

# Sucht im Alter

Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder



## ■ Inhaltsverzeichnis

Vorwort	
Astrid Giebel .....	3
Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Projekt „Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder“ .....	5
1. Ausgangslage.....	6
1.1 Heterogenität des Alterns und demografische Entwicklungen.....	6
1.2 Definition und Prävalenz verschiedener Suchtformen im Alter .....	7
1.3 Übersicht über das Leistungsspektrum in der Sucht- und Altenhilfe .....	12
1.4 Die (Versorgungs-)Situation älterer Menschen mit Suchterkrankungen in Diensten und Einrichtungen der Diakonie .....	14
2. Handlungsempfehlungen für diakonische Dienste und Einrichtungen.....	18
2.1 Sucht im Alter zum Thema machen .....	18
2.2 Regionale Vernetzung und Kooperation der Suchthilfe und der Altenhilfe initiieren.....	19
2.3 Qualifizierung der Mitarbeitenden fördern .....	19
2.4 Gemeinwesenorientierte und niedrigschwellige Angebote der Dienste und Einrichtungen verstärken und ausbauen .....	19
2.5 Zielgruppenspezifische Konzepte für ältere Menschen in den Versorgungssystemen der Altenhilfe und der Suchthilfe entwickeln.....	20
2.6 Kontakte zum Medizinsystem intensivieren und institutionalisieren.....	20
2.7 Den Teilhabeanspruch von älteren Menschen mit chronischen Suchterkrankungen stärken .....	21
3. Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich .....	22
Modul 1: Vernetzung von ambulanter Pflege mit der Suchthilfe.....	24
Modul 2: Vernetzung von stationärer Pflege mit der Suchthilfe.....	27
Modul 3: Erste Schritte für eine verbesserte Zusammenarbeit der beteiligten Dienste und Einrichtungen im Bereich „Sucht im Alter“ .....	28
Modul 4: Vernetzung von offener Altenarbeit mit Eingliederungshilfen für Menschen mit chronischen Suchterkrankungen.....	30
Modul 5: Vernetzung von ambulanter Pflege mit Eingliederungshilfen.....	32
Modul 6: Vernetzung von stationärer Pflege mit Eingliederungshilfen.....	36
Modul 7: Vernetzung von offener Altenarbeit mit ehrenamtlichem Engagement in der Suchthilfe .....	38
Modul 8: Vernetzung von ambulanter und stationärer Pflege mit Sucht-Selbsthilfe .....	39
4. Anhang.....	40
4.1 Literatur .....	40
4.2 Literaturempfehlung .....	41
4.3 Links .....	41
Impressum .....	43

## **Vorwort**

---

Lebensbeeinträchtigende oder -zerstörende Abhängigkeiten werden als Sucht bezeichnet. Ein Mensch sucht etwas, gerät in seiner Suchtbewegung jedoch aus der Balance, wird von einem Suchtstoff abhängig und einseitig. „Wer ohne Fehl und Tadel ist, der werfe den ersten Stein“ (Johannes 8,7). Wer in seinem Arbeitsfeld und Lebensbereich Menschen mit Suchterkrankungen begegnet, muss sich bewusst sein, dass sie oder er ebenfalls sich negativ auswirkende Abhängigkeiten besitzt und der Befreiung als Teil der Erlösung bedarf. Den Splitter im Auge des Bruders zu sehen, aber den Balken im eigenen Auge nicht zu kennen, gehört zur alltäglichen Selbst- und Fremderfahrung (vgl. Matthäus 7,3). Diese unumgängliche Realität kennzeichnet nicht nur theologisch, sondern auch psycho- wie soziotherapeutisch die Ausgangsposition des Helfens und Heilens. Wer um seine eigenen lebensbeeinträchtigenden Abhängigkeiten nicht weiß oder sie ausblendet, kann sich nicht mit anderen gemeinsam auf den Weg in die Freiheit aufmachen. „Zur Freiheit hat uns Christus befreit!“ (Gal 5,1) – diese Nachricht vom anbrechenden Reich Gottes richtet sich an alle gleichermaßen und will das Gelingen aller Lebensbeziehungen von Menschen: – der Geist-Leib-Seele-„Wirk“lichkeit des einzelnen Menschen, – der Beziehung zum Nächsten, – der Beziehung zur natürlichen und strukturellen Umwelt und zu Gott. Für diese neue Welt, für dieses Gottesreich wirkt Kirche mit ihren Gemeinden und ihrer Diakonie. Darum bittet sie, wenn sie betet: „Dein Reich komme“ und dafür steht sie sozialanwaltschaftlich ein.

