



Südwestfalen-Lippe

Projekt „Sucht im Alter“ Abschlussbericht

Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen
(Ärzte, medizinische Fachangestellte) und
hausärztlicher Qualitätszirkel

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

1 Titel und Verantwortliche

Thema	Sucht im Alter: Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen (Ärzte, medizinische Fachangestellte) und Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen
Schlüsselbegriffe	Früherkennung, Frühintervention, Sucht im Alter, Ältere Abhängigkeitskranke, Allgemeinmedizin, Hausarztpraxen, Hausärztliche Qualitätszirkel (HQZ), Kommunale Suchthilfenetzwerke Baden-Württemberg, Inanspruchnahmeverhalten, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Bundesministerium für Gesundheit	Modellmaßnahmen und Forschungsvorhaben auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelgebrauchs, Kapitel 15 02 Titel 684 69
Auftragnehmer	Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg
Projektleitung	Prof. Dr. med. G. Längle Medizinischer Direktor ZfP Südwürttemberg Telefon 07583 33-1589 E-Mail gerhard.laengle@zfp-zentrum.de Dr. med. F. Schwärzler Chefarzt, Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt) Telefon 07121 9200-111 oder 07121 9200-120 E-Mail frank.schwaerzler@pprt.de
Ansprechpartner	A.Röhm, (MPH) ZfP Südwürttemberg Telefon 07121 43319-12 E-Mail anne.roehm@zfp-zentrum.de
Projektmitarbeiter	A. Röhm (MPH), I. Glaubitt (Dipl.Soz.– Päd.), M. Astahova (Dipl. Psych.)
Autoren	A. Röhm, G. Längle, F. Schwärzler
Laufzeit	01.10.2010 - 31.12.2012, Veröffentlichung: 14.11.2013

2 Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortliche	2
2	Inhaltsverzeichnis	3
3	Zusammenfassung	4
4	Einleitung Ausgangslage, Projektziele, Projektstruktur	5
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik Quantitative, Qualitative Datenerhebung	7
6	Durchführung, Arbeitsplan und Ergebnisse Stellenbesetzung, Kick-Off Meeting, Projektbesprechungen Fortbildungscurricula, Schulungsmaterialien Evaluationsdesign und -instrumente Gewinnung der Kooperationspartner	9 10 12
6.1	Fortbildung der Einzelpraxen	13
6.2	Quantitative Datenerhebung und -auswertung der Praxisfortbildungen	
6.3	Fortbildung der hausärztlichen Qualitätszirkel	15
6.4	Inanspruchnahme zentraler Versorgungseinrichtungen des regionalen Suchthilfesystems durch über 60-Jährige	16
6.5	Qualitative Datenerhebung und -auswertung A Ressourcenknappheit und Prävalenzen B Low Dose Medikamentenabhängigkeit, Diagnostik, Änderungsmotivation C Chronisch Beeinträchtigte Abhängigkeitskranke D Anforderungen E Informationsbedarf und Materialien	17 18 19 20
6.6	Aktive Zusammenarbeit mit den Hausärzten	22
6.7	Fortbildung weiterer Zielgruppen	
6.8	Zwischenberichte	
6.9	Abweichungen vom Finanzierungsplan	23
6.10	Wichtigste Positionen des zahlenmäßigen Verwendungsnachweises	
7	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung Projektziel Prävalenzen, hausärztliche Anforderungen und Bedarfe Kooperation und Überleitung an Fachärzte und Beratungsstellen Versorgungsbedarf und Gesamtbeurteilung	23 24 25
8	Gender Mainstreaming Aspekte	25
9	Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit	30
10	Verwertung der Projektergebnisse	31
11	Auswirkung der Projektergebnisse auf Gesundheitsversorgung und Pflege	34
12	Anhang	35
13	Literaturliste	41
14	Anlagen	43

3 Zusammenfassung

Fragestellung: Die Früherkennung und -intervention von alkohol-, medikamenten- und tabakbezogenen Störungen bei älteren Menschen (60 +) ist zu verbessern (Rumpf et al., 2009). Durch Fortbildung der ärztlichen und nicht ärztlichen Mitarbeiter hausärztlicher Einzelpraxen und der hausärztlichen Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen sollen die Sensibilität für die Zielgruppe verstärkt und die zur Frühintervention hilfreichen Handlungskompetenzen weiter entwickelt werden. Eine gezielte Überweisung an die zentralen Behandlungsstellen im Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke soll in Kooperation mit dem Altenhilfesystem dadurch frühzeitiger erfolgen.

Methodik: Zur Förderung der Handlungssicherheit von Fachärzten für Allgemeinmedizin und ihren medizinischen Fachangestellten wird ein modulares Fortbildungscurriculum entwickelt. Die Bausteine zur Früherkennung, Kommunikation, Motivation und Kenntnis des Alters- und Suchthilfesystems sind flexibel einsetzbar. Durch die Einrichtung einer Clearingstelle und Telefonhotline am Suchttherapiezentrum Reutlingen (STZ.rt) wird die zielgenaue Überweisung unterstützt. Ein praxisorientierter Wegweiser für ältere Abhängigkeitskranke wird erstellt. Die Mitarbeiter von 100 Hausarztpraxen und die hausärztlichen Qualitätszirkel (HQZ) in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen werden fortgebildet. Der Vorsitzende der Kreisärzteschaft und alle Hausärzte (N=182) und Moderatoren der Qualitätszirkel (N = 11) werden schriftlich und telefonisch über die Projektziele und –maßnahmen informiert. Zur Evaluation der Praxisschulungen werden Fragebogen an drei Messzeitpunkten anonymisiert eingesetzt. Eine auf die hausärztlichen Anforderungen fokussierte qualitative Auswertung der Gesprächsprotokolle und schriftlichen Anmerkungen auf den FAX Antworten und Evaluationsbögen der Fortbildungsteilnehmer wird vorgenommen. Die Inanspruchnahme der zentralen Versorgungseinrichtungen (Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, PSBen) durch ältere Abhängigkeitskranke in den Jahren 2007-2009 und 2010-2012 wird erhoben.

Ergebnisse: Im Projekt wurden 101 Mitarbeiter aus 28 Hausarztpraxen (27 Ärzte, 74 Fachangestellte (FA) und 45 Ärzte in sechs hausärztlichen Qualitätszirkeln (HQZ) fortgebildet. 51% der Hausarztpraxen (N=135 Hausarztpraxen) und 40% der Hausärzte (N=182 Hausärzte im Landkreis) der städtischen und ländlichen Versorgungsregion erreicht. Der Zugang über die hausärztlichen Qualitätszirkel hat sich als erfolgreich erwiesen. Auf der Basis der subjektiven Schätzzahlen (N=99 Evaluationsbögen) der Fortbildungsteilnehmer werden durchschnittlich 63 über 60-jährige abhängigkeitskranke Patienten pro Quartal und Praxis behandelt. In nahezu allen Kategorien der Fortbildung ist ein subjektiver Wissens- und Kompetenzzuwachs (Wissen 44%, Kommunikation/Selbstwirksamkeit 30%, Kenntnis des alterspsychiatrischen- und Suchthilfesystems 66%, fachliche Ansprechpartner 28%) durch die Fortbildung erfolgt. Die Auswertung der statistischen Routinedaten von Beratungsstellen und Kliniken zeigt eine Tendenz zur erhöhten Inanspruchnahme durch Ältere. Die qualitativen Projektergebnisse zeigen: 1. Die Hausärzte sind für das Thema sensibilisiert. 2. Die Verordnung von z.B. Benzodiazepinen und Schlafmitteln wird selbstkritisch reflektiert. 3. Es besteht fachärztlicher und aufsuchender Unterstützungsbedarf bei der Diagnose und Therapie älterer Abhängigkeitskranker. 4. Die Bereitschaft ältere Abhängige selbst weiter zu versorgen ist gegeben. 4. Die konkrete Vernetzung des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke- und des Altenhilfesystems ist hilfreich und muss durch verbindliche Absprachen verbessert werden

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse belegen die Versorgungsrelevanz des Themas und die Verbesserung der subjektiven Handlungskompetenz durch die Fortbildungsmaßnahmen. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität ist es hilfreich den Zugang zu den Primärversorgern über die hausärztlichen Qualitätszirkel zu nutzen, die Behandlungs- und Beratungsangebote

der Suchthilfeträger gemeinsam abzustimmen und den Anforderungen anzupassen. Der Zugang über die HQZ im regionalen Versorgungssystem hat sich als zielführend erwiesen.

4 Einleitung

Ausgangslage des Projekts

Durch die demographische Entwicklung und die durch zunehmende Flexibilisierung und Mobilität gekennzeichnete Lebensweise der männlichen und weiblichen Bevölkerung nehmen die Versorgungsprobleme älterer Abhängigkeitskranker zu. Die direkten und indirekten Kosten durch riskanten und chronischen Suchtmittelkonsum sind hoch. Der exponentielle Anstieg von Benzodiazepin Verordnungen (Rösner et al., 2008; Hoffmann et al., 2006) und das erhöhte Sturzrisiko durch den Missbrauch psychoaktiver Substanzen (Wolter 2005) sind bekannt. 75% aller Personen mit riskantem Alkoholkonsum und 100% der Patienten mit nicht ordnungsgemäßigem Medikamentenkonsum sind mindestens einmal im Jahr Patient bei ihrem Hausarzt (Bischof et al., 2004). Damit ist die Hausarztpraxis der geeignete Ort für die Früherkennung und Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen (Rumpf et al., 2009).

Das ZfP Südwürttemberg ist als größter sucht- und alterspsychiatrischer Dienstleistungsanbieter in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen daran interessiert, eine qualitativ hochwertige wohnortnahe Versorgung für Menschen mit komplexem Hilfebedarf zu gewährleisten. Dies erfordert, die zunehmend an Bedeutung gewinnenden ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen aufeinander abzustimmen. Vor diesem Hintergrund hat sich das ZfP Südwürttemberg im Jahr 2005 bei der Entwicklung des Landeskonzeptes „Kommunale Suchthilfenetzwerke“ in Baden-Württemberg und bei der Implementierung des Konzeptes auf Landkreisebene durch die Finanzierung einer Projektstelle engagiert. Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg hat das Kommunale Suchthilfenetzwerk Landkreis Reutlingen (KSN RT) als Modellregion anerkannt.

Zur Bewältigung der demographischen Herausforderung und der damit einhergehenden Zunahme an älteren Suchtkranken ist neben der trägerübergreifenden Kooperation und Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems eine systemübergreifende Vernetzung von Suchthilfe- und Altenhilfesystem erforderlich. Um das KSN RT in der Ärzteschaft bekannt zu machen wurden zwischen den Jahren 2007 und 2009 insgesamt 98 Hausarztpraxen über die zentralen Anlaufstellen, Indikationen und Arbeitsmethoden, informiert. Dabei zeigte sich das ca. 1/3 der Ärzte gut informiert und 2/3 an einer Weiterbildung interessiert waren (Längle, 2009). Parallel dazu wurde in 2009 mit der Entwicklung des Netzwerkes Alterspsychiatrie begonnen und in 2010 das Fortbildungsprojekt „Sucht im Alter“ beantragt.

Ziele des Projekts

1. Verstärkte Integration der Hausärzte in das Sucht- und Altenhilfesystem
2. Flächendeckende Förderung der Früherkennung von alkohol-, medikamenten- und tabakabhängigen älteren Patienten (60+)
3. Förderung der Sicherheit von Hausärzten und medizinischen Fachangestellten im Umgang mit Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen
4. Verbesserung der Kenntnis des Hilfesystems

5. Verbesserung der zielgerichteten Überweisung an die zentralen Behandlungsstellen im regionalen Suchthilfesystem
6. Einrichtung einer Telefonhotline

Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)

Projektträger Projektleitung

ZfP Südwürttemberg
Prof. Dr. med. G. Längle
Medizinischen Direktor ZfP Südwürttemberg

Dr. med. F. Schwärzler
Chefarzt PP.rt

Funktion und Verantwortlichkeiten

- Projektzielplanung
- Einstellung der Projektmitarbeiter
- Supervision, Coaching bei der Projektumsetzung
- Leitung der Projektbesprechungen
- Vortrag, Fortbildung und Information der Kreisärzteschaft
- Fortbildung hausärztlicher Qualitätszirkel
- Rückmeldung der Projektergebnisse an HQZ Moderatoren
- Kommunikation Projektergebnisse auf Landes- und Bundesebene

Projektmitarbeiter

A. Röhm (MPH)

- Assistenz der Projektleitung
- Anleitung der Projektmitarbeiter
- Schnittstelle zu den Vorsitzenden der Kreisärzteschaft
- Schnittstelle zur den HQZ Moderatoren, telefonische, persönliche Kontaktaufnahme, Information, Terminabsprachen
- Unterstützung bei der Durchführung von Praxisschulungen
- Dokumentation, Evaluation
- Kommunikation der Projektergebnisse auf Landes- und Landkreisebene

I.Glaubitt (Dipl.Soz.-Päd. FH)

- Gemeinsame Durchführung von Praxisschulungen
- Kontaktstelle zu den Hausarztpraxen: Terminabsprachen, Absprachen der Teilnahmemodalitäten, Information
- Dokumentation der Telefonate und Gesprächsprotokolle, Evaluation
- PP.rt Präsentationen

M.Astahova (Dipl. Psych.)

- Erstellung des Evaluationsdesigns und der -instrumente
- Entwicklung des Fortbildungscurriculums

Y. Aybek (Medizinische Fachangestellte)

- Sekretariat

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Projektplanung, Ziele und Teilziele

Früherkennung und Frühintervention werden durch teamorientierte Fortbildung der Mitarbeiter hausärztlicher Einzelpraxen (Ärzte und medizinische Fachangestellte) verbessert. In Folge davon soll sich die Inanspruchnahme der zentralen Beratungs- und Behandlungsstellen des Suchthilfesystems durch ältere Abhängigkeitskranke erhöhen. Die Evaluation der Schulungseffekte erfolgt im Rahmen des Gesamtprojektes „Sucht im Alter“ in Abstimmung mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. Die Evaluationsbögen T1, T2 und T3 des ZI Mannheim werden in adaptierter Form eingesetzt. Die Analyse der hausärztlichen Anforderungen an das Hilfesystem erfolgt durch die qualitative Auswertung der Fortbildungs- und Telefonprotokolle.

Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Die Selbsteinschätzungen in den Bereichen Wissen (Abhängigkeitserkrankungen bei Älteren), Selbstwirksamkeitsüberzeugung (im Umgang mit Patienten/Angehörigen) und Praxisrelevanz werden durch den Einsatz von Fragebögen an drei Zeitpunkten erhoben. Die Erhebung erfolgt anonymisiert. Die Verschlüsselung ermöglicht eine Zuordnung der individuellen Evaluationsbögen zu den drei Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3. Auf eine Objektivierung der subjektiven Selbsteinschätzung in Form von Multiple Choice Aufgaben bzw. Fallvignetten wird verzichtet.

Quantitative Datenerhebung: Fortbildungseffekte

Die Datenerhebung erfolgt an drei Meßzeitpunkten (T1, T2, T3). Auf die Durchführung der zu Beginn geplanten „Aufbauschulung“ (sechs Monate nach Absolvierung der Basisschulung) wurde aufgrund der begrenzten Zeitressourcen der hausärztlichen Primärversorger zunächst verzichtet. Die Nachhaltigkeit der Schulungseffekte bzw. die Veränderung der subjektiven Selbsteinschätzung wurde anhand des Fragebogens T3 erhoben.

Der Kenntnisstand, die Einstellung zu Abhängigkeitserkrankungen sowie die Einschätzung von Hausärzten und FA zur Praxisrelevanz der Fortbildungsinhalte werden abgefragt. Die Bearbeitungszeit beträgt jeweils 5 Minuten.

