

# Sucht im Alter

**Gesundheitsförderung und Suchtprävention  
für ältere Menschen**

## **Ansprechpartnerinnen Team Sucht im Alter:**

### **Südlicher Landkreis Karlsruhe:**

Nina Gerich, Petra Dummermuth-Kress und Anne-Kathrin Merz  
AGJ Suchtberatung Ettlingen  
Rohrackerweg 22  
76275 Ettlingen  
Tel: 07243 21 53 05



### **Mittlerer und nördlicher Landkreis Karlsruhe: Denise Sampaio**

bwlv Fachstelle Sucht  
Karlstraße 61  
76133 Karlsruhe  
Tel: 0721 35 23 980



**E-Mail: [sialandkreiskarlsruhe@agj-freiburg.de](mailto:sialandkreiskarlsruhe@agj-freiburg.de)**

### **Ein Gemeinschaftsprojekt von:**



Herausgeber:

### **Landratsamt Karlsruhe**

Dezernat III – Mensch und Gesellschaft  
Amt für Grundsatz und Soziales  
Melanie Anthoni, Suchtbeauftragte  
Kriegsstraße 100  
76136 Karlsruhe

Telefon 0721 936 - 65 580

Telefax 0721 936 - 65 581

E-Mail: [suchtfragen@landratsamt-karlsruhe.de](mailto:suchtfragen@landratsamt-karlsruhe.de)

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

aufgrund der demographischen Entwicklung und dem Wissen, dass Menschen ab 60 Jahren ein erhöhtes Risiko haben, eine Suchterkrankung zu entwickeln, finden seit Jahren Austauschrunden über die Entwicklung bedarfsgerechter Präventionsangebote mit der Altenhilfeplanung des Landkreises, den Pflegestützpunkten, der Arbeiterwohlfahrt als Vertreter für die freien Träger und dem Kreissenorenrat statt.

Dank der finanziellen Unterstützung der Ersatzkassen mit ihrem Verband, der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, hat sich ein Expertenteam aus dem AGJ Fachverband für Prävention und Rehabilitation, Suchtberatung Ettlingen, und dem Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, Fachstelle Sucht Karlsruhe, gebildet.

Durch das Team sollen im Projektzeitrahmen von vier Jahren folgende Angebotssäulen umgesetzt werden:

Die erste Angebotssäule umfasst Multiplikatorenschulungen für Mitarbeiter/-innen in ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen mit anschließenden Supervisionseinheiten.

Im Rahmen der zweiten Angebotssäule werden Fortbildungen für Auszubildende zur Altenhilfe-fachkraft vorgehalten.

Die dritte Angebotssäule beinhaltet Seminare/Vorträge für Angehörige und ältere Menschen zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention an/mit den Pflegestützpunkten sowie allgemeine Öffentlichkeitsarbeit.

Die vierte Angebotssäule umfasst die Informationsstreuung an pflegende Angehörige.

Und die fünfte Angebotssäule bezieht sich auf Etablierung spezifischer Angebote für ältere Menschen.

Ziele sind, die Gesundheitsressourcen von Menschen mit besonderem Präventionsbedarf zu stärken und einen Beitrag zu leisten, dass alle Menschen die gleiche Chance haben, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen, um möglichst gesund zu leben und alt zu werden.

Im Rahmen des Präventionsprojektes „Sucht im Alter“, welches in das suchtpreventive Rahmenprogramm „Wegschauen ist keine Lösung“ eingebettet ist, sollen ältere Menschen zur Gesundheitsförderung und zu Suchterkrankungen sensibilisiert, Multiplikatoren ausgebildet sowie entsprechende Strukturen im Landkreis Karlsruhe ausgebaut und nachhaltig verstetigt werden.

Im vorliegenden Bericht erhalten Sie zusätzliche Informationen zum Projekt, zur Zielgruppe sowie zum aktuellen Stand.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. Anthoni'.