Sucht kennt keine Altersgrenzen. Alkohol und psychoaktive Medikamente führen auch im höheren und hohen Lebensalter häufig zu Missbrauch und Abhängigkeit sowie zu weiteren schweren gesundheitlichen Schäden. Immer noch ist die fatale Auffassung anzutreffen, dass es sich nicht lohnt, ältere Suchtkranke zu behandeln (Nützlichkeits-

wägungen); zudem wolle man ihnen aufgrund ihrer begrenzten Lebenserwartung die Anstrengung einer Therapie ersparen (therapeutischer Nihilismus). Diakonie hingegen tabuisiert und ignoriert das Thema „Sucht im Alter“ nicht! Längst ist erwiesen, dass Ältere mindestens ebenso von Beratung und Behandlung profitieren wie Jüngere. Beratungsgespräche, Psychotherapie und Seelsorge können meist ganz unmittelbar zu einer spürbaren psychischen Entlastung und zu mehr Lebensfreude führen. Gelingt eine Verhaltensänderung – insbesondere bei late-onset- und älteren rezidiv-Alkoholikern, – zeigen sich oft sehr schnell Erfolge, wie die Verbesserung der Gedächtnisleistungen und der körperlichen Fitness von Betroffenen sowie ihrer allgemeinen Lebensqualität.

In ihren präventiven wie therapeutischen Hilfeangeboten streben Kirche und Diakonie danach, die Gesamtheit des Beziehungsgeflechtes kranker und leidender Menschen zu beachten. Die Heilung eines (älteren) Suchtabhängigen ist auch abhängig von der Befreiung seiner Familie wie seiner Berufs- und Freizeit-, seiner Sinn- und Wertwelt. Es gilt, in allen Lebensfeldern des Kranken die abhängig wie frei machenden Faktoren zu beachten, das heißt die Wahrheiten des Lebens ans Licht zu bringen und dabei den Glauben an das Gute trotz allem zu vermehren, die Hoffnung auf ein Wiederaufstehen zu neuen Lebensmöglichkeiten zu begründen und die Liebe, das heißt die Bereitschaft zur bedingungslosen und wohlwollenden Akzeptanz der Realitäten des je eigenen Lebens zu fördern. Von ihrem christlichen Grundverständnis des Heilens und Heiles her kann sich Diakonie nie auf die jeweiligen Beratungs-, Therapie- und Seelsorgeangebote beschränken, sondern wird Wege der Kooperation zwischen Familien und Erkrankten, Gemeinden und Erkrankten, Einrichtungen und Erkrankten und so weiter suchen. Sie wird die „Wirk“lichkeit von Glaube, Hoffnung und Liebe in den Einrichtun-



gen und Gemeinden selbst, bei den Therapeutinnen und Therapeuten sowie ehrenamtlich Helfenden, den Familienangehörigen, Pflegenden und Mitbewohnern aktivieren und damit zu einem umfassenden heilenden Milieu beitragen.

## Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Projekt „Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder“

---

Die Diakonie greift mit dieser Arbeitshilfe die oft unterschätzte Problematik des Themas „Sucht im Alter“ auf. Sucht im Alter entzieht sich weitgehend der öffentlichen Wahrnehmung und bleibt dadurch unsichtbar. Sie spielt sich häufig hinter verschlossenen Türen ab und wird von den Betroffenen, deren nahen Bezugspersonen, aber auch von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften nicht erkannt, geleugnet oder bagatellisiert. Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtstoffen betreffen eine große Anzahl älterer Menschen und die damit einhergehenden Folgeerkrankungen stellen ein ernstzunehmendes individuelles, aber auch vor allem ein gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Problem dar, das durch den demografischen Wandel in unserer Gesellschaft noch zunehmen wird. Gleichzeitig belasten Suchterkrankungen beziehungsweise riskanter Suchtmittelkonsum und deren Folgewirkungen die Lebensqualität älterer Menschen nachhaltig.

Informationen über die Heterogenität des Alters und gesellschaftlicher Altersbilder, zur Definition und Prävalenz von Suchterkrankungen im Alter sowie eine Übersicht über das Leistungsspektrum der Sucht- und der Altenhilfe werden im ersten Kapitel gegeben.

