilfreich sein kann und wer dies tun sollte. Folglich war es das erste Ziel in den Basisschulungen, vor allem aber im Austausch in den Fachkonferenzen, Kriterien für die Beantwortung dieser Fragen zu entwickeln. Es wurde erarbeitet, dass ein auffälliger Alkohol- oder Medikamentengebrauch für sich alleine keinen Handlungsbedarf für die pflegenden Personen erzeugt. Vielmehr müsse eine Analyse erfolgen, ob das beobachtbare Verhalten mit einem erheblichen Risiko für die Gesundheit der/des Patientin/en einhergeht oder die von ihr/ihm subjektiv erlebte und objektiv beobachtbare Lebensqualität negativ beeinflusst. Zusätzlich solle eine Analyse erfolgen, ob beobachtbares Substanz bezogenes Verhalten den Pflegeauftrag oder gar die Pflegenden gefährdet. Nur wenn eines der genannten Kriterien als erfüllt eingeschätzt werde, werde ein Änderungsbedarf sichtbar. Keineswegs müsse jedes beobachtete problematische Verhalten verändert werden. Abstinenz sei bei Hochbetagten und Pflegebedürftigen kein vorrangiges Ziel, vielmehr werde die Verbesserung der Lebensqualität und die Senkung von vorwiegend gesundheitlichen Risiken angestrebt. Hierbei seien vor allem weitere Erkrankungen zu berücksichtigen. Die MitarbeiterInnen der Altenhilfe müssen keine Diagnosen stellen und sind nicht für suchtherapeutische Interventionen verantwortlich. Die Erarbeitung dieser Grundhaltung in den ersten beiden Fachkonferenzen führte zu einer deutlichen Entlastung der Suchtbeauftragten. Im zweiten Schritt wurden an Hand erster Fallbeispiele

Gefahrenanalysen trainiert. Von den Projektkoordinatoren war ursprünglich angedacht, die geriatrische Version des Short Michigan Alcoholism Test (SMAST-G) routinemäßig einzusetzen und in den Schulungen der Beauftragten wurde er vorgestellt und seine Anwendung erläutert. Da sich seit dem Projektantrag im Mai 2010 die wissenschaftliche Evidenz für die Überlegenheit des AUDIT-C als Screeningverfahren für ältere Menschen mit Alkohol bezogenen Störungen mehrte, wurde seine Anwendung empfohlen und erläutert. AUDIT-C besteht aus nur drei einfachen Fragen. Die Suchtbeauftragten waren aber übereinstimmend der Auffassung, dass die routinemäßige Anwendung von Screening-Fragebogen im Pflegealltag nicht hilfreich sei. Die in ihm enthaltenen Fragen sollten jedoch, wenn möglich, Eingang in die Aufnahmegespräche finden. In der im Abschnitt 7.2.3.3 beschriebenen Fallarbeit zeigte sich, dass es gut gelang, Kriterien für einen Handlungsbedarf bezüglich Alkohol bezogener Auffälligkeiten zu entwickeln. Für Medikamente bezogene Störungen gelang dies nicht in gleichem Umfang.

### **7.2.3.2 Handlungsanweisung**

In den Fachkonferenzen wurde eine standardisierte Vorgehensweise erarbeitet, die verbindlich in das QM-System der Einrichtungen der Altenhilfe implementiert wurde. Für die Suchthilfe wurde eine solche Vorgehensweise nicht für notwendig erachtet. Die Verfahrensanweisung ist als Anlage 10 beigefügt. Die im direkten Kontakt zu BewohnerInnen oder PatientInnen stehenden MitarbeiterInnen aus den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft bzw. Alltagsbegleitung sollen beobachtetes Substanz bezogenes Verhalten in dem auch sonst für Auffälligkeiten vorgesehenen Beobachtungsbogen festhalten. Sie können jederzeit die zuständige Suchtbeauftragte ihrer Einrichtung ansprechen und ihre Beobachtungen schildern. Ansonsten muss die Suchtbeauftragte mindestens einmal monatlich in den Abteilungsbesprechungen aktiv nach Substanz bezogenen Auffälligkeiten nachfragen und dies dokumentieren. Wurde ein „Fall“ benannt, wird in der Abteilungsbesprechung (Teambesprechung) eine erste „Gefahrenanalyse“ vorgenommen und eingeschätzt, ob Handlungsbedarf besteht. Wird dies bejaht, folgt die Festlegung, ob eine der MitarbeiterInnen oder die Suchtbeauftragte der Einrichtung dies übernimmt oder ob die Suchtberatungsstelle einbezogen werden soll. Das Ergebnis wird im Teamprotokoll festgehalten. Auch wird festgehalten, welche Intervention geplant ist (z.B. Gespräch mit der BewohnerIn oder PatientIn, der BeraterIn, Angehörigen oder der zuständigen ÄrztIn). Soll die Suchtberatungsstelle einbezogen werden, erfolgt eine erste anonymisierte Falldiskussion mit dem Altersbeauftragten der Suchtberatungsstelle und ein Fallprotokoll wird erstellt. Während der Projektphase erfolgten diese Fallbesprechungen in der Fachkonferenz. Im weiteren Verlauf wird sich gegenseitig über den Stand der Entwicklung informiert und der Erfolg der Vorgehensweise wird überprüft.

### **7.2.3.3 Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen**

Während der Projektphase wurden alle Mitarbeiterinnen der Altenhilfe der Bereiche Pflege und Hauswirtschaft / Alltagsbegleitung und alle MitarbeiterInnen der Suchthilfe für die mit Substanz bezogenen Problemen verbunden Risiken ihrer älteren PatientInnen oder BewohnerInnen sensibilisiert. Des Weiteren sollten sie qualifiziert werden, diese Probleme zu erkennen und sie wurden in Gesprächstechniken geschult, Änderungsprozesse in Gang setzen zu können. Über die Modelllaufzeit hinaus können Schulungen in diesem Umfang nicht durchgeführt werden. Der zeitliche und finanzielle Aufwand ist insbesondere für die Altenpflege-Institutionen zu hoch. Um eine Nachhaltigkeit der während der Projektlaufzeit verankerten Fall bezogenen Zusammenarbeit zu erreichen, mussten die Beauftragten beider Versorgungssegmente in die Lage versetzt werden, neue MitarbeiterInnen in die Thematik und Vorgehensweise bei detektierten Fällen einzuarbeiten. Institutionen der Altenpflege sind durch einen absolut und relativ hohen Personalwechsel gekennzeichnet, so dass regelmäßige interne Schulungen neuer MitarbeiterInnen erforderlich werden. Die Beauftragten wurden mit Schulungsmaterial (Schulungsfolien, Mappen) versehen. Es wurde vereinbart, dass gegen Ende der ein halbes Jahr andauernden Einarbeitungsphase neuer MitarbeiterInnen der Altenpflegeeinrichtungen eine standardisierte und im Einarbeitungsbogen (Internes QM-System) abzuzeichnende Schulung in Kleingruppen vorgenommen wird. Von den Projektkoordinatoren der Suchthilfe wurde im Rahmen des Vorschlags einer Projektverlängerung angedacht, diese Einarbeitung mittels Befragung der Schulenden (Suchtbeauftragten) und der Teilnehmenden (neue MitarbeiterInnen) zu evaluieren. Diese Vorhaben konnte jedoch nicht umgesetzt werden. In der nach Ablauf des Modellprojektes im zweiten Quartal 2013 tagenden Fachkonferenz berichteten die Suchtbeauftragten von gelingenden Schulungen, die zu ihrer und zur Zufriedenheit ihrer neuen KollegInnen verlaufen seien.

### **7.2.3.4 Fälle**

Mittelbares Ziel des Modellprojektes HAMAB war die Verbesserung der Lebensbedingungen und die Minimierung gesundheitlicher Risiken älterer Personen mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen in der Modellregion Altkreis Brilon, in der bei rund 95.000 Einwohnern mit etwa 460 alkoholabhängigen älteren Frauen und Männern und zwischen 1.300 bis 2.250 Medikamentenabhängigen in dieser Altersgruppe zu rechnen ist. Die Zahl der Älteren mit schädlichem und riskantem Alkohol- und Medikamentengebrauch kann wesentlich höher vermutet werden. Nach den bisherigen epidemiologischen Kenntnissen ist anzunehmen, dass der größere Teil hiervon außerhalb der stationären Altenpflegeeinrichtungen und ohne ambulanten Pflegeauftrag lebt. Dennoch sollten sich auch unter den BewohnerInnen und PatientInnen der im Projekt erfassten Institutionen Betroffene befinden.

In der Planungsphase war davon ausgegangen worden, nach Abschluss der Basis- und Beauftragten Schulungen und der Implementierung der Fachkonferenz die Voraussetzung für konkrete Fallarbeit geschaffen zu haben. Ein erster Fall der offensichtlich viele beteiligte

MitarbeiterInnen der Altenpflege bewegte, wurde allerdings schon im ersten Schulungszyklus angesprochen und einer Bearbeitung zugänglich gemacht. In der zwischen Februar und Oktober 2012 neunmal tagenden Fachkonferenz waren Fallbesprechungen regelmäßiger Tagungsordnungspunkt.

Wie zu erwarten war, wurden die meisten Alkoholfälle aus der ambulanten Altenpflege generiert. In der stationären Altenpflege waren Medikamenten bezogene Probleme dringlicher. Aus der ambulanten Suchtrehabilitation wurde eine ältere alkoholabhängige Patientin, die in Folge von Sturzkomplikationen vorübergehend pflegebedürftig wurde, der interdisziplinären Zusammenarbeit zugeführt.

#### **7.2.3.4.1 Alkohol**

##### *Stationäre Altenhilfe*

Die beiden in das Projekt einbezogenen Altenpflegeheime in Brilon und Hallenberg verfügen zusammen über 124 Wohnplätze. Hinzu kommen 12 Plätze in der Tagespflege Brilon. In der Tages- und Verhinderungspflege traten während der Projektlaufzeit keine Alkohol bezogenen Probleme auf. Die MitarbeiterInnen der stationären Pflegeeinrichtungen berichteten ebenfalls über nur wenige Beobachtungen bezüglich durch Alkoholkonsum ihrer BewohnerInnen verursachten Probleme. Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen liegt bei knapp über 80 Jahren. In mehr als drei von vier Fällen liegt eine Demenz vor.

Frühzeitig wurde aus einem der beteiligten stationären Einrichtungen der Umgang mit zwei Bewohnern einer Wohngruppe thematisiert, von denen bekannt war, dass sie abstinent lebende Alkoholabhängige sind. Es entstehe oft folgende Situation. Sonntags werde den Bewohnern üblicherweise zum Essen Wein serviert, den beiden Abstinente jedoch Saft. Dies führe bei einem der Beiden, der an einer fortgeschrittenen Demenz leide, aber auch bei den MitbewohnerInnen zu Nachfragen. Offenbar werde eine Ungleichbehandlung vermutet. Eine Problemlösung war schnell erarbeitet. Als Besonderheit sollte nun sonntags allen BewohnerInnen neben Wein ein alkoholfreier Cocktail angeboten werden. Das Beispiel zeigt exemplarisch auf, dass in den beteiligten Einrichtungen bislang nicht berücksichtigt wurde, dass in ihnen auch abstinent lebende Alkoholiker leben, die ein Anrecht auf Versorgung mit alkoholfreien Lebensmitteln haben. Bislang wurden einige Speisen unter Verwendung von Alkohol hergestellt, ohne dies im Einzelnen auszuweisen.

Ein interessanter Fall wurde aus einem anderen stationären Altenpflegeheim vorgestellt. Eine vor kurzem wegen einer von den Angehörigen nicht mehr zu bewältigenden Pflegesituation bei Demenz mittleren Grades aufgenommene 87-jährige Bewohnerin habe sich in einen schon seit einiger Zeit in der Einrichtung lebenden 82-jährigen Mann verliebt, bei dem das Vorliegen eines Korsakow-Syndroms (Amnestisches Syndrom in Folge zu

hohen Alkoholkonsums) bekannt sei. Man habe diesem Patienten bislang Alkohol vorenthalten und er habe weder nach alkoholischen Getränken gefragt noch sich eigenständig Alkohol besorgt. Zum Lebensstil der Bewohnerin habe es wohl immer gehört, ab und an ein Glas „guten Wein“ zu trinken. Etwa drei Monate nach Aufnahme der Bewohnerin habe sich der alte Herr bei einem Sturz den Oberschenkelhals gebrochen. Er sei alkoholisiert gewesen. Im Nachhinein habe sich herausgestellt, dass die beiden Verliebten bis zu einer Flasche Wein täglich konsumiert hätten, er davon den Löwenanteil. In der Fallbesprechung wurde folgendes Vorgehen vereinbart. Da sowohl die Bewohnerin wie der Bewohner aufgrund der eingeschränkten Hirnleistungsfähigkeit einer auf einsichtsorientierten Verhaltensänderung kaum zugänglich erschienen, sollte Einfluss auf die Angehörigen der Bewohnerin genommen werden um die Zufuhr an Wein zu begrenzen. Ferner wurde vorgeschlagen mit allen Beteiligten (Bewohnerin und Abgehörige, Bewohner und seine Betreuerin) zu vereinbaren, dass sie keine alkoholischen Getränke auf ihren Zimmern haben. Die Woche über sollten sie alkoholfrei leben, am Wochenende werde ihnen zum Mittag- oder Abendessen ein Glas Wein serviert. Alle Beteiligten erklärten sich nach einigen Gesprächen, die teils von der Suchtbeauftragten der Einrichtung, teils vom Leiter der Suchtberatungsstelle initiiert worden waren, mit diesem Vorgehen einverstanden.

### *Ambulante Altenhilfe*

In den Fallbesprechungen der Fachkonferenzen wurden einige Fälle nur zu einem Termin, sechs Fälle intensiver und wiederholt bearbeitet. In zwei Fällen wurde das Trinkverhalten der zu Pflegenden als gesundheitlich riskant eingestuft. Den aufsuchenden MitarbeiterInnen der Altenpflege gelang es mittels Information über die mit dem erhöhten Alkoholkonsum einhergehenden Risiken und die zu befürchtende Verschlechterung konkret vorliegender Erkrankungen die zu Pflegenden zu einer Verringerung der Konsummengen zu bewegen. In zwei Fällen, in denen wiederholte Stürze unter Alkohol zu Hospitalisierungen geführt hatten, gelang eine Anbindung an die Suchtberatungsstelle. Beide Patienten befinden sich nach wie vor als Klienten in Langzeitbetreuung durch den Altersbeauftragten der PSBB Brilon, wobei inzwischen eine niederfrequente aufsuchende Beratung erfolgt. In beiden Fällen gelang eine deutliche Risikominimierung. Als Beispiel einer gelungenen Fallarbeit ist im Folgenden die zusammenfassende Fallbeschreibung des Herrn F. aufgeführt:

*Hr. F. ist 73 Jahre alt. Der pensionierte Postbeamte lebt alleine im eigenen Haus. Er ist geschieden und hat zwei erwachsene Kinder. Hr. F. wird seit mehreren Monaten von Pflegerinnen der Sozialstation betreut, ferner erhält er eine Betreuung durch eine Alltagsbegleiterin. Im Rahmen einer langjährigen Zuckererkrankung bestehen fortschreitende starke Sehstörungen. Ferner leidet er seit langem unter einem nicht Alkohol bedingten ausgeprägten Tremor. Aufgrund einer Polyneuropathie bestehen Gangstörungen und er ist auf einen Rollator angewiesen. Dennoch nutzt er noch seinen PKW. In den letzten Monaten wurde Hr. F. mehrfach wegen Sturzverletzungen notfallmäßig zur stationären Krankenhausbehandlung eingewiesen. Die Stürze scheinen fast alle alkoholbedingt gewesen zu sein.*

*Zunächst waren die Pflegerinnen sehr skeptisch, Herrn F. zu einer Änderung seines Trinkverhaltens bewegen zu könne, da alle bisherigen Versuche gescheitert seien. Auch werde er sicherlich eine Kontaktaufnahme durch den Suchtberater ablehnen. Nachdem in einem Rollenspiel die zu wählende Gesprächstechnik erprobt worden war,*

*gelang es einer Pflegerin aber doch, Herrn F. über die Zusammenhänge zwischen Diabetes, Alkoholkonsum und seinen derzeitigen erheblichen gesundheitlichen Beschwerden aufzuklären und ihn zu bewegen, einer Kontaktaufnahme durch den Suchtberater zuzustimmen.*

