



LGL

Selbstbestimmt im Alter? –
Alkohol und Medikamente im Blick
Regionalkonferenz 2018

Band 9 der Schriftenreihe des ZPG

Dieser Band dokumentiert eine Regionalkonferenz des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) am LGL, gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Druck: MDV Maristen Druck & Verlag GmbH
Stand: Oktober 2018
Redaktion: Nadine Schmitt, ZPG
Titelbild: © Congress-Tourismus-Würzburg, Fotograf: A. Bestle
Fotografie: © Benjamin Renter, Berlin

Autoren:

Hildegard Aiglstorfer, ZPG; Dr. Ernst Engelmayr, Bayerischer Hausärzterverband;
Christiane Fielding, FrauenTherapieZentrum München; Monika Gerhardinger,
Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme Regensburg; Dr. Dieter Geyer,
Fachklinik Fredeburg und Fachklinik Holthäuser Mühle; Martin Heyn, ZPG; Ulrich
Koczian, Bayerische Landesapothekerkammer; Dr. p. h. Georg Kremer, Stiftung
Bethel Bethel.regional; Marc Pestotnik, Fachstelle für Suchtprävention Berlin; Dr.
Barbara Rebhan, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Siam
Schools, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung; Dr. Michael Schwab,
Stiftung Bürgerspital zum Hl. Geist; Dr. Ulla Verdugo-Raab, ZPG; Prof. Dr. Norbert
Wodarz, Universität Regensburg;

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
alle Rechte vorbehalten

ISBN 978-3-96151-040-5 Druckausgabe
ISBN 978-3-96151-041-2 Internetausgabe
ISSN 2198-1981 Druckausgabe
ISSN 2198-199X Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Regionalkonferenz:

**Selbstbestimmt im Alter? –
Alkohol und Medikamente im Blick**

17. Juli 2018, Würzburg

Vorwort 6

Grußwort (Siam Schoofs) 8

Grußwort (Dr. Barbara Rebhan) 10

Ethik – Persönlichkeitsrecht vs. Präventionsauftrag, Autonomie vs. Fürsorgepflicht . . 12

Ein bisschen Spaß muss sein? 14

**Suchtprävention und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit
alkoholassozierten Störungen** 15

Medikamente mit Suchtpotential 19

Impressionen 23

Motivierende Gesprächsführung bei älteren Menschen 24

Suchtsensible Pflege – Motivierende Kurzintervention in der Altenpflege 27

Vernetzung von Suchthilfe und Altenhilfe – Wie kann diese (noch besser) gelingen? . 30

**Alt und doch nicht weise? – Ein Einblick in die suchtspezifische Arbeit im Fachbereich
Geronto-psychiatrie des FrauenTherapieZentrums München (FTZ), mit besonderem
Fokus auf das ambulante Betreute Einzelwohnen (BEW)**.. 33

An den Thementischen 36

Vorwort

Die Menschen in Deutschland werden glücklicherweise immer älter. Auch dadurch bedingt wächst der Anteil älterer Menschen in den zurückliegenden Jahren in unserer Gesellschaft stetig. Mit diesen Veränderungen ergeben sich neue Bedarfe und besondere Herausforderungen. So wurde vor einigen Jahren von Verantwortlichen im Gesundheitssektor ein weiteres nationales Gesundheitsziel definiert: „Gesund älter werden“. Die Vermeidung von Abhängigkeits-erkrankungen, eine frühzeitige Erkennung und deren Behandlung rücken somit für eine bislang weniger berücksichtigte Zielgruppe in den Fokus.

Die allgemeine Verwundbarkeit von Menschen in der mittleren Lebensphase z. B. durch Umwelteinflüsse und riskanten Verhaltensweisen, nimmt bei Älteren zu. Verstärkende Effekte, insbesondere durch eine Abhängigkeitserkrankung, führen i. d. R. zu einer Schwächung des Gesundheitszustandes und einer insgesamt höheren Wahrscheinlichkeit an somatischen und psychischen Störungen zu leiden. Darüber hinaus verlangsamen sich Stoffwechsel und damit einhergehend auch der Alkoholabbau.

Man geht heute davon aus, dass fast jeder dritte Mann und jede zehnte Frau über 60 Jahren einen riskanten Alkoholkonsum haben. Die Datenlage zum missbräuchlichen und abhängigen Konsum im höhe-

ren Alter ist wenig aussagekräftig. Eindeutig sind hingegen die Daten des Statistischen Bundesamtes über die steigende Anzahl von rund 14.500 Menschen über 60 Jahren, die in Deutschland wegen eines akuten Alkoholrauschs im Krankenhaus behandelt werden mussten.

Aktuelle empirische Befunde deuten darauf hin, dass die Charakterisierung eines moderaten und damit gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsums nicht mehr gerechtfertigt erscheint. Den neuesten Handlungsempfehlungen zufolge, sollte Alkoholkonsum generell in der Gesellschaft reduziert werden. Individuelle Merkmale wie genetische Faktoren, Geschlecht, Lebensstil sowie ggf. sich durch Alkoholeinnahme bestehende verschlechternde Krankheiten, beeinflussen das Erkrankungsrisiko negativ. Die Definition einer Schwellendosis erscheint somit nicht mehr zeitgemäß. Bereits ein bislang als moderat eingestuft Konsum von Alkohol kann demnach zu einem erhöhten Risiko für Erkrankungen führen.

Angemessene Präventionsmaßnahmen, die zu einer Sensibilisierung, einem bewussteren Umgang mit Alkohol führen und über Risiken, insbesondere in der Kombination mit der Einnahme von Sedativa und Hypnotika und psychotroper Substanzen aufklären, sind für die genannte Altersgruppe geboten.



Martin Heyn begrüßt das Publikum und eröffnet die Regionalkonferenz

Daneben stellt die Arzneimittelabhängigkeit ein ernstzunehmendes Problem in Deutschland dar und steht nach dem Tabakkonsum auf Platz zwei aller Abhängigkeitserkrankungen.

Man könnte formulieren, dass die Arzneimittelabhängigkeit alt und weiblich sei. Die häufigsten Verschreibungen von Sedativa und Hypnotika erhalten ältere Menschen über 65 Jahre, davon zwei Drittel Frauen. Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln birgt für ältere Menschen neben den Auswirkungen einer Arzneimittelabhängigkeit erhebliche Gefahren. Eine tägliche Einnahme führt häufig zu ansteigenden Wirkstoffmengen im Körper und so zu verstärkten und unerwünschten Wirkungen wie Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit, Gangsicherheit und dies in der Folge oft verbunden mit Stürzen und Knochenbrüchen.

Das frühzeitige Erkennen eines möglichen Missbrauchs von suchterzeugenden Substanzen bzw. einer Abhängigkeit ist aufgrund der Multimorbidität älterer Menschen häufig schwierig. Somatische Beschwerden, Stürze und Stimmungsschwankungen können vielerlei Ursachen haben: Nebenwirkungen von Medikamenten, ein allgemeiner Abbauprozess, die Nachwirkungen von Narkosen aufgrund notwendiger Operationen oder eben ein missbräuchlicher Konsum. Eine fachlich fundierte, und gleichzeitig anwendungs- und lösungsorientierte Sensibilisierung für den Themenbereich „Sucht im Alter“ ist angezeigt.

Die Ziele für die Regionaltagung „Selbstbestimmt im Alter? Alkohol und Medikamente im Blick“ sind:

- die Sensibilisierung von Zielgruppen, die mit älteren Menschen arbeiten, wie Fachkräfte und Institutionen, Hausärzt*innen und Apotheker*innen, Menschen, die Angehörige pflegen sowie Fachkräfte der Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe.
- der Aufbau einer nachhaltigen Vernetzung von Akteuren/Institutionen wie Suchthilfe, Suchtselbsthilfe und Suchtprävention mit Senior*innenarbeit bzw. Altenhilfe und Altenpflege (ambulant, stationär und häusliche Pflege).

Bei der Prävention, der Früherkennung von Suchtgefährdung und der Intervention durch eine wertschätzende Ansprache problematischen Substanzkonsums, wie insbesondere mit Motivational Interviewing (MI) steht grundsätzlich der ältere Mensch als Person in ihrer Einmaligkeit und Besonderheit im Vordergrund. MI ist ein pragmatisches, vergleichsweise schnell zu lernendes Konzept der Gesprächsführung, das geeignet ist, die Kooperation zwischen zwei Partner*innen auf Augenhöhe zu fördern. Dies kann helfen Menschen für Veränderung zu gewinnen und zu motivieren, um rechtzeitig die Inanspruchnahme von Hilfen anzuregen.

Das ZPG-Team

Grußwort

Siam Schoofs, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln



Siam Schoofs

Sehr geehrte Frau Verdugo-Raab,
sehr geehrte Frau Rebhan,
sehr geehrter Herr Heyn,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Namen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung begrüße ich Sie ganz herzlich und freue mich, heute an der zweiten Regionalkonferenz teilnehmen zu können.

Wir fördern diese Tagungen, weil es uns sehr wichtig ist, dass wir zu solch wichtigen und bedeutenden Gesundheitsthemen mit den Akteuren und Akteurinnen auf kommunaler und Landesebene sehr eng kooperieren und auf diese Weise die Zusammenarbeit zwischen Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene stärken sowie auch die sektorenübergreifende Vernetzung intensivieren.

Vorab möchte ich zunächst dem Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung für die gute und routinierte Vorbereitung der heutigen Fachtagung danken.

Ganz herzlich danke ich auch allen Mitwirkenden des heutigen Tages und Ihnen allen für Ihre Beteiligung und Ihr Interesse.

Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und des zunehmend höheren Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung hat das Thema der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter für die BZgA besondere Priorität. Hier sind insbesondere die Programme „Gesund und aktiv älter werden“ und seit 2014 das durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. geförderte Programm „Älter werden in Balance“ zu nennen. Ziel der beiden Programme ist es, die Gesundheit älterer Menschen in den unterschiedlichen Lebenswelten zu fördern. Die Programme bieten gezielte Informations- und Bewegungsangebote, um einerseits das individuelle Gesundheitswissen älterer Menschen zu verbessern und gleichzeitig die Mobilität und Selbstständigkeit im Alter möglichst lange aufrechterhalten zu können. Dabei geht es sowohl um Verhaltens- als auch um Verhältnisprävention. Bei dem Thema „Sucht im Alter“ konnten in Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen Infobroschüren und Faltblätter entwickelt und veröffentlicht werden. Beispielhaft sind hierzu die Broschüren „Suchtprobleme im Alter“ sowie Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit der Suchtmedizinischen Reihe zu nennen.

Bisher steht das Thema „Sucht im Alter“ wenig im Fokus von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen, obwohl die Daten und Fakten dazu besorgniserregend sind: 15 % der über 65-Jährigen weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf, das entspricht immerhin ca. 2,5 Mio. Menschen in Deutschland. Die sozialen Folgen sind gerade für ältere Menschen enorm: Neben sozialer Isolation und Einsamkeit führt ein erhöhter Alkoholkonsum zu einem erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung und einem bis zu ca. 10 Jahre niedrigeren Eintrittsalter in Pflegeeinrichtungen. Ein weiteres bedeutendes Thema im Alter ist die Medikamentenabhängigkeit. Da ältere Menschen häufig über lange Zeiträume ein oder mehrere Medikamente einnehmen, ist die Gefahr einer Abhängigkeit hoch. Hierbei weisen vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel ein hohes Suchtpotenzial auf. Insgesamt geht man von ca. 1,25 Millionen medikamentenabhängigen älteren Menschen (65+) aus.

Diese Zahlen verdeutlichen den enormen Handlungsbedarf sowie die Bedeutung von Früherkennungsmaßnahmen zur Suchtprävention und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Ein besonderer Fokus sollte dabei vor allem auf sozial benachteiligten älteren Menschen liegen, da diese besonders betroffen sind. Allerdings ist Sucht im Alter schwerer zu erkennen. Im Alter leben viele Menschen alleine und

haben weniger soziale Kontakte. Eine Suchterkrankung wird daher selten – oder oft erst sehr spät – zum Beispiel von Angehörigen oder Ärzten entdeckt. Wie mögliche Ansätze zur Sensibilisierung für dieses Thema und konkrete Interventionen zur Prävention von Sucht und Abhängigkeit im Alter aussehen, werden wir im Verlauf der Tagung vorgestellt bekommen und diskutieren können.

Zur Förderung der Lebensqualität, der sozialen Teilhabe, der Selbstständigkeit und damit auch zur Prävention von Suchterkrankungen, haben wir als BZgA im Bereich Gesundes Alter speziell auf die Zielgruppe der älteren Menschen angepasste Bewegungsprogramme entwickelt: Zum einen das „Alltagstrainingsprogramm“ (ATP) für ältere Menschen, die sich bisher wenig bewegt haben, welches so konzipiert ist, dass es ohne Geräte ganz einfach und niedrigschwellig in den Alltag drinnen oder draußen eingebaut werden kann. Neben der Fokussierung auf bewegungsinaktive Menschen sollen auch gezielt vulnerable Zielgruppen mit dem ATP angesprochen und erreicht werden. Dies sind in erster Linie ältere Menschen aus strukturschwachen Regionen, alleine lebende Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Neben der Kooperation mit dem organisierten Sport kooperieren wir hierbei vor allem mit Wohlfahrtsverbänden, Wohnungsbaugesellschaften und Landesvereinigungen für Gesundheit.

Zum anderen haben wir in Kooperation mit dem Geriatriezentrum Lübeck das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ (LMB) als spezifisches Trainingsprogramm zur Bewegungsförderung in der stationären Pflege aufgebaut. Es wurde entwickelt, um die geistige und körperliche Beweglichkeit sowie die Lebensqualität der Teilnehmenden zu fördern. Dabei geht es vor allem um Selbstständigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und Lebensqualität, die wiederum in hohem Maße vom Gesundheitszustand und der Mobilität von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen abhängt.

Beide Bewegungsprogramme wurden in einer Pilotphase begleitend wissenschaftlich evaluiert und werden derzeit nach und nach auf das gesamte Bundesgebiet erweitert. Durch das Präventionsgesetz und die Pflegestärkungsgesetze sind die Voraussetzungen geschaffen worden, um die gesundheitliche Situation und Lebensqualität im Alter zu verbessern, Selbstständigkeit zu fördern und Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben. Gleichzeitig gibt es noch sehr viel Potenzial, die präventive Ausrichtung von Angeboten vor allem in der Pflege auszubauen bzw. mit den Akteuren vor Ort umzusetzen. Dies dient nicht zuletzt auch der Prävention von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen und deren Auswirkungen im Alltag von älteren Menschen.