Die Diakonie mit ihrer Verbindung von professionellen, sozialen und Gesundheitsdiensten sowie zivilgesellschaftlichem Engagement verfügt über ideale Voraussetzungen, um älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen Unterstützung in ihrem direkten Umfeld anzubieten. In sieben

Handlungsempfehlungen für diakonische Dienste und Einrichtungen wird dargelegt, wie die Versorgungssituation für ältere Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen durch Kooperation, zielgruppenspezifische Konzepte und Qualifizierung der Mitarbeitenden verbessert werden kann. Durch das Einbeziehen ehrenamtlichen Engagements kann der dritte Sozialraum als gemeinsamer Handlungsort von Kirche und Diakonie mitgestaltet werden, um ausgegrenzte und sozial isolierte Gruppen in die Gemeinde und das Gemeinwesen zu integrieren.

Im Kapitel zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich werden die fachspezifischen Arbeitsfelder mit ihren jeweiligen Zielgruppen beschrieben und Anforderungen an die Arbeitsfelder zur Öffnung für ältere Menschen mit Suchterkrankungen und mögliche gemeinsame Kooperationsansätze dargestellt. Zentrale Anforderungen an die Dienste und Einrichtungen vor Ort sind:

- Informiertheit über die lokale Infrastruktur: Die offene Altenhilfe sowie die Dienstleister der ambulanten und stationären Pflege kennen die lokalen Einrichtungen des Sucht(kranken-)hilfesystems und umgekehrt: Das Suchthilfesystem kennt die Angebote der Altenhilfe vor Ort und nutzt deren Angebote
- Gemeinsame Fallarbeit im Einzelfall: Klärung der Arbeitsaufträge und gemeinsamer Aufgaben, Übernahme des „Case Managements“ und gemeinsame Informationspraxis
- Einrichten von gemeinsamen Qualitätszirkeln

# 1. Ausgangslage

---

## 1.1 Heterogenität des Alterns und demografische Entwicklungen

Die derzeitige Debatte zur Situation älterer Menschen wird durch zwei Perspektiven bestimmt, die beide der Heterogenität in dieser Gruppe nicht annähernd gerecht werden. Auf der einen Seite werden die Potenziale älterer Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft betont (Stichwort silver generation) und auf der anderen Seite wird im Kontext des demografischen Wandels für die Zukunft eine dramatisch zunehmende Zahl von Pflegebedürftigen vorhergesagt. Unabsehbare Folgen für die sozialen Sicherungssysteme werden prognostiziert. Beide Sichtweisen blenden die Tatsache aus, dass die Menschen so unterschiedlich altern, wie sie sich zuvor in ihren Lebensstilen und Biografien unterschieden haben. Neben der Pluralisierung und Individualisierung von Lebensentwürfen unterliegt das Alter noch weiteren Veränderungen, die durch den sozialen Wandel mitbedingt sind. Mit dem Begriff der „neuen Alten“ werden Menschen beschrieben, die über Potenziale verfügen, wie sie in früheren Generationen nicht vorhanden waren. Neben einem besseren Gesundheitszustand sind dies durchschnittlich höhere Bildungsabschlüsse und höhere finanzielle Ressourcen. Der Anteil der Lebensspanne, den diese „neuen Alten“ ohne berufliche und familiäre Verpflichtungen verbringen und in dem sie sich unter anderem durch bürgerschaftliches Engagement für die Gesellschaft einsetzen können und wollen, ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen.

Die einseitige Fokussierung auf die Potenziale älterer Menschen kann jedoch dazu führen, dass die wieder wachsende Ungleichheit von sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen und die daraus resultierenden, unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen negiert werden. Die Heterogenität in der Gruppe der älteren Menschen, die sich sowohl

auf die physische wie die psychische Befindlichkeit als auch auf die soziale und ökonomische Situation im Alter bezieht, verlangt differenzierte Altersbilder. Diese müssen Aspekte der Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Endlichkeit vor allem im hohen Alter integrieren und gleichzeitig die persönlichen Kompetenzen sowie ideellen und wirtschaftlichen Ressourcen älterer Menschen angemessen berücksichtigen. Die gesellschaftlichen Altersbilder wie auch die Einstellung des sozialen Umfeldes wiederum beeinflussen den individuellen Alternsprozess beziehungsweise die Situation älterer Menschen. So galt es beispielsweise in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen lange als wenig aussichtsreich, ältere Menschen zu behandeln, da diese in ihren Verhaltensmustern als starrer und unflexibler galten und konfrontative, therapeutische Interventionen kontraindiziert waren. Diese Haltung führt neben einer anderen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch Ältere nach wie vor zu einer deutlichen Unterversorgung älterer Menschen und zeigt sich auch in der Fehl- und Unterversorgung älterer Menschen mit Suchterkrankungen. Dabei konnten aktuelle Studien eindrucksvoll belegen, dass beispielsweise ältere Alkoholabhängige durch spezifische Behandlungskonzepte in der stationären Rehabilitation nicht nur höhere Abstinenzquoten als jüngere erreichen, sondern auch signifikant zufriedener mit der Behandlung sind.<sup>1</sup>

Angesichts der vorliegenden Daten zum demografischen Wandel bekommt die Frage, wie die alternde Gesellschaft vor Ort gestaltet werden kann, eine zentrale Bedeutung.