Zur Selbsteinschätzung und Bewertung der Items werden den Teilnehmern vier Möglichkeiten zur Verfügung gestellt:

- Ich stimme den Aussagen überhaupt nicht zu
- Ich stimme den Aussagen eher nicht zu
- Ich stimme den Aussagen eher zu
- Ich stimme den Aussagen voll und ganz zu

T1 vor Beginn der Fortbildung (siehe Anlage 1)

Items Allgemeine Informationen (Profession, Geschlecht, Alter, Berufserfahrung, Stellenumfang, subjektive Schätzzahl Abhängigkeitskranker pro Quartal), Wissen, Praxisrelevanz, persönliche Einstellung zu Abhängigkeitserkrankungen

T2 unmittelbar nach der Fortbildung (siehe Anlage 2)

Items Praxisrelevanz, Gestaltung der Fortbildung, Umsetzbarkeit, persönlicher und fachlicher Gewinn

T3 6 Monate nach der Fortbildung (siehe Anlage 3)

Items Zuweisungspraxis (quantitative Inanspruchnahme der Clearingsstelle und anderer Zentraler Versorger), Selbsteinschätzung, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Kenntnis von Screening Instrumenten und Behandlungspfaden, persönlicher und fachlicher Gewinn

Datenauswertung

Die quantitative Auswertung der Fragebögen (T1, T2, T3) erfolgt berufsgruppenspezifisch für HÄ und FA. Es werden prozentuale Verteilungen und Veränderungen bei der Selbsteinschätzung der Teilnehmer an den Messzeitpunkten T2 und T3 dargestellt.

Quantitative Datenerhebung: Inanspruchnahmeverhalten

Zur Erhebung der Inanspruchnahme der zentralen Versorgungseinrichtungen durch ältere Abhängigkeitskranke werden die Routinedaten der Psychosozialen Suchtberatungsstelle des Diakonieverbandes Reutlingen (PSB DV; Dokumentationssystem Ebis, PATFAK), des baden-württembergischen Verbandes für Prävention und Rehabilitation (PSB bwlv, Dokumentationssystem PATFAK) und der Kliniken ZiP Südwürttemberg und PP.rt (Dokumentation des Medizincontrolling Bado, Medicare) genutzt.

Datenauswertung

Es werden die Daten zu den Hauptdiagnosen F10, F13 (ohne F17) der Altersgruppen 60-64 Jahre und über 65 Jahre in den Zeiträume 2007-2009 und 2010-2012 erhoben.

Qualitative Datenerhebung

Zur Erhebung der Versorgungsdefizite und hausärztlichen Anforderungen an das Alten- und Suchthilfesystem werden Protokolle und schriftliche Anmerkungen auf FAX Antwortformularen und Evaluationsbögen ausgewertet. Eine entsprechende Fokussierung bei der Protokollierung durch die Projektmitarbeiter war gegeben. Für die qualitative Auswertung wurden folgende Protokolle genutzt:

Telefonprotokolle mit Hausarztpraxen (Ärzte, FA)

Datengrundlage: Telefonate mit 182 HÄ in 135 Einzel- und Gemeinschaftspraxen. In den Telefonaten wurden die Praxismitarbeiter über die Projektmaßnahmen informiert und konkrete Terminabsprachen für Praxisfortbildungen getroffen. Die Gespräche wurden protokolliert (Datum, Gesprächspartner, aktueller Status der Terminvereinbarung, sonstige Vereinbarungen und Anforderungen) und in einer Excel Tabelle dokumentiert.

FAX Antworten

Datengrundlage: Von 135 Praxen haben 31 Praxen das FAX Antwortschreiben genutzt. Die handschriftlich eingefügten Anmerkungen wurden ausgewertet.

Praxisfortbildungen

Datengrundlage: Fortbildungsprotokolle von 28 Fortbildungen.

T1, T2, T3 Evaluationsbögen

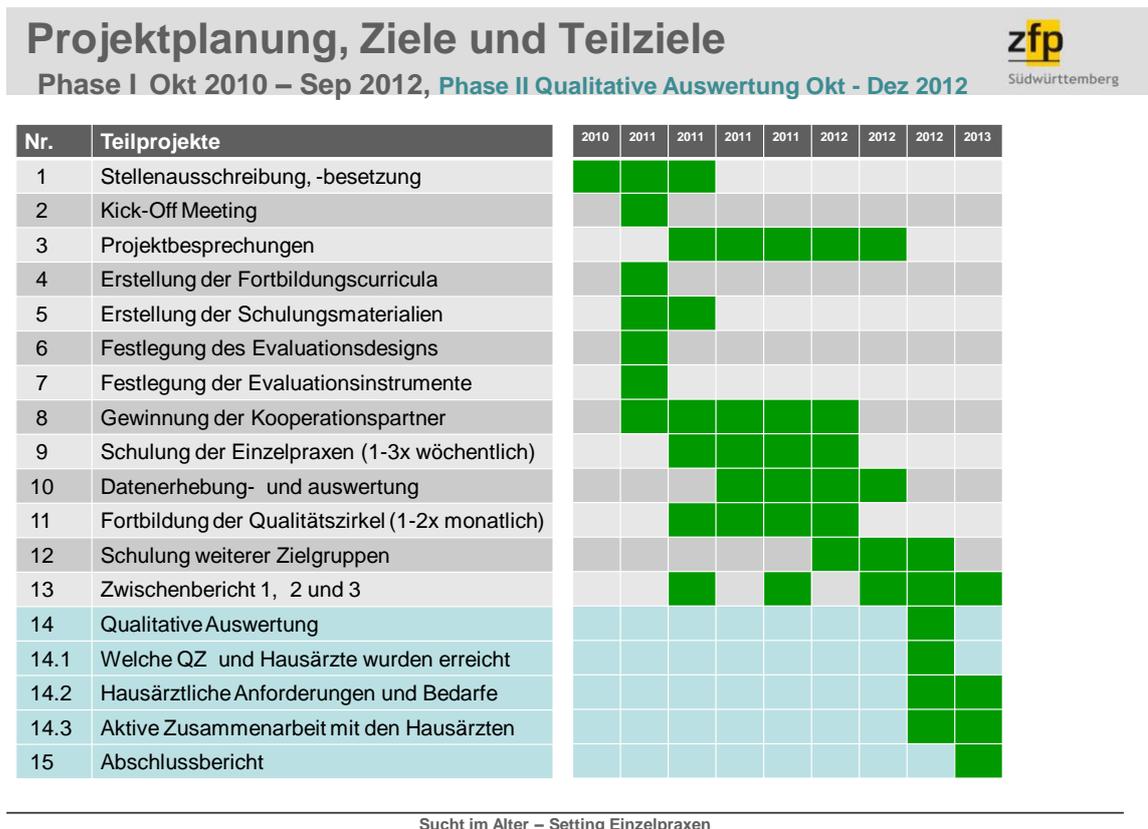
Datengrundlage: Handschriftlich eingefügte Anmerkungen (N=47) auf 99 Evaluationsbögen.

Fortbildungsprotokolle der hausärztlichen Qualitätszirkel
 Datengrundlage: Gedächtnisprotokoll von 6 HQZ Fortbildungen.

Die Protokolle und Anmerkungen wurden paraphrasiert, in drei Stufen reduziert und den sich als Problembereich herauskristallisierende Domänen zugeordnet.

6 Durchführung, Arbeitsplan und Ergebnisse

Projektplanung, Ziele und Teilziele



Stellenausschreibung und -besetzung

Die Projektförderung wurde am 13.09.2010 erteilt und mit der Projektumsetzung konnte am 01.10.2010 begonnen werden. Die Zustimmung der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg wurde beantragt und erteilt. Drei Monate nach Beginn der Projektlaufzeit hat ein Mitarbeiterwechsel stattgefunden. Die Stelle musste neu besetzt werden. Die Projektumsetzung war durch flexiblen Personaleinsatz jederzeit gewährleistet. Die Besetzung der Projektstelle mit Berufsanfängern hat sich nicht bewährt.

Auftaktveranstaltung oder Kick-Off Meeting

Die Kontaktaufnahme und die Kooperation mit dem Vorsitzenden und Fortbildungsbeauftragten der Kreisärzteschaft ist planmäßig erfolgt.

Projektbesprechungen

Die Besprechungen mit der Projektleitung und mit allen Projektmitarbeitern sind im Abstand von 6 Wochen regelmäßig erfolgt und wurden protokolliert. Die Besprechungen waren insbesondere für die Abstimmung der HQZ- und Praxisfortbildungen von Bedeutung

Erstellung der Fortbildungscurricula und Erfahrungen

Die inhaltliche Konzeption der Fortbildungen für die Mitarbeiter der hausärztlichen Einzelpraxen und für die Mitglieder der HQZ wurde planmäßig erstellt. Es wurde ein Basiscurriculum mit modularem Aufbau zu folgenden thematischen Schwerpunkten entwickelt: Problemlage Sucht im Alter, Theorie-Praxis, Spezifika des Suchtmittelkonsums im Alter, Screening Instrumente, Interventionsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und zentrale Anlaufstellen im regionalen Alten- und Suchthilfesystem. Der Einstieg in die Praxisfortbildungen erfolgt fallbasiert. Anhand einer praxisbezogenen exemplarischen Beschreibung eines typischen älteren Patienten mit substanzbezogenen Störungen wird der Behandlungsauftrag analysiert und in das Thema eingeführt. Die Bausteine können praxisintern oder -übergreifend eingesetzt und der jeweiligen Fortbildungsdauer angepasst werden.

Die teamorientierte und praxisübergreifende Fortbildung von Ärzten und FA hat sich bewährt. Die quantitativen Ergebnisse der Fortbildung zeigen nachhaltige positive Veränderungen in der Selbsteinschätzung im Wissens- und im Kompetenzbereich. In der qualitativen Auswertung der Fortbildungsprotokolle wird im Vergleich zur Fortbildung der Qualitätszirkel ein hohes Maß an Interaktion zwischen den Teilnehmern der teamorientierten und/oder praxisübergreifenden Fortbildungen von Ärzten und FA deutlich. In der qualitativen Auswertung wurden von beiden Professionen (Ärzte und FA) professionsspezifische Module vorgeschlagen. Dadurch können, nach den Vorstellungen der Teilnehmer, die Fortbildungen inhaltlich präziser fokussiert, berufsgruppenintern und/ oder parallel genutzt werden (siehe Anhang, Tab. 2).

Erstellung der Schulungsmaterialien und Erfahrungen

Die Erstellung der Materialien hat sich aufgrund eines personellen Wechsels um drei Monate verzögert und wurde im Juni 2011 abgeschlossen. Die Bausteine zur Problemlage, Diagnostik, zur Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit, zu den Interventionsmöglichkeiten, zum „Motivational Interviewing“ und zum regionales Versorgungssystem wurden in Form von Power Point Präsentationen aufbereitet. Es liegen eine zweistündige, eine vierstündige Fortbildungsversion und eine Kurzversion für die Fortbildung der HQZ vor. Im Baustein „Regionales Versorgungssystem“ wurde ein Überblick über die zentralen Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen im ländlichen Raum und eine zweite Version für den städtischen Raum der Versorgungsregion entwickelt.

Das modulare Fortbildungssystem hat sich bewährt. Die einzelnen Bausteine können flexibel an die teilweise sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Dauer, Teilnehmer) angepasst werden. Die unvorhergesehenen Anfragen einzelner Praxen, nach z.B. Fragebögen, Leitlinien, aufsuchenden Angeboten für spezielle Patienten, etc., wurden individuell beantwortet und nachgereicht.

Die Fortbildungsmaterialien wurden von den HQZ Moderatoren weiter kommuniziert und allen HQZ Mitgliedern zur Verfügung gestellt. Die Moderatoren der nichtteilnehmenden HQZ

haben sich ebenfalls bereit erklärt Fortbildungsinhalte und Informationen an ihre Mitglieder weiterzuleiten.

Die qualitative Auswertung der Fortbildungsprotokolle zeigt verschiedene Ansatzpunkte um den Gebrauchswert der Fortbildungen für Hausärzte und medizinische Fachangestellte zu verbessern: der im Projekt genutzte Altersbegriff (über 60 Jährige) wurde von verschiedenen Teilnehmern als stigmatisierend empfunden. Zur Verhinderung psychologischer Hemmschwellen ist hier eine alternative Begriffswahl und -definition zu prüfen und gegebenenfalls eine alternative Sprachregelung vorzunehmen.

Außerdem wurden zusätzliche strukturelle Maßnahmen, Informationen und Materialien zu folgenden thematischen Schwerpunkten gewünscht:

- Fallbesprechungen zur Schnittstellenproblematik
- Übungen zur Diagnostik und zum „Motivational Interviewing“
- Übungen zum Umgang mit aggressivem und persönlich beleidigendem Verhalten von Patienten
- Essstörungen und Kaufsucht
- Fortbildungspunkte der Landesärztekammer („sonst machen wir immer Fortbildungen die keiner braucht“)
- Tagungsmappen (incl. Skript, Adress- und Telefonlisten) zur Vor- und Nachbereitung
- Ausreichende Pausen zwischen den Fortbildungsbausteinen (siehe Anhang, Tab. 2)

Evaluationsdesigns und Evaluationsinstrumente

Das Evaluationsdesign und die Fragebogen (T1,T2,T3) zur Evaluation der Fortbildungen wurden planmäßig in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (Förderung: Baden-Württemberg Stiftung: Projekt Sucht im Alter, Früherkennung und –intervention im Setting Altenhilfe und somatische Krankenhäuser) entwickelt und fertig gestellt. Die Daten werden an 3 Meßzeitpunkten erhoben (Basisschulung: T1=vor der Fortbildung; T2=direkt nach der Fortbildung; T3=6 Monate nach erfolgter Basisschulung). Die Fragebogen wurden vor und nach den Fortbildungen an die Schulungsteilnehmer ausgeteilt. Das Deckblatt der Fragebögen enthält eine schriftliche Instruktion und eine Schulungs-ID zur individuellen Zuordnung der Teilnehmer.

Die Fragebogenerhebung an drei Meßzeitpunkten hat sich bewährt. Die Fragebögen waren im gegebenen Zeitrahmen von den Teilnehmern gut zu bearbeiten. Der Rücklauf lag an allen drei Meßzeitpunkten nahezu bei 100 %.

Auf die geplante Prä-/Post Evaluation in den Qualitätszirkeln wurde aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit der Veranstaltungen verzichtet.

Gewinnung der Kooperationspartner: Zeitlicher Ablauf

Persönliche Information des Vorsitzenden der Kreisärzteschaft am 25.10.2010

Im ersten Abstimmungsgespräch zwischen der Projektmitarbeiterin und dem Vorsitzenden der Kreisärzteschaft wurde eine kritische Einschätzung in Hinsicht auf die Praxisrelevanz des Themas und Skepsis bzgl. der Umsetzbarkeit der Projektidee deutlich. Folgende kritischen Argumente wurden formuliert:

- Es besteht zu wenig hausärztlicher Handlungsbedarf aufgrund niedriger Fallzahlen.
- Die erforderlichen Personalressourcen von Ärzten und medizinischen Fachangestellten sind in den Hausarztpraxen nicht gegeben.

- Medizinische Fachangestellte verfügen über keine berufsspezifischen Kompetenzen und sind für die eigenständige Gesprächsführung mit Patienten nicht zuständig: „ Sie sind dafür nicht verplanbar, sind zu teuer und führen keine Gespräche. Diagnosen und Therapien laufen über den Arzt bzw. sind ärztliche Aufgaben“.
- Die Beteiligung von Hausarztpraxen an parallel in der Versorgungsregion laufenden Projekten (zB. zur Sturzprävention) binden in erheblichem Umfang die begrenzten Zeitressourcen der Hausärzte.

Fortbildung der Kreisärzteschaft, Ärztehaus Reutlingen am 23.02.2011

Die Projektidee und die Projektinhalte wurden im Rahmen einer Fortbildung der Kreisärzteschaft zum „Aktuellen Stand der Alterspsychiatrie“ im Ärztehaus Reutlingen von den Projektleitern vorgestellt. An der Veranstaltung haben 70 Ärzte aus der Versorgungsregion Reutlingen und Tübingen teilgenommen.