Bei der Umsetzung unserer Programme rücken zunehmend regionale und kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in den Fokus, da wir auf umsetzungsstarke Partner vor Ort angewiesen sind.

Neben individuellen Programmen, welche die Gesundheitsförderung jedes einzelnen Menschen im Blick haben, wächst die Bedeutung der Verhältnisprävention in Städten und Gemeinden, in Stadtteilen und Quartieren stetig an. Gleichzeitig eröffnen Gesundheitsförderung und Prävention den Kommunen ein breites Spektrum an Handlungsfeldern und strategischen Ausrichtungen von Angeboten. Hierbei nimmt u. a. die Bewegungsförderung, Ernährung, Gesundheitskompetenz und soziale Teilhabe eine herausgehobene Stellung ein. Deshalb möchten wir auch weiterhin mit zahlreichen Partnern und Akteuren vor Ort kooperieren, um unsere Programme nachhaltig und langfristig implementieren zu können.

Nun bin ich gespannt auf die folgenden Vorträge und wünsche uns allen eine interessante Tagung, einen guten fachlichen Austausch und viele umsetzungsbezogene Anregungen für unsere Arbeit. Vielen Dank.

Grußwort

Dr. Barbara Rebhan, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München



Dr. Barbara Rebhan

Sehr geehrte Referentinnen und Referenten, sehr geehrte Damen und Herren!

in Vertretung von Herrn Dr. Walzel, von dem ich Ihnen herzliche Grüße übermittle, möchte ich Sie hier im Namen des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege begrüßen.

Ich bin sehr gerne gekommen, vor allem, weil ich einen persönlichen Bezug zum Juliusspital habe. Ich habe im Juliusspital einen Teil meines Praktischen Jahres absolviert und ich habe dabei die Menschlichkeit und Empathie kennengelernt, mit der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Schwachen und Kranken Hilfe zukommen lassen.

Wenn in der Öffentlichkeit über den Zusammenhang von Alter und Sucht diskutiert wird, denken viele Menschen an Medikamente. Alkohol, das alltägliche Suchtmittel, wird in diesem Zusammenhang von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen. Alkoholhaltige „Stärkungsmittel“ wurden weitgehend aus der Apotheke verbannt. Medikamente werden, wo immer möglich, ohne Alkohol hergestellt.

Aber: Man kauft ihn inzwischen online, wie viele andere Suchtmittel auch. Es ist längst kein Geheimnis mehr: nicht nur Alkohol, sondern auch viele illegale Drogen werden inzwischen über das Internet gehandelt.

Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung in Sucht- und Drogenfragen

Um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, beruht die bayerische Drogen- und Suchtpolitik auf drei Säulen, die sich bewährt haben:

- Prävention,
- Information, Beratung und Hilfe für Suchtkranke sowie
- Repression durch Maßnahmen der Polizei und Justiz.

Allein für Maßnahmen zur Suchtprävention und Suchthilfe investieren wir jährlich rund sechs Millionen Euro.

Sucht im Alter – Tabuthema

Insgesamt ist Sucht im Alter immer noch ein Tabuthema. Es ist aber wichtig, dass Betroffene und ihre Angehörigen Hilfe in Anspruch nehmen.

Aber einfache Lösungen gibt es hier nicht! Dafür ist das Thema viel zu komplex.

Nach Einschätzung von Experten wird die Zahl älterer, suchtkranker Menschen weiter ansteigen. Dadurch sind auch Pflegekräfte und Angehörige häufiger als bisher mit entsprechenden Problemen konfrontiert. Unser Ziel ist, dass wir suchtkranken Menschen auch in höherem Alter eine bedarfsgerechte Betreuung anbieten können. Dies stellt Pflegende und Angehörige des Suchthilfesystems, aber auch Ärztinnen und Ärzte, vor große Herausforderungen. Eine wirksame Therapie stellt hohe Anforderungen an die Behandelnden und macht ein individuelles Vorgehen, abgestimmt auf die Bedürfnisse des Patienten, erforderlich.

Auf Grund einer besseren Gesundheitsversorgung haben Suchtkranke inzwischen eine deutlich höhere Lebenserwartung. Dies macht sich immer stärker auch in den vollstationären Einrichtungen bemerkbar. Insofern müssen sich die Einrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf diese Bedarfe einstellen. Eine Kooperation zwischen der professionellen Pflege und der Suchtkrankenhilfe ist insofern geboten.

Hier setzt das vom Gesundheits- und Pflegeministerium geförderte Modellprojekt „SAM“ an: Für das Projekt „Sucht im Alter – inkludierte Implementierung von

Hilfen in der stationären und ambulanten Altenhilfe“ wurden der Stadtmission Nürnberg e. V. als Fördernehmer für den Bewilligungszeitraum 01.12.2016 bis 30.11.2019 Mittel in Höhe von rund 155.000 € bewilligt.

Durch das Projekt soll ein abgestimmtes Angebot für die Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Suchterkrankung erarbeitet werden, damit diese ein freieres und würdigeres Leben führen können.

Inklusion

Wichtig ist auch, dass bei der Versorgung suchtkranker Menschen der Inklusionsgedanke beachtet wird. Separate Einrichtungen speziell für ältere suchtkranke Menschen sind deshalb keine geeignete Lösung. Ich denke, jeder hier weiß, dass aber gerade Pflegeheime für suchtkranke Menschen ständige Versuchungen bereithalten. Dies betrifft vor allem medikamentenabhängige Patientinnen und Patienten.

Umso wichtiger ist es, sich über solche Probleme sachlich auszutauschen, sachorientiert zu diskutieren und Konsequenzen für die Praxis aufzuzeigen. Die Regionalkonferenz ist dafür eine hervorragende Plattform, weil es Fachleute unterschiedlicher Disziplinen anspricht und zusammenbringt.

Ein herzlicher Dank gilt daher den Kooperationspartnern der Veranstaltung,

- der BZgA,
- der Bayerischen Landesärzte- und Landesapothekerkammer,
- den Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen und
- dem ZPG am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Ausblick

Es freut mich sehr, dass sich diese Regionalkonferenz diesem interdisziplinären und sektorenübergreifenden Thema zwischen Sucht und Alter angenommen hat. Daher wünsche ich Ihnen, sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass Sie heute viele Informationen und weitere Anregungen für Ihre tägliche Arbeit mitnehmen können.

Ethik – Persönlichkeitsrecht vs. Präventionsauftrag, Autonomie vs. Fürsorgepflicht

Dr. Michael Schwab, Stiftung Bürgerspital zum Hl. Geist, Würzburg



Dr. Michael Schwab

Einige Gedanken vorab:

Das Ringen um Vernunft und Gesundheit ist so alt wie die Menschheit. Bei kritischer Betrachtung finden sich bislang keine gesicherten Anhaltspunkte für einen durchgreifenden Erfolg bei dem Ziel der Mehrung der menschlichen Vernunft. Eine unglaubliche Erfolgsgeschichte ist hingegen die kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung um im Mittel drei Monate pro Jahr, kontinuierlich über die letzten 160 Jahre. Dass zudem diese quantitative Zunahme von Qualität im Hinblick funktioneller Ressourcen und Lebenszufriedenheit im dritten Lebensabschnitt begleitet wird, ist von noch größerer Bedeutung. Dies wirft nachfolgende Fragen auf:

- 1) Wie ist diese demographische Veränderung zu bewerten? Ist sie Bürde, Herausforderung oder Chance?
- 2) Bedarf es einer besonderen Vorbereitung im Sinne einer spezifischen Langzeit-/Lebenszeitprävention?
- 3) Bedarf es einer besonderen Behandlungsform?
- 4) Was ist entscheidend?
- 5) Wer entscheidet?
- 6) Wer bezahlt?

Zum Thema Prävention und Alter:

Im ABC des Lebens steht Autonomie an vorderster Stelle. In der kurativen Medizin und zuvorderst in der Geriatrie erlebt die Autonomie über den Trend der partizipativen Entscheidungsfindung eine Würdigung wie lange nicht.

Das ABC der Medizin beginnt mit dem Primat der Ethik als unerschütterliche Handlungsgrundlage, basierend auf der Kenntnis und Anwendung der besten verfügbaren Evidenz.

Das ABC der Prävention erlebte in den vergangenen Jahren eine Transformation von

- 1) pädagogischem Fingerzeig mit Abschreckung über
- 2) den salutogenetisch getragenen Gedanken des Empowerment zum
- 3) gesamtgesellschaftlichen Auftrag vernetzter Kooperationsverbände mit personalisiertem Denkansatz

gerontologisch geriatrisch zusammengefasst in dem Bild der „sorgenden Kommune“ im siebten Altenbericht der Bundesregierung.

Entgegen der allgemeinen Wahrnehmung ist der gesundheitsfördernde, präventive Gedanke der Altersmedizin von Beginn an immanent. Beginnt man mit der Medizin der Neuzeit führt der Weg über Wilhelm Christoph Hufeland, dem Leibarzt Goethes und Leiter der Universitätsklinik und Poliklinik an der Charite in Berlin, über Professor Dr. Hans Franke, dem weltweit ersten Centenarienforscher (Hundertjährigen Forscher) und Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, mit seinen Regeln der „Gerontoprophylaxe“ über Prof. Dr. Andreas Kruse, dem Lehrstuhlinhaber für Gerontologie an der Universität Heidelberg und langjähriger Vorsitzender der Altenberichtscommission der Bundesregierung, mit seinen 15 Regeln für gesundes Altern zu dem Konzept der Aktiven Gesundheitsförderung im Alter ab 2001, entwickelt am Albertinen Haus in Hamburg, zu modernen Konzepten von gesundheitsfördernd und präventiv arbeiteten Gesundheitszentren, wie zum Beispiel der GesundheitsAkademie50Plus am Bürgerspital in Würzburg.

Sucht als Krankheit in der Altersmedizin:

- 1) Diagnose Alkoholsucht
 - a) gealterte Early Onset-Erkrankte
 - b) de Novo Late Onset
- 2) Differentialdiagnose
- 3) als Symptom Angsterkrankung/Depression
- 4) Geriatrisches I

Zu 1) Die Diagnosekriterien gemäß S3 Leitlinien von 2016 gelten ohne Altersgrenze.

Zu 2) Bei zahlreichen typischen geriatrischen Syndromen muss differentialdiagnostisch schädlicher Alkoholkonsum als Ursache ausgeschlossen werden. Insbesondere sind dies Sturz, kognitives Defizit, Interessenverlust, Apathie,

funktionelle Defizite (IADL, ADL), Diarrhoe, Schwindel, Rubeosis faciei, Tremor, Malnutrition, Angst, Depression, u. a.

- Zu 3) Bei Late Onset kann als Primärerkrankung eine Angsterkrankung oder Depression zugrunde liegen und erkannt und therapiert werden.
- Zu 4) Diagnose Medikamentenabhängigkeit/Sucht als Geriatrisches I, im Sinne iatrogene unerwünschte Arzneimittelwirkung

Begriffsklärung Autonomie:

- 1) Ethymologisch
Auto = selbst
Nomos = Gesetz
- 2) Philosophisch
Immanuel Kant (Pflichtenethik): Dem vernünftigen Menschen gelingt es sich selbst Gesetze aufzuerlegen.
Hannah Arendt „Via activa“:
Das Lebensnotwendige
Das Schaffen Bleibendens
Mündig sein (Handeln – sich begegnen – Worte finden für das, was uns bewegt)
- 3) Geriatrisch
(angelehnt an Care Ethik)
Zentrale Bedeutung von Lebensfreude und Genuss (basierend auf Stabilität und Mobilität)
In Verbindung mit den mittleren Prinzipien der Ethik nach Beauchamp und Childress:
 - Respekt vor Autonomie
 - Partnerschaftlicher Dialog
 - Der Arzt ist Experte für die medizinischen Dinge
 - Der Patient ist Experte für seine Person, seine Symptome, seine Entscheidungswege

Geriatrie als Zielfindung und geplantes Handeln. Zielfindung partizipativ unter besonderer Berücksichtigung von

- 1) Biographie
- 2) weiterer Lebenserwartung
Klärung der Veränderungsbereitschaft (transtheoretisches Modell nach Prochaska und Di Clemente)
Klärung der Ressourcen für Veränderungsfähigkeit aus personeller Sicht (Kognition) und sozialer Sicht (Betreuungs-, Pflegeumfeld)
Strukturiertes Handeln nach den Prinzipien der Quartärprävention gemäß Definition der WONCA (Bentzen (Hrsg.), 2003) unter Beachtung der „10 Gebote für eine Patientenzentrierte Medizin“ (Lehman et al., 2015). Das heißt u. a. Orientierung am Grad der individuellen Gefährdung.
Mittelseinsatz orientiert am Nutzen ohne Altersbegrenzung (= Altersdiskriminierung)
Mittelanforderung und Unterstützung des Aufbaus von neuen Versorgungsstrukturen und Netzwerken bei unzureichender Bedarfsdeckung (wie bislang leider nahezu flächendeckend der Fall), u. a.
- 1) Stärkung suchtmmedizinischer Kompetenz in der Altenhilfe

- 2) Stärkung geriatrischer Kompetenz in der Suchthilfe

Im Bereich Medikamentenabhängigkeit hat die Geriatrie ein umfassendes Arsenal an praktisch anwendbaren Instrumenten entwickelt, deren konsequente Anwendung in der Praxis in ersten Studien signifikante Effekte zeigt.

Kernelemente sind

- 1) verschiedene Listen potentiell ungeeigneter Medikamente (PRISCUS, FORTA, Beers, START/STOP)
- 2) Regelmäßige „Medication reviews“
- 3) „Choosing wisely“ Initiative
- 4) „Less is more Initiative“
- 5) „Deprescribing“ Konzepte zur sachgerechten Reduktion der Medikation

Die Vorabgedanken weiter gedacht und bestmöglich beantwortet:

- 1) Die demographische Veränderung ist aus der Perspektive „Sucht“ eine große Herausforderung und bietet über Lebenserfahrung und Kompetenz der „dritten Generation“ große Chancen durch Senior-Experten.
- 2) Die Erkenntnisse der „lebensbilanzierenden Altersmedizin“ bieten eine Erkenntnisgrundlage zur Abschätzung des Nutzens präventiver Strategien in Jugend und Erwachsenenalter.
- 3) Gemäß vorliegender (noch relativ spärlicher Erkenntnislage) besteht ausreichende Evidenz zum Einsatz vergleichbarer Behandlungsformen unter besonderer Berücksichtigung individueller Faktoren wie Biographie, Komorbidität, Lebensziel- und Lebenserwartung.
- 4) Kontinuierliche Qualifizierung der Versorgungsstrukturen zur Gewährleistung des flächendeckenden Einsatzes der bestmöglichen suchtmmedizinischen und geriatrischen Evidenz (wie mustergültig umgesetzt im Rahmen der Veranstaltung „Selbstbestimmt im Alter – Alkohol und Medikamente im Blick“).
- 5) Eine respektvolle partnerschaftliche Therapeut/Arzt – Patientenbeziehung mit offener und ehrlicher Kommunikation und bestmöglich Information und Vermeidung jedweder emotionaler Imbalance in der Kommunikation und im Verhalten.
- 6) Der (ggf. mutmaßliche) Patientenwille
- 7) Die Gesellschaft in ihrer sozialen Verantwortung für Kranke jeden Alters.
- 8) Angesichts der Unterfinanzierung der pflegerischen Basisversorgung und der geriatrischen Rehabilitation besteht im Bereich fach- und sachgerechter Finanzierung dringender Handlungsbedarf.