Laut statistischem Bundesamt ist in den nächsten Jahrzehnten in Deutschland insgesamt mit einer sinkenden Bevölkerungszahl (2005 82,4 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner gegenüber ge-

---

<sup>1</sup> Vgl. Dieter Geyer, 2006.

schätzten 69 bis 74 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner 2050) zu rechnen. Dabei nimmt die Anzahl älterer und vor allem hochaltriger Menschen zu, während die Zahl an Kindern und Jugendlichen prognostisch abnimmt. Bereits 2030 sollen fast 30 Prozent der Deutschen über 65 Jahre alt sein. Das heißt sowohl die Anzahl älterer und hochaltriger Menschen als auch die Anzahl der pflegebedürftigen älteren Menschen erhöht sich nicht nur absolut, sondern auch relativ zur Gesamtbevölkerung. In welchem Ausmaß die Pflegebedürftigkeit beziehungsweise die „Krankheitslast“ bei steigender Lebenserwartung zunehmen wird, wird anhand von zwei unterschiedlichen Hypothesen kontrovers diskutiert. Nach der sogenannten Kompressionshypothese werden bei steigender Lebenserwartung im Durchschnitt gesunde Lebensjahre hinzugewonnen, die dem Tod vorausgehende Phase schwerer Erkrankung kann „komprimiert“ werden. Demgegenüber sind nach der Expansionshypothese die hinzugewonnenen Lebensjahre durch starke chronische Erkrankungen geprägt, die zu einer „Expansion“ der Krankheitsphase vor dem Tod führen.

Diese Hypothesen spiegeln wahrscheinlich die sozio-ökonomische Ungleichheit der Gesundheitschancen wider und beschreiben idealtypisch jeweils die gesundheitliche Situation unterschiedlicher Bevölkerungsschichten. In zahlreichen Studien ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit, Einkommenslage, Bildungsstand, Arbeitslosigkeit und Umweltbedingungen sowie dem Risiko zu erkranken, auch psychisch zu erkranken beziehungsweise eine Suchtabhängigkeit zu entwickeln, belegt worden.

Im Kontext der prognostizierten, zunehmenden Verbreitung von Armut in Deutschland ist davon auszugehen, dass Menschen in prekären ökonomischen und psychosozialen Situationen verstärkt mit psychischen Störungen und Suchterkrankungen konfrontiert sein werden und sich die teilweise lebenslang vorhandenen Risikofaktoren im Alter noch wechselseitig verstärken.

Doch bereits heute leben viele ältere, suchtkranke Menschen völlig isoliert und unter schwierigsten wirtschaftlichen Bedingungen am Rand unserer

Gesellschaft, ohne je mit dem Sucht- oder dem Altenhilfesystem in Berührung zu kommen. Und auch andere Angebote der offenen Alten- oder Sozialarbeit erreichen diese Menschen nicht.

## 1.2 Definition und Prävalenz verschiedener Suchtformen im Alter

Die Tatsache, dass Suchterkrankungen im Alter zu selten oder spät wahrgenommen und diagnostiziert werden, hängt unter anderem damit zusammen, dass die Differentialdiagnose zwischen einer Suchterkrankung im Alter, einer Depression im Alter und einer beginnenden Demenz schwierig ist, zumal die Störungen häufig auch gemeinsam auftreten. Generell lässt sich sagen, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen nach vorliegenden Studien bei den über 65-Jährigen bei circa 25 Prozent liegt. Dabei steigt das Risiko, an einer schweren psychischen Störung zwischen dem 60. und dem 89. Lebensjahr zu erkranken, vor allem aufgrund der Zunahme von Demenzen, erheblich. Depressionen sind die zweithäufigste Gruppe psychischer Störungen im Alter, wobei ältere Frauen doppelt so häufig an Depressionen leiden wie ältere Männer. Depressive Erkrankungen im Alter werden ebenfalls zu selten erkannt und nicht adäquat behandelt. In diesem Zusammenhang müssen auch die Suizidraten von Älteren gesehen werden, die deutlich höher sind als bei Jüngeren. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland stellt fest, dass es in den letzten Jahren eine Verschiebung des Anteils älterer Menschen, insbesondere älterer Frauen an der Gesamtzahl der Suizide gegeben hat. Fast jeder zweite Suizid einer Frau ist mittlerweile der einer Frau über 60 Jahre.

