

Aktuelle Probleme und Lösungsansätze bei Sucht im Alter

T.-M. Ufer

Zusammenfassung

Sachsen liegt auf Platz 1 beim Altenquotienten der Bundesländer. Im Zuge der demografischen Entwicklung wird auch die Zahl älterer Menschen mit Suchtproblemen steigen. Dabei ist ab dem 6. Lebensjahrzehnt vor allem Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten und Alkohol von Bedeutung. Sucht im Alter ist in der gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung sowie in der Altenpflege bislang inadäquat zur Realität – das hat ganz unterschiedliche Gründe. Dazu gehören auch Schwierigkeiten, Symptome von Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit von anderen, altersbedingten Erkrankungen abzugrenzen.

Therapeutischer Nihilismus im Alter ist nicht gerechtfertigt, dagegen sprechen Ergebnisse bei gezielten Interventionen. Der Arzt hat als „gatekeeper“ die entscheidende Funktion für den Zugang zum Hilfesystem. Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) fungieren als Kooperationspartner und verstehen sich als Koordinatoren im Suchthilfesystem. „WATCH“ – ein Bundesmodellprojekt – wird als ein Lösungsansatz zur besseren Versorgung suchtkranker alter Menschen vorgestellt.

Suchtprobleme im Alter – Demografischer Wandel

Welche Auswirkungen der weiter ansteigende Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft haben wird – das ist seit Jahren gesellschaftlicher Diskurs. Die Veränderungen sind inzwischen längst gesellschaftliche Realität geworden und werden aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und bewertet.

Laut einer Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der über 60-Jährigen bis 2030 um etwa 40 Prozent zunehmen. (DHS, 2012)

Sachsen lag bereits 2008 auf Platz 1 beim Altenquotienten der Bundesländer. (Statistische Ämter der Bundes und der Länder, 2011) Es gibt hier also deutschlandweit den höchsten Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen im Vergleich zur Altersgruppe der 20 bis 65-Jährigen. Mit den Worten der sächsischen Sozialministerin Frau Christine Clauß ausgedrückt, ist Sachsen der bundesweite „Alterspionier“. (sz-online, 2013)

Im Zuge der demografischen Entwicklung wird auch die Zahl älterer Menschen mit Suchtproblemen steigen. Als bedeutsame chronische Erkrankungen im höheren Lebensalter werden vor allem Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen oder Demenz angesehen. Dagegen ist die wachsende Anzahl älterer Suchtkranker noch nicht lange im öffentlichen Fokus.

Wie viele Menschen im Alter haben ein Suchtproblem?

Theoretisch ist jede mögliche Suchtform auch im Alter vorfindlich, jedoch für die Praxis hat Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten und Alkohol nach dem 6. Lebensjahrzehnt (Renteneintrittsalter) eine herausragende Bedeutung. Dazu einige Beispiele in Zahlen:

Psychopharmaka:

- 1,7 bis 2,8 Millionen ältere Menschen (8 bis 13 Prozent der Generation 60 plus) weisen einen problematischen Medikamentenkonsum auf. Überwiegend betroffen sind Frauen. (Koepe, A., 2010),
- etwa 25 Prozent der über 70-Jährigen Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen erhalten Psychopharmaka. Im Vordergrund stehen die Benzodiazepin-Dauermedikationen. (Koepe, A., 2010)

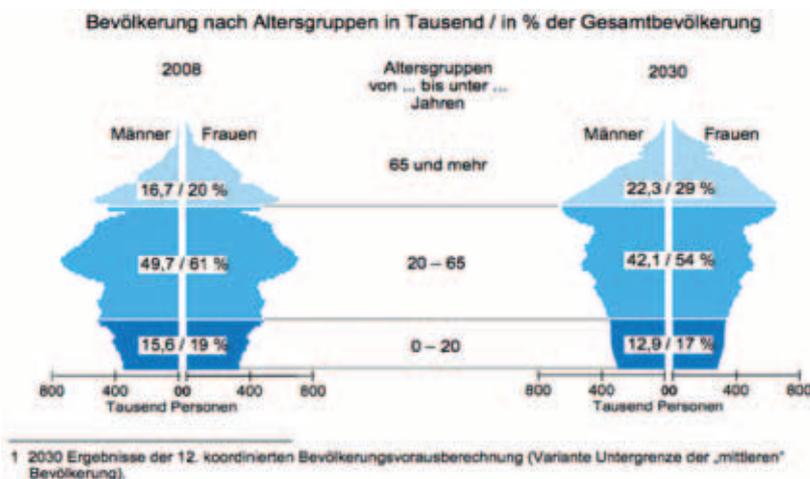
Alkohol:

- 400.000 Senioren (drei Prozent der Männer und ein Prozent der Frauen über 60 Jahre) haben ein schwerwiegendes Alkoholproblem (Drogen- und Suchtbericht, 2011)
- 19,3 Prozent der Männer sind bei Eintritt ins Pflegeheim alkoholabhängig (RAUSCH 02/2010)

Zur aktuellen Lage von Patienten bzw. Bewohnern in ambulanten bzw. stationären Altenpflegeeinrichtungen sei an dieser Stelle auch auf eine repräsentative Erhebung der Universität Hamburg von 2009 verwiesen. (Download: http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf)

Substanzabhängigkeit im Alter stellt somit keine Randerscheinung dar und ist nicht nur ein gesundheitspolitisches Problem, sondern wird sich auch zukünftig mehr und mehr zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem entwickeln, welches nicht nur ernst genommen werden muss, sondern auch herausfordert, wirkungsvolle Antworten zu suchen.

Es gibt mehrere Gründe dafür, dass trotz statistischer Hinweise auf eine drastische Entwicklung das Problem



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011

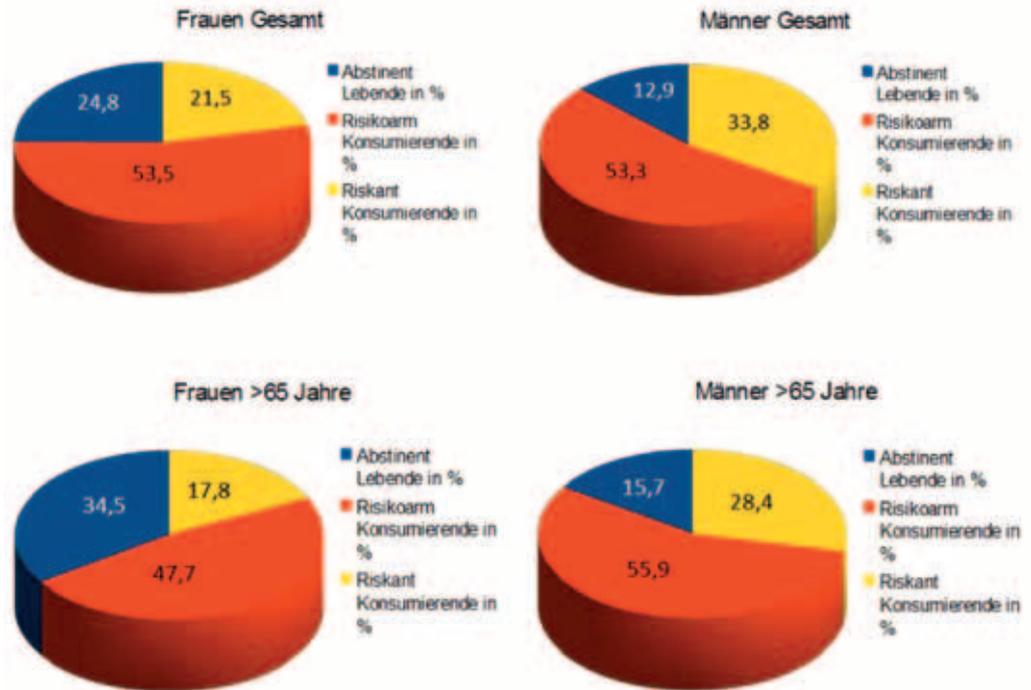
bislang nicht nur allgemein-gesellschaftlich, sondern auch nicht ausreichend von den ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege wahrgenommen wurde. Dazu gehört zunächst ein allgemeiner Nihilismus, der grundsätzlich die Sinnhaftigkeit von therapeutischen Interventionen oder die Veränderungsbereitschaft bei Suchtproblemen im Alter in Frage stellt. Hier spielen auch Einstellungen und Wertungen eine Rolle wie: „Lasst ihn doch weitertrinken, er hat ja sonst nichts mehr vom Leben.“ oder eine pragmatische Kosten-Nutzen-Kalkulation.