Melanie Anthoni  
Suchtbeauftragte Landkreis Karlsruhe

Karlsruhe, im September 2022

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Inhaltsverzeichnis.....	5
<b>1. Das Projekt .....</b>	<b>6</b>
1.1    Vorbemerkung.....	6
1.2    Beobachtungen der Suchthilfe .....	6
1.3    Zahlen, Daten, Fakten.....	7
1.4    Zur Epidemiologie von Alkohol.....	7
1.5    Zur Epidemiologie von Medikamenten .....	8
1.6    Senioren als vulnerable Zielgruppe: Altersbedingte Veränderungen, Lebenskonflikte im Alter und die Gefahr von psychosozialen Krisen.....	10
1.7    Partizipation und Vernetzung im Landkreis Karlsruhe.....	11
1.8    Vernetzung und relevante Gremien.....	12
1.9    Dokumentation und Evaluation.....	13
1.10   Ausblick/Perspektive .....	14
<b>2. Aktueller Projektstand.....</b>	<b>14</b>

# 1. Das Projekt

## 1.1 Vorbemerkung

Lange Zeit lag der Fokus der Suchtprävention im Landkreis Karlsruhe vorwiegend auf der Zielgruppe der jungen Menschen. Durch die demografische Entwicklung gewinnt der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Medikamenten und die damit einhergehende Suchtgefährdung mit entsprechender Einschränkung der Lebensqualität bei Seniorinnen und Senioren jedoch zunehmend an Bedeutung. Eine Ausweitung der personellen Ressourcen bei der Suchtprävention im Landkreis hat es jetzt möglich gemacht, diesem Thema im Landkreis deutlich mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Ziel ist es, im Rahmen unserer Suchtprävention im Landkreis Karlsruhe, grundsätzlich durch Sensibilisierung und Aufklärung den Suchtmittelkonsum zu verringern und damit auch der Entwicklung von missbräuchlichem Konsum oder/und einer Abhängigkeitsentwicklung entgegenzuwirken.

Unser Rahmenprogramm „Wegschauen ist keine Lösung“, das Netzwerkpartner in den einzelnen Kommunen und Städten sehr dicht einbezieht und befähigt, Suchtprävention vor Ort durchzuführen, wurde bundesweit mehrfach für die hohe Qualität und Nachhaltigkeit ausgezeichnet. Wir werden bei jedem neuen Thema, demnach auch bei „Sucht im Alter“, an diesen wertvollen Grundsätzen festhalten. Senioren (d. h. Menschen ab 65 Jahren) stellen eine besondere Risikogruppe dar und müssen auch aufgrund der demographischen Entwicklung im Rahmen der Suchtprävention und Gesundheitsförderung in den Fokus genommen werden.

## 1.2 Beobachtungen der Suchthilfe

In der Gruppe der älteren Menschen mit einem Alkoholproblem wird unterschieden zwischen den „Early onset“ und den „Late onset“.

Die weitaus am meisten betroffenen Personen zählen zu der Gruppe der „Early onset“. Bei diesen Personen besteht die Alkoholproblematik schon seit längerer Zeit – meist schon seit Jahrzehnten. Die Schädigungen durch den langjährigen Konsum werden nun immer deutlicher sichtbar und führen zu massiven Problemen. Auffällig sind hier, neben dem frühen Beginn, die familiären Belastungen, die höheren Risiken in der Kindheit sowie häufige Rückfälle.

Die zweite Gruppe, die „Late onset“, bezeichnet die Menschen, die erst im Alter eine Alkoholproblematik entwickeln. Diese Gruppe macht etwa ein Drittel der betroffenen Senioren aus. Bei ihnen wird in der Auseinandersetzung oft deutlich, dass schon in der Vorgeschichte Alkohol konsumiert wurde, um schwierige Situationen besser bewältigen, oder unangenehme Gefühle besser ertragen zu können. Durch die zahlreichen Herausforderungen des Älterwerdens reichen die bisherigen Bewältigungsstrate-

gien nicht mehr aus, sodass vermehrt auf Alkohol zurückgegriffen wird. Diese Gruppe zeichnet sich vergleichsweise durch eine größere psychische Stabilität und eine geringere psychische Komorbidität aus. Sie verfügt über mehr Ressourcen und hat generell eine bessere Behandlungsprognose.