Informationsschreiben an alle Fachärzte für Allgemeinmedizin im März 2011

In einem Informationsschreiben an die Fachärzte der Versorgungsregion (N=182) wurden alle über die Projektziele und -maßnahmen informiert. Den Praxisinhabern und ihren Mitarbeiterinnen wurden insgesamt vier verschiedene Fortbildungsvarianten angeboten:

- Teamorientiert, in der Einzelpraxis (2 oder 4 stündig)
- Teamorientiert und praxisübergreifend in der Einzelpraxis oder im Ärztehaus oder im Suchttherapiezentrum (4 stündig)
- Berufsgruppenorientiert, für medizinische Fachangestellte (4 stündig)
- Berufsgruppenorientiert, für Hausärzte im Qualitätszirkel (45min)

Zur Anmeldung der Fortbildungsteilnahme wurde ein FAX- Antwortschreiben beigefügt. Die Verschickung der Informationsschreiben und die telefonische Kontaktaufnahme mit den Hausärzten und Moderatoren der HQZ ist in drei Tranchen erfolgt. Die konkreten Terminabsprachen und die Vereinbarung spezifischer Teilnahmemodalitäten sollten durch Nutzung der FAX-Antwort oder durch die telefonische Absprache mit den Projektmitarbeiterinnen eine Woche nach Erhalt des Informationsschreibens erfolgen. Absagen wurden nur von den Hausärzten selbst entgegengenommen.

Durch das Fortbildungsangebot in den HQZ sollte die Zahl der Absagen reduziert werden. Es wurde erwartet, dass ein Teil der Ärzte diese zeitlich ökonomische Variante bevorzugt wählen würde.

Es hat sich gezeigt dass die alleinige schriftliche Information über die Projektziele und –maßnahmen nicht ausreichend war. Die Inhalte des Informationsschreibens wurden nur eingeschränkt zur Kenntnis genommen. Das in der Anlage beigefügte FAX-Antwortschreiben zur Anmeldung der gewählten Fortbildung (45min, 2 Stunden oder 4 Stunden) wurde nur selten und häufig erst nach telefonischer Aufforderung genutzt (N= 31 FAX Bögen aus 135 Praxen mit 182 Hausärzten).

Telefonische Kontaktaufnahme von April - Dezember 2011

Um die Inanspruchnahme der Fortbildungen zu erhöhen wurden eine Woche nach der schriftlichen Information alle Hausärzte (N=182) von den Projektmitarbeitern telefonisch kontaktiert. Dazu waren ca. 500 Telefonate mit 135 Hausarztpraxen erforderlich:

- In 48 Praxen 0 bis 2,
- in 60 Praxen 3 bis 5,
- in 21 Praxen 6 bis 10 ,
- in 6 Praxen 11 und mehr Telefonate.

Die zur Organisation der Fortbildungen erforderlichen Absprachen waren mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Der hohe Anteil an Teilzeitkräften unter den medizinischen Fachangestellten der HA Praxen hat die Kommunikation und Absprache der Fortbildungstermine zusätzlich erschwert.

Informationsschreiben an alle Moderatoren der HQZ im März 2011

Die Empfehlung des Vorsitzenden der Kreisärzteschaft in der ersten Projektphase die Moderatoren der HQZ zu gewinnen wurde aufgenommen und umgesetzt. Die Fachgremien sollten zur Fortbildung genutzt werden und die thematischen Inhalte sollten dadurch flächendeckend in die Praxen weiter kommuniziert werden können. Die Moderatoren wurden in ihrer spezifischen Funktion im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung über das spezifische Fortbildungsangebot für HQZ durch die Projektmitarbeiter informiert. Nur durch diese telefonische und/oder persönliche Kontaktaufnahme der Projektmitarbeiter mit den Hausärzten konnte der vergleichsweise hohe Erreichungsgrad erzielt werden. Die Autorisierung der Projektmitarbeiter durch die leitenden Ärzte der regionalen klinischen Suchtkrankenversorgung und ihre Fachkompetenz waren Türöffner und Voraussetzung für die erfolgte Zusammenarbeit

Für die Projektumsetzung war die Unterstützung des Vorsitzenden der Kreisärzteschaft und der Moderatoren der HQZ von zentraler Bedeutung. Der Zugang zu diesen „Schlüsselpersonen“ war durch die Projektträgerschaft des ZfP Südwürttemberg und durch das Engagement der Klinikleiter in der Versorgungsregion möglich.

6.1 Fortbildung der Einzelpraxen

Zwischen August 2011 und April 2012 wurden 51% der hausärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen (N=135) der ländlichen und städtischen Versorgungsregion mit den Fortbildungsinhalten erreicht. 40 % der 182 Hausärzte haben eine Fortbildung in Anspruch genommen (25 % in HQZ Fortbildungen, 15% in Einzelpraxen vor Ort oder praxisübergreifend, siehe Anlage 4 und 5).

Die erste Praxisfortbildung wurde nach einer Verzögerung von drei Monaten im dritten Quartal 2011 durchgeführt. In enger Kooperation mit dem Moderator des HQZ No 2 wurden zwei praxisübergreifende Fortbildungen im Ärztehaus Reutlingen durchgeführt. Die HQZ Mitglieder wurden von der Projektleitung und vom Moderator des HQZ No 2 zusätzlich informiert. Die Organisation der Fortbildung wurde von Seiten des HQZ Moderators übernommen. An dieser praxisübergreifenden Fortbildung haben überwiegend medizinische Fachangestellte teilgenommen. Die Praxisfortbildungen wurden von einer oder zwei Projektmitarbeiterinnen gemeinsam durchgeführt. Dabei wurde stets auf die praxisorientierte Präsentation der Fortbildungsinhalte geachtet. Die Verteilung der Personalressourcen, insbesondere bei der Durchführung der Praxisschulungen, hat ein hohes Maß an Flexibilität und Fachkompetenz von den zur Verfügung stehenden Projektmitarbeitern erfordert.

Aufgrund unterschiedlicher Sprech- und Arbeitszeiten der Hausarztpraxen waren die für mittwochnachmittags geplanten Fortbildungen nicht umsetzbar. Die Fortbildungsmodalitäten wurden deshalb nach dem Bedarf der Praxen ausgerichtet. Für die individuelle Abstimmung der Termine via Telefon, Mail und FAX-Schreiben waren viel Zeit und personelle Ressourcen erforderlich.

6.2 Quantitative Datenerhebung und – auswertung der Praxisfortbildungen

Die quantitative Datenerhebung in den Praxisfortbildungen ist planmäßig an den drei

festgelegten Messzeitpunkten erfolgt. Die Auswertung der Evaluationsbögen war zum 30.09.12 abgeschlossen.

Fortbildungsteilnehmer

Insgesamt wurden 101 Mitarbeiter (27 Ärzte, 74 medizinische Fachangestellte) aus 28 Hausarztpraxen und 45 Ärzte in sechs hausärztlichen Qualitätszirkeln (HQZ) fortgebildet. Von 101 ärztlichen (27) und nichtärztlichen (74) Fortbildungsteilnehmern liegen 100 Evaluationsbögen (T1, T2, T3) vor und konnten ausgewertet werden.

Problemrelevanz

Auf der Basis der subjektiven Schätzzahlen (N=99 Evaluationsbögen) der Fortbildungsteilnehmer werden durchschnittlich 63 über 60Jährige abhängigkeitskranke Patienten pro Quartal in jeder der 28 Praxen (N=1.736 Patienten im letzten Quartal) behandelt. Die Schätzzahl der Ärzte lag dabei um 50 % niedriger als die Schätzzahl ihrer medizinischen Fachangestellten.

Fortbildungsergebnisse

In nahezu allen Kategorien der Fortbildung ist ein Zuwachs in der subjektiven Selbsteinschätzung der Teilnehmer (Wissen 44%, Kommunikation / Selbstwirksamkeit 30%, Kenntnis des alterspsychiatrischen- und Suchthilfesystems 66%, fachliche Ansprechpartner 28%) durch die Fortbildung erfolgt (siehe Anlage 4).

Quantitative Ergebnisse der Praxisfortbildungen, Datenbasis: N=99 Evaluationsbögen

Kategorie	T1	T2	T3	Ergebnis
Kenntnis des alterspsychiatrischen- und Suchthilfesystems				
Weiß, welche Hilfeangebote es für ältere Sucht- und Abhängigkeitskranke gibt	24%	94%	90%	+ 66%
Habe bei Sucht- und Abhängigkeitsproblemen fachliche Ansprechpartner für mich	49%	88%	77%	+ 28%
Wissen				
Schätze meine Wissen als gut ein	38%	80%	82%	+ 44%
Kommunikative Kompetenz und Selbstwirksamkeitsüberzeugung				
ich weiß wie ich mit Betroffenen über Suchtproblem ins Gespräch kommen kann	27%	65%	62%	+ 35%
Ich weiß, wie ich mit Angehörigen über Suchtprobleme ins Gespräch kommen kann	32%	69%	65%	+ 33%
Meine Sicherheit bei Suchtproblemen unserer Patienten schätze ich als gut ein	44%	66%	73%	+ 29%
Interesse				
Das Thema ist für meine Tätigkeit von wichtiger Bedeutung	88%	87%	78%	- 10%
Bin am Thema interessiert	97%	90%	88%	- 9%
Schätzzahl, durchschnittliche Anzahl älterer Suchtkranker pro Quartal				
Ärzte und Fachangestellte (N=99)				63 Patienten
nur Ärzte (N=17)				45 Patienten

6.3 Fortbildung der hausärztlichen Qualitätszirkel (N=12)

Die Hausärzte der Versorgungsregion sind in insgesamt 12 HQZ organisiert. Ihre Moderatoren wurden schriftlich und persönlich durch die Projektmitarbeiter informiert. Bereits bestehende Kontakte zu engagierten HQZ Moderatoren haben den Zugang erleichtert. Alle Terminvereinbarungen sind individuell und in Absprache mit den Moderatoren erfolgt. Die Durchführung der Fortbildungen in den Qualitätszirkeln wurde von den Projektleitern übernommen.

Die Entscheidungsfindung über die Fortbildungsteilnahme der HQZ wurde demokratisch von den jeweiligen HQZ Teilnehmern getroffen. Nachdem die Zeitplanung und die thematische Festlegung der 4 x jährlich stattfindenden HQZ bei Projektbeginn zum großen Teil bereits abgeschlossen war, konnte der meist „unplanmäßige thematische Einschub“ zur „Sucht im Alter“ nur in einem aufwändigem Abstimmungsprozess erzielt werden.

Die Fokussierung (Asthma, Diabetes, Psychosomatische Erkrankungen) und die Zusammensetzung der 12 HQZ in der Versorgungsregion waren sehr unterschiedlich. Insbesondere in den ländlichen Regionen war eine fachbereichsübergreifende Zusammensetzung der Teilnehmer (Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologie, etc.) gegeben.

Zwei HQZ haben sich mit spezifischen thematischen Schwerpunkten (Diabetes und Psychosomatik) beschäftigt. Die Zielgruppe hat sich damit um 2 HQZ reduziert (N=10). Von diesen 10 HQZ haben 6 HQZ die Fortbildung in Anspruch genommen. Eine HQZ Fortbildung konnte aufgrund der frühen Terminierung durch den Moderator von den Projektmitarbeitern nicht durchgeführt werden.

Ergebnis

Insgesamt wurden 60% der HQZ in der Versorgungsregion mit 45 Hausärzten aus 40 Einzel- und Gemeinschaftspraxen fortgebildet. 6 HQZ haben die Fortbildung (Dauer: 4 x 45min und 2 x (HQZ übergreifend) 120min) in Anspruch genommen.

Die Teilnahmequote an den HQZ Fortbildungen lag bei über 50%. Durchschnittlich wurden 53% (N=45) der Mitglieder der teilnehmenden Qualitätszirkel (N=6) erreicht. Die Anwesenheitsquote war in Stadtnähe am höchsten: 54% im HQZ 3, 83% im HQZ 2 und 100% im HQZ 1. In den ländlichen Regionen war themenbedingt, aufgrund der facharztübergreifenden Zusammensetzung, eine z.T. hohe Abwesenheitsquote der Mitglieder zu verzeichnen.

Es haben 5 Ärzte an der HQZ Fortbildung und an der teamorientierten Praxisfortbildung teilgenommen.

Aus der Gruppe der nicht teilnehmenden HQZ haben 15 Ärzte teamorientierte Praxisfortbildungen mit insgesamt 60 Teilnehmern (Ärzte und FA) in Anspruch genommen. Ca. 60% der Gesamtteilnehmerzahl der Praxisfortbildungen wurde aus dieser Gruppe rekrutiert. Damit wurde die Versorgungsregion flächendeckend erreicht (siehe Anhang, Tab.6). Die Kommunikation und Migration der Inhalte zur „Sucht im Alter“ in die HQZ und in die Praxen der Nichtteilnehmer war dadurch möglich.

Die Einbindung verschiedener HQZ in andere, bereits laufende Projekte zur Sturzprophylaxe u.a. (Träger: Deutschen Krebsforschungszentrum, Robert Bosch Stiftung, u.a.) und die thematische Festlegung einzelner HQZ haben die zeitlichen Ressourcen der HÄ gebunden und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme der Fortbildungen zur „Sucht im Alter“ aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen gesenkt. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie sollte deshalb bei jeder Projektplanung im Vorfeld geklärt werden, in welchem Umfang, mit

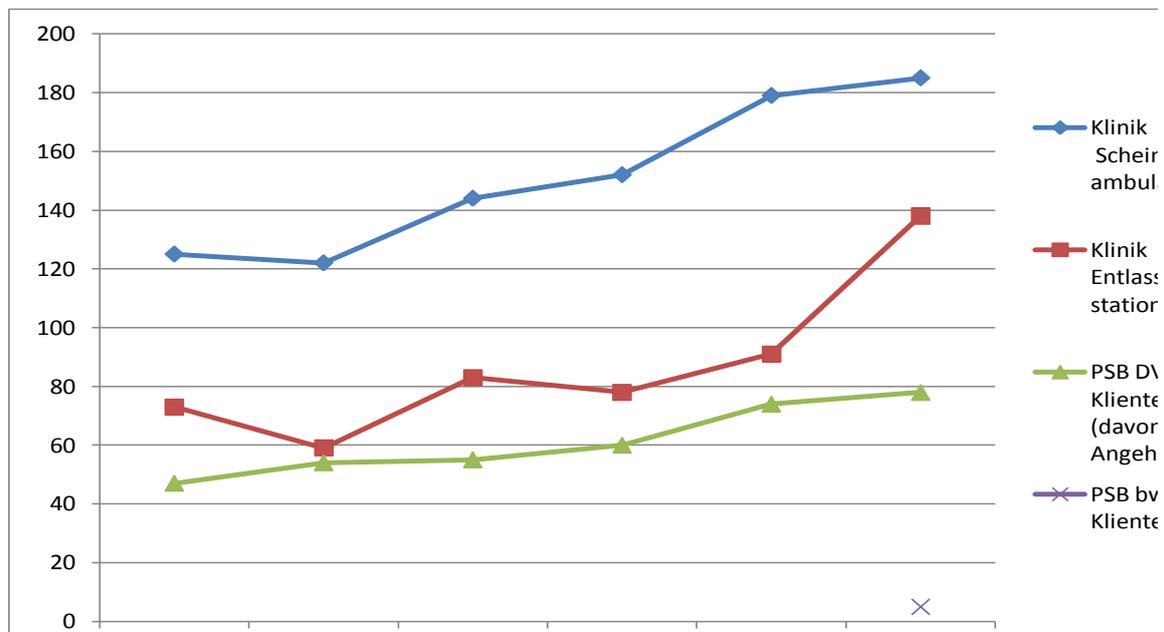
welchen Mitteln und in welchem Zeitraum entsprechende Fortbildungen realisiert werden können.