Nicht zu unterschätzen ist, dass es sich bei Sucht im Alter um ein emotional mit Scham besetztes Tabuthema handelt. Und das nicht nur bei den Betroffenen, sondern insbesondere bei deren Angehörigen. Im höheren Lebensalter gibt es erhebliche Schwierigkeiten differenzialdiagnostisch Medikamenten-, aber auch Alkoholabhängigkeit abzugrenzen.

Medikamentenabhängige werden – wenn überhaupt – erst nach langer Zeit auffällig. Sie haben ja im Gegensatz zu Alkoholabhängigen keine „Fahne“. Kommt es doch durch eine Überdosierung zu Verhaltensauffälligkeiten, werden diese bei Älteren meist als Alterserscheinungen fehlgedeutet. Da es sich in der Regel um verordnete Medikamente handelt, ist es für die Betroffenen kaum vorstellbar, dass ihr Verhalten etwas mit Abhängigkeit oder gar Sucht zu tun haben könnte. Auch wenn es beim Absetzen der Medikamente zu Entzugssymptomen kommt, wird dies eher als Beweis dafür gesehen, dass die Betroffenen das Medikament wirklich brauchen, um beschwerdefrei sein zu können. (DHS, 2012). Treten folgende Symptome auf, sollte ein schädlicher Medikamentenkonsum in Betracht gezogen werden (nach DHS, 2012):

- wiederholte Stürze,
- nachlassende geistige Leistungsfähigkeit,
- Interesslosigkeit/Interessenverlust,
- Rückzug aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen,

Alkoholkonsumklassen nach Alter und Geschlecht (nach DHS, 2012)



- Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes,
- Ataxie/motorische Unsicherheit,
- verwaschene Sprache,
- Verwirrtheit/Desorientierung,
- Stimmungsschwankungen/Ängste,
- paradoxe Reaktionen wie gesteigerte Unruhe/Erregungszustände.

Alkoholfahne, Torkeln, lallende Aussprache, dazu viele leere Flaschen sind eindeutige Hinweise auf ein **Alkoholproblem**, aber im Alter nicht zwingend vorhanden. Auch bestehen bei älteren Menschen eher Anzeichen, die auch andere Gründe als eine Suchterkrankung haben können (DHS, 2012).

Oft finden sich anamnestisch eine Neigung zu Stürzen mit Prellungen, anhaltende Durchfälle, eine Fehlernährung, ferner Klagen über Nachlassen der Leistungsfähigkeit, über Merkfähigkeitsstörungen, Antriebs- und Interesslosigkeit, sozialer Rückzug, Verwahrlosung und mangelnde Körperhygiene (Voßmann, U.; Geyer, D., 2006).

Das Erkennen einer Suchterkrankung wird auch dadurch erschwert, dass ältere Menschen ein nicht so auffälliges Konsummuster haben, wie jüngere Suchtkranke. Ihr Trinkverhalten

ist weniger exzessiv, sie trinken eher über den Tag verteilt, um einen Spiegel zu halten und konsumieren eher zu Hause im „Verborgenen“. Es gibt häufig versteckten Alkoholkonsum, der sich zum Beispiel in übermäßigem Gebrauch von Hustensäften und sogenannten Stärkungsmitteln zeigt, von Substanzen mit einem Alkoholgehalt von bis zu 80 Prozent (DHS, 2012).

Bei schlecht einstellbarem Bluthochdruck, Hyperurikämie oder instabilem Diabetes mellitus sollte der behandelnde Arzt auch immer einen Alkoholkonsum in Erwägung ziehen.