Es gibt inzwischen zahlreiche Hinweise darauf, dass die Entwicklung von Suchterkrankungen oft als Spätfolge beziehungsweise als Reaktion auf Traumatisierungen interpretiert werden kann. Traumatisch erlebte Kriegserfahrungen brechen oft erst Jahrzehnte später, beispielsweise mit dem Eintritt in das Rentenalter, auf und können zu sozialem Rückzug, Angstzuständen und Depressionen führen<sup>2</sup>. So konnte in einer Studie ein Zusammenhang

<sup>2</sup> vgl. DHS-Studie zur Medikamentenabhängigkeit



## ■ Ausgangslage

zwischen traumatisierenden Kriegserfahrungen von Frauen in Form von sexueller Gewalt und späteren gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten nachgezeichnet werden.<sup>3</sup>

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die Häufigkeit der substanzbezogenen Störungen im Alter und deren Behandlungschancen gegeben werden<sup>4</sup>. Aufgrund der besonderen epidemiologischen Bedeutung des Missbrauchs von Alkohol und Benzodiazepinen in dieser Altersgruppe werden diese beiden Störungen ausführlicher behandelt.

Aktuell ist die Bedeutung illegalen Drogenkonsums im höheren Alter noch gering einzuschätzen, so dass auf die Substanzen in diesem Rahmen nicht weiter eingegangen wird. Gleichwohl ist aufgrund der besseren medizinischen Versorgung in den nächsten Jahren mit einer Zunahme älterer opiatabhängiger Menschen zu rechnen, so dass sich die Dienste und Einrichtungen mit ihren Angeboten zunehmend auch auf diese Gruppe einstellen sollten.

## Alkohol

Beim Umgang mit Alkohol wie auch mit anderen psychotropen Substanzen lassen sich generell folgende Konsum- oder Verhaltensmuster voneinander unterscheiden. 1. Kein Konsum oder Abstinenz, 2. risikoarmer Konsum von Alkohol, 3. riskanter Konsum, 4. problematischer Konsum, 5. schädlicher Gebrauch und 6. Abhängigkeit. Während sich die ersten drei Stufen allein über die Konsummenge definieren, kommen ab der vierten Stufe negative psychische und soziale Konsequenzen des Substanzkonsums hinzu. Ein problematischer Gebrauch kann bereits zu beeinträchtigenden negativen gesundheitlichen und psychosozialen Folgen führen. Als Alkoholmissbrauch wird ein Konsum von Alkohol bezeichnet, der ohne Zeichen einer Abhängigkeit zu körperlichen und/oder sozialen Schäden führt. Aus diesem Grund ist in der Inter-

3 vgl. Böhmer 2005

4 Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf folgende Quellen: Hans-Jürgen Rumpf, Siegfried Weyerer 2006, Siegfried Weyerer 2003 und Materialien der DHS zum Schwerpunktjahr 2006 „Unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar“

national Classification of Diseases (ICD-10) auch von „schädlichem Gebrauch“ die Rede.

Diagnostische Leitlinien für ein Abhängigkeitsyndrom sind nach der ICD-10 bezogen auf den Alkohol:

- Starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums,
- Nachweis einer Toleranz; das heißt um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen des Alkohols zu erreichen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich,
- Vernachlässigung anderer Neigungen und Interessen zugunsten des Alkoholkonsums,
- die Fortführung des Alkoholkonsums trotz eindeutig eingetretener körperlicher, psychischer und sozialer Folgeschäden.

Um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit stellen zu können, müssen – unabhängig vom Alter – drei oder mehrere dieser Kriterien während des letzten Jahres vorhanden gewesen sein. Bei älteren Menschen sind grundsätzlich ähnliche Symptome zu erwarten wie bei jüngeren. Folgende körperliche Symptome stehen im Vordergrund: schlechter Allgemeinzustand einhergehend mit Appetitlosigkeit; Gewichtsverlust und Muskelatrophie; gerötete Gesichtshaut und vegetative Störungen. Bei den psychischen Symptomen stehen Angst, Depressivität, innere Unruhe und kognitive Defizite im Vordergrund.