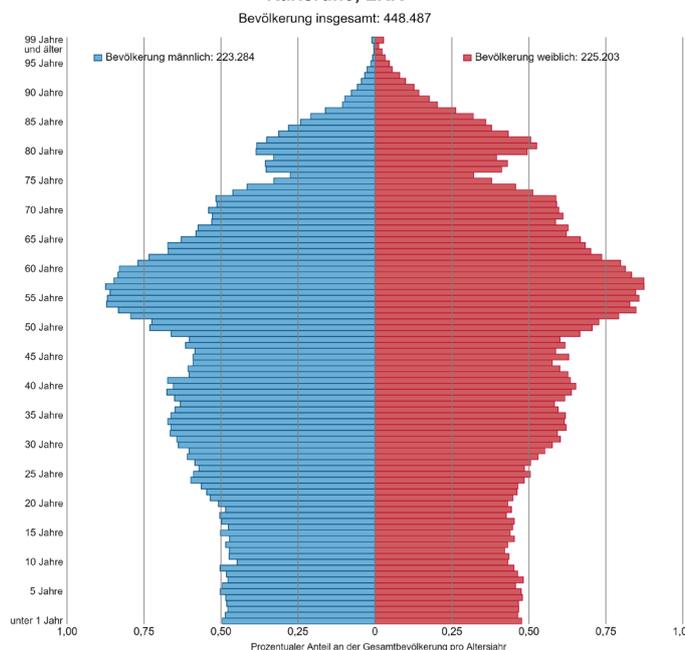
Im Rahmen unserer Angebotssäulen werden wir uns der Primärprävention und daher der Zielgruppe „Late onset“ widmen. Fragestellungen, die sich um die Gruppe der „Early onset“ drehen, werden im Rahmen des Regelangebotes der Suchtberatungsstellen, finanziert über den Landkreis Karlsruhe, abgedeckt.

### 1.3 Zahlen, Daten, Fakten

Nicht zuletzt durch die demografische Entwicklung rückt das Thema „Sucht im Alter“ immer deutlicher in den Blickpunkt. Während nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2013 38 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter waren, werden es 2030 ca. 45 % sein.

Neben der demographisch bedingten Zunahme an älteren Menschen ist ein grundsätzlicher Anstieg durch den medizinischen Fortschritt zu bemerken. In Zusammenhang mit dem Thema „Sucht im Alter“ ist darüber hinaus wichtig zu realisieren, dass es zunehmend mehr „neue“ Ältere - Menschen mit anderen Konsummustern - gibt als bisher. Wenn wir über „Sucht im Alter“ sprechen, ist damit in erster Linie der übermäßige Konsum von Alkohol und Medikamenten gemeint.

Bevölkerung nach Alter und Geschlecht (relativ in %) 2021  
Karlsruhe, LKR



Datenbasis: Bevölkerungsforschung zum 31.12. auf Basis Zensus 2011  
© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2022  
Vervielfältigung und Verbreitung mit Quellenangabe gestattet.  
Kommerzielle Nutzung bzw. Verbreitung über elektronische Systeme bedarf vorheriger Zustimmung.

### 1.4 Zur Epidemiologie von Alkohol

Abhängigkeitserkrankungen zählen in Deutschland zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass eine Alkoholerkrankung im Alter nur ein sehr randständiges Problem darstellt, da die betroffenen Menschen entweder bereits an den Folgen der Sucht verstorben sind oder im Alter abstinent leben. Beide Annahmen haben sich als nicht richtig herausgestellt.

Von risikoarmem Konsum von Alkohol wird dann gesprochen, wenn die Trinkmenge so gering ist, dass gesundheitliche Schäden eher unwahrscheinlich sind. Die Grenzen hierfür sieht die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen für Frauen bei max. 12 Gramm Alkohol täglich (ca. ein kleines Bier oder 1/8 l Wein) und bei Männern bei max. 24 Gramm (ca. ein Bier oder 1/4 l Wein), an höchstens fünf Tagen in der Woche. Von riskantem Alkoholkonsum spricht man, wenn diese Mengen überschritten werden.