Suchtformen im Alter und deren Ursachen

Bei älteren Alkoholabhängigen wird gewöhnlich eine Unterscheidung nach dem Beginn der Erkrankung vorgenommen. Als „early-onset“ wird die Alkoholerkrankung bezeichnet, die seit dem jüngeren bis mittleren Lebensalter besteht und als „late-onset“ der Alkoholkonsum oder die Abhängigkeit, die erst mit dem höheren Lebensalter entstanden ist. Ursachen für diese späte Krankheitsentwicklung können nach langjährigem Berufsleben im plötzlichen Arbeitsplatzverlust, der Beren-

Übersicht zu Suchtformen im Alter

nach: Liberto & Oslin 1995, Lieb et al. 2008, Mann et al. 2003, Sorocco & Ferrell 2006

	early onset (EOA)	late onset (LOA)
Alter bei Beginn des Alkoholproblems	< 60 Jahre	60 Jahre
Geschlecht	eher männlich	eher weiblich
Häufigkeit	2/3 der Prävalenz	1/3 der Prävalenz
Persönlichkeit	eher instabil	eher stabil
Wohnsituation	häufig wechselnd	eher konstant
soziales Netzwerk	häufig alleinstehend, geschieden	häufig fam. Bindung
sozioökonomischer Status	häufiger niedriger Status	häufiger höherer Status
Bildungsniveau	eher niedrig	eher höher
Konfliktverhalten	eher vermeidend	eher problemlösend
Probleme mit der Justiz	häufiger	selten
fam. Erfahrung mit Alkoholmissbrauch	häufig	selten
Intoxikationstage	häufig	seltener
Raucherstatus	meist Langzeitraucher	häufiger Nichtraucher
kognitive Beeinträchtigungen	eher ausgeprägt	eher gering
Therapieadhärenz und -prognose	mäßig	gut

tung und dem damit einhergehenden Verlust von Anerkennung und sozialer Integration oder einer langfristigen Erkrankung beziehungsweise dem Verlust des Partners und der damit einhergehenden Vereinsamung liegen (Voßmann, U.; Geyer, D., 2006).

Die meisten Betroffenen zählen zur Gruppe der „early-onset“, also jene bei denen meist schon seit vielen Jahren, oft Jahrzehnten eine Suchterkrankung besteht (DHS, 2012). Bedeutsam ist auch die Gruppe der Abhängigkeitskranken im höheren Lebensalter, die langjährig abstinent gelebt haben und aufgrund der altersbedingten Belastungen rückfällig geworden sind.

Sucht im Alter – Was tun?

Wird eine Suchterkrankung bei einem alten Menschen erkannt, reagiert die Umgebung des Betroffenen eher skeptisch gegenüber den Chancen therapeutischer Interventionen. Zu wenige der in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung befindlichen Patienten werden zu einer Behandlung motiviert. Auch sind spezielle Behandlungsangebote für ältere Suchtkranke im Bereich der Akutmedizin und der Rehabilitation noch viel zu selten, da sich das deutsche Suchthilfesystem vorwiegend auf jüngere Menschen konzentriert, die noch im

Arbeitsprozess stehen. Es ist häufig auch eine gewisse Resignation bei Angehörigen und Hausärzten anzutreffen, ob sich denn angesichts der verbleibenden Lebenszeit noch eine Behandlung lohne (Voßmann, U.; Geyer, D., 2006). Ein Vorurteil ist beispielsweise, dass ältere Menschen nicht mehr zur Verhaltensänderung fähig bzw. bereit sind. Dies widerlegen die guten Erfolgsquoten bei denen, die Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen. Die Stärken der älteren Menschen liegen oft darin, dass sie eine hohe Bereitschaft haben, ärztliche und therapeutische Anweisungen einzuhalten, ein hohes Pflichtgefühl und Loyalität besitzen, was sehr hilfreich auf dem Weg zur persönlichen Veränderung ist. Ebenso falsch ist auch die Annahme, dass eine Veränderung bei den Trinkgewohnheiten sich nicht mehr lohne. Oftmals stellt sich bei einer Reduzierung oder dem kompletten Verzicht auf Alkohol eine baldige Verbesserung des Wohlbefindens und der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit ein (DHS, 2012). Studien haben gezeigt, dass eine Entwöhnungstherapie oder Beratung bei älteren Menschen mindestens genauso erfolgreich ist wie bei jüngeren. Es ist auch unbestritten, dass eine Psychotherapie bei älteren Menschen sinnvoll und möglich ist (DHS, 2013) – Es lohnt sich doch!