Aufgrund einer veränderten, körperlichen Reaktionsweise bei älteren Menschen führt bei diesen die gleiche Menge Alkohol zu einer deutlich höheren Blutalkoholkonzentration als bei jüngeren. Da auch das Gehirn empfindlicher auf Alkohol reagiert, weisen ältere Menschen selbst bei abnehmenden Trinkmengen eine erhöhte Schädigung des zentralen Nervensystems auf. Diese verminderte Alkoholtoleranz stellt mit einem der Gründe für die im Vergleich zu anderen Altersgruppen niedrigere



## ■ Ausgangslage

Alkoholismusprävalenz im Alter dar. Weitere Gründe sind die deutlich erhöhte Mortalitätsrate von Alkoholikern, da diese selten ein Alter jenseits von 65 Jahren erreichen sowie der Verzicht auf den Konsum aufgrund schwerer körperlicher Folgeerkrankungen. Diese Aspekte führen dazu, dass der Alkoholkonsum nach dem 60. Lebensjahr signifikant abnimmt.

In der Literatur wird zwischen zwei beziehungsweise drei Gruppen von Abhängigen unterschieden. Es gibt Menschen, die als sogenannte early-onset Abhängige beschrieben werden. Deren Suchtprobleme beginnen meist in frühen Lebensphasen und die dysfunktionalen Konsummuster werden grundsätzlich beibehalten. Bei Menschen mit einer langjährigen Alkoholabhängigkeit treten häufig weitere zum Teil schwere körperliche und psychische Erkrankungen, oft verbunden mit hirnorganischen Veränderungen, auf. Die soziale Situation ist meist durch Ausgrenzung und Isolation gekennzeichnet. Bei den sogenannten late-onset Abhängigen beginnt die Sucht erst in einem höheren Lebensalter und wird häufig durch alterstypische kritische Lebensereignisse, wie Verrentung oder Verlust der Partnerin/des Partners, ausgelöst. Menschen mit einem späten Suchtbeginn gelten als psychisch stabiler. Sie verfügen über mehr Ressourcen und weisen weniger begleitende psychische Erkrankungen auf. Dies erklärt auch die bessere Behandlungsprognose für diese Gruppe.

Als dritte Gruppe werden die rezidiv Abhängigen definiert, die lange Jahre abstinent gelebt haben und später durch unterschiedliche Auslöser „Rückfälle“ erleiden.

Wie bereits erwähnt, kann der Konsum von Alkohol jedoch auch jenseits von Missbrauch oder Abhängigkeit zu erheblichen negativen, gesundheitlichen und psychosozialen Folgen führen. Derzeit werden der tägliche, durchschnittliche Konsum von mehr als 20 g (entspricht etwa 0,5 l Bier oder 0,2 bis 0,25 l Wein) reinen Alkohols für Frauen und mehr als 30 g für Männer als risikoreicher Konsum definiert. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Grenzen für gesunde Erwachsene nicht ohne weiteres auf ältere Menschen zu übertragen

sind. Ältere haben zum einen einen langsameren Stoffwechsel und leiden zum anderen oft noch an weiteren Erkrankungen. Eine andere Richtlinie empfiehlt für Menschen, die älter als 65 Jahre sind, nicht mehr als ein alkoholisches Getränk pro Tag zu konsumieren.

Bezogen auf die oben angegebenen Grenzen von 20/30 g reinen Alkohols konsumieren rund 15 Prozent der Älteren in riskantem Ausmaß; dabei lassen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen: Circa 27 Prozent älterer Männer mit riskantem Konsum stehen circa acht Prozent Frauen gegenüber. Zwei bis drei Prozent der Männer und ein Prozent der Frauen haben ein schwerwiegendes Alkoholproblem.

Verschiedene Studien belegen, dass im Vergleich zu älteren Menschen in Privathaushalten der Anteil alkoholkranker Menschen in Altenpflegeheimen überdurchschnittlich hoch ist<sup>5</sup>. Nach einer Studie von Weyerer und anderen haben durchschnittlich circa 10 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner beim Einzug in das Heim eine Alkoholdiagnose nach ICD-10 (Männer sind bis zu fünfmal häufiger betroffen als Frauen). Diese Bewohnerinnen und Bewohner unterschieden sich von den anderen Heimbewohnerinnen und -bewohnern in folgenden Merkmalen:

- Das Alter beim Einzug in das Heim liegt bei Alkoholkranken mit 62 Jahren wesentlich niedriger als bei Menschen ohne entsprechende Diagnose (78 Jahre); die Verweildauer bei ersteren ist um circa ein Jahr höher,
- über 50 Prozent der Menschen mit einer Alkoholerkrankung, aber nur circa 25 Prozent der Menschen ohne Alkoholerkrankung waren ledig oder geschieden,
- Menschen mit einer Alkoholerkrankung erhalten signifikant seltener Besuch von Verwandten oder Angehörigen,
- der Anteil von Menschen mit gesetzlicher Betreuung ist höher bei denjenigen, die an einer Alkoholerkrankung leiden.