Nach Erhebungen des Robert-Koch-Institutes (Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2014/15) bestand ein riskanter Alkoholkonsum bei Menschen ab 65 Jahren und älter

- bei Männern von 17,9 % und bei Frauen bei 12,2 %.

Das Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit) praktizierten in derselben Bevölkerungsgruppe

- Männer jeden Monat: 22,5 %    mindestens jede Woche: 12,6 %
- Frauen jeden Monat: 15,8 %    mindestens jede Woche: 6,1 %

Beim episodischen Rauschtrinken stimmt bedenklich, dass dieses in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen, nach einem konstanten Rückgang in den Altersgruppen bei den 18- bis 20-Jährigen, erstmals wieder ansteigt und die Altersklassen der 30- bis 59-Jährigen übersteigt! (Suchtsurvey 2018)

Die Hauptdiagnose „F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ steht seit Jahren an zweiter Stelle der Krankenhausbehandlungen (ohne Geburten, nach Herzinsuffizienz). 13,8 % der Patienten, die 2018 (Statistisches Bundesamt) mit einer akuten Alkoholintoxikation in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, waren 60 Jahre und älter. Seit dem Jahr 2000 sind die Fallzahlen bis 2018 wie folgt gestiegen:

Altersgruppe

60 – 69 Jahre:	+147,70 %
70 – 79 Jahre:	+217,41 %
80 Jahre und älter:	+310,84 %

In den Jahresberichten der Deutschen Suchthilfestatistik zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen in den ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen. Die Altersgruppe der 60-Jährigen und älter stieg in den Beratungsstellen z.B. im Alkoholbereich von 8 % 2011 auf 14,1 % in 2019. In den stationären Einrichtungen der Suchthilfe stieg die Zahl von 6,7 % (2011) auf 11,3 % (2019).

## 1.5 Zur Epidemiologie von Medikamenten

Nach der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. sind Schätzungsweise 1,5 – 1,9 Millionen Menschen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln abhängig. Hinzu kommen noch ca. 30.000 – 40.000 Menschen, die von Schmerzmitteln abhängig sind. Experten gehen jedoch davon aus, dass die Dunkelziffer weitaus größer ist. Sie sprechen von ca. 1,6 Millionen Menschen im Alter zwischen 18 bis 64 Jahren.

Suchtpotenzial haben etwa fünf bis sechs Prozent der häufig verordneten Medikamente. Zu dieser Gruppe gehören Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel. Frauen sind besonders gefährdet, ungefähr 70 % der Medikamentenabhängigen sind weiblich, vor allem mittleren und höheren Alters. Häufiger als Männer leiden Sie unter Depressionen, Schlaf- und Angststörungen sowie chronischen Schmerzen. Daher kommen Frauen auch häufiger mit Medikamenten in Kontakt, die abhängig machen können. Insgesamt entfallen etwas mehr als die Hälfte aller jährlich verordneten Medikamente auf Menschen jenseits des 60. Lebensjahres. Eine Substanzgruppe mit besonders hohem Abhängigkeitspotenzial sind die Benzodiazepine. Untersuchungen haben ergeben, dass etwa acht Prozent der über 70-jährigen Frauen dauerhaft Benzodiazepine verordnet bekommen. Insgesamt sollen, so eine andere Studie, fast ein Viertel der über 70-Jährigen - Männer und Frauen - psychoaktive Substanzen erhalten, die sie meistens länger als ein halbes Jahr einnehmen (TKK 2020). Dies, obwohl schon ein klares Abhängigkeitspotential nach acht Wochen Einnahme in therapeutischen Dosen besteht. In Richtlinien wird daher empfohlen, eine Einnahmedauer von vier Wochen nicht zu überschreiten, um die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung zu minimieren.

Nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 liegt die 30-Tagesprävalenz (Einnahme in den letzten 30 Tagen) von Schmerzmitteln in der Altersklasse 60 – 64 Jahren bei 37 %. 7 % nahmen Schlaf- oder Beruhigungsmittel und 5,8 % Antidepressiva ein. Eine Aufteilung nach Geschlecht ergab folgende Häufigkeiten des Gebrauchs in den letzten 30 Tagen und macht deutlich, dass Frauen häufiger als Männern Medikamente verordnet werden:

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

Sehr häufig werden diese Medikamente auch kombiniert eingenommen. Von den 60- bis 64-Jährigen Konsumenten von Schlaf- und Beruhigungsmittel (in den letzten zwölf Monaten) haben 81,4 % auch Schmerzmittel und 30,3 % auch Antidepressiva eingenommen. Höhere Altersklassen waren bei diesem Survey nicht befragt worden (Piontek et al. 2016). (Aus „www.alter-sucht-pflege.de“ 2021)

Bei der Einnahme von psychoaktiven Medikamenten ist zu beachten, dass Alkohol die Wirkung dieser Medikamente erhöht. Der dämpfende Effekt von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Antidepressiva und Neuroleptika wird verstärkt; ebenso aber auch die Nebenwirkungen wie Schwindel, Übelkeit, Störungen der Merkfähigkeit etc.

Auch verbleiben Medikamente oft länger im Körper. Dies führt in der Folge zu einer höheren Wirkstoffkonzentration mit einem Anstieg der Nebenwirkungen. Diese können wiederum z.B. zu Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen führen, aber auch zu Koordinationsstörungen (Sturz-gefahr!), Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit bis hin zur Verwahrlosung.

## 1.6 Senioren als vulnerable Zielgruppe: Altersbedingte Veränderungen, Lebenskonflikte im Alter und die Gefahr von psychosozialen Krisen

Die Übergänge zwischen Lebenskrisen und psychosozialen Krisen sind fließend. Die Herausforderungen, mit denen sich alternde Menschen konfrontiert sehen, spielen sich zunächst einmal im Rahmen der Lebenskonflikte ab. Dies betrifft häufig das Verhältnis zu ihrem Körper und ihrer Gesundheit, die autonome Selbstversorgung und Mobilität, das Arbeits- und Freizeitverhalten und schließlich das große Feld der sozialen Beziehungen. Typische Lebensereignisse, die im Zusammenhang mit diesen Konflikten stehen, sind z.B. das Erreichen einer bestimmten Altersschwelle (etwa das Alter von 60 Jahren), der bevorstehende oder vollzogene Renteneintritt, das Erlebnis der Großelternschaft oder das Auftreten von Alterskrankheiten. Zu Konflikten kommt es immer dann, wenn die Veränderungen nicht in das eigene Selbstbild integriert werden können.

Selbst normale Alterungsprozesse können schon schwierig sein, da sich die Anpassungsfähigkeit und die Widerstandskraft des Menschen verringert.

Die Konflikte aus allen genannten Lebensbereichen können sich krisenhaft zuspitzen. Der Konflikt wird unerträglich und das seelische Gleichgewicht geht verloren. Die bisherigen Problemlösungsstrategien funktionieren nicht mehr; der Mensch gerät in eine psychosoziale Krise. Chronifizierte, d.h. ungelöste, psychosoziale Krisen, münden häufig in der vermeintlichen Lösungsstrategie vorhandene Suchtmittel und deren Wirkung zur Bewältigung einzusetzen. Die Menschen der Gruppe „Early onset“ reagieren mit verstärktem Suchtmittelkonsum; die Gruppe „Late onset“ verlässt in dieser Phase möglicherweise den Bereich des „missbräuchlichen“ Konsums und entwickelt eine Suchtmittelabhängigkeit.

### **Körperliche Veränderungen und Alkoholkonsum**

Durch die altersbedingten Veränderungen im Alter wird Alkohol schlechter vertragen. Bei gleichbleibender Trinkmenge kommt es so schneller zu körperlichen Schädigungen oder gar zur Ausbildung einer Alkoholabhängigkeit.

Die Ursachen hierfür liegen darin, dass

- der geringere Flüssigkeitsanteil im Körper eine höhere Alkoholkonzentration nach sich zieht.
- sich Muskelmasse abbaut und Fettgewebe aufbaut. Der Alkohol verteilt sich auf weniger Masse.
- sich die Aktivität der alkoholabbauenden Enzyme verringert und so Alkohol und auch das Abbauprodukt Aldehyd langsamer abgebaut wird.