*Hr. F. wurde nach telefonischer Terminvereinbarung zu Hause aufgesucht. Durch ein behutsames und zunächst nicht auf die Problematik fokussiertes Vorgehen entwickelte sich überraschend schnell eine positive Beziehung. F. ist ein stolzer Mann mit guten kognitiven Fähigkeiten. Über Information und zugleich den Aufbau einer sicheren und von ihm als hilfreich erlebten Beziehung konnte eine tragfähige Arbeitsgrundlage geschaffen werden. In den Gesprächen ist sein Alkoholkonsum immer wieder Thema, steht aber zunächst nicht im Mittelpunkt. Neben den Alltagsthemen wird sukzessive das Thema Alkohol und eine Reduzierung des Konsums verstärkt. Explizit wird nicht das Ziel der Abstinenz formuliert sondern ein deutlich reduzierte Konsum. Hr. F. erkennt, dass ihn die von ihm erlebte Einsamkeit und seine Einschränkungen der Mobilität sehr belasten. Dies habe zu seinem Trinken beigetragen.*

*In der Folge kommt es zu einer zunehmenden Reduzierung der Trinkmengen und Hr. F. schlägt vor, anstelle des gewohnten Bieres nun vorwiegend alkoholfreies Bier zu trinken zu. Ein wichtiger Schritt, zu dem der Klient auf Grund fehlender Fahrtauglichkeit bei erheblichen Seh- und Gangstörungen bestärkt wurde, ist das Ruhenlassen seiner Fahrerlaubnis und der Verkauf seines Fahrzeugs.*

*Zum Ende der Projektlaufzeit ist festzuhalten, dass sich der Alkoholkonsum des Herrn F. deutlich verringert hat und es keine weiteren sturzbedingten Krankenhauseinweisungen gab. Unter Einbezug der Kinder konnte Hr. F. dazu bewegt werden, in ein stationäres Wohnangebot der Altenhilfe zu wechseln. Auch wurde der Kontakt zu einer Altentagesstätte hergestellt, die Hr. F. nun regelmäßig besucht und in der sich wohl fühlt und neue Kontakte geknüpft hat. Vor dem Wechsel in das stationäre Wohnen hat Hr. F. noch den Wunsch, einen Urlaub „im Süden“ zu machen. Dieser wird vom Suchtberater gemeinsam mit dem Klienten in Zusammenarbeit mit dem Ferienerholungswerk des Caritasverbandes Brilon vorbereitet.*

In einem ähnlich gelagerten Fall gelang kein Beziehungsaufbau zur Suchtberaterin und auch das Trinkverhalten konnte nicht verändert werden. Wiederholt hatten Pflegerinnen einer Sozialstation die betreffende Dame alkoholisiert aufgefunden und mussten selbst für eine Krankenhauseinweisung wegen Alkoholintoxikation sorgen. Bei gleichzeitig vorliegenden ernsthaften gesundheitlichen Einschränkungen wurde als Ergebnis der Gefahrenanalyse Handlungsbedarf gesehen. Die Patientin erklärte sich zunächst mit einer Kontaktaufnahme durch die Suchtberaterin bereit, lehnte dies im weiteren Verlauf jedoch ab. Auch Gesprächsversuche des Pflegepersonals bezüglich ihres problematischen Alkoholkonsums blockte sie ab. Da eine erhebliche krankheitsbedingte Eigengefährdung gesehen wurde, wurde mit der einzigen Verwandten, einer Nichte, über die Optionen zur Beantragung einer gesetzlichen Betreuung gesprochen. Schließlich erfolgten eine richterliche Anhörung und eine Begutachtung durch den Psychiater des sozialpsychiatrischen Dienstes. Es wurde abgelehnt, gegen den Willen der Patientin eine Betreuung einzurichten. Fraglich blieb allerdings, ob Gutachter und Richter über ausreichend Informationen über die wiederholten notfallmäßigen Einweisungen aufgrund massiver Alkoholintoxikationen verfügten. Das Ergebnis der Bemühungen blieb sehr unbefriedigend. Einzig positives Resultat blieb die Gewissheit für die Pflegenden, alles in ihren Möglichkeiten Stehende unternommen zu haben. Ferner könne über die erfolgte Dokumentation nachgewiesen werden, dass das Pflegepersonal sich sehr verantwortlich verhalten habe. In einem weiteren Fall, in dem ebenfalls eine Anbindung an die Suchtberatung für erforderlich gehalten wurde, gelang diese nicht.

Im Folgenden soll ein Fallbeispiel geschildert werden, das die erarbeitete Vorgehensweise

der Gefahrenanalyse und die Entscheidungskriterien zur Definition eines Handlungsbedarfs transparent macht. Die betagte Bewohnerin eines nicht von der Caritas getragenen Altenwohnheims erhält Pflegeleistungen von MitarbeiterInnen der ambulanten Altenpflege der Caritas. Sie weist ein langjährig auffälliges Trinkverhalten mit für ihr Alter extremen Trinkmengen auf. Eine Alkoholabhängigkeit ist dringend zu vermuten. Zugleich lässt die Patientin aber keine Anzeichen von Folgeerkrankungen erkennen. Es ist bislang nicht zu Ausfällen gekommen und sie selbst zeigt kein Interesse an einer Änderung ihres Konsums:

*Die 85-jährige Patientin, lebt im stationär betreuten Wohnen einer regionalen Seniorenresidenz. Seit 65 Jahren konsumiere sie regelmäßig Alkohol, gelegentlich bis zu zwei Flaschen Schnaps und einer halben Flasche Sekt am Tag. Bei den Besuchen treffe das Pflegepersonal sie des Öfteren leicht betrunken an. Nach einem Schambeinbruch im Juni 2011 erfolgte eine Behandlung mit einem Opiat. Damals wurde ihr dieses 3-mal täglich verabreicht. Aktuell erhalte sie zweimal täglich Besuch von MitarbeiterInnen der Sozialstation. Sie wird geduscht und ihr werden die Medikamente verabreicht. Weitere Kontakte finden durch die täglichen Besuche der Alltagsbegleitung statt, die die Patientin auch zu Einkäufen im Supermarkt begleitet. In diesem Rahmen seien auch im Einkaufswagen landende Schnapsflaschen aufgefallen. Des Weiteren habe die Klientin noch zwei oder drei Freundinnen, welche sie regelmäßig besuchen kämen und denen die Alkoholproblematik ebenfalls bekannt sein dürfte. Ebenfalls um die vorhandenen Alkoholprobleme wüssten die Nichte und der Neffe, die weit entfernt wohnen, und sich bei Bedarf um sie kümmern. Sie sei ledig und früher in einer öffentlichen Verwaltung beschäftigt gewesen. Sie zeige keinerlei Ausfälle. Hinweise auf Hirnleistungsstörungen oder Einschränkung der Kritikfähigkeit ergäben sich nicht. Sie äußere ihre Wünsche und Bedürfnisse oft fordernd. Bisher seien keine gesundheitlichen Folgeerscheinungen durch den Alkohol erkennbar. Bisherige Versuche der Pflegepersonen, den Alkoholkonsum mit der Klientin anzusprechen, seien abgewehrt worden. Man habe daraufhin mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen. Dieser habe sie auch aufgesucht, aber auch nichts ändern können.*

In der Besprechung des Falles wurde zusätzlich zur vermuteten Alkoholabhängigkeit auch der Verdacht auf eine Opiatabhängigkeit geäußert, da die Patientin über den Zeitraum von einem Jahr Opiat-Analgetika erhielt, was aufgrund der stattgehabten Schambeinfraktur nicht hinreichend plausibel ist. Das Ergebnis der Fallarbeit war:

Aktuell wurde kein Handlungsbedarf für die MitarbeiterInnen der Sozialstation gesehen. Die Patientin ist abgesehen von ihren hohen Trinkmengen nicht auffällig, zeigt keine Folgeerkrankungen, leidet nicht unter ihrem Konsum und zeigt keine Änderungsabsicht. Sollte sich die Situation verändern, z. B. mit Stürzen einhergehen, wäre ein erneutes Aufgreifen des Falles ratsam. Dennoch soll der Patientin wiederholt angeboten werden, sie über den veränderten Stoffwechsel im Alter aufzuklären. Die aufsuchenden Pflegepersonen sollen wiederholt äußern, dass eine Reduzierung der aktuellen Alkoholmengen aus gesundheitlichen Gründen sicherlich wünschenswert wäre. Ferner soll erneut mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufgenommen und um eine Überprüfung der Medikation gebeten werden.

#### *Ambulante Suchthilfe.*

Eine 74-jährige Patientin, die sich schon zu Beginn des Modellprojektes HAMAB bei vorliegender Alkoholabhängigkeit in ambulanten Rehabilitation in der PSBB Brilon befand, wurde infolge eines schweren nicht alkoholbedingten Sturzes und zusätzlicher

Komplikationen vorübergehend pflegebedürftig. Eine Vernetzung mit der beteiligten ambulanten Altenhilfe gelang problemlos und zur Zufriedenheit der Patientin.

#### **7.2.3.4.2 Medikamente**

Vor allem die MitarbeiterInnen der stationären Altenhilfe berichteten über Medikamenten assoziierte Probleme in ihren Einrichtungen. Sie beschrieben zu hohe und zu lange Verordnungen von Beruhigungsmitteln und Psychopharmaka bei einem Teil der BewohnerInnen. Beobachtet wurde eine zu starke Sedierung, so dass die Teilhabe der BewohnerInnen an Gemeinschaftsaktivitäten eingeschränkt sei. Gelegentlich müssten einige dieser BewohnerInnen zur Essenszeit oder zur Verrichtung von Pflegemaßnahmen geweckt werden. Ferner wurde über unterschiedliche Erfahrungen in der Kommunikation mit den verordneten Ärzten berichtet. Einige seien dankbar für Rückmeldungen und passten die Dosierungen an. Andere aber interessierten sich anscheinend nicht für die Beobachtungen und Einschätzungen des Pflegepersonals. Ferner wurde es als sehr zeitaufwendig beschrieben, sich mit Arztpraxen in Verbindung zu setzen. Für die Projektkoordinatoren entstand der Eindruck, dass seitens des Pflegepersonals ein ausgeprägter Wunsch nach Veränderung dieser Situation bestand, andererseits aber eine erhebliche Resignation vorlag.

Nach Ausräumung einiger organisatorischer Schwierigkeiten konnte eine Überprüfung der aktuellen Verordnungslisten der beiden Altenpflegeeinrichtungen vorgenommen werden. Für das Heim St. Josef in Hallenberg übernahm die Überprüferin die Heimleiterin. Zuvor waren die Medikamente festgelegt worden, auf die zu achten war (alle in Frage kommenden Benzodiazepine und ihre Analoga). Als Besonderheit des Heimes ist zu beschreiben, dass etwa 60% der BewohnerInnen von einem niedergelassenen Psychiater betreut werden. Erfreulicherweise ergab sich bei diesen Patienten kein Hinweis auf inadäquate Medikamentenverordnung. Anders sah es bei den nicht fachpsychiatrisch behandelten Personen (20) aus. In drei Fällen (15%) wurden für ältere Personen nicht empfohlene Benzodiazepine bzw. eine zu lange Verordnung von Analoga gefunden. Für die Überprüfung im St. Engelberthim Brilon wurde dem Projektleiter nach Genehmigung durch die Heimleitung eine anonymisierte Verordnungsliste aller Bewohner vorgelegt. 17 von 80 Bewohnern erhielten Benzodiazepine oder Z-Drugs (Analoga). In einem Fall waren sie erst vor wenigen Tagen angeordnet worden. In allen anderen 16 Fällen (20% der BewohnerInnen) entsprach die Medikation nicht den Behandlungsempfehlungen der Hersteller und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Zum Teil erhielten die BewohnerInnen Benzodiazepine ohne Verordnungsunterbrechung seit mehr als einem Jahr. In einem Fall bekam ein im Rollstuhl sitzender Bewohner zwei verschiedene langwirksame und somit auch für kurze Verordnungen für ältere Personen nicht geeignete Benzodiazepine in einer selbst für Jüngere viel zu hohen Dosis und zusätzlich noch ein Benzodiazepin-Analogum. Die Pflegenden konnten allerdings nicht über Unruhezustände des Bewohners berichten. Die Annahme einer vorliegenden Abhängigkeit von Benzodiazepinen liegt nahe.

Mehr als die Hälfte der 16 Personen mit Benzodiazepinverordnungen erhielten auch Antidepressiva oder Neuroleptika. Auch hier war zu beobachten, dass die Empfehlungen der Priscus-Liste (Holt et al) nicht immer beachtet wurden und für ältere ungeeignete Arznei wie z.B. Amitriptilin verordnet wurde. Aus dem Verordnungsmuster alleine kann selbstverständlich nicht sicher auf eine für den konkreten Fall nicht angemessene Verordnung geschlossen werden. Zu bedenken ist, dass die Mehrzahl der Patienten, die Psychopharmaka und Sedativa bzw. Hypnotika erhielten, unter einer Demenz leiden. Nach Diskussion der Ergebnisse der Überprüfung in der Fachkonferenz wurde beschlossen, sich zwei bis drei Fällen exemplarisch näher zu widmen. Auf einen Fall soll kurz eingegangen werden.

*Ein Bewohner der Einrichtung St. Engelbert in Brilon leide unter einer leichten Demenz. Er sei am Tage sehr schläfrig. Dies liege wohl an der zu hohen Dosis der als Schlafmittel verordneten Benzodiazepine. Außerdem erhalte er diese in unveränderter Dosis seit langer Zeit. Der Bewohner selbst sei allerdings auf die Medikamente fixiert. Es wurde eine Kontaktaufnahme der Suchtbeauftragten mit dem Hausarzt des Bewohners vereinbart. Dieser wollte mit dem Patienten besprechen, zur Schlafförderung ein geeignetes niederpotes Neuroleptikum zu verordnen und die Benzodiazepine auszuschleichen.*

Ähnlich wie bei Alkohol bezogenen Störungen wurde eine „Gefahrenanalyse“ als Grundlage der Indikation zum Entzug von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen diskutiert. In Anlehnung an Wolter (2010) sollten die folgenden Fragen geklärt werden: Sind unter Berücksichtigung der körperlichen Verfassung nachteilige Folgen des Entzugs zu erwarten? Ist ein Nutzen vom Entzug zu erwarten? Liegen aktuell auf die Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen zurückführbare Beeinträchtigungen vor? Wie lange ist die verbleibende Lebensspanne voraussichtlich? Tragen die Angehörigen und / oder die/der BetreuerIn den Entzug mit?

## **7.3 Ausstellung**

### **7.3.1 Entwicklung und Bau**

Als Medium zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Risiken des riskanten, schädlichen und abhängigen Konsums legaler Suchtmittel und zur präventiven Bedeutung risikoarmer Konsummuster der älteren Bevölkerung sollte im Projekt HAMAB eine Wanderausstellung erstellt werden. Zunächst war vorgesehen, neben fachlichen Informationen von Patientinnen und Patienten des Seniorenbereichs der Fachklinik Fredeburg erstellte Collagen zu verwenden. Im Projektplan war eine Fertigstellung bereits nach sechs Monaten zum Ende der ersten Projektphase vorgesehen. Dieses Ziel konnte allerdings nicht umgesetzt werden. In der Planungsphase von Form und Inhalte der Ausstellung wurde das Konzept verändert und auf die Patientencollagen verzichtet, da diese für wiederholte Transporte und längerfristige Verwendung nicht geeignet erschienen. Die Ausstellung wurde inhaltlich von den beiden Koordinatoren aus der Suchthilfe skizziert und der Ausstellungsbau ausgeschrieben. Die Ausstellung besteht aus einem zentralen Teil, der zur interaktiven Auseinandersetzung mit der Thematik anregen soll. Er beinhaltet eine komplex

zusammengesetzte Ausstellungswand, wobei eine Seite dem Thema „Alkohol im Alter“, die andere Seite der Thematik „Medikamente im Alter“ gewidmet ist. Die Informationstexte sind mit Genehmigung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen der Broschüre „Substanzbezogene Störungen im Alter, Informationen und Praxishilfen“, entnommen, an deren Erstellung der Projektkoordinator beteiligt war. Ergänzend sind emotional ansprechende Äußerungen von Betroffenen zu verschiedenen Themen aufgeführt: Themenblock Riskanter Konsum: *Heinrich G. 69 Jahre, Bluthochdruck: „Erst seitdem ich meinen Alkoholkonsum im Griff habe, hat mein Hausarzt auch meinen Blutdruck im Griff“.* Themenblock Betroffene: *Otto P., 72, Großvater und trockener Alkoholiker: „Einer meiner schlimmsten Momente in meinem Leben war, als meine kleine Enkeltochter mich wegstieß: Opa Du stinkst nach Schnaps“ und Franzi D., 74 Jahre, ehemalige Medikamentenabhängige: „Als mein neuer Arzt mir meine Beruhigungspillen nicht mehr verschreiben wollte, war ich sauer. Aber er hat mich überzeugt, dass ich auch ohne durchs Leben komme. Und soll ich Ihnen was sagen, jetzt sind die Blumen bunter und die Vögel singen schöner, und schlafen kann ich auch wieder besser!“* Themenblock Angehörige: *Felix T., 40 und Maria H., 43, Kinder einer ehemaligen Medikamentenabhängigen: „Unsere Mutter ist immer häufiger gestürzt und konnte sich an nichts mehr erinnern. Wir hätten nicht gedacht, dass das an zu vielen Beruhigungsmitteln lag. Nach ihrer Suchtbehandlung ist sie wieder fast so fit wie früher.“* und *Hans und Martina B, Mitte 50, Kinder eines trockenen Alkoholikers: „Wenn wir früher gewusst hätten, dass es auch für Ältere spezialisierte Suchtbehandlungen gibt, hätten wir uns und unserem Vater viel Leid ersparen können. Jetzt, wo er schon 82 ist, haben wir ihn nach zwanzig Jahren wieder zurückbekommen.“* Diese schädlichen Konsum, Abhängigkeit, Behandlungsmöglichkeiten im Alter, aber auch die Perspektive der Angehörigen in den Blick nehmenden Themen werden von sogenannten Satelliten aufgegriffen. Diese 9 menschlichen Silhouetten transportieren jeweils eine Botschaft, weisen ansonsten auf die zentrale Ausstellung hin. Sie wurden zeitgleich zum Hauptteil der Ausstellung an geeigneten Orten aufgestellt. Der Hauptteil wird durch einen Informationstisch, ein Sofa mit Kissen, die ebenfalls kurze Thementräger sind und einen Teppich ergänzt. Tisch, Sofa, Teppich sollen als vertraute Alltagsgegenstände auf die Alltäglichkeit der angesprochenen Thematik „Sucht im Alter“ hinweisen, die sich vorwiegend in den eigenen vier Wänden bzw. im Wohnumfeld ereignet. Die Ausstellung wurde so konzipiert, dass sie auch unabhängig vom Projekt HAMAB verwendet werden kann. Lediglich zwei sogenannte „Blocker“ (s. Anlage 14) enthalten einen spezifischen Text, der aber je nach Bedarf ausgetauscht werden kann. Als Anlagen 15 - 20 sind Bilder der Ausstellung beigelegt.