Literatur

Bentzen N (Hrsg.). 2003. Wonca International Dictionary for General/Family Practice. Wonca International Classification Committee, Kopenhagen.
Lehman R, Tejani AM, McCormack J et al. 2015. Br J Gen Pract 2015. 65 (639): 532-533.

„Ein bisschen Spaß muss sein?“

Prof. Dr. Norbert Wodarz, Universität Regensburg, Regensburg



Prof. Dr. Norbert Wodarz

Ca. 50 % der über 60-Jährigen trinken regelmäßig Alkohol (Mann et al., 2003). Bei den über 60-Jährigen liegt wohl bei ca. 27 % der Männer (8 % der Frauen) ein riskanter Konsum vor, einen Missbrauch nach ICD-10 betreiben ca. 10 - 20 % der Männer (1 - 10 % der Frauen) und bei 2 - 3 % der Männer im höheren Alter (0,5 - 1 % der Frauen) muss man

sogar von einer Alkoholabhängigkeit ausgehen (Bühringer et al., 2000). Das Interreg-Projekt Alter und Sucht bei Seniorenheimbewohnern in Österreich hat belegt, dass die Selbsteinschätzung des Konsums deutlich von der Fremdeinschätzung durch die Pflege abweicht, beim Alkohol um das 6-fache. Das Hinzuziehen eines biologischen Markers (Ethylenglucuronid, EtG) zeigte noch einmal nahezu eine Verdopplung des tatsächlichen Alkoholkonsums im Vergleich zur Wahrnehmung der Pflegenden. Fast zwei Drittel der EtG-positiven Seniorenheimbewohner wurden sogar von den Pflegenden als abstinent eingeschätzt.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass im Alter die Alkoholtoleranz sinkt und sich der Alkoholabbau verlangsamt. Dazu sinken die Grenzwerte für einen risikoreichen Konsum noch weiter. Durch das Älterwerden der geburtenstarken Wohlstandsgeneration mit bereits primär höherem Alkoholkonsum ist auch eine Zunahme

problematischen Alkoholkonsums im Seniorenalter zu erwarten. Aufgrund Lebensalter-spezifischer Probleme (z. B. Zunahme chronisch körperlicher und/oder psychischer Erkrankungen, nachlassende körperliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit, Isolation, Sinnverlust) und plötzlicher individueller Krisensituationen (z. B. Trennung, Tod nahestehender Bezugspersonen, Verlust der sinnstiftenden beruflichen Tätigkeit) kann auch ein vorher jahr(zehnt)elang „kontrollierter“ Alkoholkonsum in einen Alkoholmissbrauch oder sogar eine -abhängigkeit entgleiten.

Wichtig ist – gerade auch bei älteren Menschen – auf vieldeutige, da unspezifische Symptome zu achten, wie z. B. Schwindel, Gangunsicherheit, häufigere Stürze, nachlassende Konzentration/geistige Leistungsfähigkeit, Interessensverlust, zunehmender Rückzug, Stimmungsschwankungen, Appetitverlust, Übelkeit, Durchfälle, Gesichtsröte, Zittern. Nicht selten ist die Ursache für eine Zunahme der oben genannten unspezifischen Symptome Alkohol- und/oder Medikamentenkonsum.

Besonders fatal wäre, wenn nicht nur die Betroffenen, sondern auch Angehörige, Bezugspersonen und/oder Pflegepersonal den Alkoholkonsum „verdrängen“, beschönigen („ein bisschen Spaß muss sein“) oder gar resignieren. Auch im höheren Alter sollte man immer an die Möglichkeit denken und auch direkt ansprechen, was man beobachtet und warum man sich Sorgen macht. Hilfe ist immer möglich und gerade bei Älteren sind die Erfolge zumindest nicht schlechter als bei den Jüngeren!

Nicht immer muss es um eine völlige Abstinenz gehen, manchmal hilft es schon, wenn es gelingt, die Konsummenge zu reduzieren, Trinkexzesse zu vermeiden oder die alkoholfreien Zeiten zu verlängern. Im Mittelpunkt sollte bei der Zielfindung immer die Verbesserung der individuellen Lebensgestaltung und -bewältigung stehen. Auch wenn es subjektiv für den Betroffenen zunächst kaum vorstellbar sein mag: Alleine das Weglassen von Alkohol kann häufig schon viele der Beschwerden deutlich lindern, die zuvor zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität geführt haben. Daher: Dran denken – nicht wegschauen – Hilfe anbieten – gemeinsam individuell sinnvolle Ziele finden.

Literatur

Bühringer G, Augustin R & Bergmann E. 2000. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.



Teilnehmende lauschen dem Vortrag

Suchtprävention und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit alkoholassoziierten Störungen

Dr. Dieter Geyer, Fachklinik Fredeburg und Fachklinik Holthäuser Mühle, Schmallingenberg



Dr. Dieter Geyer

Einleitung

Mit dem Altern wächst die gesundheitliche Fragilität und das Risiko für zahlreiche Erkrankungen steigt. Durch veränderte Verteilungsvolumina und einen langsameren Abbau erzeugt dieselbe getrunkene Alkoholmenge eine stärkere Wirkung als bei jüngeren Personen. Der ältere Organismus reagiert empfindlicher auf die Noxe Alkohol und das Abbauprodukt Azetaldehyd und entwickelt relativ rasch Folgeschäden an Leber, Bauchspeicheldrüse, Herz und im Nervensystem, dort vor allem in Form von Polyneuropathien und kognitiven Einschränkungen. Überhaupt ist Alkohol der größte vermeidbare Risikofaktor für alle Formen der Demenz bei Männern und Frauen, insbesondere für frühe Manifestationsformen (Schwarzinger et al., 2018). Über alkoholassoziierte Stürze steigt das Risiko der Immobilisation. Erst in den letzten Jahrzehnten wurde das Trinkverhalten der älteren Bevölkerung in epidemiologischen Studien erfasst und es zeigte sich, dass riskanter, schädlicher und abhängiger Konsum bis in das hohe Alter mit nur leicht geringerer Häufigkeit als in jüngeren Jahrgängen auftreten (Schäufele, 2009; Royal College of Psychiatrists, 2018). Erst bei Hochbetagten nehmen die Trinkmengen deutlich ab. Aber nicht nur werden Personen mit riskantem, schädlichem und abhängigen Konsum alt. Die Belastungen

und sogenannten Entwicklungsaufgaben des Alterns stellen auch einen eigenständigen Risikofaktor für sich neu entwickelnde alkoholbezogene Störungen dar. Soziale Veränderungen wie das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, verändertes Freizeitverhalten, Tod, Verlust oder schwere Erkrankung von Partner, Angehörigen oder Freunden, die Pflege dementer Angehöriger und die mangelnde Anpassung an die sich mit zunehmender Geschwindigkeit entwickelnden technischen Neuerungen stellen Belastungsfaktoren dar, die nicht von allen bewältigt werden. Alkohol und Sedativa werden als vermeintliche Problemlöser und zum „Abschalten“ genutzt. Allerdings tragen nicht nur Belastungen zu einem erhöhten Alkoholkonsum im Alter bei. Gerade bei wirtschaftlich gut Gestellten gehört regelmäßiger Konsum „hochwertiger“ Alkoholika oft zum Lebensstil. So trinken ältere Personen mit höherem sozioökonomischem Status deutlich mehr als ihre wirtschaftlich schlechter gestellten Altersgenossen (Rao et al., 2015).

Suchtprävention auch für Ältere

Für gewöhnlich zielen Präventionsmaßnahmen auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Im Rahmen der älter werdenden Angehörigen der „Generation Baby Boomer“, die wesentlich mehr trinken als ihre Vorgängergenerationen, steigt aber in der Bevölkerung der Anteil älterer Personen, die in gefährlichem Ausmaß Alkohol konsumieren kontinuierlich (Waern, 2014). Das Bewusstsein für das Schadenspotenzial des Alkohols ist aber insgesamt weiterhin nur gering ausgeprägt. Erfolgreiche Prävention muss unter Nutzung aller Medien, Kampagnen und Lobbyarbeit das Image alkoholischer Getränke als ein Spaß bringendes und die Gemeinschaft förderndes Kulturgut verändern und die Risiken gerade für ältere Personen darlegen. Für diese sind Aufklärungskampagnen über noch tolerierbare Trinkmengen (Konsum alkoholhaltiger Getränke an maximal drei Wochentagen, Einzeldosis nicht über 12 g reinen Alkohol) von hoher Bedeutung (auch wenn wir heute wissen, dass es keinen risikofreien Alkoholkonsum gibt). Gezielte Präventionsangebote über einen angemessenen Umgang mit Alkohol (und die Gefahren der Einnahme von Sedativa und Hypnotika) sollten denjenigen angeboten werden, die Angehörige pflegen, eine Hochrisikosituation für die Entwicklung Alkohol und Medikamenten assoziierter Störungen. Auch sollte in Artikeln über typische mit dem Altern häufiger auftretende Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus viel stärker als bisher auf den negativen Einfluss des Alkohols hingewiesen werden. Eines der großen Probleme in der Versorgung Suchtkranker ist der zu geringe Anteil an

Betroffenen, die adäquate Hilfe in Anspruch nehmen und dies noch im Schnitt viele Jahre zu spät. Daher fordert die deutsche S3 Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“ auch für ältere Personen ein Screening auf alkoholbezogene Störungen in allen medizinischen Kontexten. In der primärärztlichen Behandlung sollen ihnen auf Veränderung ihres Alkoholkonsums und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zielende Interventionen angeboten werden (Geyer et al., 2016).

Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit alkoholassoziierten Störungen

An der Versorgung älterer Personen mit alkoholassoziierten Störungen sind sektorenübergreifende Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der sozialen Hilfe beteiligt. Der primärärztlichen Versorgung, vor allem den Hausärzten, kommen dabei die wichtigen Aufgaben des Erkennens, Ansprechens und Motivierens zu einer Verhaltensänderung zu, denn ca. 70 % der älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen suchen mindestens einmal jährlich einen niedergelassenen Arzt auf. Beteiligt an der Versorgung sind weiterhin Fachärzte, stationäre akutmedizinische, psychiatrische und suchtmittelmedizinische Einrichtungen, die Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe, der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (sozialpsychiatrische Dienste), auf ältere oder chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke spezialisierte Einrichtungen, die Institutionen der ambulanten und stationären Altenhilfe, Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und des Betreuten Wohnens. Selbstverständlich sind auch die Selbsthilfegruppen für Suchtkranke an der Versorgung beteiligt. Von besonderer Bedeutung ist eine gute Vernetzung der genannten Einrichtungen, deren Rahmen insbesondere auf kommunaler oder Stadtteilebene geschaffen werden kann.

Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen weisen stark unterschiedliche Hilfsbedarfe auf. Anhand der unterschiedlichen Bedarfe können idealtypisch drei Bedarfsgruppen unterschieden werden. Das entscheidend diskriminierende Merkmal ist der Grad der Unabhängigkeit und Selbstversorgung. Personen der **Bedarfsgruppe 1** sind trotz ihrer Alkoholproblematik in der Lage sich selbst ausreichend und selbstverantwortlich zu versorgen. Sie verfügen über eine eigene Wohnung und leiden nicht unter ausgeprägten dauerhaften körperlichen oder psychischen Einschränkungen. Der größte Teil der älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen dürfte dieser Bedarfsgruppe zuzuordnen sein.

Fallbeispiel Bedarfsgruppe 1: Frau F. war während ihrer aktiven Arbeitszeit in der Verwaltung einer deutschen Großstadt als rechte Hand des für die Kultur verantwortlichen Amtsleiters tätig. Alle Terminanfragen für die Teilnahme des Kulturchefs an Eröffnungsveranstaltungen, alle Anfragen zur Kulturförderung, gingen über ihren Schreibtisch. Kurzum, sie war wichtig. Auch genoss sie selbst die beruflich bedingte

*rege Teilnahme am städtischen Kulturleben. Nach ihrer Pensionierung aber musste sie erfahren, dass nicht sie als Person wichtig war, sondern nur ihre Tätigkeit. Plötzlich war sie vom so geliebten Kulturbetrieb abgeschnitten. Sie zunehmend nutzlos und einsam fühlend, griff sie zum Alkohol als Tröster und entwickelte binnen weniger Jahre eine Alkoholabhängigkeit. Ihre wenigen Freundinnen hatten nichts von dieser Entwicklung mitbekommen, der Hausarzt allerdings die stark angestiegenen Leberwerte angesprochen. Das Fallbeispiel zeigt exemplarisch, dass ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen der **Bedarfsgruppe 1** relativ problemlos in das vorhandene Hilfesystem integriert werden können. Entscheidend ist zunächst, wie in diesem Fall gelungen, das Erkennen und Ansprechen der Problematik in der primärärztlichen Versorgung. Neben dem ärztlichen Gespräch eignen sich als Screeninginstrument der AUDIT-C, der auch für Ältere valide und reliabel ist (Dawson et al., 2005) und als Marker die Laborparameter Gamma-GT und MCV (mittleres korpuskuläres Volumen der roten Blutkörperchen). Ist eine Entzugsbehandlung erforderlich empfiehlt sich für ältere Personen aufgrund eines höheren medizinischen Risikos in der Regel eine stationäre Behandlung (Geyer et al., 2016). Derzeit entstehen spezialisierte Entzugsabteilungen für ältere Suchtkranke. Wenn sie vorhanden sind, sind sie zu empfehlen. Ansonsten ist auf das höhere Änderungspotenzial älterer Suchtkranker im Vergleich zur sonstigen gerontopsychiatrischen Klientel und den höheren somatischen Behandlungsbedarf im Vergleich zu jüngeren Suchtkranken zu achten. Ambulante und stationäre Institutionen der Suchtkrankenhilfe müssen sich mehr noch als bisher dieser Klientel widmen. Ältere Personen sind sowohl in den Ambulanzen wie den Suchtfachkliniken unterrepräsentiert (Lange et al., 2011; Bachmeier et al., 2011). Inhaltlich sind dabei die Themen Trauerarbeit, Wege aus der Einsamkeit, Tagesstrukturierung, aber auch altersmedizinische Kompetenz und spirituelle Fragen bedeutsam. Oft sind späte oder reaktivierte Traumafolgen zu bearbeiten (Geyer, 2016, 2). Bei ambulanten Angeboten ist eine Anpassung der Angebotszeiten zu diskutieren. Ältere Personen bevorzugen Gespräche am Tag und nicht, wie es für Berufstätige konzipiert wurde, am Abend.*

Zugehörige der **Bedarfsgruppe 2** wohnen ebenfalls selbstständig. Sie benötigen aber aufgrund geringer Mobilität, Krankheit oder suchtbedingten Einschränkungen aufsuchende Unterstützung. Es liegen Vermittlungshemmnisse für die Suchtkrankenhilfe vor.