Eine entscheidende Rolle kommt dem behandelnden Arzt in der Praxis oder im Allgemeinkrankenhaus zu. Und das sowohl in der Prävention, Verschreibungspraxis und Information, wie auch im Erstkontakt als „Türöffner“ zum Hilfesystem. „Ärzte in Praxen und Krankenhäusern haben eine gatekeeper (Torhüter)- und Brückenfunktion für die anderen Teile des Hilfesystems. Ihnen kommt die Funktion zu, Substanzprobleme möglichst frühzeitig zu erkennen und – wo erforderlich – vertieft zu diagnostizieren, eine qualifizierte Kurzintervention anzubieten und Patienten – bei Bedarf – in die Spezialversorgung weiterzuvermitteln“ (Wienberg, G., 2002) – siehe „Viadukt“ der Suchthilfe.

Wie können Medikamentenprobleme angesprochen werden?

Da viele ältere Menschen an Nebenwirkungen der Medikamente leiden, kann ein Ansatz des Zugangs zum Thema über Informationen eines sinnvollen Medikamentengebrauches und mögliche Nebenwirkungen sein, wofür ältere Menschen in der Regel sehr dankbar sind.

Zunächst kann man sich diesem Thema auch mit einer Bestandsaufnahme der derzeit eingenommenen (verordneten und freiverkäuflich erworbenen) Arzneimittel nähern. Hierfür kann ein Übersichtsblatt zur Medikamenteneinnahme hilfreich sein. Eine weitere Möglichkeit ist ein Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch.

Für die Medikamentenverordnung und Überprüfung ist die PRISCUS-Liste für die Praxis eine hilfreiche Handreichung. Sie ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitete Liste von Arzneimitteln, die sich als potenziell inadäquat für ältere Menschen erwiesen haben – ergänzt um Therapie-Alternativen und Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll (DHS, 2013). Diese Liste gibt es auch im praktischen A4-Format für den Schreibtisch (http://www.aok.de/assets/media/rheinland-pfalz-saarland/priscus-liste_fuer_den_Schreibtisch.pdf). Die Bundesärztekammer hat einen Leitfaden

„Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ zum Umgang mit Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial herausgegeben. Diesen gibt es bei der Bundesärztekammer als download beziehungsweise kann als Printversion über den Deutschen Ärzte-Verlag bezogen werden. Er beinhaltet auch Kopiervorlagen für Medikamentenübersichten und Fragebögen. Zu diesem Leitfaden gibt es eine Kurzinformation, diese ist ebenfalls im praktischen A4-Format erhältlich. Darin wird auf Folgendes eingegangen: Typische Beschwerdebilder; Hinweise fürs Patientengespräch; Medikamentenanamnese; Überprüfung des Verschreibungsverhaltens; Hinweise zum Entzug von Medikamenten mit Suchtpotenzial; Durchführung des Entzugs (<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MedikamentenabhaengigkeitMerkblatt.pdf>).

Als Informationsmaterialien für die Patienten und ihre Angehörigen eignen sich verschiedene Broschüren der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), die dort kostenlos bestellt werden können. Hier sind viele praktische Hinweise, Kurzfragebögen und Hilfsmittel zur Erfassung des Medikamentenkonsums zu finden.

Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es bei Alkoholproblemen?