So steigt im Alter insbesondere das Risiko der Schädigung vieler Organe, der Entstehung von Tumoren, Beeinträchtigung kognitiver Funktionen, Stürze und Unfälle, aber auch psychiatrische Erkrankungen und eine deutlich verstärkte Wechselwirkung mit Medikamenten.

### **Körperliche Veränderungen und Medikamentenkonsum**

Unbestritten sind die positiven Wirkungen von Medikamenten. Da sich jedoch die Anzahl verschiedener Medikamente und deren Dosis im Alter oft deutlich steigern, stellt dies auch eine Gefährdung dar.

Insbesondere die Wechselwirkung von Medikamenten, eine Dauerdosierung und das Zusammenspiel mit Alkohol sind hierbei im Blick zu behalten. Altersbedingt vermindern sich die renalen Ausscheidungen und die hepatische Elimination. Der verminderte Wassergehalt des Körpers und die geringere Muskelmasse bedingen ein vermindertes Verteilungsvolumen der Medikamente. Dies hat eine schnellere Intoxikation und eine längere Wirkdauer zur Folge. Neben den bekannten Nebenwirkungen der Medikamente kann sich auch eine Medikamentenabhängigkeit einstellen.

Um dieser Entwicklung entgegenzutreten, braucht es eine gezielte Präventionsstrategie um ältere Menschen und ihr Umfeld für die Risiken des Suchtmittelkonsums in dieser Lebensphase zu sensibilisieren.

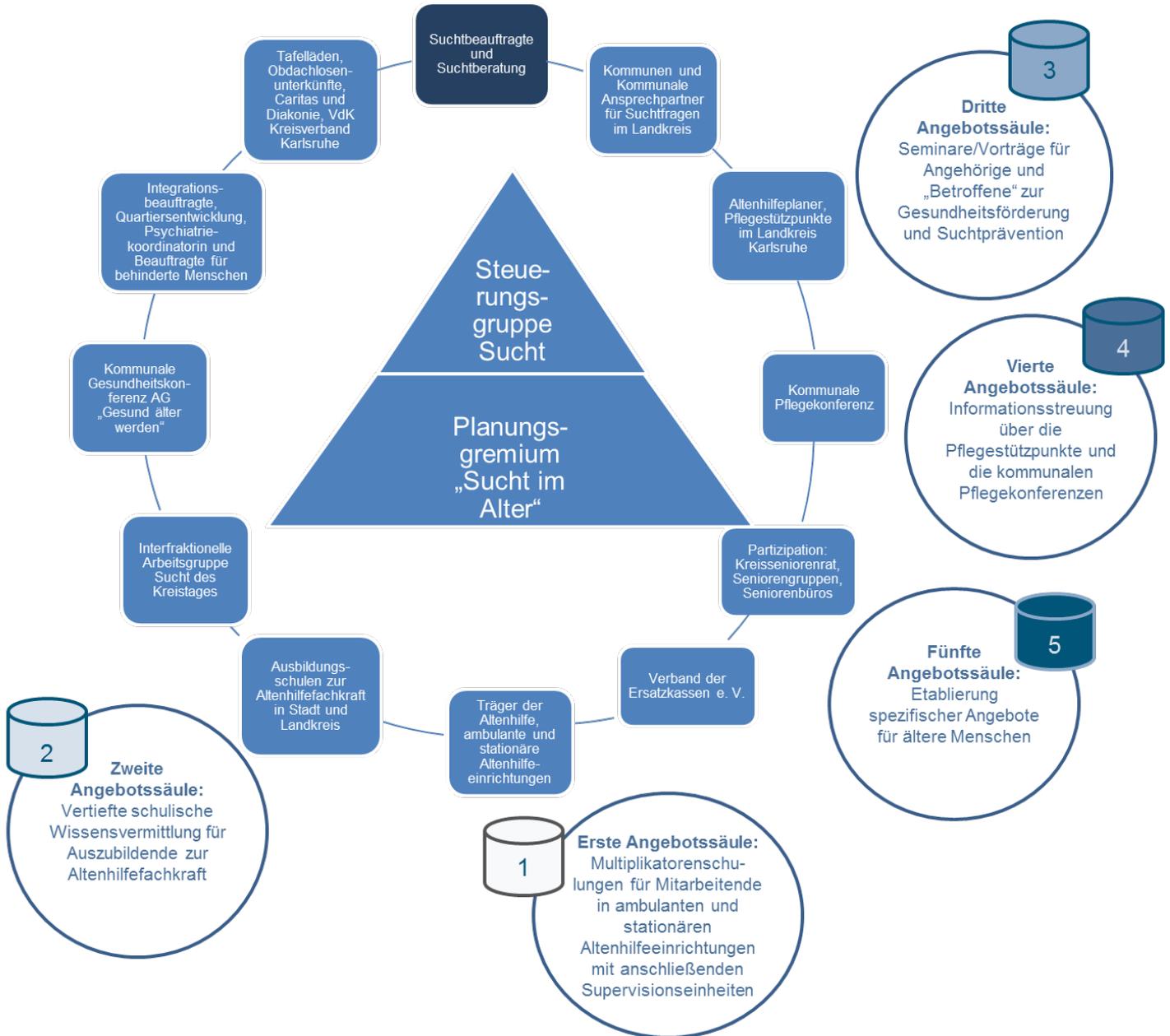
## **1.7 Partizipation und Vernetzung im Landkreis Karlsruhe**