### 7.3.2 Ausstellungen in der Region

Die Ausstellung wurde am 27. Februar in Winterberg eröffnet. Der zentrale Teil war vom 27. 02. bis 09.03. 2012 in der Volksbank Bigge-Lenne in der Innenstadt von Winterberg zu sehen. Bewusst wurde ein nicht medizinischer Kontext gewählt, um über die Laufkundschaft Bürgerinnen und Bürger zu erreichen. Satelliten wurden in den Bankfilialen in Ortsteilen (Winterberg-Siedlinghausen und Winterberg-Züschen) aufgestellt und in vier Apotheken im Stadtgebiet Winterberg. Die Eröffnung wurde in der lokalen Presse angekündigt und über die Eröffnung berichtet (s. Anlagen 21 - 22). Vom 26. März bis zum 5. April 2012 war die

Ausstellung in Marsberg zu sehen, dort in der Sparkasse Paderborn-Detmold in der Innenstadt. Die Satelliten wiesen im Marienkrankenhaus Marsberg (Akutkrankenhaus), in drei Apotheken und einer allgemeinmedizinischen Praxis sowie in der LWL Klinik Marsberg, die für die stationäre regionale psychiatrische Versorgung zuständig ist auf die Thematik hin. Vom 14. bis 25. Mai war die Ausstellung schließlich in Brilon zu sehen sein. Der zentrale Teil wurde im Foyer des Rathauses präsentiert. Die Satelliten standen im Krankenhaus Maria-Hilf Brilon (Akutkrankenhaus), zwei Banken, einer Apotheke, einer internistische einer allgemeinmedizinische Praxis und im Foyer einer Augenklinik.

### **7.3.3 Überregionale Ausstellungen**

Auf Einladung wurde ein Teil der Ausstellung am Tag der offenen Ministerien im August 2012 im Gebäude des Gesundheitsministeriums in Berlin der Öffentlichkeit gezeigt. (s. Anlage 23). Sie wurde ferner zu zwei Präsentationen anlässlich von Fortbildungsveranstaltungen in Nordrhein-Westfalen gezeigt. Mehrere weitere Anfragen nach Ausleihung konnten wegen der mit dem Transport der Ausstellung verbundenen Kosten nicht verwirklicht werden.

### **7.3.4 Bewertung**

Zur Bewertung der Wanderausstellung durch die Betrachter wurde ein Fragebogen erstellt. Der wissenschaftliche Mitarbeiter des evaluierenden Instituts fuhr jeweils für einen Tag zur Volksbank Bigge-Lenne in Winterberg und zur Sparkasse Paderborn-Detmold in Marsberg, um dort während der kompletten Öffnungszeit der jeweiligen Einrichtung die Betrachter der Ausstellung zu befragen. In Winterberg war der Mitarbeiter am Montag in der zweiten Ausstellungswoche, in Marsberg dann am Dienstag in der ersten Ausstellungswoche, also direkt einen Tag nach der Ausstellungseröffnung in dieser Einrichtung.

Leider gelang während des gesamten Beobachtungszeitraums in keinem der beiden Geldinstitute eine Befragung der Besucher. Ein Grund hierfür lag sicher darin, dass die Platzierung in den Räumen den Banken für die Ausstellungsgegenstände nicht optimal war und diese von daher wohl von den meisten Besuchern schlichtweg übersehen wurden. Ein anderer Grund lag wohl im Zeitmanagement der Besucher, die ja in das Geldinstitut kamen, um ihr Geldgeschäft zu tätigen. So blickten zwar einige Personen im Vorbeigehen auf die Ausstellungswand, aber so gut wie niemand blieb stehen – und wenn, dann nur für wenige Sekunden. Hierbei ist anzumerken, dass es in beiden Geldinstituten für die Besucher nicht nötig war, längere Zeit zu warten; Zeit, in der sie sich sonst vielleicht im Raum umgesehen hätten. Und alle Kunden schienen sich in dem jeweiligen Geldinstitut auszukennen, mussten sich also auch nicht suchend umblicken. In Winterberg konnte ein Mann beobachtet werden, der in das Geldinstitut kam, gezielt und schnell auf die Wanderausstellung zuging, eine DHS-Broschüre nahm und schnell wieder ging, also offensichtlich nur zu diesem Zweck in das Geldinstitut kam. Für diesen Mann schien der ungünstige Aufstellungsort eine Erleichterung zu sein.

Teile der Ausstellung waren beim Treffen der Koordinatoren aller vom BMG geförderten Projekte „Alter und Sucht“ gezeigt worden. Hier und bei den anderen Gelegenheiten erhielt die Ausstellung von den Fachleuten sehr positive Resonanzen.

## 7.4 Nachbefragung Frühjahr 2013

Während der Laufzeit des Projektes konnte ein hoher Anteil der Beschäftigten der beteiligten Einrichtungen wie vorgesehen geschult werden. Über die Beauftragten und die Fachkonferenz wurden die Versorgungssektoren Altenhilfe und Suchthilfe zwischen den beteiligten Einrichtungen vernetzt. Für die weitere Regelarbeit wurde auf die Planung weiterer regelmäßiger Fachkonferenzen verzichtet. Die Fortsetzung der vernetzten Arbeit sollte vielmehr in regelmäßigen Treffen der Koordinatoren (Leiterin der Altenhilfe, Leiter der ambulanten und stationären Suchthilfe) überprüft und sicher gestellt werden. Ob eine nachhaltige Implementierung der Thematik „Alter und Sucht“ vor allem in den Einrichtungen der Altenhilfe gelungen ist, konnte während der Laufzeit des Projektes allerdings nicht mehr überprüft werden. Wegen der über das Projekt HAMAB hinausreichenden Bedeutung dieses Aspektes beschlossen die Projektkoordinatoren daher mit der Leitung des evaluierenden Instituts gemeinsam einige Monate nach Ende des Projekts eine Befragung von MitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtungen durchzuführen. Fördermittel wurden hierfür nicht in Anspruch genommen. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargelegt.

### 7.4.1 Befragung der Teilnehmenden der Schulungen „Basisqualifikation“

#### 7.4.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen an dieser Befragung 156 Personen teil, von diesen waren 143 (94,7 %) weiblich und 8 (5,3 %) männlich. Fünf Personen gaben keine Auskunft über ihr Geschlecht. Der Hauptteil der Befragten kommt aus der Pflege, knapp gefolgt vom Bereich der Hauswirtschaft/Alltagsbegleitung, siehe Tabelle 16. Aus Tabelle 17 kann die Altersverteilung der Befragten entnommen werden.

Tab. 16: Arbeitsbereiche

Arbeitsbereich	Zahl der Befragten
Pflege	73 (46,8 %)
Hauswirtschaft/Alltagsbegleitung	70 (44,9 %)
Pflegehilfe/Hauswirtschaft	5 (3,2 %)
Pflegehilfe	5 (3,2 %)
Sonstiges	3 (1,9 %)
Suchthilfe	0 (0 %)
Gesamt	156 (100 %)

Tabelle 27: Altersverteilung

Altersverteilung	Zahl der Befragten
35 Jahre od. jünger	20 (11,7 %)
36 bis 45 Jahre	33 (21,4 %)
46 bis 55 Jahre	63 (40,9 %)
älter als 55 Jahre	38 (24,7 %)
Gesamt	154 (100 %)

80,7 % der Befragten arbeiten im ambulanten Bereich und 17,9 % im stationären Bereich, 1,4 % sind derzeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tätig. Elf Personen gaben hierzu keine Auskunft. 2,7 % der Befragten sind weniger als ein Jahr in ihrer Einrichtung tätig, 44,0 % zwischen einem Jahr und fünf Jahren und 29,3 % zwischen fünf und zehn Jahren. 24,0 % arbeiten länger als zehn Jahre in ihrer Einrichtung (6 Angaben hierzu fehlen). Das arithmetische Mittel beträgt 91,5 Monate bei einer Standardabweichung von 68,7 Monaten; die geringste Arbeitsdauer in der Einrichtung ist 3 Monate, die längste 300 Monate (= 25 Jahre).

#### 7.4.1.2 Ergebnisse

98,7 % der Befragten wussten davon, dass das Projekt HAMAB stattgefunden hat, nur 1,3 % wussten dies nicht (2 fehlende Angaben). Im Rahmen des Projektes geschult wurden 93,5 % der Befragten, 6,5 % wurden nicht geschult (1 fehlende Angabe). Von den 145 Personen, die geschult wurden, kreuzten 135 die Zahl der Schulungstermine, an denen sie teilgenommen hatten, an (s. Tab. 18). Etwa zwei Drittel von ihnen hatte an allen drei Schulungsterminen teilgenommen, ein deutlicher Teil zumindest an zwei Schulungsterminen. Zwei Befragte (1,5 %) wussten nicht, ob sie an zwei oder drei Schulungsterminen teilgenommen hatten.

Tab. 18: Zahl der Schulungstermine, an denen die Befragten teilgenommen hatten

	Zahl der Befragten
ein Schulungstermin	9 (6,7 %)
zwei Schulungstermine	36 (26,7 %)
zwei oder drei Schulungstermine	2 (1,5 %)
drei Schulungstermine	88 (65,2 %)
Gesamt	135 (100 %)

Die Frage, ob es im Team der befragten Person regelmäßige Abfragen zu Alkohol und Medikamenten bezogenen Auffälligkeiten der betreuten Personen gibt, beantworteten 146 der 156 Befragten. Etwas mehr als 70 % bejahten diese Frage; bei 38,4 % der Befragten gibt

es solche Abfragen mindestens einmal pro Monat, bei 32,9 % seltener als einmal pro Monat. Bei 28,8 % gibt es solche Abfragen nicht oder nur unregelmäßig.

Schon an einem Fall beteiligt, in dem eine betreute Person Alkohol oder Medikamenten bezogene Auffälligkeiten an den Tag legte, waren 54 (36,0 %) der Befragten. (6 Personen beantworteten diese Frage nicht.) Von diesen 54 Personen gaben 47 auch die ungefähre Zahl der Fälle an, an denen sie beteiligt waren; die meisten waren bisher an nur einem Fall beteiligt gewesen (63,8 %), weitere 14,9 % bisher an zwei Fällen (vergl. Tabelle 29);  $M = 1,7$  Fälle,  $SD = 1,2$ .

Tab. 19: Zahl der Fälle mit Auffälligkeiten, an denen die Befragten schon beteiligt waren

	Zahl der Befragten
ein Fall	30 (63,8 %)
zwei Fälle	7 (14,9 %)
zwei oder drei Fälle	1 (2,1 %)
drei Fälle	3 (6,4 %)
drei oder vier Fälle	1 (2,1 %)
vier Fälle	3 (6,4 %)
fünf Fälle	2 (4,3 %)
Gesamt	47 (100 %)

Abschließend wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch gefragt, ob ihnen das Projekt HAMAB in ihrer täglichen Arbeit helfe. Diese Frage wurde von 43 Personen (30,1 %) verneint und von 100 Personen (69,9 %) bejaht; 13 Personen beantworteten diese Frage nicht.

Die Antwort, das Projekt HAMAB helfe den Befragten in ihrer täglichen Arbeit, wurde deskriptiv mit anderen Variablen in Beziehung gesetzt. Insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über 45 Jahren hilft HAMAB bei der täglichen Arbeit, vergleiche Tabelle 20. Werden die Arbeitsbereiche betrachtet, so profitieren besonders viele Personen aus der Hauswirtschaft bzw. aus der Alltagsbegleitung von HAMAB, vergleiche Tabelle 21. Etwa 70% derer, die im Rahmen von HAMAB geschult wurden, hilft HAMAB bei der täglichen Arbeit. Aber auch von 3 der 4 Personen, die nicht im Rahmen von HAMAB geschult wurden, wird HAMAB bei der täglichen Arbeit als Hilfe empfunden. (vergl. Tabelle 22). Dies kann als eine sozial erwünschte Antwort interpretiert werden. Vielleicht werden aber die im Rahmen von HAMAB eingeführten Arbeitsstrukturen hilfreich erlebt.

Tab. 20: Zahl der Befragten, denen HAMAB bei der täglichen Arbeit hilft, in Beziehung zu deren Alter

Alter	Hilft HAMAB in der täglichen Arbeit		Gesamt
	Nein	Ja	
unter 25 Jahre	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100,0%)

Modellprojekt **HAMAB**: Hilfe für ältere Frauen und Männer mit **A**lkohol und **M**edikamenten bezogenen Störungen in einer ländlichen Region – **A**ltkreis **B**rilon. Projektträger: Caritasverband Brilon e.V., Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH, Fachklinik Fredeburg und Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung in der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Projektverantwortlicher: Dr. med. Dieter Geyer. Zu den drei Buchen 1 57392 Schmallebenberg  
Förderkennzeichen: IIA5-2510DSM213

26-35 Jahre	6 (40,0%)	9 (60,0%)	15 (100,0%)
36-45 Jahre	13 (43,3%)	17 (56,7%)	30 (100,0%)
46-55 Jahre	13 (22,0%)	46 (78,0%)	59 (100,0%)
älter als 55 Jahre	9 (25,7%)	26 (74,3%)	35 (100,0%)
Gesamt	42 (29,8%)	99 (70,2%)	141 (100,0%)

Tab. 21: Zahl der Befragten, denen HAMAB bei der täglichen Arbeit hilft, in Beziehung zu deren Arbeitsbereich

Arbeitsbereich	Hilft HAMAB in der täglichen Arbeit		Gesamt
	Nein	Ja	
Pflege	26 (37,7%)	43 (62,3%)	69 (100,0%)
Pflegehilfe	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (100,0%)
Hauswirtschaft/ Alltagsbegleitung	15 (24,2%)	47 (75,8%)	62 (100,0%)
Sonstiges	0 (0,0%)	5 (100,0%)	5 (100,0%)
Gesamt	43 (30,5%)	98 (69,5%)	141 (100,0%)

Tab. 22: Zahl der Befragten, denen HAMAB bei der täglichen Arbeit hilft, in Beziehung dazu, ob sie im Rahmen von HAMAB geschult wurden

Im Rahmen von HAMAB geschult worden	Hilft HAMAB in der täglichen Arbeit		Gesamt
	Nein	Ja	
Nein	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100,0%)
Ja	41 (29,7%)	97 (70,3%)	138 (100,0%)
Gesamt	42 (29,6%)	100 (70,4%)	142 (100,0%)

Ob HAMAB den Befragten bei der täglichen Arbeit hilft, ist unabhängig von der Zahl der besuchten Schulungen, vergl. Tabelle 23.