Auch bei Alkoholproblemen, insbesondere im Alter, hat der Arzt die Funktion des bereits beschriebenen „gatekeepers“. So kann er in einem Gespräch über risikoarmen Konsum sogleich prophylaktisch seine älteren Patienten erreichen. Nach Geyer, D. (2012) sollte auf folgende Punkte hingewiesen werden:

- Anpassung der Trinkmengen an das Alter,
- mindestens drei trinkfreie Tage pro Woche,
- Punktabstinenz (zu Zeiten, in denen ein Alkoholkonsum nicht angemessen ist, zum Beispiel beim Führen eines Kraftfahrzeuges oder beim Bedienen von Maschinen etc.),
- kein oder weniger Alkohol bei gleichzeitiger Einnahme bestimmter Medikamenten,

- Abstinenz oder Reduzierung der Trinkhäufigkeit und Trinkmenge bei bestimmten, Erkrankungen,
- keine alkoholischen Getränke im Flugzeug.

Speziell für ältere Menschen wurde ein weiterer Fragebogen zum Alkoholkonsum und daraus folgenden eventuellen Problemen entwickelt, der sogenannte Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric. Diesen gibt es als Kurzversion mit zehn Fragen und als Version mit 24 Fragen. (DHS, 2012) Weiterhin können folgende Screening-Tests zur Ermittlung einer Alkoholproblematik angewendet werden:

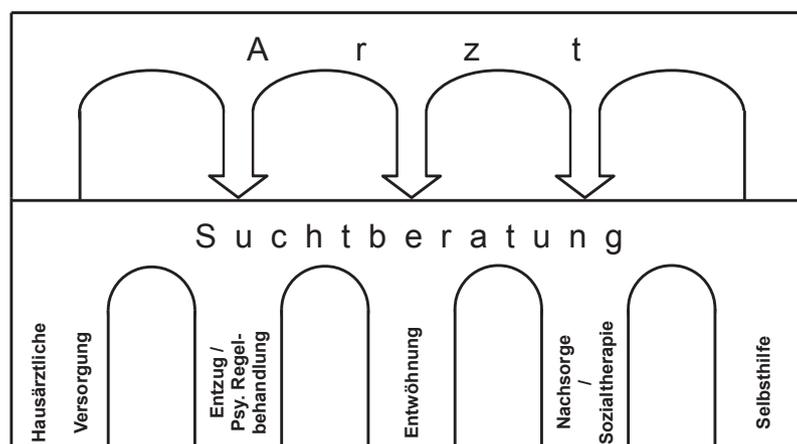
- LAST: Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test
www.alkoholismus-hilfe.de/last-alkohol.html
- AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
www.bundesaerztekammer.de/downloads/AlkAuditFragebogen.pdf

Ein erster Zugang zum Suchthilfesystem kann auch die **Krankenhausprechstunde** sein, die durch einige **Suchtberatungs- und Behandlungsstellen** in Allgemeinkrankenhäusern angeboten wird. Die MitarbeiterInnen unserer eigenen Suchtberatungs- und Behandlungsstelle in Zittau haben die Erfahrung gemacht, dass gerade ältere Menschen davon Gebrauch machen und auch nach der Entlassung weitere Hilfsangebote annehmen. Dass wir als Beratungsstelle beispielsweise mit der

Erreichbarkeit der über 65-Jährigen alkoholkranken Menschen (5,6 Prozent) über dem sächsischen Durchschnitt (2,6 Prozent) liegen, hat aus unserer Sicht viel mit der Möglichkeit der Kontaktaufnahme im Rahmen der Krankenhaussprechstunde zu tun. Je nach Ausprägung des Alkoholproblems oder der Abhängigkeit sind auch bei älteren Menschen individuell differenzierte Wege in der Suchtberatung und -behandlung zu gehen. In Sachsen haben wir ein gut ausgebautes Versorgungsnetz mit Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, die als Ansprechpartner zum Thema Sucht und zunehmend auch zum Thema Sucht im Alter zur Verfügung stehen. Sie verstehen sich als Koordinatoren im Suchthilfesystem. Unter anderem stehen sie auch zur Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen zur Verfügung. Im Sinne der Patienten ist es wünschenswert, dass bei Suchterkrankungen eine enge Kooperation zwischen Suchtberatungsstelle und behandelndem Arzt besteht.