6.4 Inanspruchnahme der zentralen Versorgungseinrichtungen des regionalen Suchthilfesystems durch über 60Jährige

Eine Auswertung der statistischen Routinedaten der regionalen Beratungsstellen (PSB DV, PSB bwlv) und der psychiatrischen Kliniken (PP.rt, KPP Z) in den Zeiträumen 2007-2009 und 2010-2012 wurde vorgenommen. Dabei zeigt sich, dass die Inanspruchnahme der ambulanten, tagesklinischen und stationären klinischen Behandlungsangebote über den ganzen Zeitraum hinweg am höchsten ist. Die ambulanten, tagesklinischen und stationären Behandlungsangebote sind die zentralen Behandlungseinrichtungen für ältere Abhängigkeitskranke. Insbesondere im stationären Klinikbereich ist eine steigende Tendenz vom Jahr 2011 auf 2012 zu verzeichnen.

Die Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände erreichen im Jahr 2012 ca. 1/6 (N=53) des Patientenaufkommens (60+) im klinischen Bereich (N=323). Ob es sich hierbei um unterschiedliche Subgruppen handelt bzw. wie groß die Zahl der in beiden Settings Behandelten ist, kann aufgrund der getrennten Erhebungsinstrumente nicht geklärt werden. In den Routinedaten der PSBen werden Klienten und Angehörige nicht gesondert dokumentiert. Erfahrungsgemäß handelt es sich bei ca. 1/3 der dokumentierten Klienten um Angehörige Abhängigkeitskranker. Die Drogenberatungsstelle des bwlv wird von der Zielgruppe (60+) nur in wenigen Einzelfällen in Anspruch genommen.

Inanspruchnahme der psychiatrischen Kliniken und Beratungsstellen (PSBen) durch über 60Jährige Abhängigkeitskranke (HD F10, F13 ohne F17)



6.5 Qualitative Datenerhebung und -auswertung

Die Telefonate mit Hausärzten und ihren medizinischen Fachangestellten zum Zwecke der Terminabsprachen und die Praxis- und Qualitätszirkelfortbildungen wurden von den Projektmitarbeitern protokolliert. Dabei wurde auf die versorgungsspezifischen Bedarfsanzeigen und Anforderungen der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter der hausärztlichen Einzelpraxen fokussiert.

Für die qualitative Auswertung wurden die Gesprächsprotokolle und die schriftlichen Anmerkungen auf den FAX-Antwortschreiben und Evaluationsbögen ausgewertet. Die Auswertung ist in der Projektverlängerungsphase von Oktober bis Dezember 2012 erfolgt. Zur Verfügung standen:

- FAX-Antwortformulare: schriftlichen Anmerkungen auf 31 FAX-Bögen von 135 Praxen
- Telefonprotokolle: Telefonate mit Ärzten (N=182) und FA aus 135 Hausarztpraxen, HQZ Moderatoren (N=12)
- Fortbildungsprotokolle (N=28) der teamorientierten Praxis- und HQZ Fortbildungen
- Evaluationsbogen (T1,T2,T3) der teamorientierten Praxisfortbildungen: schriftliche Anmerkungen der Teilnehmer (47 Anmerkungen auf 99 Evaluationsbögen)
- Fortbildungsprotokolle der HQZ Fortbildungen (N=6)

Fortbildung hausärztlicher Qualitätszirkel

Insgesamt zeigte sich ein hohes Maß an Problembewusstsein auf Seiten der teilnehmenden Hausärzte. Das vorwiegende Selbstverständnis der Hausärzte als Kompetenzträger mit Steuerungsfunktion im Behandlungsprozess wurde deutlich.

In mehreren HQZ ist eine differenzierte Diskussion des Zusammenhangs zwischen „Low dose Abhängigkeit und Lebensqualität“ erfolgt.

Die von den Moderatoren gewählte didaktische Methode (wenig Zeit, frontale Vorträge) für die HQZ Fortbildungen hatte mitunter einen niedrigen Interaktionsgrad zur Folge. Die Erwartungen der Teilnehmer nach validen wissenschaftlichen Studienergebnissen konnten von den Projektleitern aufgrund der unzureichenden empirischen Studienlage nicht vollständig erfüllt werden.

Desweiteren wurde eine stärkere Berücksichtigung der Nikotinabhängigkeit im Fortbildungscurriculum und in der konkreten Versorgung für notwendig erachtet. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Möglichkeiten zur direkten, kurzen und effektiven Absprache mit medizinisch kompetenten Gesprächspartnern im Sucht- und Altenhilfesystem für die Versorgung der Patienten in den Hausarztpraxen notwendig aber nicht ausreichend gegeben sind.

Hausärztliche Anforderungen und Bedarfe

Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass Hausärzte mit älteren Abhängigkeitskranken (60+) in ihren Praxen in unterschiedlichster Form konfrontiert sind.

Die subjektiven Schätzzahlen am Meßzeitpunkt T1 ergeben bei 1/3 der teilnehmenden Praxen (N=9) einen Patientenanteil der über 60 Jährigen von über 70%. Die Schätzzahlen

pro Praxis und Quartal liegen zwischen 45 (Schätzzahl Ärzte) und 69 Patienten (Schätzzahl med. FA).

Die hausärztliche Behandlung älterer Abhängigkeitskranker, insbesondere multimorbider älterer Patienten, ist durch einen erhöhten Diagnose-, Beratungs- und Behandlungsbedarf gekennzeichnet. Spezifische Behandlungsanforderungen und Begrenzungen aufgrund der altersbedingt eingeschränkten Verstärkerbilanz auf Seiten der Patienten und Angehörigen werden formuliert. Der Aufbau von kurzfristig wirksamen und alternativen Verhaltensweisen erscheint den Praxismitarbeitern insgesamt schwieriger zu sein als bei jüngeren Patientengruppen. Die Fortbildungsteilnehmer berichten über insgesamt fünf verschiedene Problembereiche:

A Ressourcenknappheit und Prävalenzen

134 Hausärzte begründen ihre Entscheidung die Fortbildungen nicht in Anspruch zu nehmen mit fehlenden finanziellen, zeitlichen und persönlichen Ressourcen (berufsbedingten psychischen und physischen Belastungen).

Ressourcenknappheit (siehe Anlage 6)

... habe kein Fortbildungsinteresse,	HQZ N=11	Praxis N=28	Telefon N=182	FAX N=31	T1,T2,T3 Anmerkungen N=47
aufgrund von Ressourcenmangel (Zeit, Geld, Personal) und hoher psychischer und physischer Belastung	2	9	134	18	1
Das Thema hat keine Relevanz, der Anteil der Zielgruppe (60+) ist zu niedrig	2		10	8	1
Bin informiert			10	2	
Die Arbeitsbelastung der FA ist zu hoch				2	
Andererseits ...					
70% meiner Patienten sind über 60 J	1	9	16	2	
Die Behandlung Älterer ist schwieriger ,auch aufgrund der negativen Verstärkerbilanz		6			
Subjektive Schätzzahl Abhängigkeitskranker pro Quartal (T1)		45(Ärzte) 69 (FA)			

B Low Dose Medikamentenabhängigkeit, Diagnostik, Änderungsmotivation

In ca. 30% der Praxisfortbildungen wird die selbst „verordnete“ Low Dose Abhängigkeit als zentrales Problem gesehen. Eine besondere Herausforderung stellt hier die Abhängigkeit von Benzodiazepinen dar.

Im Setting Pflegeheime werden „nahezu 100%“ der diagnostizierten Abhängigkeits-erkrankungen (BZN und Schlafmittelabhängigkeit) durch FA und HA verordnet. „Bewohner werden ruhig gestellt“ (Quelle: Fortbildungsprotokoll). Die zunehmende Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der Pflegeheimbewohner durch die Verkürzung der Liegezeiten in den somatischen Krankenhäusern und durch den Ausbau ambulanter Dienste in den letzten 10 Jahren führt zu einer pflegerischen und ärztlichen Herausforderung. Durch die Verordnung von Medikamenten wird die Überforderung des Pflegepersonals mit pflegerischen Aufgaben und durch fehlende Personalressourcen kompensiert.

Im Setting der ambulanten Praxen werden „nahezu 50 % der diagnostizierten BZN und Schlafmittelabhängigkeiten durch Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Hausärzte, häufig auf Privatrezepten verordnet“ (Quelle: Fortbildungsprotokoll).

Real existierende Therapiezielkonflikte z.B. beim Diazepam Entzug bei über 80Jährigen, „... da sehe ich keinen Gewinn...“, (Quelle: Fortbildungsprotokoll), diagnostische Probleme aufgrund begrenzter Zeitressourcen und häufig vorhandene Multimorbidität der Patienten charakterisieren die Rahmenbedingungen von Ärzten und Praxismitarbeiterinnen unter denen eine leitliniengerechte Behandlung notwendig aber schwer machbar zu sein scheint.

Nach Selbmann (2013) sind Leitlinien (z.B. AWMF) systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und dem behandelnden Arzt und seinem Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung in einer spezifischen Krisensituation erleichtern. Je höher das Lebensalter und je größer die klinische Komplexität desto häufiger sind jedoch aufgrund der Multimorbidität bei über 65 Jährigen Leitlinienverletzungen zu verzeichnen. Ursächlich für die Nichtbeachtung der Leitlinien sind insbesondere:

1. Die Wahl des Patienten aufgrund der kurzfristig wirksamen Substanz
2. Die bestehende Komorbidität vor der Behandlung
3. Nebenwirkungen unter der Therapie (Schlaflosigkeit, Unruhe, depressive Verstimmungen)
4. Die Machbarkeit und eingeschränkte Fähigkeit des Leistungserbringers, (die fehlende Möglichkeit suchtspezifischer Frühinterventionen, das Fehlen von Änderungsmotivation, die Möglichkeit zur Überleitung an Spezialisten zur Bearbeitung von Abhängigkeitserkrankungen bei Älteren).

Die zum Ausdruck gebrachte Sichtweise der Fortbildungsteilnehmer zeigen die Komplexität der suchtspezifischen Behandlung Älterer und macht den Bedarf an individualisierten Therapiekonzepten deutlich.

Low Dose Medikamentenabhängigkeit: Diagnostik, Änderungsmotivation (siehe Anlage 5)

... das primäre Problem ist die Low Dose Abhängigkeit: Diagnostik und Änderungsmotivation	HQZ N=11	Praxen N=28	Telefon N=182	T1,T2,T3 Anmerkungen N=47
Die Low Dose Abhängigkeit bei Hochaltrigen (70+)		6		
Die zu 100% durch HÄ und FÄ verordnete BZN und Schlafmittelabhängigkeit in Pflegeheimen		3		
Die zu 50% verordnete BZN Abhängigkeit in Praxen		1		
Die Diagnostik bei Älteren ist schwieriger	1	8		1
„Motivational Interviewing“ ist keine hausärztliche Aufgabe, dafür ist keine Zeit		7		
Die Änderungsmotivation bei BZN Abhängigen ist nicht herstellbar		5	1	
Habe keine professionelle Strategie zur Initiierung einer Verhaltensänderung beim älteren Patienten zur Verfügung		6		
Abhängiges Verhalten ist schwer anzusprechen		3		
Habe ein Fortbildungsinteresse zu: <ul style="list-style-type: none"> • Tilidin, BZN und Lexotanil Verordnungspraxis klinisch und ambulant • praktischen Kooperation von Klinik und HAPraxis 	3	5		
Medikamente sind als Heilmittel indiziert, z.B. bei Schlafstörungen, in Menopause	1	1		

C Chronisch Mehrfach beeinträchtigte Abhängige (CMA)

Die Behandlung älterer Abhängigkeitskranker erscheint aus Sicht der Fortbildungsteilnehmer als „sekundäres und einfaches Problem“. Bei der Behandlung alkoholabhängiger CMA Patienten wird der hausärztliche Bedarf nach begleitender aufsuchender Beratung, Versorgung und z.T. fachärztlicher Behandlung deutlich. Die zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren und Techniken für „motivationale“ Gespräche sind aufgrund der gegebenen medizinischen und psychosozialen „Problembündel“ nur bedingt einsetzbar.

Die Definition der „normalen und riskanten Konsummengen für Ältere“, („...bis zu 50mg Alkohol tgl. sind vertretbar...“), war wiederholt Thema in den Fortbildungen und wurde kritisch diskutiert. Im Setting Pflegeheim wurde in Einzelfällen „der tägliche Konsum von 2-3 l Wein durch Heimbewohner“, beschrieben (Quelle: Fortbildungsprotokoll).

Chronisch Mehrfach Beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (siehe Anlage 6)

... Chronisch Mehrfach Beeinträchtigte Abhängige	HQZ N=11	Praxis N=28	T1,T2,T3 Anmerkung N=47
Alkoholabhängigkeit ist ein einfaches Problem		2	
Abhängiger Alkoholkonsum (2 l Wein tgl.) von Bewohnern in Pflegeheimen ist bekannt		1	
Die Interaktion und Versorgung ist schwierig		5	
Die Kooperation mit dem Suchttherapiezentrum und der PIA für Ältere ist hilfreich		5	
Sind für Entzugsbehandlungen, insbesondere in der „Psychiatrie“, nicht zu motivieren		4	
Die Befugnisse und die Handlungskompetenzen der medizinischen FA sind begrenzt ...		2	1
Haben keine Compliance, die Anbindung der Patienten an die FA Praxis ist gering, die Patienten sind nach 3 Monaten wieder in der HA Praxis		1	
• ambulant betreute Wohnmöglichkeiten		11	
• Aufsuchende Suchtberatung		6	
• Besichtigung, Kennenlernen des Suchttherapiezentrums		4	

D Hausärztliche Anforderungen an das Versorgungssystem

Die qualitativen Ergebnisse (Datenbasis: 11 Praxen) zeigen, dass Techniken des „Motivational Interviewing“ von engagierten Fortbildungsteilnehmern insgesamt als „zu aufwändig“ und wenig praktikabel betrachtet werden.

An den Schnittstellen zu den alters- und suchtpsychiatrischen Ambulanzen und stationären Behandlungseinheiten wird die zeitnahe Aufnahme von Patienten, kurze Wartezeiten und die direkte Erreichbarkeit medizinisch kompetenter Ansprechpartner zur telefonischen Abklärung von Diagnose und Therapie gefordert. Desweiteren wird die zeitnahe Information und Kommunikation in Form von Arztbriefen, FAXEN, Telefonaten über die definierten therapeutischen Maßnahmen gewünscht.

An der Schnittstelle zur den PSBen ist insbesondere die zeitnahe Bearbeitung und Unterstützung bei Antragsverfahren sowie die verlässliche Erreichbarkeit der Mitarbeiter von

Bedeutung. Hier besteht aus dem Blickwinkel der Hausärzte erheblicher Verbesserungsbedarf (siehe Tab. 5 und Anlage 5)

Multidisziplinäre Suchttherapiezentren unter Einbezug der Sucht- und Alterspsychiatrie werden als Gewinn betrachtet. Auch suchtspezifisch weitergebildete hausärztliche Behandler profitieren hier durch in den Zentren vorgehaltene Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit psychiatrischen Zusatzerkrankungen. Die arbeitsteilige Kooperation wird als Vorteil und als unverzichtbarer Bestandteil zur qualifizierten Weiterbehandlung und Versorgung gesehen.

Die zentrale Anforderung zur Verbesserung der Versorgung wird in der Optimierung der Überleitungsprozesse (zwischen Klinik / HA; Pflegeheim / HA; Ambulanzen / HA & PSBen / HA) und der Absprachen von Behandlungszielen- und maßnahmen gesehen (siehe Tab 8).

Die Erzeugung einer Änderungsmotivation bei älteren Patienten erscheint vielen Ärzten schwerer zu sein als bei jüngeren Patienten. Eine Strategie zur Erzeugung einer Verhaltensänderung bei BZN Abhängigen wird von einem Großteil der Ärzte explizit gewünscht.