Fallbeispiel Bedarfsgruppe 2: Herr B. ist ein 74-jähriger alleine lebender Witwer, ehemaliger Gas- und Wasserinstallateur, ohne Kinder. Im Rahmen einer schweren Diabetes-Erkrankung haben sich Augenschäden und einer Gangstörung bei diabetischer Polyneuropathie entwickelt. Herr B. kann nicht mehr selbständig einkaufen und benötigte Hilfe beim Anziehen der wegen

einer venösen Insuffizienz ärztlich verordneten Kompressionstrümpfe. Dem aufsuchenden Pflegepersonal fiel zunächst auf, dass Herr B. wechselnd gelaunt war, gelegentlich wirkte er regelrecht aggressiv. Dann beobachteten die Pflegekräfte, dass Herr B. täglich zwischen zwei und vier Liter Bier trank. Nach mehreren behutsamen Gesprächen seitens der Pflegenden erklärte er sich bereit, einen Suchtberater in seiner Wohnung zu empfangen.

Wie an Fallbeispiel 2 anschaulich zu erkennen ist, können Personen mit Mobilitätseinschränkungen in der Regel die auf eine Komm-Struktur ausgelegte ambulante Suchthilfe nicht in Anspruch nehmen. Mittels aufsuchender Arbeit aber können sie gut erreicht werden. Dies wirft natürlich die Frage der Finanzierung auf. Der Zeitverbrauch für einen Klienten ist bei aufsuchender Arbeit mindestens doppelt so hoch wie bei Einbestellung. Damit ist die Leistung auch doppelt so teuer. Sollen also ältere Personen mit Mobilitätseinschränkungen von Mitarbeitern der ambulanten Suchthilfe in höherem Umfang als bislang versorgt werden, muss diese hierfür finanziell ausgestattet werden. Zusätzlich ist eine gute Vernetzung mit den Institutionen der Altenhilfe erforderlich. In der Entwöhnungsklinik sind gerontopsychiatrische, allgemeinmedizinische und internistische Kompetenzen ebenso erforderlich wie Kenntnisse im Pflege- und Betreuungsrecht und eine gute Vernetzung mit Wohneinrichtungen der Altenhilfe, da einige Patient/innen aufgrund massiver Einschränkungen der Fähigkeiten zu Alltagsbewältigung in stationäre Wohnformen vermittelt werden müssen. Geyer und Fortmann (2015) konnten an einer Gruppe von über 70-jährigen stationär Entwöhnten zeigen, dass deren Zufriedenheit mit der Behandlung und die objektiven Behandlungsergebnisse (Abstinenz ein Jahr nach Behandlungsende) gut und denen bei jüngeren Personen nicht unterlegen sind.

Der **Bedarfsgruppe 3** zuzuordnen sind Personen, die nicht mehr in der Lage sind, sich ohne Hilfe zu versorgen und selbständig zu leben. Zu ihnen gehören Bewohner/innen von Einrichtungen der Altenpflege und soziotherapeutischen Wohnheimen.

Fallbeispiel Bedarfsgruppe 3: Frau L., eine gut situierte, gebildete 82-jährige verwitwete Rechtsanwältin konnte bei inzwischen mittelgradig ausgeprägter Demenz nicht mehr zufriedenstellend im häuslichen Umfeld gepflegt werden und zog in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung. Hier trank sie mit einem Mitbewohner, mit dem sie sich angefreundet hatte, regelmäßig größere Mengen Rotwein. Aufgefallen war dies, nachdem der Mitbewohner alkoholbedingt gestürzt war und sich den Oberschenkel gebrochen hatte. Den Rotwein hatte der Sohn aus dem gut sortierten Weinkeller seiner Mutter mitgebracht. An den hohen Mengen hatte er sich nicht gestört.

Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen der **Bedarfsgruppe 3** können derzeit in der Regel aufgrund des Ausmaßes ihres Unterstützungs- und Pflegebedarfs nicht in stationäre Entwöhnungsbehandlungen integriert werden. Vielmehr sind an ihrem Wohnort angemessene Interventionen zu entwickeln. Diese sollten der Verbesserung der Lebensqualität und der Risikominimierung dienen. Patentrezepte gibt es nicht. Bei nicht mehr erzielbarer einsichtsorientierter nachhaltiger Verhaltensmodifikation muss unter ethischen Gesichtspunkten eine sorgfältige Abwägung zwischen erforderlicher Einschränkung der Selbstbestimmung und Erhalt dieser mit dem Risiko der erheblichen Selbstschädigung erfolgen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchtkrankenhilfe kommt hierbei beratende Funktion zu. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Altenhilfe sollte ein kritisches Bewusstsein dafür gefördert werden, dass auch bei den Bewohnern ihrer Einrichtungen



Teilnehmende lauschen dem Vortrag

alkoholbezogene Störungen vorkommen. Wichtig ist eine Kultur des nicht Wegschauens. Dem könnte auch die Küche Rechnung tragen, indem sie Speisen alkoholfrei zubereitet, was heute kaum der Fall ist. In die Pflegeausbildung ist die Vermittlung von Kenntnissen über Suchtmittel und substanzbezogene Störungen im Alter ebenso zu integrieren wie die Informationen über die Organisationsstruktur der Suchtkrankenhilfe. In Modellprojekten hat sich die Implementierung des Themas „Sucht“ in das einrichtungseigene Qualitätssicherungsprogramm bewährt (siehe: <http://www.alter-sucht-pflege.de/Modellprojekte/Bundesmodellprojekte.php>). Bislang machen die Pflegekassen leider keinen Gebrauch von ihrer Möglichkeit, die Krankenkasse des Versicherten zur Prüfung der Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation zur Abwendung einer Pflegebedürftigkeit oder einer drohenden Verschlechterung des Pflegegrades aufzufordern. Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung der Altenhilfe mit der Suchtkrankenhilfe ist eine gegenseitige Wertschätzung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Handlungstraditionen und vor allem unterschiedlicher Zeittakte. Sie muss von den jeweiligen Leitungen gewollt und gefördert werden. Beispiele für Kooperationsvereinbarung, Pflegeanleitungen und Schulungsprogramme finden sich unter www.alter-sucht-pflege.de und www.sanopsa.de.

Literatur

Bachmeier R, Funke W, Garbe D et al. 2011. Basisdokumentation 2010 – Fachkliniken für Alkohol- Medikamentenabhängigkeit. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung. 18: 5-22.

Dawson DA, Grant BF, Stinson FS et al. 2005. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 29 (5): 844-854.

Geyer D, Fortmann C. 2015. Von der herkömmlichen Suchtbehandlung zur gerontosuchtmedizinischen Re-

habilitation. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V., Haus der Technik Essen, 05.03.2015.

Geyer D, Wolter D, Scherbaum N et al. 2016. Alters- und geschlechtsspezifische Populationen – Ältere Menschen. In: AWMF, DGPN, DG-Sucht (Hrsg.) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001, Stand 28.02.2016

Geyer D. 2016. Alkoholgebrauchsstörungen bei älteren Menschen. In: Supprian T, Hauke C (Hrsg.): Störungsspezifische Psychotherapie im Alter. Schattauer, Stuttgart, 146-163.

Lange N, Wüst G, Brenner R et al. 2011. Basisdokumentation 2010 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung. 18: 46-57.

Rao R, Schofield P, Ashworth M. 2015. Alcohol use, socioeconomic deprivation and ethnicity in older people. *BMJ Open.* 5 (8): e007525.

Royal College of Psychiatrists. 2018. Our Invisible Addicts. College Report CR 211, 2nd edition. Online abgerufen am 21.09.18 unter <https://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR211.pdf>

Schäufele M. 2009. Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter: eine Übersicht. *Suchttherapie*; 10, 4-11.

Schwarzinger M, Pollock BG, Hasan OS et al. 2018. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health.* 3 (3): e124-e132.

Waern M, Marlow T, Morin J et al. 2014. Secular changes in at-risk drinking in Sweden; birth cohort comparisons in 75-year-old men and women 1979-2006. *Age Ageing.* 43 (2): 228-34.

Medikamente mit Suchtpotential

Ulrich Koczian, Bayerische Landesapothekerkammer, Augsburg

Ungefähr der Hälfte, der in Deutschland zugelassenen Medikamente, wird ein Missbrauchspotential zugeschrieben. Dies betrifft sowohl die verschreibungspflichtigen als auch die nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel.

Neben den pharmakologischen Eigenschaften der Arzneistoffe müssen auch Risikokonstellationen beachtet werden, die zu einem vermehrten, oftmals missbräuchlichen Medikamentenkonsum führen können.

Beispiele für Risikokonstellationen, die zu Arzneimittelmissbrauch führen können:

Psychovegetative Beschwerdebilder	Vegetative Beschwerdebilder
Überforderung	Schwindel
Ängste	Herzrasen
Ständige Müdigkeit	Unspezifische Magen – Darmbeschwerden
Schlafstörungen	Schmerzsymptome ohne feststellbare organische Ursache
Nervosität	
Überlastung	
Niedergeschlagenheit	

Es gilt also zu unterscheiden zwischen Arzneistoffen mit einem Missbrauchspotential und Arzneistoffen mit einem Suchtpotential. Der Arzneimittelmissbrauch ist als absichtliche, sporadische oder dauerhafte, übermäßige Verwendung von Medikamenten ohne medizinische Indikation beschrieben.

Beispiele für Arzneistoffgruppen mit Missbrauchspotential:

- Schmerz- und Migränemittel
- Antitussiva
- Hypnotika und Sedativa
- Antidepressiva
- Antiepileptika
- Psychostimulantien
- Appetitzügler
- Mittel gegen Erkältungskrankheiten
- Nasentropfen
- Parkinsonmittel



Ulrich Koczian

- Narkosemittel
- Laxantien
- Anabolika
- Alkohol und alkoholhaltige Arzneimittel

Voraussetzung für eine Arzneimittelsucht ist, dass der verwendete Arzneistoff eine zentrale, psychotrope Wirkung entfaltet.

Arzneimittelsucht ist durch folgende Kriterien definiert: Mindestens drei der folgenden Symptome müssen in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein.

- starker Konsumwunsch oder -zwang
- verminderte Kontrolle im Umgang mit dem Stoff
- körperliches Entzugssyndrom beim Absetzen
- Toleranzentwicklung
- anhaltende Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten
- fortgesetzter Gebrauch, obwohl dem Konsumenten klar ist, dass er sich damit schädigt

Am Beispiel von drei Risikokonstellationen (Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Alkoholgebrauch) werden im Folgenden die Problematik und der Umgang mit Betroffenen beschrieben.

Schlafstörungen

Schlafstörungen sind ein weit verbreitetes Symptom. Ein hoher Anteil der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland berichtet über Ein- und/oder Durchschlafstörungen. Frauen sind in allen Altersgruppen davon häufiger betroffen als Männer und die Prävalenz von Schlafstörungen ist in der Altersgruppe der über 60-Jährigen am höchsten.

Schlafstörungen in Deutschland (Schlack et al., 2013):

- 81,6 % der Erwachsenen in Deutschland schlafen zwischen sechs und acht Stunden pro Nacht. Ältere Menschen schlafen etwas weniger.
- 13,6 % der Frauen und 8,6 % der Männer in Deutschland haben dreimal oder häufiger in der Woche Probleme mit dem Einschlafen. Bei älteren (60+) Frauen sind diese Beschwerden mit einer Prävalenz von 18,1 % am häufigsten.
- 26,4 % der Frauen und 19,5 % der Männer haben 3-mal oder häufiger in der Woche Probleme mit dem Durchschlafen. Diese Probleme sind bei beiden Geschlechtern stark altersabhängig: Während bei jüngeren Erwachsenen (18-39) ‚nur‘ 17,9 % der Frauen und 9,5 % der Männer sich wegen Durchschlafproblemen beschwerten, liegen diese Raten bei älteren Erwachsenen (60-79) bei 34,4 % und 29,0 %.
- 21,9 % aller Deutschen klagen über die durch Ein- oder Durchschlafprobleme bedingte schlechte Schlafqualität.
- Bei 5,7 % allen Deutschen beeinträchtigen diese Probleme den Tagesablauf und somit liegt eine Insomnie vor.

Die gesundheitlichen Konsequenzen durch lang anhaltende Schlafstörungen sind sowohl unter medizinischen als auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten beachtenswert.

Mögliche Konsequenzen von Schlafstörungen:

- Stressbelastung
- Tagesmüdigkeit
- mangelnde Konzentrationsfähigkeit
- schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand
- mangelndes psychisches Wohlbefinden
- depressive Symptome
- Burn-out-Syndrom
- Übergewicht und Adipositas
- Bluthochdruck und „metabolisches Syndrom“
- Familiäre Probleme (z. B. sekundäre Schlafprobleme des Partners)
- hohe volkswirtschaftliche Kosten durch Behandlungskosten, durch gesunkene Produktivität, Krankenschreibungen sowie Arbeitsunfälle

Therapeutisch werden Benzodiazepine und sogenannte Z-Substanzen bei Schlafstörungen eingesetzt. Beide Wirkstoffklassen haben gemeinsam, dass sie sicher und zuverlässig symptomatisch wirken und deshalb für den kurzzeitigen Einsatz geeignet sind.

Aber schon nach wenigen Wochen täglichen Gebrauchs besteht die Gefahr, dass sich eine Abhängigkeit entwickelt. Deshalb dürfen diese Substanzen nur kurzfristig in der niedrigsten wirksamen Dosis eingesetzt werden und gleichzeitig müssen therapeutische Schritte eingeleitet werden, die die Ursachen der Schlafprobleme adressieren.

Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in Deutschland:

- 9,6 % der Frauen und 5,8 % der Männer haben im letzten Jahr Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen.
- 6,7 % der Frauen und 3,7 % der Männer haben sie in den letzten 30 Tagen konsumiert.
- Jeweils 4,3 % der Frauen und Männer nahmen sie mindestens einmal wöchentlich in den letzten 30 Tagen.
- 2,8 % der Frauen und 2,5 % der Männer nahmen sie mindestens dreimal wöchentlich in den letzten vier Wochen.
- 86,2 % der Personen, die in letzten 12 Monaten Schlaf- oder Beruhigungsmittel konsumierten, nahmen auch andere der erfassten Medikamente:
 - o 81,4 % Schmerzmittel
 - o 30,4 % Antidepressiva
 - o 6,2 % Neuroleptika (Piontek et al., 2016)
- In den letzten Jahren werden Benzodiazepine immer weniger und Z-Drugs immer häufiger verschrieben.
 - o Z-Drugs haben ähnliche Nebenwirkungen sowie ein vergleichbares Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko wie Benzodiazepine.
 - o Privatrezepte für Hypnotika sind eher die Regel als die Ausnahme, was die systematische Erfassung der Verschreibungszahlen erschwert. (Piontek et al., 2016)

Die wichtigsten Therapieprinzipien die bei der Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen beachtet werden sollten, sind in der 4-K-Regel zusammengefasst:

- **Klare Indikation:** Verschreibung nur bei klarer vorheriger Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über das bestehende Abhängigkeitspotenzial und mögliche Nebenwirkungen, keine Verschreibungen an Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese.
- **Korrekte Dosierung:** Verschreibung kleinster Packungsgrößen, indikationsadäquate Dosierung.
- **Kurze Anwendung:** Therapiedauer mit Patienten vereinbaren, kurzfristige Wiedereinbestellungen, sorgfältige Überprüfung einer Weiterbehandlung.
- **Kein abruptes Absetzen:** Zur Vermeidung von Entzugserscheinungen und Rebound-Phänomenen nur ausschleichend abdosieren.

Bei einer Abhängigkeit dürfen Schlafmittel nicht schlagartig abgesetzt werden. Erfahrungsgemäß empfiehlt sich eine stationäre Entzugsdauer von drei

bis fünf Wochen, ambulant von zwei bis vier Monaten. Um Wirkspiegelschwankungen zu vermeiden wird eine Umstellung auf ein Benzodiazepin mit mittlerer Halbwertszeit (Oxazepam, Clonazepam) vorgenommen, wobei die bisherige Tagesdosis auf zwei Einnahmezeitpunkte verteilt wird. Eine Entzugstherapie ist immer sinnvoll und ein hohes Alter steht dieser nicht entgegen, da der Patient in jeder Lebensphase von einem erfolgreichen Schlafmittelentzug profitiert.

In der Apotheke sollten Maßnahmen ergriffen werden um Patienten zu identifizieren, die Schlafmittelmissbrauch betreiben. Hier bietet sich vor allem das Führen einer Patientendatei an um den Medikamentengebrauch nachvollziehen zu können. Auch Schlafmittel aus der Selbstmedikation, sogenannte H1-Antagonisten, können nach wenigen Wochen Dauergebrauch eine Abhängigkeit erzeugen. Die betroffenen Patienten sollten auf das Problem angesprochen werden, mit dem Hinweis jederzeit Informationen über den korrekten Umgang mit Schlafmitteln und über einen Schlafmittelentzug in der Apotheke erhalten zu können.

Schmerzmittel

Schmerzmittel sind – neben Schlaf- und Beruhigungsmitteln – die am häufigsten missbrauchten Arzneimittel. Bei übermäßiger oder langfristiger Einnahme von Kopfschmerzmedikamenten kann ein Dauerkopfschmerz entstehen. Der arzneimittelinduzierte Dauerkopfschmerz wird von Patienten als diffus, dumpf-drückend oder auch pulsierend beschrieben. Er ist morgens beim Aufwachen schon da, hält den ganzen Tag an und nimmt bei körperlicher Belastung zu. Potenziell können alle Kopfschmerz- und Migränemittel bei Übergebrauch Dauerkopfschmerzen auslösen, egal ob Mono- oder Kombipräparate. An einem schmerzmittelbedingten Dauerkopfschmerz leiden in Deutschland nach Schätzungen mehr als 100.000 Menschen. Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft empfiehlt, alle Kopfschmerz- und Migränepräparate zur Vermeidung der Entwicklung medikamenteninduzierter Kopfschmerzen nicht länger als drei Tage hintereinander und nicht häufiger als an zehn Tagen pro Monat anzuwenden. Triptane sollten nicht häufiger als zweimal pro 24 Stunden, dreimal pro Attacke (in der Selbstmedikation maximal zwei Einzeldosen pro Attacke) und an nicht mehr als zehn Tagen pro Monat eingenommen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Patienten Schmerzmittel und weitere psychotrope Substanzen wie Antidepressiva und Schlaf- und Beruhigungsmittel gleichzeitig verwenden. Außerdem besteht bei Dauergebrauch von nichtopioiden Analgetika die Gefahr von Nieren- und Leberschädigungen sowie von Magen- und Darmblutungen.

Medikamentenart	Männer (60-64 Jahre)	Frauen (60-64 Jahre)
Schmerzmittel	34,3 %	39,7 %
Schlaf- und Beruhigungsmittel	4,5 %	9,5 %
Antidepressiva	5,0 %	6,5 %

30-Tages-Prävalenz des Medikamentengebrauchs (nach Piontek et al., 2016)

- 81,4 % der 60-64-jährigen Frauen und Männer mit Schlaf- und Beruhigungsmittelgebrauch nahmen gleichzeitig Schmerzmittel ein
- 30,3 % der 60-64-jährigen Frauen und Männer mit Schlaf- und Beruhigungsmittelgebrauch nahmen gleichzeitig Antidepressive ein

12-Monats-Prävalenz des Medikamentengebrauchs

(nach Piontek et al., 2016)

Besteht der Verdacht auf einen Schmerzmittelmissbrauch bzw. medikamenteninduzierten Kopfschmerz, sollten die Patienten über den Zusammenhang zwischen Kopfschmerzen und Einnahme der Präparate aufgeklärt werden. Die alleinige Weigerung, das gewünschte Präparat dem Patienten auszuhändigen, ist in der Regel nicht zielführend. Auch eine Umstellung auf andere Medikamente ist bei Vorliegen eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes erfahrungsgemäß erfolglos. Daher ist dringend ein Arztbesuch anzuraten, um gegebenenfalls einen ambulanten oder stationären Entzug einzuleiten. Im Beratungsgespräch kann der Betroffene zudem mit dem Hinweis auf fehlende Alternativen zum Entzug motiviert werden. In der Regel wird ein Entzug in neurologischen oder schmerztherapeutischen Einrichtungen durchgeführt, bei entsprechenden Voraussetzungen kann auch ein ambulanter Therapieversuch bei einem Spezialisten durchgeführt werden. Ein stationärer Entzug ist u. a. erforderlich bei Abhängigkeit von Kombinationspräparaten mit suchtförderndem Potenzial, langjährigem Verlauf (> 5 Jahre) und mehrfach erfolglosem ambulanten oder eigenständigen Entzug. Etwa 70% der Patienten sind nach dem Arzneimittelentzug frei von Dauerkopfschmerzen oder leiden nur noch unter gelegentlichen Migräneattacken.

Alkohol in Arzneimitteln

Aufgrund ihres teilweise notwendigen Alkoholgehalts können bestimmte freiverkäufliche aber auch apothekenpflichtige bzw. verschreibungspflichtige Arzneimittel (Tropfen, Saft) zu missbräuchlichen Zwecken angewendet werden. Insbesondere die Einnahme großer Alkoholmengen sowie die Kombination von Alkohol mit psychotropen Substanzen sind in jedem Fall zu vermeiden. Im Alter verringert sich die Alkoholverträglichkeit des Organismus. Hier spielen vor allem

eine Veränderung der Verteilungsräume und eine verminderte Aktivität der alkoholabbauenden Enzyme eine wichtige Rolle.

Veränderte Physiologie im Alter und deren Einfluss auf die Alkoholverträglichkeit (Mukamal et al., 2003; Green et al., 2003; Moore et al., 2003)

- Wegen veränderter Physiologie wird im Alter weniger Alkohol vertragen, d.h. bei gleichbleibender Trinkmenge tritt schneller ein körperlicher Schaden oder eine Abhängigkeit von Alkohol ein.
- Die Alkoholverträglichkeit des älteren Organismus ist verringert, da sich
 - o das Verhältnis von Muskulatur und Fettgewebe zugunsten des Letzteren verschiebt und der Alkohol sich auf weniger Masse konzentriert,
 - o ein geringerer Flüssigkeitsanteil im Körper einen höheren Wirkungsgrad der Substanz nach sich zieht.
 - o die Aktivität der abbauenden Enzyme verringert und Alkohol und das Abbauprodukt Aldehyd langsamer abgebaut werden.
- Gegenüber Jüngeren steigt das Risiko für:
 - o Schäden an vielen Organen
 - o Tumore
 - o Wechselwirkungen mit Medikamenten
 - o Stürze und Unfälle
 - o psychiatrische Erkrankungen
 - o Beeinträchtigung kognitiver Funktionen

Die gesundheitlichen Konsequenzen durch alkoholbedingte Erkrankungen sind sowohl unter medizinischen, wie auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten beachtenswert. Patienten müssen auf den Alkoholgehalt ihrer Medikamente hingewiesen werden und gegebenenfalls auf alkoholfreie Alternativen umgestellt werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein wichtiger Schritt die Information der Beteiligten ist. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist es sinnvoll, dass sich die Apotheke nach einer Rücksprache mit dem Patienten, mit dem verschreibenden Arzt in Verbindung setzt. Bei einem Missbrauch von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist eine Beratung des Patienten erforderlich. Dem Patienten sollten die Risiken des schädlichen Gebrauchs und die in Frage kommenden medikamentösen und nichtmedikamentösen Alternativen dargelegt werden. Führt die Beratung und Information nicht zum Erfolg, muss die Abgabe des Arzneimittels verweigert werden. Ein Kontrahierungszwang besteht in diesen Fällen also nicht. Basis für eine erfolgreiche Lösung von Medikamentenmissbrauch ist meist ein interdisziplinärer Ansatz unter Einbeziehung des behandelnden Arztes, psychotherapeutischer Unterstützung und Selbsthilfegruppen.

Literatur

Schlack, R., Hapke, U., Maske, U., Busch, M. & Cohrs, S. 2013. Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56 (5-6), 740-748.

Piontek, D., Atzendorf, J. Gomes de Matos, E. & Kraus, L. 2016. Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Medikamenteneinnahme und Hinweise auf klinisch relevanten Medikamentengebrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München: IFT Institut für Therapieforschung.



Teilnehmende nutzen die Pause zum Austausch untereinander

Impressionen



Referierende im Gespräch



Teilnehmende
am Informationstisch

Dr. Ulla Verdugo-Raab im
Gespräch mit einer Teilnehmerin



Teilnehmende
am Informationstisch

Motivierende Gesprächsführung bei älteren Menschen

Dr. Georg Kremer, Stiftung Bethel, Bethel.regional, Bielefeld



Dr. p. h. Georg Kremer

Die Prinzipien und wesentlichen Elemente der Motivierenden Gesprächsführung (MI)

MI ist ein empathischer und gleichzeitig direkter Beratungsstil, der vor mehr als 30 Jahren von William Miller und Stephen Rollnick in der Arbeit mit Suchtkranken entwickelt wurde und seitdem eine sprunghafte Verbreitung weit über die Suchterkrankung hinaus in psychosoziale und somatische Arbeitsfelder erfahren hat. Metaanalysen von randomisierten und kontrollierten Studien über unterschiedliche Problemfelder (Burke et al., 2003; Lundahl et al., 2009; Söderlund et al., 2011) belegen die wissenschaftliche Evidenz dieses Beratungsansatzes. Miller & Rollnick betonen, dass ein empathischer Beratungsstil, der den Klienten in seinem gewählten Verhalten ernst nimmt und den Versuch des umfassenden Verständnisses insbesondere ambivalenter Einstellungen vermittelt, dazu geeignet sei, das Maß des Widerstands auf Seiten der Klienten möglichst gering zu halten, während ein konfrontativer Beratungsstil „mit Veränderungsdruck“ eher Widerstand provoziert (Miller et al., 2015). MI ist somit ein Konzept, das professionell Tätigen helfen kann, mit den ambivalenten Einstellungen ihrer Klienten gegenüber Verhaltensänderungen im Lebensalltag besser umzugehen. Dies kann zum einen dem Klienten helfen, sich über seine Möglichkeiten und Grenzen klarer zu werden und somit realistische Ziele zu entwickeln.

Zum anderen kann es den Professionellen helfen, sich individuell angemessen zu engagieren und die eigenen Ressourcen sinnvoll und ökonomisch einzusetzen. Menschen mit suchtmittelbezogenen Störungen sind (wie viele andere Menschen mit anderen problematischen Verhaltensweisen auch) im Hinblick auf eine Änderung der Lebensgewohnheiten sehr unterschiedlich motiviert. Ein Modell der Entwicklung von Veränderungsmotivation, das sog. „Transtheoretische Modell“ (TTM) entwickelten Prochaska & DiClemente. Sie unterscheiden fünf Stadien der Veränderungsmotivation, die spiralförmig aufeinander aufbauen und im Rahmen eines Veränderungsprozesses mehrfach durchlaufen werden können (nach Miller et al., 2015; s. Kasten).

5 Stadien der Veränderungsmotivation

- | | |
|------------------------------|--|
| (1) <i>Absichtslosigkeit</i> | Es besteht aktuell kein Interesse an einer Veränderung. |
| (2) <i>Absichtsbildung</i> | Patient denkt über eine Veränderung nach, ist aber noch unentschlossen. |
| (3) <i>Vorbereitung</i> | Eine Entscheidung zur Veränderung ist getroffen. |
| (4) <i>Handlung</i> | Erste Schritte der Veränderung sind getan. |
| (5) <i>Aufrechterhaltung</i> | Der Veränderungsprozess wird über einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten und führt langfristig zu einem dauerhaften Ausstieg. |

Klienten können grundsätzlich einem dieser Stadien zugeordnet werden. Eine entsprechende Zuordnung verlangt wiederum angemessene Interventionen auf Seiten der Professionellen.