Für die älteren Abhängigkeitskranken, bei denen ambulante Interventionsmöglichkeiten, eine Entzugsbehandlung und Angebote der Selbsthilfe nicht mehr ausreichen, sollte die Behandlung in einer stationären Entwöhnungsbehandlung mit einem speziellen Konzept für ältere Suchtkranke in Betracht gezogen werden. Die Behandlungsziele berücksichtigen wie bei jüngeren Suchtkranken die individuell konkrete psychosoziale Situation. Sie können allgemeine Ziele, wie strukturiertes Tages- und

„Viadukt“ der Suchthilfe





Wochenprogramm und kompetentes Auftreten in sozialen Situationen einschließen. Wichtig ist oftmals auch eine alternative Angstbewältigung. Im Gegensatz zum jungen Suchtkranken sind für den alten Menschen der Erhalt seiner Gesundheit und die Wiederherstellung des Kontaktes zur Familie vorrangig lohnende Ziele.

Anlässe, warum sich ältere Menschen in Therapie begeben haben, waren laut einer klinikinternen Befragung der Fachklinik Fredeburg, die ein spezielles Angebot für diese Patientengruppe seit vielen Jahren hat, vor allem folgende (Voßmann, U.; Geyer, D., 2006):

Auf Druck der Kinder oder Enkelkinder gekommen zu sein gaben etwa 50 Prozent als Grund an – mitunter ist es die direkte Art der Enkelkinder, die sagen „Opa Du stinkst“ welche die Bereitschaft Hilfe anzunehmen weckt beziehungsweise die klare Ansprache des Problems durch die Kinder oder auch die klare Ansage, den Zugang zu den Enkeln zu verwehren, wenn sich nichts verändert. Etwa ein Drittel gab gesundheitliche Gründe und die Empfehlung des Hausarztes als Grund an.

Im Anschluss an Behandlungen oder auch begleitend sind Selbsthilfegruppen für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine wesentliche Stütze zur Krankheitsbewältigung und der Abstinenz. Die Angebote der sächsischen Suchtselbsthilfe werden auch von älteren Menschen gern genutzt. 25 Prozent der Besucher sind über 60 Jahre alt.

Ein Verzeichnis der sächsischen Selbsthilfegruppen können Sie sich

bei der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren herunterladen (http://www.slsev.de/fileadmin/user/Dokumente/Suchthilfe/Wege_aus_der_Sucht_2012.pdf).

In der ambulanten und stationären Altenhilfe sind es in der Regel die Pflegenden, die Probleme und Beschwerden der Patienten zuerst wahrnehmen. Dass sich möglicherweise eine Suchterkrankung hinter diesen Veränderungen verbergen kann und demzufolge adäquate Maßnahmen getroffen werden sollten, dazu fehlt es bisher dem Personal weitestgehend an der notwendigen fachlichen Qualifikation.

Damit Suchtberatung, Suchthilfe und Altenhilfe sich auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit Suchterkrankungen einstellen können, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits 2009 mit der Förderung von acht **Modellprojekten zum Thema „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“** begonnen. Ziel ist es, die Sensibilität für und das Wissen über Suchtgefahren und Suchterkrankungen in der Alten- und Suchthilfe zu steigern. Hierfür soll in den Modellprojekten eine strukturierte Zusammenarbeit beider Bereiche gefördert werden, bei der es zu einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften kommt. So werden zum einen bedarfsgerechte gemeinsame Fortbildungen für die Fachkräfte, zum anderen Curricula für die Ausbildung konzipiert und erprobt (Drogen- und Suchtbericht, 2013).

Eines der Bundesmodellprojekte findet im sächsischen Landkreis Görlitz statt, dass hier näher vorgestellt wird (siehe auch Drogen- und Suchtbericht, 2013).