Tab. 23: Zahl der Befragten, denen HAMAB bei der täglichen Arbeit hilft, in Beziehung zur Zahl der besuchten Schulungen

Zahl der besuchten Schulungen	Hilft HAMAB in der täglichen Arbeit		Gesamt
	Nein	Ja	
Eine	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (100,0%)
Zwei	11 (30,6%)	25 (69,4%)	36 (100,0%)
zwei oder drei	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Drei	25 (29,4%)	60 (70,6%)	85 (100,0%)
Gesamt	38 (29,2%)	92 (70,8%)	130 (100,0%)

Aus der Personengruppe, bei der es im Team regelmäßige Abfragen zu Alkohol und Medikamenten bezogenen Auffälligkeiten der betreuten Personen gibt, antwortet ein höherer Anteil, dass ihnen HAMAB bei der täglichen Arbeit hilft. Dabei spielt es weniger eine Rolle, ob diese Abfragen mindestens einmal pro Monat stattfinden oder seltener, vergl. Tabelle 24. Auch diese Antworten könnten eine strukturelle Verbesserung anzeigen, die HAMAB zugesprochen wird.

Tab. 24: Zahl der Befragten, denen HAMAB bei der täglichen Arbeit hilft, in Beziehung dazu, ob im Team regelmäßige Abfragen zu Auffälligkeiten der betreuten Personen stattfinden

regelmäßige Abfragen	Hilft HAMAB in der täglichen Arbeit		Gesamt
	Nein	Ja	
nein (höchstens unregelmäßig)	15 (42,9%)	20 (57,1%)	35 (100,0%)
ja, aber seltener als einmal pro Monat	10 (20,8%)	38 (79,2%)	48 (100,0%)
ja, mindestens einmal pro Monat	16 (29,6%)	38 (70,4%)	54 (100,0%)
Gesamt	41 (29,9%)	96 (70,1%)	137 (100,0%)

Ob die Befragten schon einmal an einem Fall beteiligt waren, in dem eine betreute Person Alkohol und Medikamenten bezogene Auffälligkeiten an den Tag legte, oder ob nicht, spielt offenbar keine Rolle in der Einschätzung, ob HAMAB den Befragten bei der täglichen Arbeit hilft, vergl. Tabelle 25.

Tab. 25: Zahl der Befragten, denen HAMAB bei der täglichen Arbeit hilft, in Beziehung dazu, ob die Befragten schon an einem Fall mit Auffälligkeiten der betreuten Person beteiligt waren

Fallbeteiligung	Hilft HAMAB in der täglichen Arbeit	Gesamt
-----------------	-------------------------------------	--------

	Nein	Ja	
Nein	29 (31,5%)	63 (68,5%)	92 (100,0%)
Ja	14 (28,6%)	35 (71,4%)	49 (100,0%)
Gesamt	43 (30,5%)	98 (69,5%)	141 (100,0%)

## 7.4.2 Befragung der Beauftragten

In der Nachbefragung von Frühjahr 2013 wurden die Beauftragten zu einer nachträglichen Beurteilung der Fachkonferenz aufgefordert. Sie sollte einschätzen, in wie weit sich ihr Wissensspektrum und ihre Handlungskompetenz erweitert haben und den Nutzen für ihre Arbeitspraxis beurteilen. Die Ergebnisse wurde bereits im Kapitel 7.2 „Fachkonferenz“ unter 7.2.2 „Bewertung“ dargelegt.

## 8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

### 8.1 Schulungen

Die MitarbeiterInnen und Mitarbeiter der beteiligten Institutionen sollten sensibilisiert werden, in ihrer täglichen Arbeit Alkohol und Medikamenten bezogene Störungen älterer Personen wahrzunehmen. Sie sollten dazu qualifiziert werden, das von einem problematischen Konsum von Alkohol oder Medikamenten ausgehende gesundheitliche Risiko einzuschätzen und die betreffende Person angemessen hierauf ansprechen zu können.

Einrichtungen der Altenhilfe verfügen über ein Vielfaches an Mitarbeitenden als die Suchthilfeeinrichtungen. Die große Mehrheit dieser Mitarbeitenden sind Frauen. In den im Projekt HAMAB erfassten Institutionen betrug der Frauenanteil 95 %. Die Mitarbeiterinnen der Pflege stellen mit ca. 60% den größten Anteil dar, wobei etwas mehr als 50% aller geschulten Personen examinierte Pflegekräfte waren und etwa 8% Pflegehilfkräfte. Mit 31,5% im ersten Schulungszyklus bis 37,3% im zweiten Schulungszyklus stellten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hauswirtschaft und Alltagsbegleitung den zweitgrößten Anteil an geschulten Personen. Die Kräfte aus diesem Tätigkeitsfeld, ebenfalls überwiegend Frauen, arbeiten häufig in Teilzeit. Oft verfügen sie über keinen qualifizierten Berufsabschluss. Durch die Art ihrer Tätigkeit aber erfahren sie über die Lebensweise und damit auch vor allem über Alkohol bezogene Probleme der zu Pflegenden mehr als die anderen Berufsgruppen. Dies trifft insbesondere in der aufsuchenden Arbeit zu, in der Alltagsbegleiterinnen oft deutlich mehr Zeit mit den zu Pflegenden verbringen als das Pflegepersonal. Um Substanz bezogene Probleme der BewohnerInnen und PatientInnen der Altenpflegeeinrichtungen zu erfassen ist es daher wichtig, diese Berufsgruppe zu berücksichtigen und zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Dies ist in unserem Projekt gelungen. Die Angehörigen des Tätigkeitsbereichs Hauswirtschaft und Alltagspflegen waren mit den Schulungen besonders zufrieden und sie waren diejenige Berufsgruppe, die im Verlauf des Projekts am konstantesten an den Schulungen teilnahm.

Um eine nachhaltige Sensibilisierung und Qualifizierung zu erreichen, wurden drei Basisschulungen mit einer Dauer von je zwei Stunden in Abständen von einem halben Jahr durchgeführt. Während in der ersten Schulung die theoretischen Grundlagen gelegt wurden, traten in der zweiten und vor allem in der dritten Schulung praktische Übungen in den Vordergrund. Wir hatten uns das Ziel gesetzt, einen möglichst hohen Anteil der MitarbeiterInnen zu erfassen und eine hohe Kontinuität der Teilnahme an den Schulungen zu erreichen. In Anbetracht der in der Altenpflege bekannt hohen Personalfuktuation ist dies im Projekt zufriedenstellend gelungen. Mindestens 327 Personen nahmen an mindestens einer Schulung teil, mindestens 253 Personen an mindestens zwei Schulungen und mindestens 153 Personen an allen drei Schulungen. Die Gründe für die Nichtteilnahme an den einzelnen Schulungsterminen konnten für den ersten Schulungszyklus komplett aufgeklärt werden. Niemand fehlte unentschuldig. Diese Aufklärung gelang für die beiden anderen Schulungszyklen aufgrund vorübergehender personeller Ausfälle und damit verbundenen organisatorischen Schwierigkeiten in der Altenhilfe nicht bzw. nicht komplett.

Ihr Wissen zum Themenkomplex Substanz bezogener Störungen im Alter wird von ungeschulten MitarbeiterInnen der Altenpflege insgesamt als recht gering eingeschätzt. Einzig die Symptome von riskanten, schädlichen und abhängigen Konsummustern scheinen einigermaßen bekannt und das Wissen um die Häufigkeit solcher Störungen kann als befriedigend eingeschätzt werden. Bei den MitarbeiterInnen der Altenhilfe bestehen große Unsicherheit und Wissenslücken, wie mit Betroffenen gesprochen werden sollte und wie die lokale Suchthilfe organisiert ist. Ein überraschendes Ergebnis der Eingangsbefragung war auch das relativ geringe Wissen der MitarbeiterInnen der Altenhilfe über ihre eigene Organisationsstrukturen (s. Tab. 7). Immerhin gaben 61% der Befragten dieses als gering bis sehr gering an und nur 5% mit sehr hoch. Es wäre sicher interessant, der Frage nach zu gehen, warum dies so ist, und ob diese Selbsteinschätzung auf mangelndes Interesse der Beschäftigten, auf komplizierte Versorgungsstrukturen der Altenhilfe, auf eine schlechte Informationspolitik des Trägers der beteiligten Einrichtungen der Altenhilfe oder auf die hohen Anforderungen der täglichen Arbeit, die keinen Raum für die Beschäftigung mit Strukturfragen lässt, zurück zu führen ist. Das Wissen der MitarbeiterInnen der Altenhilfe um die Versorgungsstrukturen der regionalen Altenhilfe stand allerdings nicht im Fokus des Projekts HAMAB. Die Selbsteinschätzung der ungeschulten MitarbeiterInnen der Altenhilfeeinrichtungen, die Strukturen der regionalen Suchthilfe nicht zu kennen, entsprach den Erwartungen. Nur 5% der SchulungsteilnehmerInnen gaben ein hohes bis sehr hohes Vorwissen an, aber 61,4% ein geringeres bis sehr geringes. Trotz letztlich gleichen Trägers wissen die MitarbeiterInnen der beiden Versorgungssektoren Suchthilfe und Altenhilfe nur wenig voneinander. Bislang hatten Leitung und MitarbeiterInnen der Einrichtungen der Altenhilfe die Beschäftigung mit Substanz bezogenen Störungen ihrer BewohnerInnen oder PatientInnen nicht als eine ihnen zukommende Aufgabe angesehen. Es ist daher sehr erfreulich, dass nach der dritten Schulung immerhin 23,8% der Teilnehmenden ihr Wissen um die lokalen Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Suchthilfe als hoch bis sehr hoch einschätzen. Insgesamt konnte eine deutliche Zunahme des subjektiv eingeschätzten Wissens zu Substanz bezogenen Problemen erzielt werden. Auch das Wissen um Interventionsmöglichkeiten hat zugenommen. Lediglich das Wissen um die Gesprächsführung mit älteren Suchtkranken nach den Schulungen hat in der subjektiven Einschätzung nicht wie erhofft zugenommen. Im zweiten Schulungszyklus wurden eine halbe

Stunde, im dritten ca. zweieinhalb Stunden auf diese Thematik verwendet. In Rollenspielen wurden an die Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (24) angelehnte Gesprächstechniken geübt. Zur Einschätzung des subjektiv geringen Wissenszuwachses müssen mehrere Aspekte diskutiert werden. Die MitarbeiterInnen von Altenpflegeeinrichtungen verfügen regelhaft über keine akademische Ausbildung und haben, wenn sie nicht Qualifizierungsmaßnahmen für Leitungspositionen durchlaufen haben, bislang keine Kenntnisse in motivierender oder therapeutischer Gesprächsführung erwerben können. Motivierende Gesprächsführung erfordert sorgfältiges und langes Training und kann nicht in kurzer Zeit erworben werden. Auch war es nicht das Ziel der Schulungen eine korrekte psychotherapeutische Kurzintervention zu lehren. Vielmehr sollten die Gesprächsübungen dazu dienen, innere Barrieren zu überwinden helfen und die Motivation der Teilnehmenden sollte erhöht werden, betroffene BewohnerInnen oder PatientInnen anzusprechen. Die Selbsteinschätzung, auch nach den Schulungen über nur geringes Wissen um bzw. über geringe Fähigkeiten in der Gesprächsführung mit älteren Personen mit Substanz bezogenen Störungen zu verfügen, ist als durchaus angemessen einzuschätzen. Andererseits zeigte sich im Projektverlauf aber, dass es einzelnen Personen aus den geschulten Bereichen nach den Schulungen gelang, betroffene BewohnerInnen oder PatientInnen anzusprechen und zu motivieren, ihr Konsumverhalten zu ändern oder Kontakt zu einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin der Suchtberatungsstelle aufzunehmen. Die Schulungen werden von den Teilnehmenden insgesamt als gut bis sehr gut und nützlich eingeschätzt (s. Tab. 9). Rund 70 % der Teilnehmenden gaben nach der dritten Schulung an, dass die Schulungen ihren Alltag mit Klienten erleichtere, das erworbene Wissen von Nutzen sei, sie neue Sichtweisen und Verständnis für die Arbeit mit Klienten erhielten und ihre Kompetenzen erweitern konnten. Einschränkend ist zu bedenken, dass nicht alle an der letzten Basisschulung Teilnehmenden zu den beiden vorhergehenden Schulungen anwesend waren. Aber auch in der Nachbefragung im Frühjahr 2012 gaben rund 70% der Befragten an, HAMAB helfe ihnen bei der täglichen Arbeit. Diese Einschätzung kann nicht ausschließlich auf die Schulungsergebnisse zurück geführt werden, da auch die im Laufe des Projekts implementierten Strukturen hierzu beitragen dürften. Denn auch nicht geschulte Befragte gaben an, HAMAB erleichtere ihre tägliche Arbeit. Neben den Informationen zur Häufigkeit Substanz bezogener Störungen bei älteren Personen, der Symptomgestaltung, den mit riskanten und schädlichen Konsummustern verbundenen gesundheitlichen Risiken kommt der Vermittlung und Diskussion juristischer und ethischer Grundlagen hohe Bedeutung zu. Den MitarbeiterInnen der Altenhilfe wurde durch diese Diskussionen klar, dass sie eine Verantwortung für die Weitergabe ihrer Wahrnehmung suchbedingten selbstschädigenden Verhaltens ihrer PatientInnen oder BewohnerInnen haben, auch wenn der eigentliche Pflegeauftrag ganz konkrete andere Aufgaben umfasst. Als erleichternd wird von ihnen erlebt, nicht für Diagnosestellungen oder „Behandlung“ verantwortlich gemacht zu werden. Die frühzeitige Diskussion der auf PatientInnen bezogenen Interventionsziele trug deutlich zur Motivation der MitarbeiterInnen bei. Vor allem das Verzicht auf ein Abstinenzgebot erleichtert diese Motivation. Als Ziele einer erforderlichen Intervention bei Pflegebedürftigen sollten – zumindest zunächst – stets die Minimierung gesundheitlicher Risiken und die Verbesserung der Lebensqualität formuliert werden. Anstelle einer Diagnosestellung tritt die Gefahrenanalyse und damit Bedarfsanalyse, ob eine Intervention angestrebt werden sollte oder nicht.

In der zusammenfassenden Bewertung der sog. Basisschulungen der Mitarbeitenden der Einrichtungen der Altenpflege kann ausgeführt werden, dass es im Projekt HAMAB gelungen ist, geeignete Schulungspläne zu erstellen. Die Mitarbeitenden der Altenhilfe waren am Thema und am Wissenserwerb sehr interessiert. Die Teilnahme an den Schulungen war gut. Durch die Teilnahme an den Schulungen konnten die MitarbeiterInnen der Einrichtungen der Altenhilfe ihr Wissen erweitern und sie fühlen sich im Arbeitsalltag hierdurch unterstützt. In kritischer Betrachtung kann allerdings fest gehalten werden, dass der Zeitaufwand von insgesamt sechs Stunden, aufgeteilt auf drei Termine und der damit verbundene Reiseaufwand in einer ländlichen Region außerhalb eines geförderten Projektes für die Altenhilfe zu aufwendig erscheint.

Die MitarbeiterInnen der ambulanten Suchthilfe stellten mit fünf Personen im Vergleich zu Altenhilfe eine so kleinen Anteil an Schulungsteilnehmern dar, dass eine Auswertung ihrer Beurteilungen und Schulungsergebnisse keinen Erkenntnisgewinn verspricht. Auf die Besonderheit der beteiligten stationären Suchthilfe wurde bereits hingewiesen. Da in der Fachklinik Fredeburg seit langen Jahren ein kontinuierlich weiterentwickeltes Behandlungsangebot für ältere Suchtkranke mit 48 Behandlungsplätzen vorgehalten wird, sind die Kenntnisse der MitarbeiterInnen zum Thema Alkohol und Medikamenten bezogene Störungen älterer Personen nicht als repräsentativ für die stationäre Suchthilfe einzuschätzen.