Eine nicht unerhebliche Zahl setzt keine Screening- und Kurzinterventionsverfahren ein und vertritt die Haltung das „es genügt wenn ich weiß an wen ich weitervermitteln kann“ (Rumpf, 2009).

E Informationsbedarf und Materialien

Nahezu alle Fortbildungsteilnehmer formulieren den Wunsch aufgrund der täglichen Informationsflut nicht in Form von „Flyern“ informiert zu werden. Von Interesse und wenig bekannt waren insbesondere:

- Versorgungsangebote für multimorbide, chronisch Mehrfachabhängige
- Konkrete Informationen und Angebote zu „Ambulant Betreutem Wohnen“ und „Aufsuchender Suchtberatung“
- Anlaufstellen für Ältere, insbes. Medikamentenabhängige mit eingeschränkter Gehfähigkeit
- Konkrete und regional erreichbare Angebote zur Raucherentwöhnung

Die relevanten Informationen sollen in Form einer Infokarte, mit dem Portfolio, Kontaktdaten (Telefon, Ansprechpartner) zur Verfügung gestellt werden. Für die Fortbildungsteilnehmer wurden spezifische in der Fortbildung nicht vorgehaltene Materialien konkret und individuell zur Verfügung gestellt (siehe Tab. 7).

6.6 Aktive Zusammenarbeit mit den Hausärzten

Die personen- und problemorientierte Kooperation mit den Mitarbeitern der Hausarztpraxen sowie die transparente Rückkoppelung der Projektergebnisse waren von Anfang an intendiert und gewährleistet.

Das Projekt wurde mit dem Vorsitzenden der Kreisärzteschaft besprochen. Im Anschluss wurden die Projektziele und -maßnahmen der Kreisärzteschaft vorgestellt. Die Empfehlung die Moderatoren der HQZ zu informieren, die HQZ in Kompaktform fortzubilden und als Kommunikationsplattform zu nutzen, wurde umgesetzt.

In der letzten Projektphase wurden nach dem Abschluss der Praxis- und HQZ Fortbildungen der Vorsitzende der Kreisärzteschaft und die HQZ Moderatoren vom Projektleiter und/oder der Projektmitarbeiterin persönlich über die quantitativen Projektergebnisse informiert. Die Rückmeldungen und die Verbesserungsvorschläge der Gesprächspartner wurden eingeholt und protokolliert.

Gleichzeitig wurde eine persönliche Einladung zur Vorstellung und Diskussion der quantitativen und qualitativen Projektergebnisse am 22.01.2013 ausgesprochen.

Auf Empfehlung des Vorsitzenden der Kreisärzteschaft sollte jeder HQZ 1-2 Teilnehmer in die Projektgruppe zur Diskussion der Ergebnisse delegieren. Diese Anregung wurde ebenfalls umgesetzt.

Am 22.01.2013 wurden die qualitativen Projektergebnisse den HQZ Moderatoren und Delegierten der HQZ vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Für die Veranstaltung wurden Fortbildungspunkte beantragt und von der Landesärztekammer Baden-Württemberg bewilligt. Der Verdienstausschlag der Teilnehmer wurde durch dafür im Projektantrag eingestellte Projektgelder kompensiert. An der Veranstaltung haben 6 HQZ Moderatoren und drei HQZ Delegierte vereinbarungsgemäß teilgenommen. Von den anwesenden HQZ Moderatoren hatten zwei Ärzte weder die praxisinterne noch die HQZ Fortbildung in Anspruch genommen.

Die konkreten Erfahrungen und Einschätzungen der Hausärzte mit den Fortbildungen zur „Sucht im Alter“ wurden diskutiert und das weitere Vorgehen wurde gemeinsam abgestimmt. Der Diskussionsverlauf und die hausärztlichen Anforderungen an das Versorgungssystem für ältere Abhängigkeitskranke sind protokolliert.

Es bestand der dokumentierte Wille der Projektgruppe im Rahmen eines zeitlich eng begrenzten Folgeprojektes II (Mai 2013 – Jan 2014) die Fortbildungsinhalte gemeinsam zu optimieren. Alle anwesenden HQZ Moderatoren haben sich bereit erklärt in der Projektgruppe aktiv mitzuarbeiten und die relevanten Informationen an ihre HQZ Mitglieder weiter zu kommunizieren (siehe Tab. 9 und 10, Anlage 5).

Der entsprechende Projektantrag II wurde gestellt und vom Bundesministerium für Gesundheit für den Förderzeitraum Mai 2013 bis Januar 2014 genehmigt. Die Auftaktveranstaltung hat am 09.04.2013 stattgefunden.

Die bestehende Projektgruppe beschäftigt sich mit den hausärztlichen Anforderungen an das Versorgungssystem und entwickelt geeignete und bundesweit übertragbare Lösungen.

6.7 Fortbildung weiterer Zielgruppen

Die Projekterfahrungen und –ergebnisse wurden im Rahmen von Vorträgen bei der Landesstelle für Suchtfragen Baden Württemberg, dem Fachtag für Selbsthilfgruppenleiter im Landkreis Böblingen, dem „Runden Tisch“ Sucht im Alter im Landkreis Tübingen und in den Kommunalen Suchtgiftnetzwerke der Landkreise Reutlingen (incl. Pflegekonferenz und dem Netzwerk Alterspsychiatrie), Böblingen, Esslingen, Ravensburg-Bodenseekreis und Tübingen eingebracht.

6.8 Zwischenbericht 1,2 und 3

Die Zwischenberichte für die Jahre 2010, 2011 und 2012 wurden planmäßig erstellt. Die Zwischenergebnisse in 2012 wurden im Workshop „Sucht im Alter“ am 05.06.2012 und am 14.08.12 im BMG (Referat 124) in Berlin vorgestellt (siehe Anlage 4).

6.9 Abweichungen vom Finanzierungsplan

Aufgrund des Mitarbeiterwechsels innerhalb der Projektlaufzeit musste auf vorhandene Personalressourcen im Bereich des Public Health Managements zurückgegriffen werden. Die Gehaltskosten waren dadurch höher als vereinbart.

6.10 Gemäß AN Best-P (Nr. 6.2.1 ist auf die wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Verwendungsnachweises einzugehen.

Die bedeutsamste Position im Finanzierungsplan waren die zur Durchführung der Fortbildungsmaßnahmen notwendigen Personalressourcen. Bei der Fortbildung der hausärztlichen Qualitätszirkel waren die Kompetenzen der medizinischen Führungskräfte des ZfP Südwürttemberg und der PP.rt unverzichtbar. Diese sind im Finanzierungsplan nicht explizit ausgewiesen, sollten jedoch in Form des notwendigen Eigenanteils berücksichtigt werden.

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Im Vergleich zu anderen Projekten mit ähnlichem Projektzuschnitt (Online Fortbildungen, Fragebogen, etc.) ist in der Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel zur „Sucht im Alter“ mit Unterstützung der Kreisärzteschaft ein sehr gutes Ergebnis erzielt worden (Hensler et al 2003; Mänz et al 2007, Wiesemann 2012). Der gewählte Zugang unterscheidet sich durch den Grad der regionalen Vernetzung und durch die aktive Einbindung von HQZ Moderatoren und Kreisärzteschaft.

Projektziel

Der Zugang zur Hausärzteschaft ist über die Kreisärzteschaft und über die hausärztlichen Qualitätszirkel erfolgt. In der zweiten Projektphase wurden die Moderatoren der HQZ planmäßig aktiv in das Projekt einbezogen.

Mit den Fortbildungsmaßnahmen wurden insgesamt 68 Praxen (40 in den HQZ; 28 in den Praxisfortbildungen) erreicht. Mehr als die Hälfte (51%) der Hausarztpraxen haben ohne zusätzlichen Gewinn (z.B. Fortbildungspunkte oder durch finanzielle Kompensation des Verdienstaufalles) die Fortbildungsmaßnahmen in Anspruch genommen und sich inhaltlich mit dem Thema auseinandergesetzt.

Aufgrund der stark begrenzten Zeitressourcen der Praxismitarbeiter und der spezifischen Arbeitsteilung von Ärzten und medizinischen Fachangestellten konnte das gesetzte Projektziel nur eingeschränkt erreicht werden. Insbesondere die von Rumpf (2009) geforderte Delegation spezifischer Aufgaben (Screening, Fragebogen) an Fachangestellte erscheint hier aufgrund der meist nicht erfolgten Freistellung der FA für die Fortbildungsmaßnahme bis dato nicht erfolgversprechend zu sein.

Alle erzielten Projektergebnisse wurden aktiv rückgekoppelt und in einer Projektgruppe diskutiert. Die hausärztlichen Anforderungen an den Projektträger und an das Versorgungssystem wurden formuliert. Perspektivisch werden die Rückmeldungen dazu genutzt, das Fortbildungscurriculum zu optimieren (Projekt II). Das Material kann überregional genutzt werden.

Prävalenzen

Ein größerer Teil der kontaktierten Hausärzte und ein kleinerer Teil der HQZ sieht einen geringen Handlungsbedarf und eine geringe bzw. keine Problemrelevanz im Hinblick auf das Thema „Sucht im Alter“.

Dagegen steht die Gruppe der Fortbildungsteilnehmern in welcher eine durchschnittliche Schätzzahl von 62 abhängigkeitskranken Patienten (60+) pro Quartal und Praxis erhoben wurde. Bei einer Gesamtzahl von 135 Hausarztpraxen im Versorgungsgebiet wäre hier mit 8.370 über 60 Jährigen Abhängigkeitskranken zu rechnen.

In neun teamorientierten Fortbildungen wurde berichtet, dass 70% der behandelten Patienten über 60 Jahre alt sind. Auf dem Hintergrund der bekannten direkten, indirekten und intangiblen Kosten sind die erzielten Ergebnisse handlungsrelevant (Wessel 2013). Die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Relevanz ist gegeben und wird durch die soziodemografische Entwicklung und die sinkende Zahl pflegender weiblicher Angehöriger verstärkt werden.

Hausärztliche Anforderungen

Kooperation und Überleitung an Fachärzte und Beratungsstellen

Die subjektiven Schätzzahlen bei FA und Ärzten am Messzeitpunkt T1 unterscheiden sich z.T. erheblich. Die Schätzzahlen der FA sind mitunter doppelt so hoch wie die der Ärzte. „Das Problem sind die Ärzte! Was tun, wenn diese trotz klarer Hinweise weiter verschreiben?“ (Quelle: Med. FA, Fortbildungsprotokoll)

Hier wird der zentrale Zielkonflikt der Behandler aufgrund fehlender Handlungsalternativen deutlich. Psychiatrische und psychologische Probleme werden vom Standpunkt der Allgemeinmedizin heraus betrachtet z.T. als „nachrangige“ Probleme gesehen. Negative Zuschreibungen (Allgemeinmediziner können und wollen Sucht nicht diagnostizieren; können kein „Motivational Interviewing“, etc.) greifen zu kurz und führen nicht weiter. Dem z.T. offen formulierten „therapeutischen Nihilismus“ (keine positiven Langzeiteffekte, fehlende Compliance, fehlende Patientenbindung bei Fachärzten und Beratungsstellen, Patienten kommen wieder zurück) sollte durch Kooperation und Anpassung der fachärztlich klinischen und ambulanten Behandlungs- und Beratungsangebote begegnet werden.

Durch die Einrichtung regionaler multidisziplinärer Suchttherapiezentren mit medizinischer Fachkompetenz und aufsuchenden Angeboten sollte die hausärztliche Behandlung und Versorgung verlässlich unterstützt und gewährleistet werden. Die Anforderungen der Hausärzte müssen bei der Konzeption der Zentren berücksichtigt werden. Dem Bedarf nach aufsuchender Beratung, aufsuchender fachärztlicher Behandlung und Versorgung muss entsprochen werden. Die kommunalen Dienstleistungsangebote der Beratungs- und Behandlungsstellen sollten geprüft und ggf. angepasst werden. Die Suchtkrankenversorgung muss in Kooperation mit dem Altenhilfesystem auch aufsuchend erfolgen können.

Versorgungsbedarf

Die Kenntnis der zentralen Behandlungsstellen ist bei den Fortbildungsteilnehmern durch die Fortbildungsmaßnahmen stark angestiegen. Dies zeigt das die zentralen Beratungs- und Behandlungsstellen für ältere Sucht- und Abhängigkeitskranke oft nicht bekannt sind und die Komplexität des Versorgungssystem reduziert werden muss. Die für die hausärztliche

Behandlung zentral bedeutsamen Ansprechpartner und Kontaktdaten müssen bekannt und auf dem direkten Weg erreichbar bzw. kontaktierbar sein.

Die qualitative Auswertung zeigt insbesondere bei zwei Patientengruppen einen erhöhten Versorgungsbedarf:

1. Medikamentenabhängige Patienten: der hohe Anteil an Verordnungen von Medikamenten mit Suchtpotential bei über 60-jährigen Patienten aufgrund fehlender Behandlungsalternativen und einer schwer herstellbaren Änderungsmotivation wird kritisch gesehen.
2. Chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängige Patienten: im Bereich der aufsuchenden Suchtberatung und –behandlung besteht Bedarf an Angeboten zum ambulanten und stationär betreuten Wohnen.

Gesamtbeurteilung

Die quantitativen Fortbildungsergebnisse sind nachhaltig positiv. Das Projekt hat zur Verdeutlichung der Problemrelevanz und zur Verbesserung der Versorgung der Zielgruppe beigetragen. Von zentraler Bedeutung bei der Projektumsetzung waren die Akzeptanz und die Nutzung der hausärztlichen Organisationsstruktur durch den Projektträger bzw. durch die ärztlichen Entscheidungsträger in der Versorgungsregion. Der Gebrauchswert der Fortbildungsmaßnahmen kann durch die Berücksichtigung der hausärztlichen Anforderungen und durch die Einarbeitung derselben in die Fortbildungsinhalte und das Fortbildungscurriculum verbessert werden.

Die differenzierte Sicht der Hausärzte auf das Problem der verordneten Medikamentenabhängigkeit, der chronisch mehrfach Abhängigen sowie die Notwendigkeit nach medizinisch kompetenten Ansprechpartnern in Suchttherapiezentren und Ambulanzen wurde in den Fortbildungen deutlich. Die Suchttherapiezentren und PSBen unter kommunaler Trägerschaft müssen ihre Organisationsstruktur und ihr Dienstleistungsangebot prüfen und adaptieren.

Die Unterstützung der hausärztlichen Behandlung durch verlässliche multiprofessionelle Dienstleister in regionalen Suchttherapiezentren mit spezifischen Beratungs-, Behandlungs- und Versorgungsangebote für Ältere ist unabdingbar.

Die von Rumpf (2009) und von Rumpf et al. (2009) in einem Konsensuspapier der DG Sucht geforderte Delegation von Screening und Frühinterventionsmaßnahmen an medizinische Fachangestellte scheint aktuell nicht einlösbar. Die Weiterentwicklung und der regionale Einsatz von professionsspezifischen Fortbildungsbausteinen für medizinische Fachangestellte und Hausärzte könnte ein richtungsweisender Schritt in die richtige Richtung sein.

8 Gender Mainstreaming Aspekte

Die zentralen Aspekte der männer- und frauenspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen und ihre Konsequenzen auf die individuellen Lebensbewältigungsstrategien wurden auf der gesundheitspolitischen Ebene (Problemlage), der institutionellen Ebene (Prävalenzen, Behandlungsangebote) und der personalen Ebene (Gesprächsführung Arzt / FA – Patient) im Schulungskonzept und bei der Umsetzung der Fortbildungsmaßnahmen jederzeit berücksichtigt.