Exkurs: Compliance – Kritik eines überholten Konzepts

Thomas Bock aus Hamburg äußert sich zur Frage der Therapie-treue und Motivation bei Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (Bock, 2017): „Compliance wird oberflächlich definiert als die Bereitschaft des Patienten, das zu tun, was der Arzt für richtig hält. Noncompliance hingegen sehen wir als Krankheitsmerkmal an. Der Patient kooperiert nicht, dann muss er besonders krank sein. Diese einseitige Sichtweise ignoriert grundlegende Merkmale der Kommunikation: Wenn die Kooperation zwischen zwei Partnern nicht funktioniert, sind beide verantwortlich. Wir Therapeuten müssen Patienten abholen – im wörtlichen und im übertragenen Sinn. Wir sind es, die sich um Kooperation bemühen müssen. Dabei spielt das Interesse für subjektive Erklärungsmuster, für den Eigensinn des Patienten und die Bedeutung der Erkrankung eine große Rolle.“ MI ist grundsätzlich geeignet, die Kooperation zwischen zwei Partnern auf Augenhöhe zu fördern.

MI basiert auf drei Grundvoraussetzungen einer gelingenden „therapeutischen Beziehung“ (Miller et al., 2015):

1. **Partnerschaftliche Zusammenarbeit:** Behandlung auf Augenhöhe mit einem gemeinsam gestalteten und getragenen Entscheidungsfindungsprozess.
2. **Anregung:** Klienten werden ermutigt, eigene Ideen der Verhaltensänderung zu entwickeln, anstatt sie mit gutgemeinten professionellen Ratschlägen zu überfordern.
3. **Respekt vor der Autonomie:** Das professionelle Handeln nicht (nur) vom Ergebnis her bewerten. Letztlich entscheiden Klienten aus guten subjektiven Gründen selbst, was sie tun.

Das konkrete Vorgehen des MI verfolgt vier Grundprinzipien:

1. **Dem Reflex widerstehen, den Klienten zu korrigieren:** Oft meinen wir besser zu wissen, was für den Klienten gut und gesund ist. Tatsache ist, dass viele Klienten dies einerseits auch so sehen wie wir, andererseits aber auch die Kraft der „ungesunden“ Motive respektiert sehen wollen. Ein „Streitgespräch“, in dem die Helferin die (vermeintlich gesunde) Seite und der Patient die (vermeintlich ungesunde) Seite vertritt, ist unfruchtbar.
2. **Die Motivation des Klienten verstehen:** Wir müssen uns für die Sorgen, Werte und Motive der Klienten interessieren. Das Erleben unseres Interesses ist vielleicht der stärkste Wirkfaktor auf Seiten der Klienten, wenn es darum geht, im eigenen Leben Änderungen einzuleiten.
3. **Dem Klienten gut zuhören:** Zuhören ist mindestens so wichtig wie informieren. Zuhören vermittelt dem Klienten, dass die Helferin an seiner individuellen Lebenssituation interessiert ist und fördert so seine Veränderungsmotivation.
4. **Den Klienten stärken:** Änderungen im Lebensalltag müssen Klienten selbst bewältigen. Helferinnen können durch gezieltes Stärken von Zuversicht und Erarbeiten der realistischen Möglichkeiten zu einem begründeten Optimismus beitragen.

Der Kommunikationsstil wechselt je nach Phase des Gesprächs zwischen drei Varianten, die unterschiedliche Fertigkeiten erfordern:

1. **Lenken:** Informieren, klaren Rat geben, verordnen, Verantwortung übernehmen.
2. **Folgen:** Fragen, zuhören, verstehen, vertrauen.
3. **Begleiten:** Optionen anbieten, diskutieren, Eigenverantwortung achten.

MI erfordert Kompetenzen in allen drei Kommunikationsstilen und entsprechenden Fertigkeiten. Je nach Inhalt und Zielsetzung der Konsultation erhalten sie wechselnde Gewichtungen. So kann es sinnvoll sein, zu Beginn einer Konsultation zunächst zu *folgen*, im weiteren Verlauf bzw. bei den nächsten Konsultationen zu *Lenken* und schließlich zu *Begleiten*. Die Helferin, die MI ernst nimmt, ist flexibel und passt ihren Kommunikationsstil auf dem Hintergrund des individuellen Klienten dem jeweiligen Bedarf an. Helferinnen fragen offen, hören reflektierend zu, würdigen Erfolge und Geleistetes, bieten Informationen an und fassen abschließend zusammen. Sie fühlen sich in das Gegenüber ein.

MI in der Ratgeberliteratur

In den folgenden Broschüren und Ratgebern wird durchgängig empfohlen, mit älteren Menschen den (problematischen) Suchtmittelgebrauch aktiv zu thematisieren und als Gesprächsführungskonzept MI einzusetzen:

- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.2011. Substanzbezogene Störungen im Alter
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Zusammenarbeit mit der Barmer und der GEK.2013. Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege
- Fachstelle für Suchtprävention Berlin.2017. Suchtsensible Pflege. Motivierende Kurzintervention in der Altenpflege.



Dr. Georg Kremer

Konkrete Beispiele für das motivierende Gespräch in zwei Settings

Hausarztpraxis: „Herr Müller, Ihr Blutdruck ist nun schon seit längerem konstant zu hoch, einige Leberwerte ebenfalls. Wir haben schon darüber gesprochen. Das sind in der Regel Anzeichen für einen über längere Zeit erhöhten Alkoholkonsum. Was meinen Sie dazu?“

(Bagatellisierung auf Seiten des Patienten ist bei einfühlsamem, interessiertem Einstieg eher selten!)

„Erzählen Sie doch mal: wieviel Alkohol trinken Sie denn normalerweise? Und wie oft?“ Alternativ: „Gehen wir doch die letzte Woche mal Tag für Tag durch.“

Altenpflege: Beginnen Sie mit einem Thema, das für die angesprochene Person von Interesse ist und zugleich mit dem Substanzkonsum in Verbindung steht. Beispiel: „Sie haben mir erzählt, dass Sie oft alleine sind. Welche Bedeutung hat der Alkohol für Sie in diesen Momenten?“ Stellen Sie möglichst offene Fragen, die die betroffene Person zum Erzählen anregen. Beispiel: „Wie hat sich Ihr Trinkverhalten in den letzten Jahren verändert?“ Teilen Sie Ihrerseits der angesprochenen Person mit, was Sie an Auffälligkeiten und Veränderungen wahrgenommen haben. Verzichten Sie dabei auf Konfrontation, Beweisführung, Etikettierung und Moralisieren! Nach der Funktion des Konsums fragen. Beispiel: „Frau Lehmann, Sie haben mir erzählt, dass Sie sich oft Sorgen machen, was im weiteren Alter auf Sie zukommen wird. Wie hilft Ihnen das Beruhigungsmittel (z. B. Oxazepam) in diesen Momenten?“ Seien Sie interessiert, bewerten Sie nicht!

Abschluss

MI einzusetzen bedeutet nicht, sogleich erfolgreich zu sein im Sinne einer sofort eintretenden Verhaltensänderung. Motivieren bedeutet zuallererst klären. Konsequenz klären bedeutet aber auch, zu verstehen

und zu respektieren, dass Patientinnen und Klienten sich für den Status quo und gegen eine Änderung entscheiden. Motivierende Gesprächsführung ist zwar zielorientiert, letztlich aber zieloffen. Denn letztlich entscheiden Patientinnen und Klienten selbst, was sie tun. Ein Vorgehen im Sinne des MI ist zum einen geeignet, alle wesentlichen Aspekte des individuellen Erlebens und Verhaltens aufzudecken, zum anderen erhöht es die Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen und Klienten die Interventionen und uns als Professionelle ernst nehmen. In vielen Fällen können somit Helferinnen und Helfer auf der Basis der hier skizzierten Grundhaltung und wesentlichen Elemente motivierender Gesprächsführung Vertrauen schaffen und somit die Basis für längerfristige sinnvolle Prozesse und Verhaltensänderungen herstellen.

Literatur

- Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M. 2003. The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 843-861.
- Lundahl, B., Burke, B. L. 2009. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analysis. *J Clin Psychol.* 65 (11): 1232-45.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. 2015. Motivierende Gesprächsführung. Lambertus-Verlag, Freiburg i. Br.
- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C. 2012. Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer. G. P. Probst Verlag, Lichtenau/Westfalen.
- Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., Nilsen, P. 2011. A systematic review of motivational interviewing training for health care practitioners. *Patient Educ Couns.* 84 (1): 16-26.
- Bock, T. 2017. Eigensinn und Psychose – Noncompliance als Chance. Paranus Verlag, Neumünster.

Suchtsensible Pflege – Motivierende Kurzintervention in der Altenpflege

Marc Pestotnik, Fachstelle für Suchtprävention, Berlin

Hintergrund „Sucht im Alter“

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Anzahl problematisch psychoaktive Substanzen konsumierender Menschen, auch in Pflegeeinrichtungen, zukünftig ansteigen wird. Die derzeit 40- bis 50-Jährigen haben nicht nur traditionell hohe Konsumzahlen, sondern auch den größten Bevölkerungsanteil bei einer insgesamt steigenden Lebenserwartung. Die Praxis zeigt, dass bei Sucht im Alter aus vielfältigen Gründen kaum Zuweisungen in Hilfen erfolgen, u. a. weil die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Behandlung angesichts des fortgeschrittenen Alters bezweifelt wird oder die Netzwerke nicht ausreichend oder die Hilfeangebote nicht bekannt sind.

Grundsätzlich muss zwischen den sogenannten „Early Onsets“ und den „Late Onsets“ unterschieden werden. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um alternde Menschen mit einer bereits länger bestehenden Suchtproblematik, hauptsächlich Alkoholabhängigkeit. Es überwiegen männliche Betroffene gegenüber weiblichen. Unter „Late Onsets“ versteht man Menschen, die erst im Alter eine Suchterkrankung entwickeln. Hierbei handelt es sich mehrheitlich um Frauen und es überwiegt die Abhängigkeit von Medikamenten, insbesondere von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Häufig sind es Lebenskrisen, wie z. B. der Verlust des Partners oder der Partnerin, das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oder auch Erkrankungen, die Menschen in Versuchung bringen, Trost im Alkohol zu suchen oder Anlass dafür sind, dass abhängigkeitsverzeugende Medikamente verordnet werden.



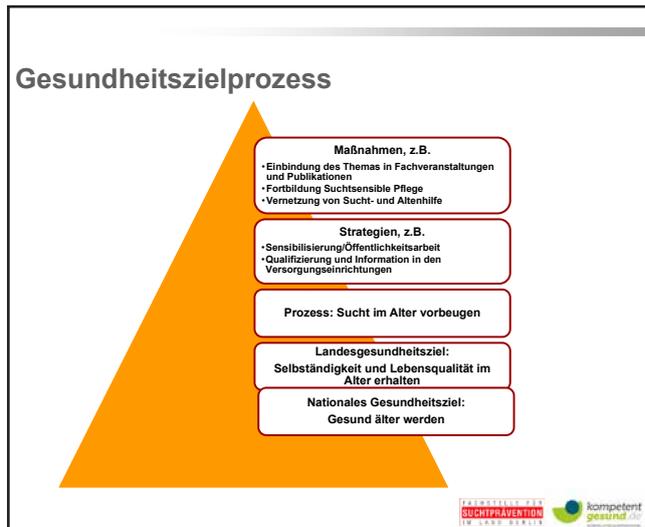
Sucht im Alter: Wer ist betroffen?

Pflegekräfte werden nicht selten mit problematischem Substanzkonsum konfrontiert. Schädliche Nebenwirkungen z. B. von Alkohol oder Medikamenten erhöhen Pflegebedürftigkeit durch Folgeerkrankungen oder aufgrund von Einschränkungen kognitiver und körperlicher Leistungsfähigkeit, die einer selbständigen Lebensführung entgegenstehen. Typische Symptome des problematischen Konsums von Alkohol oder psychoaktiven Arzneimitteln, wie z. B. Gangunsicherheiten inkl. Stürzen, Zittern, Schwindel, Ängsten, Depressionen, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Gewichtsverlust, Vernachlässigung der Körperhygiene, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme und Verwirrtheit, werden u. U. als typische Alterssymptome fehlgedeutet.

Ein exzessiver Alkoholkonsum ist dabei häufig noch vergleichsweise auffällig: Die typische „Alkoholfahne“, aggressives oder grenzüberschreitendes Verhalten, herumstehende Flaschen oder die Aufforderung an die Pflegekräfte, doch bitte Alkohol mitzubringen sind vergleichsweise eindeutige Hinweise. Demgegenüber wird die Medikamentenabhängigkeit nicht umsonst als „stille Sucht“ bezeichnet. Häufig wissen noch nicht einmal die Betroffenen selbst etwas von Ihrer Problematik, nehmen sie doch ein Medikament, das Ihnen ärztlicherseits aufgrund bestehender Beschwerden (Schlafstörungen, Angst oder Unruhe, akute Krisensituation, Muskelverspannungen oder aber auch Schmerzen, etc.) verordnet wurde. Das verstärkte Wiederauftreten der Ausgangsbeschwerden wird häufig genug nicht als Entzugssymptomatik erkannt, sondern lediglich als Beleg dafür interpretiert, dass das Problem und damit die Notwendigkeit zur weiteren Medikamenteneinnahme weiterhin besteht. Vor diesem Hintergrund hat die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin Konzepte zur Qualifizierung von Pflegeberaterinnen und -beratern in Pflegestützpunkten als auch von Pflegekräften der ambulanten und stationären Altenhilfe entwickelt.

Suchtsensible Pflege (SSP)

Nicht zuletzt durch die Impulse der Berliner Tagung „Sucht im Alter vorbeugen“ erfolgte in 2014 die Aufnahme dieses Handlungsfeldes in den Berliner Landesgesundheitszielprozess. Die Berücksichtigung des Themas Suchtgefährdung bei älteren, pflegebedürftigen Menschen im Rahmen des Gesundheitszielprozesses spiegelt die hohe Relevanz der Problematik wider.



Gesundheitsziel-Pyramide

Erprobt wurde das Projekt zur „Motivierenden Kurzintervention in der Altenpflege“ mit einem Pilotseminar im Berliner Bezirk Treptow-Köpenick, um dann, dank der Förderung der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse bzw. der AOK-Pflegeakademie, als Roll-out in alle Berliner Bezirke übertragen werden zu können. Hierzu wurde das Konzept der Suchtsensiblen Pflege zunächst auf bezirklicher Ebene beworben. Es bewährten sich hierbei Vorträge z. B. im Rahmen der Konferenzen der Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbände (GGV). Auf diese Weise wurden die Träger der ambulanten und stationären Pflege zum einen zum Thema „Suchtgefährdung im Alter“ sensibilisiert und zum anderen über das kostenfreie Fortbildungsangebot informiert. Es folgte die Durchführung der Veranstaltungen in allen 12 Berliner Bezirken unter Miteinbeziehung der kommunalen Alkohol- und Medikamenten-beratungsstellen.