## **8.2 Beauftragte**

Eine Möglichkeit, spezifische Kenntnisse in Einrichtungen oder Arbeitsfeldern dauerhaft zu verankern, ist neben der Schulung aller MitarbeiterInnen die Spezialisierung einiger ausgewählter und für die vorgesehenen Aufgaben besonders geeigneter Personen. Besonders in stationären Pflegeeinrichtungen ist dieses Vorgehen üblich. So verfügen nahezu alle Pflegeheime über sog. Wundbeauftragte. Die Vertrautheit mit dem Beauftragtenwesen sollte im Projekt HAMAB genutzt werden. In den ersten Monaten wurden von den Leitungen der beteiligten Einrichtungen geeignete Personen angefragt. Diese sollten bereits mit Führungsaufgaben vertraut sein. Neben den von den Ausgewählten im Vorfeld bereits nachgewiesenen Qualifikationen und der Fähigkeit, sich in ein Gebiet vertiefend einzuarbeiten, versprach dieses Vorgehen auch eine hohe Kontinuität. Das Arbeitsfeld der Altenhilfe ist durch eine hohe bis sehr hohe Personalfuktuation gekennzeichnet. Diese ist jedoch erfahrungsgemäß bei Führungskräften geringer. Dies bestätigte sich auch in unserem Projekt. Nur eine Suchtbeauftragte der Altenhilfe schied während der Laufzeit des Projekts aus. Die Beauftragte eines der beiden stationären Pflegeeinrichtungen übernahm eine Leitungsaufgabe in einem anderen Arbeitsgebiet des Trägers. In ihre Nachfolge wurde eine Stationsleiterin nach benannt und individuell geschult. Auch die Altersbeauftragte der ambulanten Suchthilfe musste im Verlauf des Projekts neu bestimmt werden. Die ursprünglich benannte Beraterin fiel krankheitsbedingt langfristig aus. Die Vorgehensweise, für jede Einrichtung eine oder einen Beauftragte/n zu benennen hat sich sehr bewährt. So kann sicher gestellt werden, dass das „neue“ Thema tatsächlich in alle Arbeitsbereiche Eingang findet. Auch halten wir es für vorteilhaft, die Beauftragten aus dem erweiterten Leitungskreis zu wählen. In der stationären Altenhilfe beispielsweise sind StationsleiterInnen

solche Personen, die sowohl informell wie formal Leitungskräfte sind, zugleich aber auch in direktem Kontakt zu den BewohnerInnen stehen, was in größeren Pflegeheimen für die Heimleitungen nicht im gleichem Umfang zutrifft. Nur eine Suchtbeauftragte der am Projekt HAMAB beteiligten Einrichtungen war nicht mit Leitungsaufgaben vertraut. Die Mitarbeiterin der größten Sozialstation schien größere Schwierigkeiten zu haben als ihre Kolleginnen, Fälle zu rekrutieren und in der Fachkonferenz anzusprechen. Ob dies wirklich an der fehlenden formalen Leitungsverantwortung lag, kann natürlich bei nur einer Person nicht verlässlich interpretiert werden. Nach unserer Einschätzung hat es sich ebenfalls bewährt, dass jede beteiligte Einrichtung nun über eine/n Beauftragte/n verfügt und die Einheiten, für die sie/er Verantwortung trägt, weder zu groß noch zu klein sind. In unserem Projekt wurde auch in einer Einrichtung der Tagespflege mit 12 Pflegeplätzen eine Beauftragte bestimmt. Es zeigte sich aber, dass in dieser kleinen Einheit und bedingt durch die vorwiegende Aufgabe der Verhinderterpflege, Alkohol oder Medikamenten bezogene Probleme im Alltag von nachrangiger Bedeutung sind.

Die Beauftragten wurden umfangreicher geschult als die restlichen SchulungsteilnehmerInnen. Sie erhielten eine neunstündige Schulung, aufgeteilt auf zwei im Abstand von 6 Monaten durchgeführten Schulungseinheiten, wobei die erste sechs und die zweite drei Stunden dauerte. Für besonders wichtig aber erachten wir die Hospitation im je anderen Arbeitsgebiet. Die Suchtbeauftragten der Altenhilfe hospitierten einen Tag in der Fachklinik Fredeburg. Sie hatten dabei die Gelegenheit, sich mit Suchttherapeuten aus dem „Seniorenbereich“ auszutauschen und den Ablauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung kennen zu lernen. Vor allem aber konnten sie im sog. „Patientenstatus“ einen Therapietag miterleben. Ihnen wurde eine ältere Patientin oder ein älterer Patient zugeordnet und mit ihm gemeinsam nahmen sie an allen Therapieeinheiten des Tages, mit Ausnahme der Einzelpsychotherapie teil. In ihren Rückmeldungen zeigten sich die Beauftragten äußerst beeindruckt von den Gesprächen mit den aktuellen älteren PatientInnen der Klinik. Vor allem imponierte ihnen, wie offen diese über ihre Suchterkrankung sprachen und wie engagiert sie eine Änderung ihres Lebens anstrebten. Für MitarbeiterInnen der Altenhilfe, die, wenn sie mit Älteren Suchtkranken zu tun haben, häufig Personen gegenüber stehen, die sich abwehrend verhalten, die über keine Krankheitseinsicht verfügen und keine Änderungsabsichten signalisieren ist es eine wichtige Erfahrung, Betroffene zu erleben, die dieses Verhalten hinter sich lassen konnten. Nach unserem Eindruck trugen diese Erfahrungen sehr zur Motivation der Suchtbeauftragten der Altenhilfe bei. Für die Altersbeauftragten der Suchthilfe hingegen scheint es uns nicht so wichtig, mit zu Pflegenden Kontakt zu haben. Bedeutender ist es, ihnen Einblick in die Arbeitsbedingungen der stationär und ambulant tätigen Personen der Altenpflege, Hauswirtschaft und Alltagsbegleitung zu ermöglichen. Die Kenntnis des enormen Zeitdrucks, des Mangels an Zeit für reflektierende Gespräche in der Altenhilfe, erleichtert eine Begegnung auf Augenhöhe in der gemeinsamen Fallarbeit und eine an die Gegebenheiten angepasste realistische Planung von Interventionen.

Auch die Altersbeauftragten beschreiben einen erfolgreichen Wissenserwerb durch die Schulungen (s. Tab. 12). Lediglich bezüglich „Diagnostik bei Verdacht auf Substanzstörungen im Alter“ schätzte auch nach der zweiten Schulung keine Person ihr Wissen als sehr hoch oder hoch ein und nur eine Person beschrieb ihr Wissen um die „Gesprächsführung mit älteren Suchtkranken“ als sehr hoch. Nach unserer Einschätzung

haben jedoch gerade die Beauftragten der Altenhilfe von den Übungen zur Gesprächsführung in dem Sinne profitiert, dass sie in der konkreten Fallarbeit ihre Aufgaben kompetent übernehmen konnten. In den Fallkonferenzen wurde mit den Beauftragten besprochen, dass es nicht ihre Aufgabe ist, medizinische Diagnosen zu stellen. Sie sollen, wie auch die anderen MitarbeiterInnen der Altenhilfe, mit Alkohol oder Medikamenten verbundenes auffälliges Verhalten beobachten und die hieraus resultierenden Gefahren analysieren. Insofern ist ihre Selbsteinschätzung, nicht über gute Kenntnisse zur Diagnostik zu verfügen angemessen. Im Verlauf des Projekts wurde vom ursprünglichen Vorhaben Abstand genommen, in der Altenhilfe routinemäßig Verfahren zum Screening auf riskanten, schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsum anzuwenden, da die Beauftragten hierin keine Hilfe erkennen konnten. Die Suchtbeauftragten der Altenhilfe fühlten sich nach den erfolgten Schulungen über ihre Aufgaben gut informiert und hinreichend gut vorbereitet und „ausgerüstet“.

In ihren Schulungen und in den Fachkonferenzen wurden die Beauftragten der Sucht- und Altenhilfe auf ihre Aufgabe vorbereitet, während der Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen diese über die Handlungsanweisung zum Umgang mit älteren Personen mit Substanz bezogenen Problemen und die regionalen Versorgungsstrukturen und ihre Vernetzung zu informieren und ihnen eine kurze Fortbildung über die Häufigkeit, Symptome und Folgen Substanz bezogener Störungen bei Älteren zu geben. Schulungsmaterialien wurden ausgehändigt. Während der Laufzeit des Projekts konnte das Gelingen nicht überprüft werden. Die Beauftragten fühlten sich jedoch überwiegend gut bis sehr gut auf diese Aufgabe vorbereitet. In einer im zweiten Quartal 2013 durchgeführten neuerlichen Fachkonferenz berichteten die teilnehmenden Suchtbeauftragten der Altenhilfe, die Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen in die Thematik gelinge gut.

### **8.3 Fachkonferenz**

Die Beauftragten der Sucht- und Altenhilfe wurden unter Anleitung der Projektkoordinatoren in neun dreistündigen Besprechungen zusammengeführt. Mit den Fachkonferenzen sollten nach Planung der Projektkoordinatoren im Wesentlichen die folgenden Ziele erreicht werden: interdisziplinäre Fallarbeit, die Weiterentwicklung des Projekts, d.h. die Entwicklung der Vernetzungsstrukturen, einer Standardisierung der Arbeitsabläufe, der Implementierung einer Verfahrensweisung zum Umgang mit BewohnerInnen oder PatientInnen der Einrichtungen der Altenpflege und der Verstetigung der während der Laufzeit des Projekts erzielten Ergebnisse. Insbesondere sollten die Beauftragten der Altenhilfe und Suchthilfe befähigt werden, neue MitarbeiterInnen zum Themenkomplex Substanz bezogener Störungen im Alter zu schulen und sie in die entwickelte Vorgehensweise und das vernetzte Arbeiten einzuarbeiten. Alle genannten Ziele konnten erreicht werden. Dennoch wurde von den Suchtbeauftragten der Altenhilfe in der Rückschau die Wertigkeit der Fachkonferenzen kritischer beurteilt als nach Durchführung der ersten Konferenzen (s. Tab.15). Die Atmosphäre und die Möglichkeit, eigene Anliegen in ausreichendem Umfang zur Sprache bringen zu können, wurden weiterhin sehr positiv beurteilt. Ebenso wurde die Erweiterung des Wissensspektrums positiv beurteilt. Hingegen wurden die Fachkonferenzen nunmehr als nicht mehr so gut strukturiert beschrieben. Die Frage, ob die Erwartungen an die

Fachkonferenzen erfüllt worden seien, wurde überwiegend mit „trifft eher nicht zu“ oder „trifft nicht zu“ beantwortet. Die Erweiterung der eigenen Handlungsmöglichkeiten wurde von einer gleichen Zahl als „trifft völlig zu“ oder „trifft eher zu“ beantwortet wie die Antwort „trifft eher nicht zu“ oder „trifft nicht zu“ gegeben wurde. Die Mehrheit der Beauftragten beantwortete diese Frage mit „teils/teils“. Zum Verständnis dieser ernüchternden Einschätzungen muss zunächst ausgeführt werden, dass in den letzten Fachkonferenzen beschlossen worden war, diese entgegen der ursprünglichen Planung nicht über die Laufzeit des Modellprojekts hinaus fortzusetzen. Die Beauftragten, die aus unterschiedlichen Institutionen mit zum Teil längeren Fahrtzeiten anreisten, betrachteten den Aufwand für regelmäßige Treffen als zu hoch und aufgrund der hohen zeitlichen Arbeitsbelastung als dauerhaft nicht sinnvoll. Auffällig war, dass eine kontinuierliche Teilnahme schon während der Laufzeit des Projekts nur schwer umzusetzen war. Zum einen musste nahezu zu jeder Konferenz mindestens eine Suchtbeauftragte kurzfristig absagen, da sich der MDK zu einer Institutions- oder Fallprüfung in der Einrichtung angemeldet oder eingefunden hatte. Zum anderen erfolgten relativ häufig Absagen wegen kurzfristig notwendiger Krankheitsvertretungen. Die Überlegung, gegen Ende der Laufzeit die Anwesenheitskonferenzen durch Telefonkonferenzen zu ersetzen und so Zeit und Aufwand geringer zu halten scheiterte an den schlechten technischen Ausstattungen der Einrichtungen der Altenpflege. Die ambulante Altenpflege durchführenden Sozialstationen verfügen oft nur über einen Telefonapparat mit nur einer Nummer und es fehlen die technischen Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Telefonkonferenz ohne zugleich nicht die Erreichbarkeit der Einrichtung zu blockieren. Nach den ersten Fallbesprechungen waren die Suchtbeauftragten sehr von den kurzfristig erzielten Patienten bezogenen erzielten Fortschritten angetan. Wie bei Substanz bezogenen Störungen üblich, entwickelten sich im weiteren Verlauf allerdings Fortschritte oft eher zäh und mit zwischenzeitlichen Rückschritten. Für die therapeutisch erfahrenen Projektkoordinatoren der Suchthilfe war zu erkennen, dass dies offensichtlich zu Frustrationen der auf schnelles Handeln trainierten Pflegeexpertinnen führte. Dennoch wird die Fallkonferenz als ein wesentlicher Bestandteil des Projekts HAMAB von der Leitung des Projekts überwiegend positiv eingeschätzt, gelangen doch durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit die Entwicklung einer standardisierten und im internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen der Altenpflege verankerten Handlungsanweisung sowie die ebenfalls im Qualitätsmanagement verankerte Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen in die entwickelten Strukturen und die Übernahme verkürzter Schulungen durch die Suchtbeauftragten.

Ein wichtiges Ergebnis des Modellprojekts HAMAB ist, dass der Nutzen der Fachkonferenzen, also der gemeinsamen regelmäßigen Besprechungen der Suchtbeauftragten der Altenhilfe und der Altersbeauftragten der Suchthilfe nach Abschluss der Entwicklungsaufgaben nicht mehr den Aufwand ihrer Durchführung rechtfertigt. Es wurde daher Abstand davon genommen, sie über die Projektlaufzeit hinaus fortzuführen. Als Alternative wurden Besprechungen der Leiterin der Altenhilfe und der Leiter der ambulanten und stationären Suchthilfe einmal im Quartal vereinbart. Diese werden vorbereitet, indem in den jeweiligen Institutionen bei den Beauftragten nachgefragt wird, ob in den Einrichtungen regelmäßig nach entsprechenden Problemlagen nachgefragt wird. Auch soll überprüft werden, ob die Einarbeitung neuer Mitarbeiter gelingt und wie viele Fälle in der interdisziplinären Bearbeitung sind. So ist eine schlank organisierte Sicherstellung der

erzielten Ergebnisse gewährleistet. Bei Bedarf bzw. auf Wunsch der Beauftragten können erneut Fachkonferenzen einberufen werden, wie es im zweiten Quartal 2013 erfolgt ist.

#### **8.4. Verfahrensanweisung zum Umgang mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen in der Altenhilfe**

Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe und der Suchthilfe verfügen über ein internes Qualitätsmanagement und unterziehen sich in der Regel einem Zertifizierungsprozess. Für Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe trifft dies nicht in gleichem Umfang zu. Um die während der Laufzeit des Projekts HAMAB entwickelten Vorgehensweisen im Umgang mit älteren Personen mit Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen dauerhaft zu verstetigen, wurden Kriterien zur Einschätzung eines „Handlungsbedarfs“ entwickelt und eine Verfahrensanweisung („Handlungsanweisung“) formuliert und verbindlich in das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen der Altenhilfe eingeführt. Die beteiligte ambulante Suchthilfeeinrichtung verfügte während der Laufzeit des Projekts noch nicht über ein standardisiertes internes Qualitätsmanagement. Für die nach DIN EN ISO 9001:2008 und DEGEMED/FVS zertifizierte stationäre Suchthilfeeinrichtung wurde eine Handlungsanweisung für nicht notwendig erachtet.

Als Voraussetzung für die Verabschiedung einer Verfahrensanweisung in der Altenhilfe wurden Kriterien erarbeitet, in welchen Fällen gehandelt werden sollte. Auffälliger Alkohol oder Medikamentenkonsum alleine erzeugt noch keinen Handlungsbedarf für die MitarbeiterInnen der Altenhilfe. Kriterien für das in Gangsetzen sind die Beobachtung, dass ein Substanz bezogenes Verhalten einer/eines Patientin/en oder Bewohnerin/s mit einer erheblichen Gefährdung der Gesundheit einhergeht und / oder die subjektiv erlebte oder objektiv beobachtbare Lebensqualität beeinträchtigt. Ein weiteres Kriterium kann eine eventuelle Gefährdung des Pflegepersonals sein. Nur wenn eines der genannten Kriterien erfüllt ist, ist Handlungsbedarf gegeben. Die Handlungsanweisung erwies sich im Alltag als gut praktikabel. Die begleitenden Materialien nutzen die bereits gebräuchlichen Dokumentationsformulare. Im direkten Kontakt zu BewohnerInnen oder PatientInnen stehende MitarbeiterInnen sollen das auffällige Verhalten beobachten und im „Beobachtungsbogen“ dokumentieren. Sie können jederzeit die Suchtbeauftragte ihrer Institution ansprechen. Diese muss mindestens einmal monatlich in den Teambesprechungen der Einrichtung durch Substanzkonsum bedingten Auffälligkeiten der BewohnerInnen oder PatientInnen erfragen. Es erfolgt eine „Gefahrenanalyse“ und die Entscheidung, ob Handlungsbedarf besteht. Wird dies bejaht, folgt die Festlegung, ob eine MitarbeiterIn der Einrichtung oder die Suchtbeauftragte reagiert oder die Suchtberatungsstelle eingeschaltet werden soll. Das geplante Vorgehen wird dokumentiert. Anhand der interdisziplinären Fallbesprechungen zeigte sich die Funktionabilität der gewählten Vorgehensweise. Wie die Ergebnisse der Nachbefragung zeigen, fühlt sich die große Mehrheit der MitarbeiterInnen in der täglichen Arbeit unterstützt.