<sup>5</sup> Vgl. Hirsch und Kastner et al.; Psychische Störungen in Heimen, KDA, 2004.

## ■ Ausgangslage

Über die Hälfte bis zu zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner, die zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in ein Heim eine Alkoholdiagnose hatten, lebten nach durchschnittlich vier Jahren abstinent und auch bei denjenigen, die im Heim ihren missbräuchlichen Konsum fortsetzen, ist von einer Reduktion auszugehen.

Bei circa zwei Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, die zum Zeitpunkt der Heimaufnahme keine Alkoholdiagnose hatten, wurde nach der Aufnahme eine entsprechende Störung festgestellt.

Wie oben bereits erwähnt sind die Prognosen für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit gut. Im Vergleich zu jüngeren Abhängigen weisen die älteren eine geringere Anzahl alkoholbezogener Probleme auf und zeigen eine weniger ausgeprägte Abhängigkeit.

Dennoch spielt die Gruppe der älteren Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in der Suchthilfe nur eine marginale Rolle. Der Anteil der Alkoholabhängigen über 60 Jahren liegt bei den ambulanten Hilfen bei unter 5 Prozent und bei den stationär Behandelten bei etwas über 5 Prozent.

## Medikamente

Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass etwa 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen in Deutschland von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig sind.<sup>6</sup> Bei weiteren 1,7 Millionen Menschen besteht das erhöhte Risiko, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln.

Die Verschreibung von Medikamenten wird hauptsächlich durch die drei Aspekte Alter, Geschlecht und Gesundheit beeinflusst. Mit zunehmendem Alter erhöht sich sowohl der Arzneimittelgebrauch (mehr als die Hälfte aller Verordnungen sind für Menschen über 60 Jahre bestimmt) als auch die Anzahl der eingenommenen Medikamente. Wie beim

<sup>6</sup> Die nachführenden Ausführungen stützen sich auf folgende Quellen: DHS-Studie zur Medikamentenabhängigkeit, den Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ der Bundesärztekammer und einen Artikel von Weyerer, 2003.

Alkohol lässt sich auch bei Medikamenten feststellen, dass diese bei älteren Menschen aufgrund des verlangsamten Stoffwechsels langsamer und länger wirken als bei Jüngeren. Das heißt, dass ältere Menschen – neben den gewünschten Wirkungen der Medikamente – deutlich häufiger von den Nebenwirkungen betroffen sind als Jüngere.

Circa ein bis zwei Millionen Menschen, die älter als 60 Jahre sind, weisen einen problematischen Gebrauch sogenannter psychoaktiver Medikamente auf. Hierzu zählen unter anderem Neuroleptika, Antidepressiva, Antidementiva, Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel. Die meisten der Medikamente, die als Beruhigungs- und Schlafmittel verschrieben werden, gehören zur Gruppe der Benzodiazepine, die ein hohes Suchtpotenzial aufweisen und bei dreiviertel aller Medikamentenabhängigkeiten eine Rolle spielen<sup>7</sup>. Auch wenn in den letzten Jahren ein Rückgang in der Verordnungshäufigkeit festzustellen ist, gehören Benzodiazepine nach wie vor zu den am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka. Nach der Berliner Altersstudie werden ungefähr 25 Prozent aller Menschen über 75 Jahre mit Psychopharmaka behandelt, wobei 13 Prozent Benzodiazepine erhalten.

Die weiter oben für den Alkoholismus beschriebenen diagnostischen Leitlinien gelten für die Abhängigkeit von allen bekannten psychotropen Substanzen und damit auch für die Abhängigkeit von Benzodiazepinen. Von einem missbräuchlichen Konsum wird gesprochen, wenn die Einnahme in höherer Dosis beziehungsweise über einen längeren Zeitraum als angemessen oder verordnet erfolgt, nicht der Behandlung einer Erkrankung dient, sondern aufgrund der als positiv erlebten psychotropen Wirkung erfolgt und/oder wenn die Einnahme nicht mehr kontrolliert werden kann.

Die Definition einer Benzodiazepinabhängigkeit ist aus mehreren Gründen schwierig, so dass in der Literatur eher auf unterschiedliche Risikofaktoren verwiesen wird.

<sup>7</sup> vgl. Greve, Osterfeld, Diekmann (2006): Umgang mit Psychopharmaka.