Inhalt der Fortbildungen

Die Fortbildungen „Suchtsensible Pflegeberatung“ und „Suchtsensible Pflege“ basieren auf dem Konzept der Motivierenden Kurzintervention. Suchtexpertinnen sensibilisieren die Fachkräfte in einem eintägigen Seminar zu Risiken und Nebenwirkungen von psychoaktiven Substanzen und regen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung an. Darüber hinaus geht es um Erkennen von Suchtgefährdung und Sucht und den Möglichkeiten einer angemessenen Intervention. In diesem Zusammenhang werden Kommunikationsstrategien für eine respektvolle, motivationsfördernde Ansprache vermittelt und erprobt sowie zur Verfügung stehende Hilfen vorgestellt, um die Vernetzung zwischen Sucht- und Altenhilfe und die Inanspruchnahme der Angebote zu fördern.

Die Fortbildungen sind partizipativ entwickelt, praxisnah konzipiert und bieten neben Wissens- und Kom-

petenzvermittlung auch die Möglichkeit zur Fallbesprechung und zum Praxisaustausch. Das Konzept der Suchtsensiblen Pflege sieht vor, dass die geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das erlernte Wissen in ihren Trägern multiplizieren mit dem Ziel, eine Kultur des Hinschauens in den Einrichtungen zu befördern. Als Unterstützung erhalten sie eine eigens dafür entwickelte Broschüre mit Hintergrundwissen und konkreten Praxistipps.

Zur Überprüfung der Qualität der Veranstaltungen, insbesondere hinsichtlich Themenauswahl und -umfang, Durchführung und Praxistauglichkeit und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, wurden neben einer offenen Abschlussrunde jeweils am Ende der Fortbildungsveranstaltungen auch Rückmeldungen mittels standardisierter Erhebungsbögen eingeholt.



Marc Pestotnik

Erkenntnisse

Im Rahmen der Durchführung der Seminare zeigte sich, dass das Problembewusstsein der Schulungsteilnehmerinnen und Schulungsteilnehmer stärker auf Alkohol gerichtet war, Medikamente waren demgegenüber nur wenig im Blick und illegale Substanzen so gut wie gar nicht. Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege berichteten von hohem Konfliktpotential aufgrund der speziellen Arbeitsbedingungen, wie z. B. die Pflegeaktivität in einer Raucherwohnung durchzuführen oder auch von Auseinandersetzungen mit den zum Teil stark geforderten pflegenden Angehörigen. Zudem wurde wiederholt der Umgang mit suchtmittelmissbrauchenden Kolleginnen und Kollegen thematisiert.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzten im Rahmen der Fortbildung besonders den einrichtungsübergreifenden Austausch zu Standards und Regeln im Umgang mit Suchtmitteln, aber auch die besprochenen Fallbeispiele. Die Vorstellung von Vertretern der bezirklichen Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen erwies sich als sinnvolle Maßnahme, um gegenseitige Einblicke in Bedarfe und Möglichkeiten zu bieten und ggf. eine weitere Zusammenarbeit anzubahnen. Zudem wurde deutlich, dass es Bedarf gibt, die Kooperation an den Schnittstellen zwischen Pflege, Medizinerinnen und Mediziner sowie Apothekerinnen und Apotheker zu stärken und so problematischen Substanzkonsum leichter zu erkennen und effektiver zu begegnen.

Intervention lohnt sich in jedem Alter!

Erfolgsaussichten bei Behandlung von Late Onset-Betroffenen sind besonders hoch, da Ressourcen vorhanden sind, mit denen das Leben über lange Zeit, auch ohne eine Abhängigkeit zu entwickeln, gemeistert wurde. Die Compliance, das heißt die Bereitschaft ärztlichen bzw. therapeutischen Anweisungen zu folgen, ist erfahrungsgemäß gut und ein ausgeprägtes Pflichtgefühl bedingt geringere Abbruchquoten. Frühzeitiges Erkennen der Problematik und professionelles Intervenieren ermöglichen einen Ausstieg aus dem Konsum und unterstützen damit größtmögliche Autonomie im Älterwerden. Demgegenüber kann insbesondere bei Menschen, die von langjähriger Abhängigkeit gekennzeichnet sind, es ebenso Ziel sein, ein Altern in Würde zu sichern – trotz Abhängigkeit. Eine frühestmögliche Ansprache und damit Intervention bietet die Chance, geeignete Maßnahmen einzuleiten und ggf. Hilfen zu installieren, um die Lebensqualität und Lebensfreude der Betroffenen wieder zu steigern.

Ausblick

Die Erfahrungen der Fachstelle für Suchtprävention Berlin mit der Fortbildung „Suchtsensible Pflege“ deuten auf einen hohen Bedarf an Aufklärung und Information zum Thema „Sucht im Alter“, auch in den pflegenden Berufen. Gleichzeitig besteht ein durch hohe Nachfrage am Seminar gezeigtes Interesse, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Mittlerweile wurden mittels „Train-New-Trainer“-Seminaren 59 SSP-Trainerinnen und Trainer in 7 Bundesländern geschult.

Jedoch verfügt der überwiegende Teil der Pflegeeinrichtungen bislang weder über Konzepte zur Betreuung von älteren Menschen mit Substanzproblemen noch ist das Personal hierzu ausreichend aus- bzw. fortgebildet.

Fortbildungen zur Motivierenden Kurzintervention in der Altenpflege bietet die Berliner Fachstelle für Suchtprävention in Kooperation mit der AOK Pflege Akademie. In der Fachstelle kann auch eine kostenlose Broschüre zur Suchtsensiblen Pflege bestellt werden. Kontakt siehe www.kompetent-gesund.de



Broschüre „Suchtsensible Pflege“

Vernetzung von Suchthilfe und Altenhilfe – Wie kann diese (noch besser) gelingen?

Monika Gerhardinger, Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme, Regensburg



Monika Gerhardinger

Eine bessere Vernetzung von Suchthilfe und Altenhilfe wird mittlerweile zwar als wünschenswert oder sogar notwendig erachtet, im beruflichen Alltag gelingt diese jedoch nicht immer.

In diesem Vortrag möchte ich von meinen beruflichen Erfahrungen berichten, wähle daher bewusst die Ich-Form.

Von Beruf bin ich Sozialpädagogin und arbeite schon viele Jahre an der Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme in Regensburg. Seit Oktober 2013 bin ich dort mit zusätzlich acht Wochenstunden zuständig für das Angebot „Lebensqualität im Alter“, ein Angebot das sich speziell an ältere, suchtbelastete Menschen richtet.

Das Angebot wurde in den ersten drei Jahren vom Bezirk Oberpfalz als Projekt finanziert, mittlerweile zählt es zum Regelangebot. Neben Einzelberatung von Betroffenen und deren Angehörigen und einem geleiteten Gesprächskreis, biete ich auch für im Altenhilfe- und Gesundheitsbereich Tätige Beratung und Information an. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Treffpunkt Seniorenbüro der Stadt Regensburg. Fünf ehrenamtlich Aktive, die als Betroffene in verschiedenen Suchtselbsthilfegruppen vertreten sind, unterstützen meine Arbeit und bieten selbstständig eine Selbsthilfegruppe für ältere Betroffene und deren

Angehörige an.

Vernetzung von Suchthilfe und Altenhilfe ist notwendig. Für die Suchthilfe, um mit älteren Menschen leichter in Kontakt zu kommen, denn die Hemmschwelle eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen, ist bei älteren Menschen besonders hoch. Viele wissen auch gar nicht um die Möglichkeit der Beratung. Neben den Angehörigen ist es der Hausarzt oder sind es die Pflegekräfte, die in engen Kontakt mit den Betroffenen stehen und daher oft als Erste negative Veränderungen bemerken. Sie sind wichtige Vertrauenspersonen, die bei der Motivation und Vermittlung zur Suchtberatung entscheidend mithelfen können.

Für die Altenhilfe ist Vernetzung notwendig, um durch das Suchthilfeangebot Unterstützung und Entlastung im Umgang mit suchtbelasteten Betreuten zu finden. Letztendlich können beide Berufsgruppen voneinander profitieren und lernen. Der multiprofessionelle Austausch ist eine wichtige Grundlage für die Entwicklung von Leitlinien zum Umgang mit und zur Versorgung von suchtbelasteten, älteren Menschen.

Aktive Vernetzungsarbeit zu leisten hat im Rahmen meiner Tätigkeit einen hohen Stellenwert. Nur mit Unterstützung engagierter Netzwerkpartner kann das vielfältige Angebot der Fachstelle in der begrenzten Arbeitszeit (8 Wochenstunden) geleistet werden. Herr Gerd Schmücker, der Ansprechpartner des ehrenamtlichen Helferkreises, war an der Planung des Projekts „Lebensqualität im Alter“ maßgeblich mitbeteiligt und hat durch sein jahrelanges Engagement im Vorfeld (z. B. Mitarbeit im Suchtarbeitskreis) schon Kontakte knüpfen können, die uns jetzt wichtige Netzwerkpartner sind. Die Mitarbeit der Ehrenamtlichen aus der Suchtselbsthilfe ermöglicht das zeitlich aufwendige Angebot von Hausbesuchen sowie Holddiensten. Ihre langjährige Abstinenzenerfahrung ergänzt das Angebot der professionellen Suchthilfe und erleichtert älteren Menschen damit den Zugang zum Suchthilfesystem.

Durch meine Mitarbeit in verschiedenen Arbeitskreisen stehe ich in engem Kontakt zu anderen, im Bereich der Altenhilfe tätigen, Fachdienste (Gerontopsychiatrischer Dienst von Diakonie und Bayerischer Gesellschaft für psychische Gesundheit, Gesundheitsamt, Seniorenamt der Stadt Regensburg, Gerontopsychiatrische Koordinierungsstelle Oberpfalz u. a.) sowie ehrenamtlich Tätige (Alzheimer Gesellschaft, Kneipp Verein u. a.) Allein durch meine Präsenz bleibt das Thema „Sucht im Alter“ im Fokus. Wir planen und führen aber auch gemeinsame Veranstaltungen durch (z. B. Theatervorstellung „Alte Hasen kehren besser“, Informationsveranstaltung zum „gesunden Umgang mit Medikamenten beim Älterwerden“ usw.), mit

denen wir wiederum andere Berufsgruppen und Bedarfgruppen erreichen können.

2015 haben wir das Projekt „Suchtprobleme gemeinsam lösen“ durchgeführt, dass letztendlich nur durch intensive Vernetzung zustande gekommen ist. Ziel des Projekts war es, Pflege- und Betreuungskräfte für das Thema „Sucht im Alter“ zu sensibilisieren, deren Kompetenz im Umgang mit suchtkranken und suchtgefährdeten Betreuten zu stärken und ihnen durch eine engere Vernetzung (z. B. Angebot von Hausbesuchen, Fallbesprechungen etc.) durch das bestehende Suchthilfesystem Unterstützung anzubieten.

Mit Unterstützung der Kolleginnen aus dem Referat stationäre Altenhilfe und ambulante Pflegedienste beim Caritasverband Regensburg habe ich, unter Berücksichtigung von Bedarf, Arbeitsbedingungen und Möglichkeiten der Altenhilfeeinrichtungen, ein Fortbildungsangebot für Pflegekräfte erstellt. Die Teilnahme an dem Projekt wurde mit Unterstützung des Verbandes aktiv beworben. Trotz anfänglicher Skepsis haben sich zwei stationäre Altenhilfeeinrichtungen und zwei ambulante Pflegedienste bereit erklärt mitzuwirken. Es wurde von mir eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Sucht im Alter“ vor Ort durchgeführt und von der Einrichtungsleitung zeitlich so organisiert, dass alle Pflege- und Betreuungskräfte daran teilnehmen konnten. Mitarbeiter der örtlichen Caritas Fachambulanz und Vertreter der Selbsthilfegruppe Kreuzbund wurden ebenfalls dazu eingeladen, um sogleich eine Vernetzung mit dem örtlichen Suchthilfeangebot herzustellen.

Durch die Fortbildung wurde ein Umdenken angeregt und ein Veränderungsprozess angestoßen, der zu erstaunlichen Verbesserungen sowohl für die Betreuten als auch für die Pflegekräfte führte. Erfahrungsberichte können nachgelesen werden unter:

www.caritas-regensburg.de/sucht-im-alter

Frau Thies, Pflegedienstleiterin vom Caritas Marienheim in Schwandorf kann dazu am Thementisch befragt werden. Ihrem großen Engagement ist es zu verdanken, dass sie die behandelnden Hausärzte ihrer Bewohner gewinnen konnte, Medikamentenpläne zu überarbeiten und dadurch die Medikamentenvergabe zu verringern.

Um die Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu sichern und damit auch andere Einrichtungen davon profitieren können, wurden von den Referatsleiterinnen und den Pflegedienstleiterinnen Standards entwickelt, die im Qualitätshandbuch der Caritas Altenhilfe Einrichtungen nachzulesen sind.

Da Veränderung nur passiert, wenn Vernetzung aktiv gelebt wird, wurde eine Arbeitsgruppe gegründet. Seither treffen sich einmal im Halbjahr die Pflegedienstleiterinnen der bereits geschulten Einrichtungen, die Referatsleiterinnen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflegedienste mit der Suchthilfe und Suchtselbsthilfe zum Austausch, zur Fallbesprechung und zur konzeptionellen Weiterentwicklung des Vernetzungsangebots. Der ehrenamtlich tätige Helferkreis bietet weiterhin auf Anfrage Besuchsdienste in den Einrichtungen an; die Suchtberatungsstelle bleibt Ansprechpartner und Anlaufstelle bei Problemen im Umgang mit suchtblasteten Betreuten, aber auch suchtgefährdeten Pflegekräften.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Caritas Fachambulanz in der Diözese Regensburg haben sich im Rahmen einer Inhouse-Schulung mit dem Thema „Sucht im Alter“ beschäftigt, sodass diese ebenfalls kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort sind.

Trotz der positiven Ergebnisse und Entwicklungen besteht weiterhin noch ein großer Verbesserungsbedarf. Vernetzungsarbeit muss noch intensiviert werden. Doch wie kann dies gelingen?