In der im Frühjahr 2012 durchgeführten Nachbefragung gaben mehr als 70% der Befragten an, es erfolgten in ihrer Institution regelmäßige Abfragen zu Substanz bezogenen Auffälligkeiten der BewohnerInnen bzw. PatientInnen. 38,4% gaben an, diese Abfragen

erfolgten mindestens einmal im Monat, 32,9% berichteten von selteneren Abfragen. Nur 28,4% gaben an, solche Abfragen nur gelegentlich oder gar nicht erlebt zu haben. Die Angaben können als Indiz gewertet werden, dass die Implementierung einer routinemäßigen Beschäftigung mit Substanz bezogenen Störungen in den Einrichtungen der Altenhilfe gelungen ist, zumal auch diejenigen, die keine regelmäßigen Nachfragen angaben, in ihrer subjektiven Einschätzung in gleichem Umfang von HAMAB profitierten wie diejenigen in deren Einrichtungen solche Nachfragen erfolgten. Die Ergebnisse der Nachbefragung sind in die Besprechungen der Leitungen der Alten- und Suchthilfe eingeflossen und eine Überprüfung der Befolgung der Absprachen findet statt.

### **8.5 „Suchtpolitik“ in Einrichtungen der Altenhilfe**

Einrichtungen der Altenhilfe haben sich bislang kaum mit Substanz bezogenen Störungen ihrer BewohnerInnen oder PatientInnen beschäftigt. Ohne Problembewusstsein wird es der Küchenleitung von Einrichtungen der Altenpflege überlassen, Alkohol zur Essenszubereitung zu verwenden, obwohl nach Rumpf und Weyerer (2006) etwa 25% der Männer und 5% der Frauen in stationären Altenpflegeeinrichtungen alkoholabhängig sind. Das fehlende Problembewusstsein lässt sich nur zum Teil dadurch erklären, dass die abhängigen BewohnerInnen häufig nicht mehr aktuell konsumieren. Auch für die Frage, ob und in welchem Maß BewohnerInnen Alkohol konsumieren „dürfen“ gibt es keine Richtlinien. Dies gilt auch für die Frage, ob und wie viele alkoholische Getränke AlltagsbegleiterInnen einkaufen „dürfen“.

Als Ergebnis der Diskussionen in den Fachkonferenzen und während der Schulungsmaßnahmen kristallisierte sich heraus, dass Einrichtungen der Altenhilfe eine „Suchtpolitik“ benötigen. Von der Einrichtungsleitung sollten in Diskussion mit allen MitarbeiterInnen Verhaltensrichtlinien festgelegt werden. Dabei ist das Selbstbestimmungsrecht der BewohnerInnen und PatientInnen zu achten. Die Erarbeitung einer gemeinsam getragenen Grundhaltung erleichtert es den einzelnen MitarbeiterInnen angemessen mit Substanz bezogenen Fragestellungen und Problemen umgehen zu können. Es sollte beispielsweise festgelegt werden, wie eine Alltagsbegleiterin auf den Wunsch eines Pflegebedürftigen reagieren soll, ihr beim Einkauf zwei Flaschen Spirituosen mitzubringen und es nicht ihr überlassen werden, wie sie sich verhält. Altenpflegeeinrichtungen sollten auf eine routinemäßige Verwendung von Alkohol zur Essenszubereitung verzichten. BewohnerInnen von Altenpflegeeinrichtungen erhalten zu häufig zu viele und zu lange sedierende und Schlaf fördernde Arzneien, wie in vielen Untersuchungen gezeigt werden konnte. Es sollte daher von den Leitungen der Einrichtung festgelegt werden, wie mit der Beobachtung einer zu starken Sedierung einer/s Bewohnerin/s umgegangen werden soll. Auch dies sollte nicht der/dem einzelnen Mitarbeiter/in überlassen werden.

### **8.6 „Alterspolitik“ in Einrichtungen der Suchthilfe**

Die Jahresstatistiken des Fachverbandes Sucht belegen eine Unterrepräsentation älterer Suchtkranker in ambulanten und stationären Suchtbehandlungseinrichtungen (Bachmeier et

al. 2011 und Lange et al. 2011). Es darf vermutet werden, dass dies nicht nur an der geringeren Diagnoserate und der geringeren Zuweisung seitens der Primärärzte liegt. Die Strukturen der ambulanten Altenhilfe sind nicht auf die Versorgung älterer Personen abgestimmt. Die für Berufstätige entwickelte ambulante Rehabilitation findet vorwiegend abends statt, in einer Zeit, in der ältere Personen nicht mehr ihre Wohnung verlassen möchten. Nicht alle Einrichtungen der Suchthilfe sind Barriere frei. Überwiegend herrscht eine Komm-Struktur vor. Immobile ältere Personen werden dadurch von einer Nutzung der Angebote ausgeschlossen. Um dies zu ändern, sollten einrichtungsinterne Richtlinien zum Umgang mit älteren Personen formuliert werden. Bereits während der Laufzeit des Projekts HAMAB konnten einige Fälle bearbeitet werden. Es handelte sich ausnahmslos um ältere Personen, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr in der Lage waren, selbständig die Räumlichkeiten der Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Sie wurden an ihrer Wohnstätte aufgesucht. Erst ein solches Vorgehen ermöglicht es älteren Personen mit Pflegebedürftigkeit ambulante Suchtberatung oder Behandlung nutzen zu können. Es erfordert allerdings einen erheblich höheren Zeitaufwand des Suchtberaters. Die Finanzierung einer zunehmend aufsuchenden Tätigkeit der Suchtberatung ist derzeit nicht gewährleistet. Diese neue Aufgabe müsste durch eine Erhöhung der Zuwendungen an Suchtberatungsstellen erleichtert werden.

## **8.7 Sensibilisierung der Öffentlichkeit**

Ob es durch die drei jeweils zwei Wochen andauernden Ausstellungen in drei Städten des Altkreises Brilon (Winterberg, Brilon Marsberg) gelungen ist, öffentliches Interesse am Thema zu erzeugen und zu einer Sensibilisierung für die Bedeutung Alkohol und Medikamenten bezogener Störungen älterer Menschen beizutragen, kann schlecht beurteilt werden. Eine Evaluation der Ausstellung gelang nicht, da keine für die Besucher vorgesehenen Fragebögen ausgefüllt wurden. Das Interesse an den öffentlichen Orten des Hauptteils der Ausstellung – Banken, Rathaus – schien nicht sehr hoch. Andererseits berichteten lokale und überregionale Printmedien und lokale und überregionale Hörfunksender über die Ausstellung und das Projekt HAMAB und die beiden Koordinatoren der Suchthilfe wurden zu zahlreichen Interviews angefragt. Es darf davon ausgegangen werden, dass die zahlreichen, im Kapitel 10 aufgeführten, öffentlichen Aktivitäten der Projektkoordinatoren zu einer Sensibilisierung beigetragen haben. Bislang fehlen geeignete suchtpreventive Maßnahmen für ältere Personen.

Das Wissen um die durch das Altern veränderte Wirkung von Alkohol und sedierender Medikation scheint in Teilen der Bevölkerung zu fehlen. Zu hoher Alkoholkonsum stellt in entwickelten Ländern eines der größten vermeidbaren Risiken für Erkrankung und vorzeitigen Tod dar. Viele Erkrankungen, deren Auftreten oder deren Verschlechterung mit dem Alterungsprozess assoziiert ist, verschlechtern sich durch einen vermeidbaren riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum. In der primärärztlichen Versorgung und in Kampagnen zum gesunden Altern sollten diese Aspekte vermehrt aufgegriffen werden.

## **8.8 Fallarbeit**

### **8.8.1 Alkohol bezogene Störungen**

Wie zu erwarten, berichteten die MitarbeiterInnen der ambulanten Altenhilfe am häufigsten über Alkohol bezogene Probleme ihrer PatientInnen. Die durchgeführten Schulungen und die abgesprochene und im QM-System verankerte Vorgehensweise erleichterten das Ansprechen der Betroffenen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Implementierung Alkohol bezogener Interventionen in der ambulanten Altenhilfe möglich ist. Eine intensivere Betreuung setzt aufsuchende Arbeit seitens der eingeschalteten Suchtberatung voraus. Diese wurde während der Laufzeit des Projekts geleistet. Die dauerhafte Gewährleistung erfordert entweder eine Aufstockung der Mittel der Beratungsstelle oder den Wegfall anderer Aufgaben. Auch in der stationären Altenhilfe, in der aktuell Alkohol bezogene Probleme seltener berichtet werden als in der ambulanten Pflege, lassen sich, wie gezeigt werden konnte, Interventionen durchführen.

Als Ziel der Interventionen wurden die Minimierung gesundheitlicher Risiken und die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen definiert. Zu Pflegende, insbesondere BewohnerInnen von Pflegeheimen sind häufig an einer Demenz erkrankt. Dies schränkt ihre, Einsichtsfähigkeit, ihre Steuerungsfähigkeit und ihre Selbstverfügbarkeit ein. Auch eine ausgeprägte Suchtmittelabhängigkeit kann solche Einschränkungen verursachen. Das Vorgehen bei Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen solcher PatientInnen erfordert stets eine behutsame Abwägung der Interessen der Betroffenen im Spannungsfeld rechtlicher, ethischer und fürsorglicher Aspekte.

### **8.8.2 Medikamenten bezogene Störungen**

Zwei stationäre Altenpflegeeinrichtungen mit 44 bzw. 80 Wohnplätzen waren am Projekt HAMAB beteiligt. Die Medikamentenverordnungen der BewohnerInnen wurden überprüft und bewertet. Etwa die Hälfte der BewohnerInnen der kleineren Einrichtung wurden von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit behandelt. Bei diesen PatientInnen fand sich in keinem Fall eine problematische Verordnung von Benzodiazepinen oder Z-drugs. Bei den anderen war in 15% (Hallenberg) bzw. 20% (Brilon) eine problematische Medikation festzustellen. Aus Untersuchungen des Ordnungsverhaltens von Kassenärzten ist bekannt, dass Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeinmedizinisch tätige Internisten Benzodiazepine öfter und länger verordnen als Psychiater. Es wäre wünschenswert, wenn BewohnerInnen von Altenpflegeheimen, die zu einem großen Teil an Demenzen leiden, fachärztlich psychiatrisch versorgt würden. Die MitarbeiterInnen der stationären Altenpflege sehen die Langzeit-Verordnungen von Sedativa kritisch. Für einige PatientInnen beschreiben sie eine auffällige Minderung der Vigilanz, Tagesschläfrigkeit und nicht mit der Primärerkrankung erklärbare Verwirrheitszustände. Die in der Literatur mit Benzodiazepineinnahme in Verbindung gebrachte Sturzneigung wurde nicht beschrieben. Altenpflegekräfte beschreiben ferner die Beobachtung, bei der Aufnahme in das Wohnheim bestehende Medikation werde oft unkritisch und ohne erneuten Patientenkontakt über lange Zeit weiter verordnet. Sie berichten von unterschiedlichen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Kassenärzten. Während einige dankbar für ihre Rückmeldungen wären

und die Medikation anpassten, ließen andere nicht mit sich reden, seien an Rückmeldungen nicht interessiert. Auch die alltäglichen Schwierigkeiten und der dafür erforderliche Zeitaufwand, mit der Arztpraxis oder dem Arzt telefonisch in Verbindung zu treten, wurden beklagt. Bezüglich der Problemlage besteht oft eine resignative Haltung. Zum einen wird auf das hierarchische Gefälle zwischen Arzt und Pflegekraft verwiesen, zum anderen auf die Notwendigkeit, Ärzte in Falldiskussionen einzubeziehen. Dies wurde auch in den Schulungen und den offenen Antwortmöglichkeiten in den Evaluationsbögen wiederholt geäußert. Hochbetagte PatientInnen, denen für sie nicht geeignete Sedativa wie langwirksame Benzodiazepine über die empfohlene Verordnungszeit hinaus verordnet werden, haben oft eine Abhängigkeit entwickelt. Dennoch unterscheiden sie sich stark von jüngeren Abhängigen und auch von Gleichaltrigen mit einer Alkoholabhängigkeit. Die Genese der Abhängigkeit ist überwiegend auf inadäquate ärztliche Verordnung zurückzuführen und nicht auf eigenes süchtiges Verhalten. Dies und die auch im Projekt HAMAB aufgetretenen Schwierigkeiten, die die Medikamenten verordnenden Ärzte einzubeziehen, lassen uns zu dem Ergebnis kommen, dass der „Suchtansatz“ nicht gut geeignet ist, das Problem der zu häufigen, zu langen, zu hoch und fehl indizierten Medikation älterer Heimbewohner mit Benzodiazepinen und ihren Analoga erfolgreich zu verändern. Es sollte über alternative Vorgehensweisen nachgedacht werden. Unserer Auffassung nach sollte zur Verbesserung der Situation der Einbezug des Apothekers erwogen werden. Hochbetagte Pflegebedürftige sind in der Regel multimorbide und sie erhalten regelhaft mehr als fünf verschiedene Arzneien. Nicht alle sind für ältere Personen geeignet. Die Priscusliste (Holz et al.) ist nicht jedem Kassenarzt bekannt. Es könnten Prüfalgorithmen entwickelt werden, die neben den Warnhinweisen, ein bestimmtes Medikament sei für Ältere nicht geeignet, zwei gleichzeitig verordnete Arzneien seien nicht miteinander verträglich, auch einen Warnhinweis beinhalten, es werde ein Medikament mit Suchtpotenzial verordnet. Die Rückmeldung an den verordnenden Kassenarzt könnte zu einem kritischeren Ordnungsverhalten beitragen. Jedenfalls wäre das Pflegepersonal entlastet. Insgesamt versprechen sich die Autoren von einem verbesserten Medikamentenmanagement mehr Erfolg bezüglich der Reduktion der Sedativa-Problematik als durch den Versuch, suchtherapeutische Interventionen zu implementieren.

## **8.9 Gesamtbeurteilung**

Die Gesamtbeurteilung des zweijährigen Projekts HAMAB fällt positiv aus. Die wichtigsten Ziele konnten erreicht werden. Ein hoher Anteil der MitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtungen wurde erfolgreich geschult. Diese beschreiben nach Ablauf des Projekts einen deutlichen Zuwachs an Wissen über Alkohol und Medikamenten bezogene Störungen älterer Personen. Beauftragte wurden benannt und qualifiziert, neue MitarbeiterInnen zu Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen Älterer zu schulen. Sie wurden befähigt, gemeinsam mit ihren MitarbeiterInnen Substanz bezogene Störungen bei BewohnerInnen oder PatientInnen zu erkennen und in ihren Einrichtungen Hilfe anzubieten oder eine Vernetzung mit der ambulanten Suchtberatung herzustellen. In das interne Qualitätsmanagementsystem der beteiligten Einrichtungen der Altenhilfe wurde eine Handlungsanweisung zum Umgang mit Substanz bezogenen Störungen in den Einrichtungen aufgenommen. Das Projekt und seine Arbeitsergebnisse sind den

MitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtungen vertraut. Sie erleben es ganz überwiegend als Hilfe für ihre alltägliche Arbeit. Es konnte gezeigt werden, dass in der Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Altenhilfe konkrete Fallarbeit möglich ist und PatientInnen oder BewohnerInnen bezogene Ziele wie eine Reduzierung der durch das Trinken bedingten gesundheitlichen Risiken und eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen erreicht werden können. Zugleich wurden über das konkrete Projekt HAMAB weisende Erkenntnisse gewonnen. Das Beauftragtenwesen hat sich bewährt. Der Suchtansatz erscheint nicht geeignet, das Problem der zu häufigen und nicht adäquaten Verordnung von Sedativa an ältere Pflegebedürftige zu minimieren. Die ambulante Suchtberatung benötigt eine bessere finanzielle Ausstattung um vermehrt aufsuchende Arbeit leisten zu können, wie sie in der Versorgung betagter Suchtkranker erforderlich ist. Eine dauerhaft gelingende vernetzte Arbeitsweise beider Versorgungssektoren Altenhilfe und Suchthilfe erfordert effiziente Organisationsstrukturen mit geringem personellen und Zeitaufwand. Einrichtungen der Altenhilfe sollten sich interne Richtlinien zum Umgang mit Suchtmitteln und zur Verwendung von Alkohol in der Essenszubereitung erarbeiten. Einrichtungen der Suchthilfe sollten ihre Arbeitsorganisation und ihre Strukturen so gestalten, dass auch ältere Personen ihre Angebote wahrnehmen können. Der Effekt der Ausstellung blieb unklar.

## 9. Gender Mainstreaming Aspekte

Der Anteil der Männer an den Schulungsteilnehmenden lag in der ersten Schulung bei 5,2 %, in der zweiten bei 5,5 % und in der letzten Schulung bei 5,0 %, was sehr deutlich widerspiegelt, dass in der Altenhilfe (als dem mit Abstand größeren der in dieses Projekt einbezogenen Bereiche) überwiegend Frauen arbeiten. Während von den Männern 80 % oder mehr in der Pflege oder Pflegehilfe arbeiten, sind es bei den Frauen nur etwa 60 %. Im Bereich Hauswirtschaft/Alltagsbegleitung ist demgegenüber der Anteil der Frauen deutlich höher, siehe Tabelle 26.