Der Einstieg in die Fortbildung der Einzelpraxen ist immer praxisorientiert und fallbasiert erfolgt. Die Fallbeschreibung war so angelegt das die geschlechtsspezifischen Rollenkonflikte (aus Beziehungsarbeit, Erziehungsarbeit, Hausarbeit, Erwerbstätigkeit), deren Konsequenzen und Bewältigungsstrategien von den Teilnehmern erkannt und benannt werden konnten. Die Bedeutung kritischer Lebensereignisse beispielsweise durch Verlust des Lebenspartners und bedeutsamer Bezugspersonen, das „Empty Nest Syndrom“, Resignation, Rollenüberlastung, Depression und Rollenverlust (weibliche Identität), durch körperliche Probleme (Menstruation, Schwangerschaft, Versorgung von Kleinkindern, Wechseljahre) über die Lebensspanne hinweg und deren mögliche Problembewältigung durch Konsum von Alkohol, Nikotin, Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmitteln mit den entsprechenden Konsequenzen wurden deutlich.

Auf dieser Basis kann die Interpretation typischer suchtmittelbedingter Symptome im Rahmen der Diagnose, Patientenaufklärung und Therapie zielgenauer erfolgen.

Das geschlechtsspezifische Suchtmittel- und Medikamentenkonsumverhalten wurde auf drei Ebenen im Zusammenhang mit folgenden thematischen Schwerpunkten thematisiert:

A Gesundheitspolitische Problemlage

Soziodemografischer Wandel: Auf dem Weg zur Seniorengesellschaft

- Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 und 2060
In 2008 ist die Gruppe der 40-45 Jährigen und 45-50Jährigen am stärksten besetzt
Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheit im Alter, 2012
- Entwicklung der Bevölkerung in Baden-Württemberg 2020 (2010)
In 2020 werden in der Alterskohorte 65 -100 Jahre mehr Frauen (5.376.514 Mio) wie Männer (5.248.865 Mio) leben. Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011
- Lebenserwartung von Frauen und Männern in Deutschland bei Geburt 2012 (1910)
Frauen durchschnittlich 82 (51) Lebensjahre Männer durchschnittlich 77 (47) Lebensjahre
Die Lebenserwartung ist im Bund-Länder Vergleich in Baden-Württemberg am höchsten.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheit im Alter, 2012
- Entwicklung der fernen Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren
1991/1993 Frauen + 18 Lebensjahre 2009/2011 Frauen + 21 Lebensjahre
Männer + 14 Lebensjahre Männer + 17 Lebensjahre
In 20 Jahren ist die Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern um 3 Jahre gestiegen.
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012. Lange, C. Geschlecht und Gesundheit-
Epidemiologische Fakten und die Herausforderung für eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.
http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/kongress2013/praesentation_lange.pdf

Soziodemografischer Wandel: Lebensformen in Baden-Württemberg

- Ausbildung: seit 2000 ist die Zahl der weiblichen akademischen Arbeitnehmer um 65% (Männer: 5,5%) oder um 59.000 Frauen (56.000 Männer) gestiegen.
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011)
- Geburtenrate im Jahr 2010 (2000) war das höchste Geburtendefizit seit bestehen des Landes zu verzeichnen: Lebendgeborene 90.695 Tsd. (106.182)
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011
- Ehepaare, Lebensgemeinschaften und Alleinerziehende mit und ohne Kinder
mit Kinder 5.733.000 Mio. (54%) ohne Kinder Mio. 4.927.000 (46 %).
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011

- Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen und Männer zwischen 15 und 64 Jahren in Deutschland, die aus familiären Gründen verkürzt arbeiten (in 2011)

	Vollzeit	Teilzeit	davon Teilzeit aus familiären Gründen
Männer	91%	9%	9% (91% andere Gründe)
Frauen	55%	45%	55% (45% andere Gründe)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt - Deutschland und Europa, 2012

- Arbeitsteilung von Paaren – Hausarbeit, Erziehungsarbeit, Erwerbsarbeit (Angaben in Stunden: Minuten je Tag 2001/2002)

Kind/Erwerbstätigkeit	Männer	Frauen
Ohne Kind Mann und Frau erwerbstätig	2:33 unbezahlt / 5:25 bezahlt	3:26 unbezahlt / 4:28 bezahlt
Mit Kind Mann erwerbstätig	3:03 unbezahlt / 5:11 bezahlt	7:20 unbezahlt / 0:09 bezahlt
Mit Kind Mann und Frau erwerbstätig	2:43 unbezahlt / 5:52 bezahlt	5:11 unbezahlt / 3:13 bezahlt
Ohne Kind, 60 + Mann und Frau nicht erwerbstätig	4:11 unbezahlt / 0:02 bezahlt	5:16 unbezahlt

Quelle: Statistisches Bundesamt, Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt - Deutschland und Europa, 2012

- Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes in Baden-Württemberg nach Art der Pflege- insgesamt:
 - Ca. 60% (107.999 Personen) der Pflegebedürftigen werden in der Regel ambulant und ohne professionelle Hilfe durch weibliche Angehörige versorgt
 - 49.650 Personen durch ambulante Pflegedienste
 - 88.389 Bewohner in 1.466 Pflegeheimen

Quelle : Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011

- Lebensalter beim Eintritt in Pflegeheime von
Alkoholabhängigen Personen mit durchschnittlich 66,5 Lebensjahren
Menschen ohne Abhängigkeitserkrankung mit durchschnittlich 80,3 Lebensjahren
Quelle: Schäufele, 2009

B Institutionelle Ebene: Folgen und Konsequenzen für die Versorgung

Die gestiegene und ansteigende Lebenserwartung von Frauen und Männern macht Suchterkrankungen bei Älteren zu einem versorgungsrelevanten Thema.

Alkohol

Alkoholbedingte Sterbefällen: mittleres Sterbealter in 2009 (1979)

Männer 60,7 (51,8) Jahre Frauen 61,6 (54,4) Jahre

Quelle: Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt 2011

Diagnosedaten der Krankenhäuser im Jahr 2011 für die 10 häufigsten Diagnosen
Rang 1 F 10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, 246.286 Fällen

Anteil der Risikokonsumentinnen und Risikokonsumenten nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe 18-29 Männer 45 % Frauen 32 %

Altersgruppe 30-44 Männer 27 % Frauen 20 %

Altersgruppe 45-64 Männer 32 % Frauen 21%

Altersgruppe 65+

Männer 27 %

Frauen 19 %

Quelle: Robert-Koch-Institut (2012). Gesundheit in Deutschland aktuell 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen, absolute Zahlen bundesweit: in den Altersgruppen 60+ ist eine starke Zunahme bei Männern und Frauen zu verzeichnen. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Verweildauer je Krankenhausaufenthalt bei älteren Patienten zurückgegangen. Im Jahr 2010 verbrachten die über 65jährigen Patienten 9 Tage (in 2000 durchschnittlich 12 Tage) im Krankenhaus.

Altersgruppe	Männer in 2011 (2000)	Frauen in 2011 (2000)	Insgesamt
60-65	3.635 (1.939)	1.246 (672)	4.881 (2.611)
65-70	2.160 (965)	962 (363)	3.122 (1.328)
70-75	1.955 (526)	915 (200)	2.870 (726)
75-80	880 (214)	409 (157)	1.289 (371)
80-85	297 (69)	202 (62)	499 (131)
85-90	90 (40)	83 (50)	173 (90)
90>	28 (10)	19 (18)	47 (28)
Alle Altersgruppen	81.709 (38.843)	34.714 (15.198)	

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenhausdiagnostik

Tabak

Mortalität, Morbidität Todesursachen:

Lungenkrebs ist bei Männern mit Abstand die häufigste Krebstodesursache. Der Anteil tabakassoziierter Krebserkrankungen und Krebssterbefälle ist bei Männern besonders hoch. Quelle: Lange (2012). Krebs in Deutschland 2007/2008. RKI, GEKID, 2012.

Abb. Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten an Lungenkrebs in Deutschland 1999-2008, ICD10: C33,C34

Abb. Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Männern im Jahr 2008

Abb. Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen bei Männern im Jahr 2008

Quelle: Lampert, T. et al (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 56:802-808.

Entwicklung des Anteils der Raucherinnen und Raucher in der 25- bis 69-jährige Bevölkerung zwischen 1990-1992 und 2011

Frauen	1990-1992	26,7%	2011	29,3%	+ 2,6%
Männer	1990-1992	39,5%	2011	34,4%	- 5,1%

Rauchen im Alter (60+):

Über 60Jährige rauchen deutlich weniger (10%) regelmäßig als der Durchschnitt der Bevölkerung (22%). Ca. 89% der Älteren rauchen nicht, oder nicht mehr. Ältere Frauen rauchen weniger häufig als Männer.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheit im Alter, 2012. Ergebnisse des Mikrozensus 2009.

Psychische Störungen

12-Monats-Prävalenz diagnostizierter Depression nach Altersgruppen

Altersgruppe 45-64	Männer	8 %	Frauen	12 %
Altersgruppe 65+	Männer	3 %	Frauen	8 %

Beeinträchtigung durch seelische Belastung mindestens 14 Tage in den letzten vier Wochen

Altersgruppe 45-64	Männer	10 %	Frauen	15 %
Altersgruppe 65+	Männer	7 %	Frauen	15 %

Quelle: Robert-Koch-Institut (2012). Gesundheit in Deutschland aktuell 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, Berlin.

Alkoholtoleranz (Tremor oder körperliches Entzugssyndrom) und das Aktivitätsniveau nehmen im Alter ab (alters- oder suchtmittelbedingt).

- Die Krankenhausbehandlungen in Baden-Württemberg in Folge von Lungenkrebs sind zwischen 2001 – 2008 sind bei über 65 Jährigen massiv gestiegen
(Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2010. Krankenhausstatistik. Stuttgart)
- Frauen erhalten in allen Altersgruppen deutlich mehr Medikamente, werden älter als Männer und haben ein erhöhtes Sturzrisiko.
- Die Anwendung von Screeningverfahren erfordert einen höheren Aufwand (Rumpf, 2006).
- Die Erzeugung bzw. Unterstützung der Änderungs-/Behandlungsmotivation bei älteren Patienten ist durch die bewusst erlebte und begrenzte Lebenserwartung eine Herausforderung. Die realen Vorteile und Nachteile des (Suchtmittel-)Konsums und der entsprechenden Medikamentenverordnungen sind auf diesem Hintergrund zu erheben und gemeinsam gegeneinander abzuwägen. Wenn die realen Vorteile des Konsums überwiegen ist eine Änderungsmotivation nur schwer herzustellen.

9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Runder Tisch Sucht im Alter im Landkreis Tübingen (28.03.2012)

Röhm, A. (2012). Vortrag beim Runden Tisch, „Sucht im Alter“, BMG Projekterfahrungen und erste Ergebnisse in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen. Zielsetzung: Information, Problemsensibilisierung und Entscheidung über die Weiterführung des Gremiums. Moderation und Geschäftsführung liegen bei der Kommunalen Suchtbeauftragten im Landkreis Tübingen. Ergebnis: Das Gremium wird weitergeführt (siehe Anlage 6).

Am 08.06.2012 hat der Diakonieverband Reutlingen einen Antrag zur Finanzierung aufsuchender Suchtberatung für die Zielgruppe ältere Abhängigkeitskranke beim Deutschen Hilfswerk Köln, Deutsche Fernsehlotterie, gestellt. Am 28.11.2012 wurde der Antrag in Höhe von ca. 100.000€ bewilligt. Zum 01.01.2013 wurde eine 50% Fachkraft für Aufsuchende Suchthilfe im Landkreis Tübingen für die Dauer von drei Jahren bei der PSB DV angestellt. Die Projektumsetzung erfolgt in enger Kooperation mit dem Kreissenorenrat Tübingen (siehe Anlage 7). Der Reutlinger Generalanzeiger schreibt am 23.02.2013, dass der Kooperation-Kreissenorenrat und der Diakonieverband wollen über das Tabuthema „Sucht im Alter“ zusammenarbeiten wollen.

Die Abstimmung der Beratungs- und Hilfestrukturen der Gesundheitsförderung, Seniorenarbeit und Altenhilfe sowie der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe erfolgt im Kommunalen Suchthilfenetzwerk Landkreis Tübingen unter Beteiligung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität und der Vorsitzenden der Kreisärzteschaft Tübingen. Die Moderation und Geschäftsführung liegen bei der Kommunalen Suchtbeauftragten bzw. der Sozialdezernentin im Landratsamt Tübingen.

Landesstelle für Suchtfragen Stuttgart (05.07.2012)

Röhm, A. (2012) Vortrag „Mann-s-Bilder. Männergesundheit-ein Thema für die Suchthilfe!“, Workshop 4 „...und kein bisschen Weisheit? Männerspezifische Risiken im höheren Lebensalter“, Projekt Sucht im Alter: Welche besonderen Herausforderungen stellen sich dem Berater und Betreuer von suchtgefährdeten oder suchtblasteten Männern im höheren Lebensalter? Landestagung der Landesstelle für Suchtfragen, Stuttgart (siehe Anlage 8).

Fortbildung für Selbsthilfegruppenleiter im Landkreis Böblingen (20.10.2012)

Röhm, A. (2012). Vortrag „Suchtstörungen im Alter (60+) – Erfolg versprechende Behandlungsmöglichkeiten“ im Landkreis Böblingen (siehe Anlage 9).

Ärztehaus Reutlingen (22.01.2013)

Längle, G., Schwärzler, F. & Röhm, A. (2013). Vortrag und Diskussion der quantitativen und qualitativen Projektergebnisse mit den Moderatoren der hausärztlichen Qualitätszirkel im Landkreis Reutlingen (siehe Anlage 4).

Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz am 24.01.2013

Längle, G. (2013). Vortrag Sucht im Alter, Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen, Baden-Württemberg. Vorstellung erster Projektergebnisse: ZfP Nordbaden, Wiesloch (siehe Anlage 10).

Drogen und Suchtbericht 2013

Röhm, A., Schwärzler, F., Längle, G. (Mai 2013). Sucht im Alter, Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen und Qualitätszirkel in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen, Baden-Württemberg. In: Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht, Berlin, S 128-130 (siehe Anlage 10).

Deutscher Suchtkongress vom 19. bis 20.09.2013

Längle, G., Schwärzler, F., Röhm, A., Jäpel, B.I (2013). Symposium „Sucht im Alter“. Bonn.

10 Verwertung der Projektergebnisse

1. Erstellung eines Leitfadens: Kooperation mit Hausärzten unter Einbezug der „Hausärztlichen Qualitätszirkel“

Die HQZ sind als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung bundesweit in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert (Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien), 1994). Mit der Teilnahme an anerkannten Qualitätszirkeln können Fortbildungspunkte gemäß § 95d SGB V erworben werden. Das Thema „Sucht im Alter bzw. Abhängigkeitserkrankungen oder substanzbezogene Störungen im Alter“ sollte im Themenkatalog der Qualitätszirkel verbindlich verankert werden (Bundesrecht). In den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist die verpflichtende Teilnahme der hausärztlichen Vertragspartner an vier strukturierten QZ zur Arzneimitteltherapie je Kalenderjahr und an zwei Fortbildungen zu hausarzttypischen Behandlungsproblemen verpflichtend (§ 73b Abs.2 Nr.3 und § 95d SGB V; siehe auch Beschluss der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin vom 11.08.2011). Im Rahmen dieser Verpflichtung können Fortbildungen zur „Sucht im Alter“ implementiert werden. Insgesamt bieten sich drei thematische Schwerpunkte zur Implementierung des Themas an:

- Suchterkrankungen in der Hausarztpraxis
- patientenzentrierte Gesprächsführung
- Case- Management, insbesondere bei chronisch kranken und multimorbiden Patienten sowie Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen.

Die Fortbildungsinhalte sind auf die suchtpsychiatrische Behandlung älterer Sucht- und Abhängigkeitskranker sowie auf die zentralen Funktionen der Hausärzte (Primärärztliche Funktion, haus- und familienärztliche Funktion, soziale Integrationsfunktion, 4. Gesundheitsförderung/Prävention, 5. Koordinationsfunktion) fokussiert. Ein Leitfaden mit Handlungsanweisungen für die Herstellung des Zugangs zu hausärztlichen Qualitätszirkeln wird erstellt und im Dezember 2013 vorliegen.