Das Publikum lauscht dem Beitrag von Monika Gerhardinger

Vernetzung braucht Zeit! Wir in Regensburg hatten das Glück, dass der Bezirk Oberpfalz das Projekt weiterhin im Rahmen der Regelförderung finanziert. Wichtige Netzwerke, die über die ersten drei Jahre zeitintensiv aufgebaut wurden, wären ohne Weiterfinanzierung verloren gegangen. Es erfordert aber auch ein hohes Durchhaltevermögen seitens der Suchthilfe, selbst kleine Veränderungsschritte hinsichtlich besserer Vernetzung zu würdigen und schätzen zu lernen. Vernetzung darf nicht vom Engagement Einzelner abhängig sein! Nicht jeder hat das Glück, auf so engagierte Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter zu stoßen, wie ich es im Rahmen des durchgeführten Projekts erleben durfte. Es braucht in jedem Fall die Unterstützung der Träger der Einrichtungen, denen es wichtig ist, dass Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend geschult und damit auch entlastet werden können und die suchtbelasteten Betreuten die bestmögliche Unterstützung erfahren. Bessere Vernetzung ist langfristig auch nur möglich mit politischer Unterstützung.

Konkret bedeutet dies:

- mehr Personal, da die Betreuung suchtkranker Bewohner einen zeitlichen Mehraufwand bedeutet (Angebote zur Abendgestaltung, zur Entspannung sind personal- und zeitintensiv)
- Finanzierung alternativer, nicht pharmakologischer Behandlungsmaßnahmen bei Schmerz- oder Unruhezuständen (Medikamente zu reduzieren gelingt leichter, wenn Alternativen angeboten werden)

- bessere Vernetzung von Suchthilfe und Altenhilfe mit Ärzten (Hausarzt/Krankenhaus/Reha Einrichtung), z. B. bei Verlegung, Entlassung.
- Zusammenarbeit der Hausärzte im Altenpflegeheim mit Gerontologen/Neurologen/Psychiatern (oft schwierige Differenzialdiagnose Sucht/Depression/Demenz).
- höherer Stellenwert in der Ausbildung der Pflegekräfte
- Weiterbildung von Pflegekräften
- mehr spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von CMA (chronisch mehrfach geschädigten) Patienten, die nicht mehr Reha-fähig sind und auch in Altenheimen nicht gut versorgt werden können

Vernetzung von Suchthilfe und Altenhilfe gelingt nur dann, wenn alle Beteiligten Interesse daran haben. Was die jeweiligen Interessen sein können, gilt es deutlich zu machen. Am eindrücklichsten dafür sind aus meiner Sicht und Erfahrung immer noch positive Beispiele. Beispiele aus der Praxis, die zeigen, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema „Sucht im Alter“, Pflege auch ein wenig einfacher und damit attraktiver machen kann.

Alt und doch nicht weise? – Ein Einblick in die suchtspezifische Arbeit im Fachbereich Gerontopsychiatrie des FrauenTherapie-Zentrums München (FTZ), mit besonderem Fokus auf das ambulante Betreute Einzelwohnen (BEW).

Christiane Fielding, FTZ, München



Christiane Fielding

Das FTZ wurde im Mai 1978 von acht Frauen gegründet, die inspiriert waren vom Geist der Frauenbewegung, der Anti-Psychiatrie- und der Selbsthilfe-Bewegung. Sie verstanden sowohl sich selbst, als auch diejenigen, die sie unterstützen wollten als „körperlich-seelisch-geistige Einheit in Wechselwirkung mit den sozialen, ökonomischen und kulturellen Realitäten von Frauen“. Dazu gehörten und gehören leider immer noch die Erfahrung von persönlicher und struktureller Gewalt und Flucht.

Heute besteht das FTZ aus einem Trägerverein und einer gemeinnützigen GmbH, mit derzeit zehn Einrichtungen. Die gerontopsychiatrische Abteilung „VielFalten“ wurde vor genau zehn Jahren ins Leben gerufen, um, analog zur Psychiatrischen Beratungsstelle FTZ B3 (heute Sozialpsychiatrischer Dienst für Frauen) und der seit 1998 bestehenden Abteilung FTZ BEW, ein Angebot für Frauen ab 60 vorhalten zu können.

Gerontopsychiatrische Fachstelle

Die Fachstelle ist eine Anlaufstelle für psychisch belastete Frauen, die in einer frauenspezifischen Einrichtung Rat suchen. Die Anliegen der Frauen sind sehr unterschiedlich. Sie reichen von einer einmaligen Beratung als pflegende Angehörige, über eine zeitlich begrenzte, niedrighschwellige, beratende Begleitung, bis zum Bedarf für intensive Unterstützung um den Umzug in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe zu vermeiden.

Eine Besonderheit der Fachstelle ist, dass Beratung an der Schnittstelle Alter und Sucht angeboten werden kann, in enger Kooperation mit der Suchtberatungsstelle FTZ B2.

Die Erfahrung in der Suchtberatungsstelle zeigt, dass ältere Frauen dort eine verschwindende Gruppe sind. Vielleicht wegen der fehlenden Motivation durch die Arbeitsstelle, vielleicht weil Abhängigkeit nicht als solche wahrgenommen wird, oder wegen sich verschlechternder Mobilität. Da das Angebot bei „VielFalten“ niedrighschwellig ist und Hausbesuche selbstverständlich als Kontaktmöglichkeit vorgesehen sind, werden hier Frauen beraten, die sich nicht aus eigener Motivation an eine Suchtberatungsstelle wenden würden. Durch die Kooperation mit B2 können mobile Frauen das Angebot themenspezifischer Gruppen in der Suchtberatungsstelle wahrnehmen, oder auch dort in die ambulante REHA Maßnahme vermittelt werden. Außerdem können Frauen in der Antragsstellung zur stationären REHA unterstützt werden. Frauen, die Abhängigkeit nicht ändern können oder möchten, kann die Möglichkeit des ambulanten betreuten Einzelwohnens aufgrund von Suchtmittelmissbrauch und psychischer Erkrankung angeboten werden.

Ambulantes Betreutes Einzelwohnen (BEW)

BEW ist eine Maßnahme der Eingliederungshilfe (SGB XII) und als solches ein intensives Unterstützungsangebot in der eigenen Wohnung. In der Kennenlernphase lernt die Klientin ihre Bezugsperson bei „VielFalten“ im Rahmen der individuellen Termine kennen, andere Mitarbeiterinnen in Vertretungssituationen und bei Gruppenangeboten.

Für die gelungene Unterstützung ist es wichtig, dass „das VielFalten BEW“ im existierenden Netzwerk



Christiane Fielding

von persönlichen, familiären, nachbarschaftlichen und professionellen Beziehungen einen Platz findet und im Interesse der betroffenen Person und unter Berücksichtigung des Datenschutzes mit dem Netzwerk zusammenarbeitet. Es ist Aufgabe des BEW, die Klientin im Umgang mit den professionellen Helfern, wie Pflegedienst, Ärztinnen und Ärzten und Kliniken und auch mit der Krankenkasse und anderen Behörden zu unterstützen; aber auch fehlende Elemente des professionellen Netzwerks, wie beispielsweise den Bedarf für eine Haushaltshilfe, mit der Klientin zu identifizieren und gegebenenfalls deren Beschäftigung zu veranlassen.

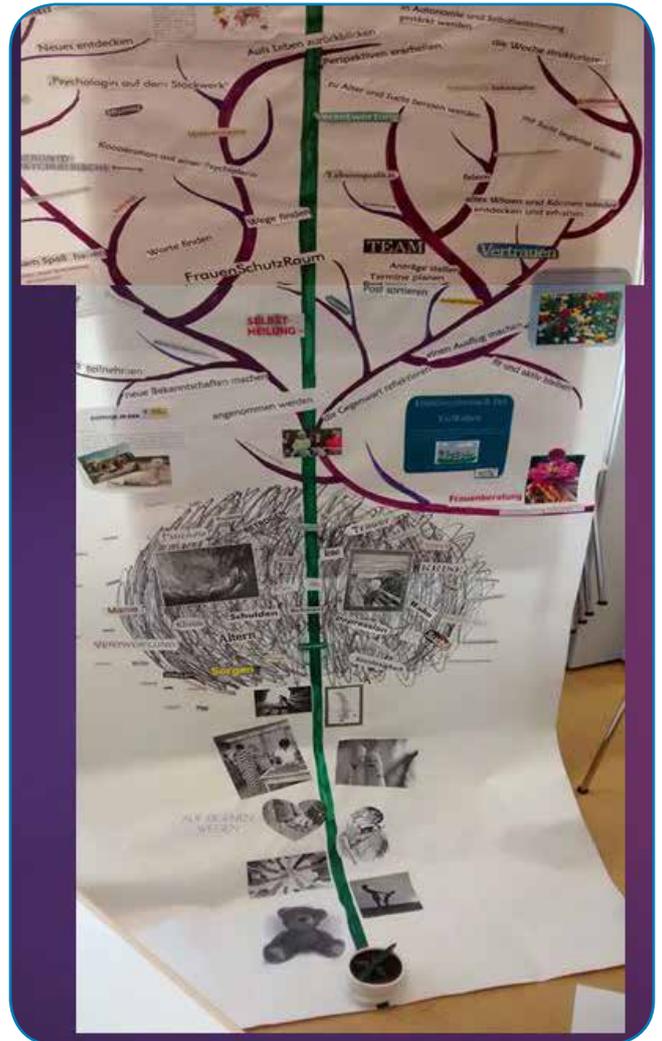
Es werden Gespräche zur Verarbeitung von Krisen und zur Krisenprophylaxe geführt und ein Krisen-Plan formuliert. Gemeinsam wird auf das Leben zurückgeblickt und auf die gegenwärtige Lebenssituation. Es können Perspektiven und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Gemeinsam werden auch praktische Dinge erledigt, wie Post sortieren und ablegen, Anträge stellen, Termine planen, den Weg dorthin finden und Anliegen formulieren.

Außerdem werden im Rahmen des BEW Gruppen, Ausflüge und Feste angeboten, die auch für Klientinnen mit Mobilitätsschwierigkeiten zugänglich sind.

Alt und doch nicht weise?

Selbst wenn eine Frau nicht erkennt, dass sie von Schmerztabletten abhängig ist; oder dass ihre Sturzgefahr durch das extra Tavor vor dem Schlafengehen in der Nacht erhöht ist; selbst wenn eine Klientin, die seit Jahrzehnten eine Gelegenheitstrinkerin ist und immer wieder, mit längeren trockenen Perioden dazwischen, eine Woche lang exzessiv trinkt und dann selber entzieht, nicht wahrhaben will, dass auch sie auf einmal einen Krampfanfall bekommen kann; die grundsätzliche Annahme und Haltung gegenüber den Frauen, die bei „VielFalten“ beraten und unterstützt werden, ist, dass sie über sich selbst Bescheid wissen. Sie wissen, was sie brauchen und worauf sie sich momentan einlassen können (das kann sich aber natürlich auch ändern).

Im „VielFalten BEW“ wird jede Frau als Individuum mit ihrer eigenen Lebenslinie wahrgenommen (siehe Abbildung). Viele der Frauen, die zu uns kommen, sind Kriegskinder, einige sind in den letzten dreißig Jahren aus Krisen- und Kriegsgebieten geflohen. Sie haben trotz ihrer Erfahrungen von Krieg, Flucht und Tod, teilweise schon in jungen Jahren, die Konflikte der Lebensphasen bewältigt, ihr Leben alleine, als Partnerin, als Mutter gelebt, Erfolge gefeiert und Misserfolge verarbeitet. Sie kennen das Leben in all seinen Facetten, sie kennen Verluste und Krisen.



Stellwand von VielFalten beim 40jährigen Jubiläum des FTZ.

Zu dem Zeitpunkt, wo sich die vielfältigen Möglichkeiten der Beratung und Unterstützung durch „VielFalten“ mit der Lebenslinie der Frauen verzweigen, sind die Frauen in diesem Sinne ‚alt und weise‘. Auch wenn ihr Sucht-Verhalten uns nicht immer verständlich ist. Letztendlich geht es darum, die Frau mit ihrer Sucht zu begleiten.

Mit Sucht begleitet werden

Mit Sucht begleitet werden bedeutet, dass, wenn das Ziel der ratsuchenden Frau zuerst einmal nicht Verzicht ist, dann soll es auch nicht unseres sein. Der erste Schritt ist, eine solche Arbeitsbeziehung zu schaffen, dass die Frau Sucht zur Sprache bringen kann, dass sie sich angenommen und ernstgenommen weiß, nicht kontrolliert, sondern informiert. Dazu mag gehören, gemeinsam Wege zu finden, Schlafprobleme anders zu lösen als bisher, Schmerzen anders zu behandeln. Dazu mag irgendwann auch gehören, eine ambulante oder stationäre REHA Maßnahme zu finden, zu beantragen, zu beginnen und zu beenden – oder auch abubrechen. Es ist möglich, dass eine Frau erfolgreich abstinent wird und bleibt und ein Rückfall vermieden wird – oder auch nicht. Letztendlich bedeutet, sich darauf einzulassen mit Sucht begleitet zu werden, Veränderung für die betroffene Frau. Was dann folgt, das müssen wir sehen.

„Was aber möglich ist, in der Tat, ist Veränderung. Und die verändernde Wirkung, die von neuen Werken ausgeht, erzieht uns zu neuer Wahrnehmung, neuem Gefühl, neuem Bewusstsein.“ (Ingeborg Bachmann)

Literatur:

FTZ - Leitbild und Feministische Grundlagen, zu finden auf der <http://ftz-muenchen.de>

„An den Thementischen“



Teilnehmende am Thementisch mit Christiane Fielding



Teilnehmende am Thementisch mit Monika Gerhardinger, Gerd Schmücker und Petra Thies



Teilnehmende am Thementisch mit Dr. Dieter Geyer



Teilnehmende am Thementisch mit Dr. Georg Kremer



Teilnehmende am Thementisch mit Dr. Ernst Engelmayr und Ulrich Koczian



Teilnehmende am Thementisch mit Marc Pestotnik

Schriftenreihe des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG)

Bisher sind in dieser Schriftenreihe folgende Bände erschienen:

Band 1	Der Bayerische Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis 2013 (München, 2013)
Band 2	13. Bayerischer Präventionspreis (München, 2015)
Band 3	Älter werden in der Gesunden Gemeinde. Angebote gestalten, Potentiale nutzen. (München, 2015)
Band 4	16. Bayerisches Forum Suchtprävention – Alles bleibt anders (München, 2015)
Band 5	Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder (München, 2015)
Band 6	14. Bayerischer Präventionspreis (München, 2017)
Band 7	Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention (München, 2017)
Band 8	Prävention von Alkoholmissbrauch im öffentlichen Raum. Fachtagung Kommunale Suchtprävention 2017 (München, 2018)

sowie der vorliegende Band

Band 9	Selbstbestimmt im Alter? – Alkohol und Medikamente im Blick. Regionalkonferenz 2018 (München, 2018)
--------	---

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**