Tab.26 Teilnehmende in den einzelnen Schulungen nach Arbeitsbereich

Arbeitsbereich	1. Schulung		2. Schulung		3. Schulung	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Pflege	66,7% (10)	51,3% (139)	76,9% (10)	53,2% (117)	80,0% (8)	50,8% (97)
Pflegehilfe	13,3% (2)	9,2% (25)	15,4% (2)	5,9% (13)	0,0% (0)	6,8% (13)
Hauswirtschaft/Alltagsbegleitung	13,3% (2)	31,4% (85)	7,7% (1)	37,7% (83)	20,0% (2)	37,2% (71)
Suchthilfe	6,7% (1)	2,2% (6)	0,0% (0)	0,5% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)
Sonstiges	0,0% (0)	3,7% (10)	0,0% (0)	2,7% (6)	0,0% (0)	5,2% (10)
Pflege(hilfe) und Hauswirtschaft/ Alltagsbegleitung	0,0% (0)	2,2% (6)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
Gesamt	100% (15)	100% (271)	100% (13)	100% (220)	100% (10)	100% (191)

Von den weiblichen Schulungsteilnehmenden arbeiten deutlich mehr im ambulanten als im stationären Bereich, bei den männlichen Teilnehmenden ist das Verhältnis eher ausgeglichen, siehe Tabelle 27.

Tab.27 Teilnehmende in den Schulungen nach ambulantem oder stationärem Bereich

Bereich	1. Schulung		2. Schulung		3. Schulung	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Ambulant	38,5% (5)	65,1% (162)	50,0% (6)	70,4% (145)	50,0% (5)	70,2% (134)
Stationär	61,5% (8)	30,1% (75)	50,0% (6)	24,8% (51)	50,0% (5)	27,7% (53)
ambulant und stationär	0,0% (0)	4,8% (12)	0,0% (0)	4,9% (10)	0,0% (0)	2,1% (4)
Gesamt	100% (13)	100% (249)	100% (12)	100% (206)	100% (10)	100% (191)

Deutliche Unterschiede im Alter der Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer finden sich in zwei Altersgruppen: Bei den 26-35-jährigen sind relativ mehr Männer vertreten, in der Altersgruppe der 46-55-jährigen relativ mehr Frauen, siehe Tabelle 20.

Tab.28 Teilnehmende in den einzelnen Schulungen nach Alter

Altersverteilung	1. Schulung		2. Schulung		3. Schulung	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
unter 25 Jahre	6,7% (1)	5,2% (14)	8,3% (1)	5,5% (12)	0,0% (0)	4,7% (9)
26-35 Jahre	33,3% (5)	13,0% (35)	33,3% (4)	12,7% (28)	44,4% (4)	11,1% (21)
36-45 Jahre	26,7% (4)	26,4% (71)	25,0% (3)	25,0% (55)	33,3% (3)	26,3% (50)
46-55 Jahre	20,0% (3)	38,7% (104)	25,0% (3)	38,6% (85)	22,2% (2)	37,4% (71)
älter als 55 Jahre	13,3% (2)	16,7% (45)	8,3% (1)	18,2% (40)	0,0% (0)	20,5% (39)
Gesamt	100% (15)	100% (269)	100% (12)	100% (220)	100% (9)	100% (190)

Es wurde auch nach Unterschieden in den Einschätzungen der weiblichen und männlichen Teilnehmenden gesucht. Wo sich signifikante oder marginal signifikante Unterschiede fanden, waren in jedem einzelnen Fall die Mittelwerte bei den Frauen geringer (die Tabelle kann dem Evaluationsabschlussbericht, Tabelle 21, entnommen werden). Bei allen diesen

Fragen - außer beim Vorwissen - zeigen geringere Mittelwerte bessere Einschätzungen an. So wurden die Schulungen bzw. die Vortragenden und einige Aspekte der Veranstaltungen von den Frauen besser bewertet als von den Männern. Die meisten Unterschiede in den Einschätzungen der weiblichen und der männlichen Teilnehmenden ergaben sich nach der zweiten Fortbildungsveranstaltung, und hier fanden sich auch die stärksten Unterschiede. Nur zu einem Aspekt zeigte sich der Geschlechtsunterschied durchgängig über alle drei Fortbildungsveranstaltungen hinweg, nämlich bei der Einschätzung „In der Veranstaltung erworbenes Wissen wird mir für meine Tätigkeit sehr von Nutzen sein“. Hier bleiben die Einschätzungen der Teilnehmerinnen über die drei Veranstaltungen hinweg ziemlich konstant, wohingegen sich die Einschätzungen der Teilnehmer von Schulung zu Schulung etwas verschlechtern. Bezüglich der Einschätzung „Die Veranstaltung hat mir neue Sichtweisen und ein neues Verständnis für die Arbeit mit Klienten vermittelt“ finden sich nach der zweiten und dritten Fortbildung unterschiedliche Beurteilungen bei Frauen und Männern, wobei der Unterschied nach der zweiten Fortbildung groß und signifikant ist, nach der dritten Fortbildung aber deutlich geringer (und nur marginal signifikant).

Zu Suchtbeauftragten der Altenhilfeeinrichtungen wurden ausschließlich Frauen bestimmt. Zu Altersbeauftragten der Suchthilfe hingegen wurden männliche Mitarbeiter ernannt. In den Basis- und Beauftragenschulungen wurden die bekannten Gender Aspekte berücksichtigt. Epidemiologisch ist bekannt, dass auch in der älteren Bevölkerung Männer wesentlich mehr trinken als Frauen. Zugleich sind Medikamenten bezogene Störungen bei älteren Frauen wesentlich häufiger als bei älteren Männern. Das gemeinsame Vorkommen Alkohol und Medikamenten bezogener Störungen steigt mit dem Lebensalter, ist aber bei Frauen häufiger als bei Männern. Ob es bei Älteren altersspezifische geschlechtsbezogene Unterschiede der Konsummuster gibt, ist nicht hinreichend untersucht worden.

Auf die Beziehungsgestaltung zu PatientInnen und BewohnerInnen hat das Geschlecht der helfenden Person Einfluss. Im Rahmen der Supervision der Fachkonferenz und in den Fallbesprechungen wurde hierauf geachtet.

## **10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**

Am 31. Januar 2011 wurde im St. Engelbert Heim Brilon (eine der zwei am Projekt beteiligten stationären Altenpflegeeinrichtungen) eine *öffentliche Eröffnungsveranstaltung* durchgeführt. Im Anschluss wurden die Projektkoordinatoren von den anwesenden Medienvertretern interviewt (Regionalpresse, regionaler Rundfunk, Sauerlandradio). Als Vertreter der Öffentlichkeit waren anwesend der Weihbischof, der Landrat, der Landtagsabgeordnete der Region, weitere Vertreter der Lokalpolitik, Leiter der Krankenkassen, der Stellvertretende Ärztliche Direktor der regional zuständigen psychiatrischen Klinik (WK Marsberg), weitere Vertreter der Ärzteschaft und Mitarbeiter der beteiligten Institutionen. Zusätzlich zu den Redebeiträgen erhielten alle Teilnehmenden eine schriftliche Information. Das Projekt HAMAB wurde in den Projektplan des Caritasverbandes Brilon aufgenommen und in verschiedenen Gremien der Caritas vorgestellt. Im Arbeitskreis der Beratungsstellen der Diözese Paderborn und im Qualitätszirkel des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe erfolgten ebenfalls Informationen. In allen

Bewerbungsgesprächen für die Alten- und Krankenhilfe der Caritas wird auf die Thematik und das Projekt hingewiesen.

Im Folgenden werden die Veranstaltungen aufgeführt, in denen über das Modellprojekt, die Zwischenergebnisse und schließlich die Ergebnisse berichtet wurde bzw. berichtet werden wird.

## 2010

- 12.10.10: Informationsgespräch mit dem heimischen Bundestagsabgeordneten Herrn Prof. Dr. P. Sensburg
- 29.11.10: Beitrag Dr. D. Geyer zur 28. Jahrestagung der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster, Thema: „Suchtmittelkonsum im Alter“. Hinweis auf die zwei vom BMG geförderten Projekte in Westfalen (Stiftung Nazareth, Bildung und Beratung Bethel, Bielefeld: „Gemeinsam ein gelingendes Leben im Alter“ und HAMAB) und Schilderung der wesentlichen Grundlage des Projekts HAMAB

## 2011

- 12.1.11: Vortrag Dr. D. Geyer in Meschede vor den Mitgliedern der regionalen Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes: „Neue Konsummuster“. Information über HAMAB und Schilderung der wesentlichen Grundlagen
- 02.03.11: Dr. D. Geyer Studiogast in der Lokalzeit des WDR Siegen zum Thema „Suchtmittelkonsum im Alter“ Vom WDR in der Fachklinik Fredeburg gedrehter Beitrag zur Behandlung älterer Suchtkranker und Interview im Studio, auch zum Projekt HAMAB.
- 30.03.11: Teilnahme Dr. D. Geyer an einer öffentlichen Podiumsdiskussion „Forum Sucht“ in Essen zum Thema „Sucht im Alter“, organisiert von Herrn Prof. Dr. N. Scheerbaum.
- 29.06.11: Beitrag Dr. D. Geyer anlässlich der Tagung zum 10 jährigen Jubiläum der Abteilung für Qualifizierte Entgiftung im Bethesda Krankenhaus Freudenberg, Thema: „Substanz bezogene Störungen im Alter“. Im Rahmen des Vortrags wurde auch das Projekt HAMAB vorgestellt.
- 10.09.2011: Vorlesung Dr. Geyer im Rahmen des Lehrmoduls „Techniken des praktischen Handelns“, Postgraduiertenstudiengang zum Master of Science in Suchthilfe und Suchttherapie der Katholischen Hochschule NRW Köln. Auf die 8 vom BMG geförderten Projekte wurde hingewiesen, beispielhaft wurde die Vernetzung der Alten- und Suchthilfe am Beispiel von HAMAB vorgestellt.
- 20.09.2011: Vortrag Dr. Geyer: „Suchtmittelkonsum im Alter. Herausforderungen unserer Zeit“ im Rahmen der Fortbildung für Fachkräfte im Gesundheitswesen, in der Altenpflege und in der Suchtkrankenhilfe des Diakonisches Werks des Evangelischen Kirchenkreises Altenkirchen in Wissen, Rheinland Pfalz
- 28.11.2011: Beitrag zum Thema „Sucht im Alter“ in der ZDF-Morgensendung „Volle Kanne. In der Fachklinik Fredeburg wurde mit zwei Patientinnen gedreht und Interviews geführt. Herr Dr. Geyer wurde zum Thematik als Studiogast interviewt.

- 10.11.2011: Vortrag Dr. Geyer: Suchtmittelkonsum im Alter. Herausforderungen unserer Zeit“ anlässlich der gerontopsychiatrischen Fachtagung: „Depression im Alter II. Möglichkeiten der Intervention“ in Nottuln, NRW
- 30.11.2011: Vortrag Dr. Geyer: „Lohnt sich die Behandlung älterer Menschen mit substanzbezogenen Störungen Beispiele einer erfolgreichen Praxis“ anlässlich der Tagung „Neue Ansätze für alte Menschen“ im Diakonissenkrankenhaus Flensburg

## 2012

- 19.01.2012: Vortrag Dr. Geyer: „Lohnt sich die Behandlung älterer Menschen mit substanzbezogenen Störungen Beispiele einer erfolgreichen Praxis“ anlässlich der Tagung „Unabhängig im Alter – Umgang mit suchtauffälligen älteren Menschen der Diakonie Schleswig, Schleswig
- 24.01.2012: Ausstrahlung des Beitrags von Frau K. Hamberger in der Frühsendung des Deutschlandfunk um 07:50 Uhr zum Thema „Sucht im Alter“ mit Interviews mit zwei Patientinnen der Fachklinik Fredeburg, Herrn Theo Köhler und Dr. Geyer zum Projekt HAMAB
- 30.01.2012: Drei Artikel, Beiträge in der „Westfälischen Rundschau“: „Sucht unter Senioren nimmt zu“, „Der Begleiter für einsame Stunden“ und „Modellprojekt mit Caritas“
- 08.03.2012: MMW (Münchener Medizinische Wochenschrift): „Abhängig von Alkohol und Medikamenten. Sucht im Alter ist kein Randproblem“. Interview mit Dr. Geyer
- 12.03.2012: Vorlesung Dr. Geyer „Sucht bei Alten“ im Rahmen des Lehrmoduls „Techniken des praktischen Handelns“, Postgraduiertenstudiengang zum Master of Science in Suchthilfe und Suchttherapie der Katholischen Hochschule NRW Köln in Kooperation mit der Katholischen Stiftungshochschule München, München. Auf die 8 vom BMG geförderten Projekte wurde hingewiesen, beispielhaft wurde die Vernetzung der Alten- und Suchthilfe am Beispiel von HAMAB vorgestellt.
- 23.04.2012 Öffentliche Abendveranstaltung der Diakonie Siegen-Wittgenstein in Wilnsdorf, Vortrag Dr. Geyer „Substanzbezogene Störungen bei Älteren – Herausforderungen unserer Zeit“
- 04.05.2012 Mitwirkung Dr. Geyer bei der Abschlussveranstaltung des Interreg Projekts „Alter & Sucht“, Salzburg, Vortrag: „Besonderheiten der Rehabilitation älterer Suchtkranker – Erfahrungen aus langjähriger Praxis“.
- 18.07.2013 Mitwirkung Dr. Geyer bei der Abschlussveranstaltung des Projekts SLAAC (Steigerung der Lebensqualität im Alter bei Alkoholspektrumsstörungen und Medikamentenabhängigkeit durch Community-Netzwerk-Interventionen), Vortrag „Sucht im Alter – Aktuelle Herausforderungen“ und Workshop „Suchttherapeutische Behandlung bei älteren Suchtkranken
- 19.08.2012 Präsentation der im Projekt entwickelten Ausstellung im Bundesgesundheitsministerium in Berlin, Tag der offenen Ministerien
- 26.09.2013 Öffentliche Abendveranstaltung, gemeinsam organisiert von der regionalen Suchtberatungsstelle und des regionalen Ärztevereins zur Reihe „Sucht hat immer eine Geschichte, Vortrag Dr. Geyer: Substanzmittelkonsum im Alter – Hilfe und neue Ansätze“
- 10.11.2012 Vorlesung Dr. Geyer im Rahmen des Lehrmoduls „Techniken des praktischen Handelns“, Postgraduiertenstudiengang zum Master of Science in

Suchthilfe und Suchttherapie der Katholischen Hochschule NRW Köln. Auf die 8 vom BMG geförderten Projekte wurde hingewiesen, beispielhaft wurde die Vernetzung der Alten- und Suchthilfe am Beispiel von HAMAB vorgestellt.

- 13.11.2012 Abschlusstagung des vom BMG geförderten Projekts NASIA, Papenburg, Vortrag Dr. Geyer „Suchtmittelgebrauch im Alter – Eine aktuelle Herausforderung mit wachsender Bedeutung“.
- 07.12.2012 Nürnberg, 11. Suchtforum Bayern, Vortrag Dr. Geyer „Suchtmittelgebrauch im Alter – Eine aktuelle Herausforderung mit wachsender Bedeutung“.

## 2013

- 06.02.2013 Fortbildung des Teams der PSBB Korbach durch Herrn Theo Köhler und Dr. Geyer zur Behandlung älterer Suchtkrankter und den Ergebnissen des Projekts HAMAB
- 13.02.2013 Interview Dr. Geyer für eine Sendung des WDR zum Thema älterer Suchtkrankter und zu den Ergebnissen von HAMAB
- 18.04.2013 Ganztägige Fortbildung Dr. Geyer für die Schweizer Gesellschaft für Gerontopsychiatrie zum Thema Behandlung älterer Suchtkrankter. Auf die Ergebnisse des Modellprojekts HAMAB wurde Bezug genommen.
- 24.04.2013 Vortrag Dr. Geyer für die Bayerische Akademie für Suchtfragen zu Sucht im Alter in Augsburg. Auf die Ergebnisse des Projekts HAMAB wurde eingegangen.
- 26.04.2013 Vorlesung Dr. Geyer „Sucht bei Alten“ im Rahmen des Lehrmoduls „Techniken des praktischen Handelns“, Postgraduiertenstudiengang zum Master of Science in Suchthilfe und Suchttherapie der Katholischen Hochschule NRW Köln in Kooperation mit der Katholischen Stiftungshochschule München, München. Auf die 8 vom BMG geförderten Projekte wurde hingewiesen, beispielhaft wurde die Vernetzung der Alten- und Suchthilfe am Beispiel von HAMAB vorgestellt
- 08.05.2013 Referat Dr. Geyer zum Thema Suchterkrankungen im Alter Caritas Altenzentrum St. Josef Düsseldorf
- 25.05.2013 Dr. Geyer Studiogast in der WDR 5 Radiosendung „In unserem Alter“ zum Thema Suchterkrankungen im Alter und anschließend zweistündiges Expertentelefon
- 27.05.2013 Referat Dr. Geyer anlässlich der Tagung der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen zum Thema Suchterkrankungen im Alter in Frankfurt
- 29.05.2013 Öffentliche Abendveranstaltung im Rathaus der Stadt Iserlohn zum Thema: Suchterkrankungen im Alter, Caritas Iserlohn, Vortrag Dr. Geyer
- 13.06.2013 Veranstaltung der Caritas Goch zum Thema Suchterkrankungen im Alter, Referate von Herrn Theo Köhler und Dr. Geyer
- 24.06.2013 Referat Dr. Geyer „Spezifische Therapien für ältere Rehabilitanden in der Suchtrehabilitation anlässlich der 7. Informationsveranstaltung zur Reha-Qualitätssicherung für Gutachter im Peer Review Verfahren der DRV Bund, Berlin.