2. Fortbildungsmanual (Hausarztprojekt Teil II)

Das entwickelte Fortbildungsmanual wird in Kooperation mit der Projektgruppe um professionsspezifische Bausteinen für Ärzte und medizinische Fachangestellte und um hausärztlich relevante Inhalte in den Bereichen der „Low Dose“ Medikamentenabhängigkeit, CMA und Änderungsmotivation ergänzt:

- Zur Fort- und Weiterbildung der Hausärzte wird eine alternative Sprachregelung zur „Sucht im Alter“ definiert.
- Die relevanten wissenschaftlichen Aussagen bzw. Studienergebnisse zur Prävalenz und Therapie der Alkohol-, Medikamenten – und Tabakabhängigkeit werden zusammengestellt.
- Idealtypische Fallbeispiele / Kasuistiken zur induzierter Medikation werden entwickelt (z.B. Medikation bei Frauen in der Menopause, bei „natürlichen“ Schlafproblemen älterer Patienten)
- Für medizinische Fachangestellte werden spezifische Module entwickelt. Die Mitarbeiterinnen sollen für Sucht- und Abhängigkeitsprobleme sensibilisiert werden. Sie werden dazu befähigt, bei meist fremdmotivierten Patienten, konstruktive kognitive Dissonanzen zu erzeugen. Dafür werden ihnen praktisch umsetzbare und nicht stigmatisierende oder entwertende Sprachregelungen und Formulierungen angeboten.

Die hausärztlichen Anforderungen werden in die Materialien eingearbeitet, praktisch nutzbare Handreichungen werden erstellt und gedruckt bzw. in einer Online Version als Download zur Verfügung gestellt. Alle Materialien sind überregional einsetzbar und stehen im März 2014 zur Verfügung.

3. Kooperation der zentralen Behandlungseinrichtungen mit den Hausärzten

Die Kooperation an der Schnittstelle Allgemeinmedizin und Suchtpsychiatrie ist systematisch auszubauen. Die diagnostischen und therapeutischen Fachkompetenzen der Zentren für Psychiatrie und der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser sind im Rahmen der gemeindenahen Versorgung älterer sucht- und abhängigkeitskranker Patienten unverzichtbar. Im Rahmen des Projektes, „Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen Teil II: Erstellung und Aufbereitung von bundesweit nutzbaren Handlungsempfehlungen - Laufzeit 05/2013 - 01/2014“, wird in Kooperation mit der Projektgruppe ein Handlungsleitfaden für Hausärzte und medizinische Fachangestellte zur Sicherstellung der „seelischen Gesundheit im Alter“ entwickelt. Der Handlungsleitfaden wird im März 2014 vorliegen.

A In Kooperation mit der Projektgruppe wird ein Algorithmus bzw. eine Handlungsvorschrift mit maximal 5 Handlungsschritten zur Lösung vermuteter oder bestehender Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen erstellt. Der Ablauf beschreibt eine Folge von Maßnahmen und Entscheidungen (incl. Screening und Monitoring Maßnahmen) und wird graphisch dargestellt. Der Baustein zum therapeutischen Vorgehen wird von Seiten der Sucht- und Alterspsychiatrie in Abstimmung mit den Hausärzten und Moderatoren der HQZ entwickelt (Simple Advice, MI Prinzipien).

Der Algorithmus führt zu einer praktikablen Strukturierung der allgemeinmedizinischen Behandlung im Bereich der sucht- und abhängigkeitsassoziierten Erkrankungen. Die Reduktion der Komplexität wird auf Seiten der behandelnden Hausärzte zu mehr Sicherheit

bei der Weiterbehandlung, ggf. auch unter Einbezug von Internisten, Kardiologen und Psychiatern, führen.

B Die Handlungsvorschrift wird in den hausärztlichen Qualitätszirkeln der Versorgungsregion vorgestellt.

C Die Umsetzung in den Hausarztpraxen wird am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universität Tübingen evaluiert (In Planung).

D Die Algorithmen werden im Rahmen des Hausarztvertrages in die EDV der Praxisdokumentation der Allgemeinmediziner integriert (In Planung).

E Die fachübergreifende Erstellung und Verbreitung der Materialien wird in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universität Tübingen und ggf. in Kooperation mit dem Institut für Pharmakologie Tübingen angestrebt und ermöglicht (In Planung).

4. Kooperationsstrukturen: Stadt-, Landkreis- und Bundesebene

Die Kooperationsstrukturen und gesundheitspolitischen Gremien werden zur Kommunikation ausgewählter Projektergebnisse und – erfahrungen, zur Sensibilisierung und zur Weiterentwicklung spezifischer Versorgungsangebote genutzt. Die Möglichkeiten und Voraussetzungen zur erfolgreichen Kooperation der Sucht- und Altenhilfe im Verbund mit den niedergelassenen Hausärzten stehen dabei im Vordergrund. Das Thema wird in allen erreichbaren Gremien auf allen Ebenen regelmäßig eingebracht.

- Bundesebene: Bundesdirektorenkonferenz, Deutscher Suchtkongress 2013
- Landesebene: Zentren für Psychiatrie bzw. ZfP – Gruppe, Landesdirektorenkonferenz, Hausärzteverband, Landesstelle für Suchtfragen, Baden-Württemberg Stiftung
- Stadt- und Landkreisebene: Kommunales Suchthilfenetzwerk, Netzwerk Alterspsychiatrie, Pflegekonferenz Reutlingen

Die Vernetzung mit den allgemeinmedizinischen hausärztlichen Strukturen wird parallel weiterentwickelt: Deutscher Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg e.V.; AQUA-Institut, Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der UK Tübingen

Die Vernetzung mit den Strukturen der Allgemeinmedizin und der Altenhilfe befinden sich insbesondere auf Landes- und Bundesebene im Aufbau.

5. Sozialtherapieausbildungen (GVS)

Aufgrund der, insbesondere bei Frauen, zunehmenden Mortalität und Morbidität durch Lungenkrebs und tabakassoziierte Krebserkrankungen wird empfohlen von Seiten der Kostenträger (Krankenkassen und Deutsche Rentenversicherung) Raucherentwöhnungsprogramme zum verpflichtenden Bestandteil der Sozialtherapieausbildungen zu machen. Dadurch werden die flächendeckend implementierten „Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke“ mit Zulassung zur „Ambulanten Rehabilitation“ potentielle Anbieter qualifizierter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung. Die Programme können bei Bedarf intern oder extern in Kooperation mit Krankenkassen, Kliniken und/oder Ärztezentren durchgeführt werden.

11 Wie wirken sich die Projektergebnisse auf Gesundheitsversorgung / Pflege aus?

Die verbindliche Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten, und multiprofessionellen Mitarbeitern aus dem ambulanten, tagesklinischen und klinischen Versorgungssystem der Alten- und Suchthilfe führt zur Sensibilisierung für das Problem der „Sucht im Alter“ und damit zur Verbesserung der Früherkennung und Frühintervention. Im Bereich der Medikamentenabhängigkeit können die durch die Fortbildung erzeugte Sensibilität und der Gewinn an Fach- und Handlungswissen zur Änderung der Verschreibungspraxis von psychotropen Medikamenten und zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie führen. Die Steigerung der Lebensqualität von Betroffenen und die Erhöhung der Handlungssicherheit bei professionellen Mitarbeitern in Hausarztpraxen, ambulanten Diensten und Pflegeheimen kann dadurch erreicht werden.

Durch Anpassung der Beratungs- und Behandlungsangebote von Suchttherapiezentren kann die oft aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung nichtgehfähiger Patienten vor Ort und im häuslichen Umfeld erfolgen. Eine Reduktion der direkten und indirekten Behandlungskosten bei gleicher Behandlungsqualität ist möglich.

Die Fortbildungen können mit unterschiedlichsten Zielgruppen, mit Pflegekräften in stationären Pflegeheimen, Heimleitern, ambulanten Pflegediensten, Suchtberatern u.a. durchgeführt werden. Pflegekräfte und Heimleitungen können fachlich und konzeptionell in ihrer Arbeit im Umgang mit suchtmittelabhängigen und –missbrauchenden Bewohnern unterstützt werden. Professionelle Helfer werden für das Problem sensibilisiert und können gezielt direkt oder indirekt fachliche Hilfe in Anspruch nehmen. Bei Bedarf kann durch den hohen Grad an Vernetzung die Übernahme abhängigkeitskranker Älterer in das Altenhilfesystem und umgekehrt verbindlich organisiert werden.

Was wird nach Projektende mit den aufgebauten Strukturen passieren?

Die bestehenden Strukturen bleiben erhalten und werden weiterentwickelt. Die im Rahmen des Projektes aufgebaute Projektgruppe wird weiter bestehen. Durch die Finanzierung einer zweiten Projektphase (05/2013 – 01/2014) wird in enger Abstimmung und Kooperation mit den Hausärzten bzw. den Projektgruppenmitgliedern, dem Vorsitzenden der Kreisärzteschaft, dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universität Tübingen und der Projektleitung eine Ergänzung des Fortbildungsmanuals für hausärztliche Qualitätszirkel und die Entwicklung eines Handlungsleitfadens zur Behandlung älterer Sucht- und Abhängigkeitskranker für Hausärzte und medizinische Fachangestellte erfolgen. Die Materialien werden aufgrund der Projektstruktur in alle hausärztlichen Qualitätszirkel Eingang finden, in den Praxen der Teilnehmer geprüft werden, zur Anwendung kommen und wissenschaftlich evaluiert werden. Alle Materialien sind überregional einsetzbar.

12 Anhang: Tabellen

Tab. 2	Qualitative Auswertung: Feed back zur Fortbildung
Tab. 3	Qualitative Auswertung: Informationsbedarf der hausärztlichen Einzelpraxen
Tab. 4	Qualitative Auswertung: Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter hausärztlicher Einzelpraxen
Tab. 5	Qualitative Auswertung: Anforderungen der hausärztlichen Einzelpraxis an das Versorgungssystem
Tab. 6	Fortbildung der Qualitätszirkel
Tab. 8	Hausärztliche Anforderungen an das Versorgungssystem
Tab. 9	Feedbackgespräche der HQZ Moderatoren
Tab.10	Teilnehmer HQZ Projektgruppe
Tab.11	Inanspruchnahme der zentralen Anlaufstellen im kommunalen Suchthilfesystem der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen

Tab. 2 Qualitative Auswertung: Feed back zur Fortbildung (22.01.13)

Datenbasis: Fortbildungsprotokolle und persönliche Anmerkungen der Teilnehmer auf den Evaluationsbögen

Strukturqualität Was die Teilnehmer von der Fortbildung erwarten	Praxen N=28	T1,T2,T3 Anmerkungen N=47
Hohe Interaktion in teamorientierten und nach Professionen getrennt durchgeführten Fortbildungen	22	
Profession spezifische Module für Ärzte und medizinische Fachangestellte getrennt oder parallel anbieten	4	3
Mehr Fallbeispiele, Fallvignetten einbauen		4
Interesse an Mitwirkung in Folgeprojekt	1	
Gemeinsame Antragstellung zur Verbesserung der Versorgung im kommunalen Suchthilfenetzwerk	1	
Ergebnisqualität Persönliche Rückmeldung zur Qualität der Fortbildung		
++ sehr gut, informativ, interessant und aufschlussreich		2
+ die individuelle Behandlung praxisspezifischer Probleme war gut und hilfreich Empfehlenswert, auch in Alten- und Pflegeheimen, sonst machen wir Fortbildungen an denen kein Bedarf besteht		3
- hat den Erwartungen nicht entsprochen		1

Tab. 3 Qualitative Auswertung: Informationsbedarf der hausärztlichen Einzelpraxen, Materialien (22.01.13)

Datenbasis: HQZ Protokolle , Protokolle der Praxisfortbildungen , Persönliche Anmerkungen der Teilnehmer auf den T1,T2 und T3 Bögen

Informationsbedarf und zur Verfügung gestellte Materialien	QZ N=11	Praxis N=28	N=47 T1,T2, T3
Info Ambulant Betreutes Wohnen für multimorbide, chronisch Mehrfachabhängige		11	
Infokarte in Postkartengröße mit den zentralen Anlaufstellen, Indikation und Telefon		8	
Aufsuchende Suchtberatung		6	
Versorgungssystem und medizinische Rehabilitation für Ältere, Telefonliste		6	
Besichtigung des Suchttherapiezentrum und kollegiale Führung		5	
Versorgungssystem für Ältere, Pflegestützpunkte		4	
Keine Flyer in Papierform		4	
Screening Instrumente für Ältere: SMAST-G, AUDIT-C		4	
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Reutlingen		3	
Suchttherapiezentrum Reutlingen, Flyer	1	3	
Raucherentwöhnung: Programme, regionale Versorgungsangebote WER / WO / WIE	1	2	
Spezifische, am individuellen Praxisbedarf orientierte Adress- und Telefonliste			2
Aufsuchende Suchtberatung (SOFA) im benachbarten Landkreis Esslingen		2	
Infokarte mit Beispielen für Trinkmengen incl. Alkoholgehalt		1	
AWMF Leitlinie Alkohol		1	
AWMF Leitlinie Medikamente		1	
Glaeske Report, Medikamentenverordnung		1	
Anamnesebogen Alkohol und Medikamente		1	
Flyer der Tagesrehabilitation (bwl) im Suchttherapiezentrum		1	
Versorgungssystem für Ältere, PIA und Tagesklinik		1	

Tab. 4 Qualitative Auswertung: Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter hausärztlicher Einzelpraxen (22.01.13)

Datenbasis: Fortbildungsprotokolle und persönliche Anmerkungen der Teilnehmer auf den Evaluationsbögen

Habe Fortbildungsbedarf zu folgenden Themenbereichen:	QZ N=11	Praxis N=28	Telefon N=135
Regelmäßige Fortbildungsangebote machen	1	7	
Intervention			
Praxisorientiertes Motivational Interviewing und Diagnostik für medizinische Fachangestellte		7	
Medikamentierung			
BZN Verordnungspraxis in Kliniken und Ambulanzen		2	2
Praxisorientierte Zusammenarbeit Psychiatrischen Institutsambulanzen - Hausärzte		1	1
Lexotanil, Verordnungspraxis im klinischen Setting		1	
Tilidin, Verordnungspraxis bei türkischen und serbokroatischen Schmerzpatienten		1	
Versorgungssystem			
Dienstleistungsangebote des Altenhilfe- und Suchthilfesystems für älter und hochaltrige Abhängigkeitskranke: Indikation und Behandlungsmethoden am Bsp. der PIA und Tagesklinik für Ältere		6	
Zielgruppe chronisch Mehrfachabhängige: Interaktion, Motivation und Versorgung		5	

Tab. 5 Qualitative Auswertung: Anforderungen der hausärztlichen Einzelpraxis an das Versorgungssystem (22.01.13)

Datenbasis: Fortbildungsprotokolle

Hausärztliche Anforderungen an das Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke	Praxen N=28
Altenhilfesystem - Psychiatrische Institutsambulanzen für Ältere „nicht gefährliche Patienten“	
Zeitnahe Aufnahmen und kurze Wartezeiten	2
Aufsuchende Behandlung hochaltriger Low Dose Abhängiger	1
Gewährleistung der Erreichbarkeit von oberärztlich Verantwortlichen	1
Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke – PSBen	
Zeitnahe Bearbeitung von Antragsformularen und Dokumenten	1
Gewährleistung der Bürozeiten und der Mitarbeiterpräsenz	1
Regional- und Institutsambulanzen	
Zeitnahe Information und Kommunikation, Arztbriefe	3
Personelle Kontinuität gewährleisten, Kontaktpflege	
Verbesserung der Fallkoordination	
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie	
Bei Aufnahmen, direkte telefonische Abklärung mit medizinisch kompetentem Ansprechpartner	3
Verfügbarkeit von Entzugsbetten im städtischen Raum	2
Zuständigkeiten transparent kommunizieren	1
Patientenorientierte Aufnahme bei Tag und Nacht	1
Doppelbehandlungen in Hausarztpraxis und Klinik unterbinden	1
Bedarfsgerechte Medikamentierungen	1