In enger Kooperation mit dem Bereich der Altenhilfefachberatung, den Pflegestützpunkten, Vertretung der Träger der Altenhilfe und Suchthilfe sowie dem Kreissenorenrat wurden fünf Angebotssäulen für Senioren als vulnerable Zielgruppe eruiert.

Folgende Zielgruppen, Problemstellungen und daraus ableitende Angebotsbedarfe wurden herausgearbeitet:

- Multiplikatorenschulungen für Mitarbeiter/-innen in ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen mit anschließenden Nachbesprechungen;
- Vertiefte schulische Wissensvermittlung für Auszubildende zur Altenhilfefachkraft;
- Seminare/Vorträge für Angehörige und „Betroffene“ zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention;
- Informationsstreuung über die Pflegestützpunkte und die kommunalen Pflegekonferenzen;
- Etablierung spezifischer Angebote für ältere Menschen zur Förderung der individuellen Regulationsfähigkeit zur Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen, insbesondere des Tabak- und Alkoholkonsums im Alter.

## 1.8 Vernetzung und relevante Gremien



## 1.9 Dokumentation und Evaluation

Im Rahmen der oben genannten Gremien werden Erfahrungen, Ideen und Bedarfe erhoben, die den weiteren Prozess unterstützen und beeinflussen. Das Projektmanagement wird von der Suchtbeauftragten übernommen und gemeinsam mit den Suchtberatungsstellenleitern entsprechend gesteuert. Regelmäßige Steuerungstermine gewährleisten, dass die bisherige Vorgehensweise reflektiert und ggf. angepasst werden kann. Das Planungsgremium „Sucht im Alter“ wird halbjährlich, die Steuerungsgruppe mindestens vierteljährlich tagen.

Der aktuellste Stand des Projektes wird im Rahmen eines stets aktualisierten Berichts (siehe auch Punkt 2.) durch die Suchtberatungsstelle der Öffentlichkeit, Betroffenen und der Politik im Internet und in Ausschüssen vorgehalten. So findet Öffentlichkeitsarbeit statt und die Akzeptanz für das Thema steigt – auch über die Projektdauer hinaus.

Bezüglich der Evaluation werden wir struktur-, prozess- und ergebnisorientiert vorgehen: Wir werden einerseits die Strukturen prüfen und inwiefern diese für die Erreichung unserer Zielgruppe dienlich sind. Diese Ressourcenprüfung ist bereits erfolgt, wird aber fortwährender Bestandteil des Projektes sein. Folgende Fragen gilt es anhand von Umfragen in den Gremien oder via Email zu erörtern: Welches Gremium kann uns für die weitere Öffentlichkeitsarbeit und der Sensibilisierung zu „Sucht im Alter“ dienen? Wo und durch wen können Synergieeffekte entstehen? Welche Stelle kann noch einbezogen werden um die vulnerable Zielgruppe besser zu erreichen? Wie kann unsere Zielgruppe noch mehr einbezogen und beteiligt werden (Partizipation)? Welche Räume und Kommunen im Landkreis sind für unsere geplanten Aktionen besonders geeignet und als niederschwellig einzustufen?