WATCH ist ein gemeinsames Projekt der Sucht- und Altenhilfe. Die Projektpartner sind die Diakonie Löbau-Zittau mit einer Altenpflegeeinrichtung, die Diakonische Akademie für Fort- und Weiterbildung in Moritzburg und der come back e.V. mit einer Sozialtherapeutischen Wohnstätte für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke sowie einer Suchtberatungs- und Behandlungsstelle.

Das Projekt konzentriert sich stark auf die Konzeption und Etablierung eines flächendeckenden Weiterbildungsangebots im mitteldeutschen Raum. Fachkräfte der Sucht- und Altenhilfe erarbeiten in gemeinsamen Seminaren zum Tabuthema „Sucht im Alter“ Lösungsansätze, die vor allem in regionalen Netzwerken umsetzbar sind. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf den Pflegealltag in der stationären Altenhilfe und die Beratungs- und Interventionsmöglichkeiten.

Es wurden dafür drei Seminartypen konzipiert, um unterschiedliche Zielgruppen für das Thema zu sensibilisieren:

Das Führungskräfteseminar spricht vor allem leitende Mitarbeiter in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an, geht auf strukturelle und organisatorische Probleme ein und vermittelt Qualifizierungsmaßnahmen. Neben allgemeinen Informationen zum Schwerpunkt Sucht im Alter werden Möglichkeiten der Kooperation zwischen den Hilfesystemen thematisiert und ethische und rechtliche Aspekte diskutiert. Des Weiteren wird der Umgang mit suchtgefährdeten oder auch betroffenen Mitarbeitern angesprochen und sich über die Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken ausgetauscht.

Das Basisseminar kann grundsätzlich für alle Mitarbeiter einer Einrichtung (inklusive Haus- und Reinigungspersonal) angeboten werden und vermittelt grundlegendes Wissen zum Thema. Damit dieses Basisseminar

möglichst sachsenweit Anwendung findet, werden Mitarbeitende der sächsischen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen geschult, in ihren Regionen gemeinsam mit ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe dieses Basis-Seminar durchzuführen.

Das Aufbauseminar ist eine inhaltliche Weiterführung des Basisseminars und spricht Mitarbeiter an, die sich intensiver mit akuten Problemsituationen und deren Bewältigung beschäftigen. Ziel ist es, den Mitarbeitenden der Einrichtungen Strategien und Handlungsmöglichkeiten für emotional besonders schwierige Situationen aufzuzeigen und die Möglichkeiten und Grenzen des Helfers zu bestimmen. Inhaltliche Schwerpunkte sind dabei: Co-Abhängigkeit, Arbeit mit Angehörigen,

Umgang mit Rückfällen, Möglichkeiten und Grenzen des Pflegenden und Übungen zur Gesprächsführung. Weiterhin wurden gemeinsam mit den anderen Bundesmodellprojekten ein Curriculum zum Thema Sucht im Alter für die Ausbildung an Altenpflegeschulen erstellt und Handlungsanleitungen zum Thema Sucht für die tägliche Arbeit in der Pflege entwickelt. Zudem sollen diese handlungskonkreten Unterstützungsangebote in den Qualitätsmanagementsystemen der Einrichtungen etabliert werden.

Auf unserer Internetseite www.projekt-watch.info finden Sie Aktuelles aus unserem Projektverlauf, Interessantes rund um das Thema Sucht im Alter sowie ein Forum für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte.

Ganz aktuell haben wir eine Rubrik Praxiswissen eingeführt, hier können neue Informationen und Hilfsmittel zum Thema Sucht im Alter heruntergeladen werden.

Angesichts der anstehenden gesellschaftlichen Veränderungen, bei knapper werdenden Ressourcen, ist die angestrebte Verbesserung der Versorgung älterer suchtkranker Menschen nur interdisziplinär in partnerschaftlicher Kooperation lösbar. Die Funktion des „gatekeepers“ bleibt dabei unbestritten dem Hausarzt vorbehalten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Torsten-Michael Ufer
Geschäftsführender Vorstand –
Therapeutischer Bereich
come back e.V. – Sozialtherapeutische
Wohnstätte für CMA
Friedensstraße 35 b, 02763 Zittau