Tab. 6 Fortbildung der Qualitätszirkel (N=12)

Datenbasis: Teilnehmerliste und Verteiler HQZ Fortbildung

HQZ	mit Fortbildung	Intern	Übergreifend	Dauer	Erreichungsgrad % (Tn/Gesamtzahl)
1	Stadt	Intern		45min	100% (12/12)
2	Stadt	Intern		45min	83% (10/12)
3	Stadt	Intern		45min	54% (7/13)
4	Land		QZ - und Fachübergreifend	120min	59% (10/13)
5	Land		QZ - und Fachübergreifend	120min	16% (3/19)
6	Land	Intern		45min	25% (3/12)
					53% (45/85)
	QZ ohne Fortbildung		Begründung		Praxisfortbildungen HQZ Ärzte (Fobi Tn)
7	Land		Geringe Fallzahlen, kein Handlungsbedarf		7(24)
8	Stadt		Kein Interesse		4(24)
9	Stadt		Geplanter Termin war zu kurzfristig, Moderatorenwechsel, geringe Fallzahlen		2 (6)
10	Stadt		Kein Interesse		2 (6)
					15 (60)
11	Stadt		Schwerpunkt Diabetes		
12	Stadt		Schwerpunkt Psychosomatik		

Tab. 8 Hausärztliche Anforderungen an das Versorgungssystem

Datenbasis: Qualitative Auswertung der praxisorientierten Fortbildungsprotokolle (N=28)

Kliniken, Stationäre Entzugsbehandlung (3 Praxen)

- Aufnahmemanagement: 3-5min Telefonkontakt mit medizinisch kompetentem Ansprechpartner
- übersichtliche und klare Zuweisung zu Tageskliniken, Suchtambulanzen und zur stationären Behandlung
- Schnelle Aufnahmen zur Entzugsbehandlung
- respektvolle und patientenorientierte Aufnahmen bei Tag und Nacht

Kliniken, Psychiatrische Suchtambulanz (6 Praxen)

- angemessene Wartezeiten
- respektvolle und patientenorientierte Aufnahme gewährleisten
- personelle Kontinuität der Mitarbeiter
- Entlassbriefe, FAX Mitteilungen und Quartalsberichte an Hausärzte gewährleisten; auch bei FA Behandlungen in Pflege- und Altenheimen

Setting Alten- und Pflegeheim

- Bei Änderung der Medikamentierung Pflegepersonal informieren

Ambulante Versorgung in Klinik & Beratungsstellen, Suchttherapiezentrum (4 Praxen)

- Übersichtlichkeit der Beratungs- und Behandlungsangebote für Abhängigkeitskranke herstellen, Aufgaben, Arbeitsweisen der PSBen, Suchtambulanz, Tagesklinik, Tagesrehabilitation
- Aufsuchende Hilfen für hochaltrige Medikamentenabhängige
- Regelmäßige Kontakte zu hausärztlichen Behandlern herstellen

Clearingstelle

- Niedrigschwelligkeit und kurze Wartezeiten gewährleisten
- Verlässliche Mitarbeiterpräsenz
- schnelle, zielorientierte Bearbeitung von Anträgen gewährleisten

Mehr Behandlungsqualität durch Kooperation und Kommunikation (9 Praxen)

- Rück- bzw. Absprachen zwischen HA, Klinikarzt (auch Somatik) und Patient (auch Angehörigem) gewährleisten
- Information zu Lexotanil, Tilidinverschreibung in Klinik und Ambulanz

Tab. 9 Feedbackgespräche mit den HQZ Moderatoren, 04/2012

Dauer : 45 min, Teilnehmer: Projektleiter und -mitarbeiter

HQZ	Tn	Datum	Feed Back
1	Moderator ProjektMA Mail	05.11. 2012	Betrifft aktuell nur eine marginale Patientengruppe Betroffene Patienten werden direkt an die kommunizierten Einrichtungen weitervermittelt Verbesserungsvorschlag <i>Weiterleitung von Ergebnissen, weiterführenden Überlegungen bzw. Infomaterial über den QZ Moderator an die QZ Tn</i>
2	Moderator, ProjektMA		Persönliche Rückmeldung: Kein Interesse an Einzelgespräch.
3	Moderator, ProjektMA	30.11. 2012	Viele Patienten wollen nicht über ihre Probleme reden Abschaffung der Praxisgebühr in 2013 schränkt die Kontrollmöglichkeiten wieder stark ein
4	Moderator, ProjektMA		Nimmt an der Projektgruppe teil
5	HQZ Tn., Moderator, ProjektMA	12.11. 2012	1-2 Teilnehmer werden in die Projektgruppe delegiert
6	Moderator, ProjektMA		Nimmt an der Projektgruppe teil
7	Moderator, Mail/Rö	05.10. 2012	Betrifft aktuell nur eine marginale Patientengruppe Keine Zeitressourcen verfügbar Teilnahme an anderer Studie
8	Moderator, HQZ Tn, ProjektMA	05.12 2012 15.11. 2012	Sucht im Alter ist stigmatisierend Verbesserungsvorschläge Begriff Sucht- und Abhängigkeitskranke Ältere verwenden, Zielgruppe auf 50+ ausweiten, die Gruppe ist größer und unter präventiven Gesichtspunkten bedeutsamer Stärker auf „Indizierte Medikamentierung“ fokussieren, z.B. natürliche Schlafprobleme bei Älteren, Frauen in der Menopause Ältere haben keine Änderungsmotivation Habe persönlich keine Motivation für zusätzliche und freiwillige Fortbildungen Verbesserungsvorschläge Großveranstaltungen im Ärztehaus Fortbildungsmanual zur Verfügung stellen Portfolio 1 DIN A4 Seite erstellen, auf Webseite einstellen Schnelle Vermittlung muss gewährleistet sein Keine Flyer, bekomme täglich 10 davon
9	Moderator, ProjektMA		Kein Interesse
10	Moderator		Kein Interesse
11	--		Schwerpunkt Diabetes
12	--		Schwerpunkt Psychosomatik
13	Kreisärzte- schaft Projekt- Leitung und -MA	13.11. 2012	Verbesserungsvorschläge Projektgruppe gründen: QZ Moderatoren ansprechen, jeder QZ delegiert 1-2 Teilnehmer in die Gruppe Die Teilnehmer erhalten vorab eine Infomappe mit Unterlagen zur Meinungsbildung, z.B. quantitative und qualitative Projektergebnisse Die Kooperation, Information, Rückmeldung an die QZ Tn läuft über den QZ Moderator Fortbildungsangebot für medizinische Fachangestellte, Mi Nachmittag, Ansprechpartnerin Sekretärin Fort- und Weiterbildung im Ärztenetz, Öffentlichkeitsveranstaltung zum Thema Sucht im Alter in VHS in Kooperation mit der Kreisärzteschaft (bietet einen Terminslot, unter- stützt von der kassenärztlichen Vereinigung, VHS. Website Ärztenetz kann als Plattform zur Informationsvermittlung genutzt werden.

Tab. 10 HQZ Projektgruppe am 22.01.13

Datenbasis: Teilnehmerlisten

	HQZ mit Fortbildung	HQZ Intern	HQZ und fachübergreifend	Erreichungsgrad % (Tn / 100%)	Teilnahme am 22.01.2013
1	Stadt	X		100% (12/12)	nein
2	Stadt	X		83% (10/12)	Moderator
3	Stadt	X		54% (7/13)	Moderator Delegierter
4	Land		X	59% (10/13)	Moderator
5	Land		X	16% (3/19)	Moderator Delegierter
6	Land	X		25% (3/12)	entschuldigt
	HQZ ohne Fortbildung			Praxisfortbildungen (Tn)	
7	Land			7 (24)	nein
8	Stadt			4 (24)	Moderator Delegierter
9	Stadt			2 (6)	nein
10	Stadt			2 (6)	nein
				15 (60)	
11	Stadt		Focus Diabetes		Moderator
12	Stadt		Focus Psychosomatik		

Tab. 11 Inanspruchnahme der zentralen Anlaufstellen im kommunalen Suchthilfesystem der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen

Datenbasis: Patienten/Klienten mit den Hauptdiagnosen F10, F13 ohne F17 der Psychosozialen Suchtberatungsstellen Diakonieverbandes Reutlingen & bwlv, der KPP Zwiefalten-ZfP Südwürttemberg, PP.rt

Hilfeeinrichtungen Anteil der über 60Jährigen % (Personen)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Steigerung 2007-2012 Patienten/Klienten
KPP Z & Popart stationär (Patienten)	14% (73)	10% (59)	14% (83)	15% (78)	10% (91)	(138)	+65
KPP Zwiefalten ambulant (Patienten)	14% (125)	14% (122)	16% (144)	15% (152)	15% (179)	(185)	+60
Psychosoziale Suchtberatungsstelle Diakonieverband	9% (41)	9% (54)	9% (55)	9% (60)	11% (74)	(76)	+ 2
Psychosoziale Suchtberatungsstelle bwlv Alterskohorte	16% (97) 41+J	4% (28) 50-64J	5% (28) 50-64J	4% (32) 50-64	1% (10) 55-64	Ca.0,5%** () 60+	

*davon N=23 Anderes **davon ca. 99% Angehörige

14 Literaturliste

- Bischof et al. (2004) Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bei Rauchern und riskant konsumierenden Personen: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Gesundheitswesen*, 66, 114-120.
- Glaeske, G.; Windt, R.; Hoffmann, F. (2010). Konsum psychoaktiver Medikamente im Alter. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42 (3), 649-660.
- Hensler, S., Engeser, P., Wiesemann, A. (2003). Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen. Stellungnahme der DEGAM-Sektion Versorgungsaufgaben. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Heft 12/2003, 579-586.
<http://www.degam.de/dokumente/DiskreditHomepage.pdf>
- Hill, Rumpf, Hapke, Driessen, John (1998). Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice in Germany-a representative study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 935-940.
- Hoff, T., Klein, M. (2010). Riskanter und abhängiger Alkoholkonsum älterer Menschen. Prävalenz, Versorgungsstruktur und Behandlungsansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42 (3), 661-675.
- Hoffmann, F., Glaeske, G. (2006). Suchtgefährdung im Alter am Beispiel von Arzneimittelverschreibung und -gebrauch. *Prävention*, 29 (4), 109-113.
- John, Hapke, Rumpf, Hill, Dikling (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.
- Kossow, S. (2012). PUMA - potentiell unangemessene Medikamente im Alter. Inaugural Dissertation zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades der Medizinischen Fakultät an der Universität Freiburg.
<http://www.freidok.unifreiburg.de/volltexte/8458/pdf/PUMAOlineversionUB.pdf>
- Kremer, G., Dormann, S., Wienberg, G., Wessel, T. & Rüter, E. (1998). Modellprojekt Bielefeld: Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke. In: Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.), *Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen*, Schriftenreihe des BMG Band 106, 8-52, Baden-Baden.
- Küfner, Heiner (2012). *Arzneimittelmissbrauch in Deutschland: Beschreibung des Problems und Trends*. Institut für Therapieforschung, München.
- Längle, G. (2009). Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg. In: Schmidt-Zadel, R., Pörksen, N., Heinz, A. (Hrsg.), *Aktion Psychisch Kranke. Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland - Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund* (S. 292-295). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mänz, C., Berner, M., Härter, M., Lorenz, G., Buchkremer, G., Mundle, G. (2007). Evaluation eines Screeninginstruments für alkoholbezogene Störungen in der hausärztlichen Praxis. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. Ausgabe 83 (4), 148-152.

Pantel, J. et al (2004). Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt.
<http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Heimrecht/PsychopharmakaimAltenheimBericht05.pdf>

Robert Koch Institut. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), 2008 bis 2011. In: Drogen- und Suchtbericht 2013, S 31. BMG, Berlin.

Rösner et al. (2008). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. SUCHT, 54, S 47-56.

Rumpf, H.-J.(2009). Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Versorgung: Auf dem Weg zur Implementierung. SUCHT, 55, S 326-327.

Rumpf, H.-J. et al. (2009). Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). SUCHT, 55, S 370-373.

Rumpf, H. (2006). Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 19 (4), S 205.

Runge, M., Rehfeld, G. (2000): Mobil bleiben–Pflege bei Gehstörung und Sturzgefahr, Schlütersche, Hannover.

Schäufele, M. et al (2009). Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: eine bundesweit repräsentative Studie. SUCHT 55 (5), S 292-302.

Selbmann, H.K. (2013). Individualisierung von Leitlinien—Empfehlungen als Feld für die Versorgungsforschung. Vortrag beim Kolloquium zu Methoden und Aktuellen Fragen der Versorgungsforschung, 28.01.2013, Medizinische Fakultät Universität Tübingen.

Statistisches Bundesamt (2012). Gesundheit im Alter. www.destatis.de/publikationen

Statistisches Bundesamt (2012). In: Lange, C. , Geschlecht und Gesundheit. Epidemiologische Fakten und die Herausforderung für eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.
http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/kongress2013/praesentation_lange.pdf

Statistisches Bundesamt (2008). Krankenhausdiagnostik.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). Häusliche Pflege in den Landkreisen. 07.04.11-Nr.11/2011, Stuttgart.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). Bevölkerung in Baden-Württemberg 2010 nach Lebensformen. 30.06.2011-Nr.215/2011, Stuttgart.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). Ergebnisse der regionalen Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis 31.12.2008, Stuttgart.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). Geburtenüberschuss bzw.- defizit in Baden-Württemberg seit 1990. 08.07.2011, Stuttgart.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). Zahl der hochqualifizierten Beschäftigten. 11.08.2011, Stuttgart.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2010). Krankenhausstatistik, Krankenhausbehandlungen in Baden-Württemberg infolge von Lungenkrebs. Stuttgart.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2008). Mortalität und Todesursachen. Die fünf häufigsten Todesursachen der 20-bis unter 65Jährigen in Baden-Württemberg 2008 nach Geschlecht.

Vogt, I. (2010). Alter und Alkohol, Zigaretten, Cannabisprodukte und andere illegale Drogen. In Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis. 42. Jg.3, S 596.

Wessel, T. (2003). Ambulante psychosoziale Versorgung für alkoholabhängige erwachsene Menschen durch ambulante Fachstellen Sucht
Entwicklungen-Herausforderungen-Zukunftsthemen, Lenkungskonferenz des Kommunalen Suchthilfenetzwerkes Landkreis Esslingen am 18.03.2013.

Wetterling, Schneider (2012)

Weyerer, 2009: Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter. SUCHT, S 263.

Weyerer, Schäufele, Zimmer (1999). Alcohol problems among residents on old age homes in the city of Mannheim, Germany. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 825-830.

Weyerer et al (1998, und 2006). Mannheimer Studie.

Wiesemann, A. (2012). Burnout-Zeitgeist oder Tatsache. Gesundheitsrisiken bei Hausärzten erkennen und durch Coaching vermindern. In: Der Hausarzt 11/12, S 2-5.

Wolter, D. (2005). Zur Problematik der Benzodiazepinverordnung im Alter – Teil 1. Geriatrie Journal, H.1, S 34-38

Wolter, D. (2005). Zur Problematik der Benzodiazepinverordnung im Alter – Teil 2. Geriatrie Journal, H.2, S 30-34.

Anlagen

- 1 Fragebogen T1, vor Beginn der Fortbildung
- 2 Fragebogen T2, unmittelbar nach der Fortbildung
- 3 Fragebogen T3, 6 Monate nach der Fortbildung
- 4 PP.t vom 14.08.2012, BMG Berlin, quantitative Fortbildungsergebnisse