Andererseits werden wir im Rahmen der Ergebnisevaluation mit Vorher-nachher-Fragebögen prüfen, inwieweit Eigenreflexion, Wissen und Verständnis für Suchtgefährdung und Erkrankung im Alter durch unsere jeweiligen Angebotssäulen erhöht wurde und an welchen Stellen ggf. noch Anpassungsbedarf besteht.

Zudem findet im Rahmen regelmäßiger Sitzungen unserer Steuerungsgruppe Sucht und dem Planungsgremium „Sucht im Alter“ eine gemeinsame Prozessevaluation statt, die von der Suchtbeauftragten gesteuert wird und zur Optimierung unserer Vorhaben, im Speziellen zur Erreichung von älteren Menschen, beiträgt.

Diese beschriebene Vorgehensweise im Rahmen der Evaluation ist uns bereits aus unseren anderen Modulen von „Wegschauen ist keine Lösung“ bekannt. Auch für „Sucht im Alter“ werden wir die wichtigen und notwendigen Instrumente des Qualitätsmanagements umsetzen.

## 1.10 Ausblick/Perspektive

Nach Projektablauf werden wir voraussichtlich fest etablierte Strukturen für das Thema „Sucht im Alter“ im Landkreis Karlsruhe vorfinden:

Wir haben die Pflegefachschulen im Rahmen einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung gewonnen, um für alle Auszubildenden regelmäßig fachspezifischen Unterricht anzubieten, um sie grundlegend über Suchterkrankungen auszubilden. Zudem haben wir interne Suchtbeauftragte in den Altenhilfeeinrichtungen, die regelmäßig von uns supervidiert und beraten werden. Neue Sucht-beauftragte werden bei Bedarf selbstverständlich weiter neu ausgebildet.

Außerdem wurden die Strukturen in den Altenhilfeeinrichtungen angepasst, um Suchterkrankungen entgegen zu wirken.

Auch die Vorträge/Seminare haben sich halbjährlich oder jährlich in allen Pflegestützpunkten im Landkreis verstetigt, um es Seniorinnen und Senioren zu ermöglichen, ihr derzeitiges Konsumverhalten zu analysieren und einen ggf. neuen gesünderen Umgang mit Suchtmitteln zu erreichen, der zu mehr Balance und Wohlbefinden führt. Insgesamt haben wir durch unser Angebot die gesundheitlichen Ressourcen und Widerstandskraft der erreichten Seniorinnen und Senioren gestärkt. Ebenso hat sich die regelmäßige Informationsstreuung über die Pflegestützpunkte und die kommunalen Pflegekonferenzen an pflegende Angehörige und Pflegegeldempfänger/-innen etabliert. Auch die zielgruppenorientierten Angebote in oder von der Suchtberatungsstelle sind bekannt und werden von älteren Menschen wahrgenommen.

Unsere Vernetzung mit den genannten und sicherlich weiteren Netzwerkpartnern wird sich verstärkt und verstetigt haben durch regelmäßige Teilnahmen an den kommunalen Pflegekonferenzen, als fester Beratungspartner der AG „Gesund älter werden“, der Gesundheitskonferenz und im Planungsgremium „Sucht im Alter“ mit Partizipation unserer Zielgruppe.

Sucht im Alter ist durch zusätzliche Öffentlichkeitsarbeit im Landkreis Karlsruhe bekannt und verstanden.

## 2. Aktueller Projektstand

Den aktuellen Stand des Projektes können Sie hier abrufen:

[www.landkreis-karlsruhe.de/suchtimalteraktuell](http://www.landkreis-karlsruhe.de/suchtimalteraktuell)



**Notizen:**