## Geplante Veranstaltungen

- 19.09.2013 Deutscher Suchtkongress Bonn. Beitrag Geyer, Köhler, Keller : Vernetzte Versorgung älterer Suchtkranker in einer ländlichen Region. Ergebnisse des Modellprojekts HAMAB im Symposium „Sucht in der Pflege“, Leitung Fr. Prof. Dr. Hoff
- 12.10.2013 Vorlesung Dr. Geyer „Sucht bei Alten“ im Rahmen des Lehrmoduls „Techniken des praktischen Handelns“, Postgraduiertenstudiengang zum Master of Science in Suchthilfe und Suchttherapie der Katholischen Hochschule NRW Köln. Auf die Ergebnisse von HAMAB soll eingegangen werden
- 22.10.13 15. Bayerisches Forum Suchtprävention. Vortrag Dr. Geyer: „Praxisrelevante Ergebnisse der Bundesmodellprojekte zum Thema „Sucht im Alter“ für die Prävention“ und Leitung des Workshops „Suchtprävention bei älteren Menschen und hoch betagten Menschen“
- 06.11.2013 Vortrag Dr. Geyer für die Bayerische Akademie für Suchtfragen zum Thema Substanzbezogener Störungen im Alter, München
- 20.11.2013 Fachtagung der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen in Niedersachsen, Hannover. Vortrag Dr. Geyer „Substanzmittelkonsum im Alter – ein unterschätztes Problem. Hilfen und neue Ansätze. Leitung des Forums: „Ethische Aspekte zum Thema Sucht im Alter. Sinn statt Sucht im Alter

Neben einer ersten Präsentation der wichtigsten Ergebnisse des Modellprojekts HAMAB anlässlich des Deutschen Suchtkongresses 2013 ist die Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift geplant. Der Abschlussbericht wird auf den Homepages der beteiligten Projektträger (Fachklinik Fredeburg, Caritas Brilon) eingestellt werden.

## 11. Verwertung der Projektergebnisse

### 11.1 Nachhaltigkeit

Von den im Frühjahr 2013 Nachbefragten kannten 98,7% das Projekt HAMAB. 93,5% gaben an, geschult worden zu sein. Immerhin 36% der Befragten gaben an, bereits an einem Fall beteiligt gewesen zu sein, davon 36,2% mehr als an einem Fall. 69,9% antworteten, HAMAB helfe ihnen in ihrer täglichen Arbeit. Dies wurde in der wissenschaftlichen Auswertung mit verschiedenen Variablen in Verbindung gesetzt. Ein positiver Zusammenhang besteht mit dem höheren Lebensalter der MitarbeiterInnen (über 45 Jahre), der Berufsgruppe der Hauswirtschaft und Alltagsbegleitung, nicht aber, ob an einer Schulung teilgenommen wurde und ob in der Einrichtung von den Suchtbeauftragten regelmäßig nach Substanz bezogenen Störungen gefragt wird. Die Daten belegen, dass es durch das Projekt HAMAB gelungen ist, die MitarbeiterInnen der Altenhilfe zum Thema Alkohol und Medikamenten bezogener Störungen älterer Personen zu sensibilisieren. Dabei sind nicht nur die Schulungen als wirksam zu betrachten sondern vor allem die eingeführten standardisierten und im internen Qualitätsmanagement verankerten Vorgehensweisen, die HAMAB auch denjenigen bekannt machten, die nicht an den Schulungen teilgenommen haben.

## **11.2 Transferpotenzial**

Die im Modellprojekt HAMAB entwickelten Schulungspläne und zu den Schulungen genutzten Präsentationen wurden frühzeitig den anderen Modellprojekten zur Verfügung gestellt. Sie können unabhängig von unserem Projekt genutzt werden.

Wenn Einrichtungen der Altenhilfe sich das Ziel setzen, sich vermehrt um Alkohol bezogene Probleme, Störungen und Erkrankungen kümmern zu wollen, sollten sie nicht nur das Pflegepersonal hierzu sensibilisieren und qualifizieren sondern ebenso die MitarbeiterInnen der Hauswirtschaft und Alltagsbegleitung erfassen. Diese Berufsgruppe zeigte sich in unserem Projekt besonders engagiert und profitierte subjektiv am stärksten von HAMAB.

Das von uns im Projekt HAMAB eingeführte Beauftragtenwesen erwies sich als sehr praktikabel. Für die Übertragung auf andere Institutionen ist darauf zu achten, die Beauftragten für einen hinreichend großen, aber nicht zu großen Bereich verantwortlich zu machen. Ist der Bereich zu klein, fallen zu wenige Substanz bezogene Probleme bei den BewohnerInnen und PatientInnen der Altenpflege an und die Beschäftigung mit Substanz bezogenen Fragen wird sich nicht dauerhaft implementieren lassen. Ist der Bereich zu groß, sind die Beauftragten nicht mehr in der Lage, auftretende Probleme regelmäßig zu erfassen und hierauf zeitnah zu reagieren. Unter der Voraussetzung geeigneter Schulung sind Suchtbeauftragte in der Altenhilfe geeignet, neue MitarbeiterInnen für einen angemessenen Umgang mit älteren Personen mit Substanz bezogenen Problemen zu sensibilisieren.

Die Methode der „Gefahrenanalyse“, also der Einschätzung, ob das Substanz bezogene Verhalten einer/s Betroffenen eine Gesundheitsgefährdung darstellt und / oder zu einer Einschränkung der Lebensqualität führt, hat sich als praktikabel und mit geringem Lehraufwand vermittelbar erwiesen. Sie erleichtert die Entscheidung der MitarbeiterInnen der Altenhilfeeinrichtung, ob aus dem beobachteten Verhalten ein Handlungsauftrag entsteht.

Die im Modellprojekt HAMAB formulierte Verfahrensanweisung („Handlungsanweisung“) kann, gegebenenfalls mit leichten Anpassungen, in das interne Qualitätsmanagement jeder Einrichtung der Altenpflege übernommen werden.

Die Zusammenarbeit regionaler Einrichtungen der Alten- und Suchthilfe muss von den jeweiligen Leitungen erwünscht und verantwortet werden. Sie kann auf Dauer nur gelingen, wenn schlanke und effiziente Strukturen hierzu entwickelt werden.

Die im Modellprojekt HAMAB entwickelten Strukturen können in einzelnen Institutionen, in der Zusammenarbeit mehrere Institutionen, in ländlichen und städtischen Regionen übernommen werden.

Die im Modellprojekt HAMAB entwickelte Ausstellung kann ausgeliehen werden.

## **11.3 Auswirkungen der Projektergebnisse auf die Pflege**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege und der Bereiche Hauswirtschaft und

Alltagsbegleitung erleben die durch das Modellprojekt HAMAB eingeführte standardisierte Vorgehensweise in der Wahrnehmung, Besprechung und Bewertung von Substanz bezogenen Problemen ihrer PatientInnen bzw. BewohnerInnen und die Möglichkeit der Initiierung von Interventionen ganz überwiegend als Erleichterung in ihrem Arbeitsalltag. Zwar konnte in einigen Fällen durch die eingeleitete Beratung die auf die/den Betroffenen gerichteten Änderungsziele erreicht werden. Das Modellprojekt HAMAB war jedoch nicht darauf ausgelegt, einen tatsächlichen Rückgang Alkohol und Medikamenten bezogener Probleme oder Störungen im Verlauf des Projekts zu messen. Da es gelungen ist, die entsprechenden Vorgehensweisen in den Institutionen der Altenhilfe in das Qualitätsmanagement einzufügen kann mit einer Verstetigung der erzielten Ergebnisse gerechnet werden. Die Annahme erscheint berechtigt, dass damit eine Minderung zumindest Alkohol bezogener Probleme gelingen kann.

#### **11.4 Weiterführende Fragestellungen**

Im Modellprojekt HAMAB konnte kein praktikables Verfahren entwickelt werden, den nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch von Benzodiazepinen und Z-Substanzen einzuschränken. Suchttherapeutischer Beratung erweist sich nicht als geeigneter Ansatz. Während des Projekts konnten lediglich Vermutungen angestellt werden, welche Faktoren zu einem Übergang eines noch bestimmungsgemäßen zu einem nicht mehr bestimmungsgemäßen Gebrauch von Sedativa beitragen. Die Fragestellung, in wie weit Strukturen der Altenpflegeeinrichtungen oder das dort beschäftigte Personal zu dem nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch dieser Arzneien beitragen, sollte untersucht werden. Ferner sollte überprüft werden, ob durch einen regelhaften Einbezug des Apothekers zur Überprüfung der Verordnungen und entsprechenden Rückmeldungen an der verordnenden Kassenarzt eine Verbesserung der Situation erzielt werden kann. Die Verwendung standardisierter computerisierter Prüfalgorithmen sollte erprobt werden. Die Qualifikation niedergelassener Ärzte der Primärversorgung zur Behandlung älterer Menschen mit Psychopharmaka, Benzodiazepinen und Z-Substanzen sollte durch geeignete Fortbildungsveranstaltungen verbessert werden.

## 12. Publikationsverzeichnis

1. Bachmeier R, Funke W, Garbe D, Herder F, Kersting S, Medenwaldt J et al. Basisdokumentation 2010 – Fachkliniken für Alkohol- Medikamentenabhängigkeit. Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung. 2011 Band 18: 5-22
2. Benschoff JJ & Harrawood LK. Substance abuse and the elderly: unique issues and concerns. Journal of Rehabilitation 2003 69 (2): 43-48
3. Blow F, Barry KL. Use and misuse of alcohol among older women. Alcohol Research & Health 2002. 26(4): 308-315
4. Breslow RA Faden VB, Smothers B. Alcohol consumption by elderly Americans. J Stud Alcohol 2003 64: 884-892
5. Curtis J R, Geller C, Stokes E J et al. Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. Alcohol Clin Exp Res 1989 18: 196-201
6. Dar K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? Advances in Psychiatric Treatment, 2006 12: 173-181
7. Ettrich KU & Fischer-Cyrlies A. Substanzmissbrauch im mittleren und höheren Erwachsenenalter – Alltagsdrogen Alkohol und Nikotin: Gebrauch und Missbrauch. Z Gerontol Geriatr 2005 38: 47-59
8. Fischer et al. Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. Nervenarzt 2006 77: 58-63
9. Fleming et al. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficiency and benefit-cost analysis. Alcohol Clin Exp Res. 2002. 26: 36-43
10. Geyer D. Batra A, Beutel M, Funke W, Görlich P, Günthner A. et al. AWMF Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht 2006. 52 (1): 8-34
11. Geyer D. Altersspezifische Aspekte in der stationären Rehabilitation Suchtkranker. SuchtAktuell 2008 2: 31-35
12. Geyer D. (2009). Spezifische Ansätze der Rehabilitation älterer Suchtkranker. In Adler G. Gutzmann H. Haupt M. Kortus R. & Wolter D.K. (Hrsg.). Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der DGPPT Band 7, Stuttgart, Kohlhammer 2009. 340-353

13. Geyer D. (2012). Entwöhnungsbehandlung bei älteren Alkoholabhängigen. Psychotherapie im Alter 2012. 9(2): 253-265
14. Glaeske G. Beruhigt bis zum Ende. Die Arzneimitteltherapie für ältere Menschen. Sucht aktuell 1996 3: 5-9
15. Helmchen H et al. Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin Akademie Verlag. 1996 185-219
16. Holt S, Schmiedl S & Thürmann PA. [www.priscus.net](http://www.priscus.net)
17. Holzbach R, Englert I, Kalke J, Raschke P. Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. Bundesgesundheitsblatt 2010 53: 319 - 325
18. Kashner T, Rodell DE, Ogden SR, Guggenheim FG, Karson CN. Inpatient Treatment Programs for Older Alcoholic Patients. Hospital and Community Psychiatry. 1992 43: 985-989
19. Kraus L, Augustin R (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht 2005 51 (Sonderheft 1): 4-57
20. Kuhn S, Haasen C. Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen: Abschlussbericht. Hamburg (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg) 2009 [http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx\\_userzis/Kuhn\\_Haasen:2009\\_Abschlussbericht\\_sucht\\_im\\_Alter.pdf](http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen:2009_Abschlussbericht_sucht_im_Alter.pdf)
21. Lange N, Wüst G, Brenner R, Funke W, Janner-Schraml A, Klein T et al. Basisdokumentation 2010 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung. 2011 Band 18: 46-57
22. Lieb B, Rosien M, Bonnet U & Scherbaum N. Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 2008 76 (2): 75-83

23. Melchinger M. Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential. Baden-Baden, Nomos 1993
24. Miller WR & Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. 2005 Freiburg, Lambertus
25. Moore A. & O’Keeffe S. Drug-induced cognitive impairment in the elderly. Drug Aging 1999 15: 15-28
26. Moos RH et al. Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. Addiction 2004 99 (7): 829-838
27. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115) 2011
28. Oslin DW, Slaymaker VJ, Blow FC, Owen PL, Collieran C. Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults. Addictive Behavior. 2005 30: 1431 - 1436
29. Quinten C & Grönle-Jeuck U. Die stationäre Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im höheren Lebensalter: Klinische Erfahrungen und Katamnese. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen. Geesthacht, Neuland 2002 433-442
30. Radebold H (2004). Bei Diagnose historisch denken. Deutsches Ärzteblatt 2004 101 (27): 1637-1639
31. Royal Collage of Psychiatrists (RCT) Our invisible addicts. First report of the Older Persons’ Substance Misuse. Working Group of the Royal College of Psychiatrists. London, College Report CR165, June 2011
32. Rumpf HJ & Weyerer S. Suchterkrankungen im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2006, Geesthacht Neuland 2006 189-199
33. Rumpf H-J, John U, Hapke U & Bischof G. Möglichkeiten der Intervention bei Alkoholproblemen im höheren Lebensalter. 2009 Sucht 55 (5): 301-311

34. Satre DD, Mertens JR, Areán PA & Weisner C. Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program. *Journal of Studies on Alcohol*.2003 6: 520-530
35. Schäufele M. Riskanter Alkoholkonsum im höheren Alter: Häufigkeit und Folgen – ein Überblick. 2009 (a) *Sucht* 55(5): 266-280
36. Schäufele M. Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter: eine Übersicht. 2009 (b) *Suchttherapie* 10: 4-11
37. VA/DoD clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD), USA. Department of Defense, Federal Government Agency, Department of Veterans Affairs; Veterans Health Administration. 2009
38. Voßmann U & Geyer D. Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*. 2006 19 (4): 221-228
39. Watson JM, Crosby H, Dale VM, Tober G, Wu Q, Lang J, McGovern R, Newbury-Birch D, Parrott S, Bland JM, Drummonds C, Godfrey C, Kaner E and Coulton S on behalf of the AESOPS trial team. AESOPS: a randomized controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technology Assessment* 2013 17 (5) DOI 10.3310/hta 17250
40. Welte JW & Mirand AL. Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 1995 56: 67-73
41. Wolter DK. Schlaf- und Beruhigungsmittel im Alter. *Psychopharmakotherapie* 2010 17 (1): 39-46

Dr. med. Dieter Geyer, Fachklinik Fredeburg

unter Mitarbeit der regionalen Projektkoordinatoren Theo Köhler, Caritas Suchtberatung Brilon, und Karen Mendelin, Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon, und unter Nutzung des Abschlussberichts der wissenschaftlichen Begleitevaluation des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung in der Katholischen Hochschule Nordrhein Westfalen, Köln, Leitung Prof. Dr. Michael Klein, Wissenschaftlicher Mitarbeiter Karsten Keller

Modellprojekt **HAMAB**: Hilfe für ältere Frauen und Männer mit **A**lkohol und **M**edikamenten bezogenen Störungen in einer ländlichen Region – **A**ltkreis **B**irion. Projektträger: Caritasverband Birion e.V., Caritas Alten- und Krankenhilfe Birion gGmbH, Fachklinik Fredeburg und Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung in der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Projektverantwortlicher: Dr. med. Dieter Geyer. Zu den drei Buchen 1 57392 Schmallenberg.  
Förderkennzeichen: IIA5-2510DSM213