## ■ Ausgangslage

Bei Personen mit einer bereits vorhandenen Suchterkrankung ist von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen auszugehen,

- Das Risiko steigt, wenn Behandlungsdauer und Dosis zunehmen.
- Neben der mit Benzodiazepinen behandelten Erkrankung spielen zusätzliche psychosoziale Belastungen eine wichtige Rolle.
- Die Einnahme von Benzodiazepinen wird begleitet durch bestimmte Erwartungen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der psychotropen Wirkung.

Als weitere Risikofaktoren für die Entwicklung einer Benzodiazepinabhängigkeit nennt der Vierte Altenbericht noch Einsamkeit durch Verlust der Partnerin/des Partners, Einschränkung der sozialen Beziehungen/Aktivitäten durch Multimorbidität und aufgrund der Belastungen durch die Pflege der Partnerin/des Partners, Schlaflosigkeit und chronische Schmerzen.

Im Gegensatz zum Konsum von illegalen Drogen oder von Alkohol kommen ältere Menschen mit einem dauerhaften Benzodiazepingebrauch in der Regel jedoch nicht auf die Idee, dass sie eine von der Ärztin oder dem Arzt verordnete Substanz mit Suchtpotenzial missbräuchlich verwenden oder sogar in eine Abhängigkeit geraten könnten, was sowohl die Diagnose als auch die Behandlung erschwert.

Zahlen zur Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka in Altenpflegeheimen liefern für Deutschland unter anderem zwei Studien, die zu vergleichbaren Ergebnissen kommen<sup>8</sup>. Circa 55 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen erhielten Psychopharmaka, wobei circa ein Drittel Neuroleptika beziehungsweise Antipsychotika erhielten, 13 beziehungsweise 20 Prozent Antidepressiva bekamen und 16 beziehungsweise 17 Prozent Benzodiazepine erhielten (und dies zu hoch dosiert und zu lange verordnet).

<sup>8</sup> vgl. Weyerer und Schäufele, 2000 und Molter-Bock, 2004.

Die These, dass eine längerfristige Institutionalisierung zu erhöhtem Psychopharmakagebrauch führe – immerhin sind in stationären Einrichtungen der Altenhilfe höhere Raten von Benzodiazepinmissbrauch festzustellen als bei Gleichaltrigen, die nicht stationär untergebracht sind – konnte von den vorliegenden Studien jedoch nicht bestätigt werden. Der Psychopharmakagebrauch bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme ist vergleichbar mit dem Psychopharmakagebrauch von Menschen, die seit Jahren in Altenpflegeheimen leben.

Das vorliegende Zahlenmaterial unterstreicht zum einen die oft nicht sachgerechte Indikationsstellung und Verordnung von Psychopharmaka bei älteren Menschen und macht zum anderen auf die besondere Verantwortung der Altenpflegeheime für eine angemessene Behandlung und Versorgung von älteren Menschen mit psychischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen aufmerksam. Hierfür spricht auch die für die stationäre Versorgung bestehende Unterversorgung mit Antidepressiva und Antidementiva<sup>9</sup>, aber auch mit Psychotherapien.

Inwieweit angesichts dieser Situation die Altenpflegeheime von einer Zusammenarbeit mit der Suchthilfe, beispielsweise in Form von Schulungen oder Beratungen profitieren können, wird in Studien deutlich, die einen klaren Zusammenhang zwischen der Qualifikation von Pflegenden und dem Gebrauch von Psychopharmaka herstellen. Mit zunehmender Information und Qualifizierung der Mitarbeitenden in Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe werden diese in die Lage versetzt, bestimmte Verhaltensweisen von Menschen mit Suchterkrankungen besser zu verstehen, nach möglichen Alternativen zu suchen und anders zu handeln. Die Mitarbeitenden können Medikamentenabhängigkeiten oder einen problematischen Konsum eher erkennen und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten entsprechende Rückmeldungen geben. Entzugssymptome, die bei einer Reduzierung der Medikamente vorübergehend auftauchen können, sind leichter zu tolerieren und gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Pflegeintensität nach einer gelungenen Reduzierung von Psychopharmaka vielfach abnimmt.

<sup>9</sup> vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen 2002

## ■ Ausgangslage

Die wenigen vorliegenden Studien aus dem Ausland zur Wirksamkeit der Behandlung bei Benzodiazepinabhängigkeiten belegen, dass hier die Entzugsbehandlung auch bei älteren Menschen gute Prognosen hat. Im Gegensatz zu diesen positiven Behandlungsaussichten nehmen jedoch nur wenige Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit das Suchthilfesystem in Anspruch. Nur circa ein Prozent der Klientinnen und Klienten in ambulanten und weniger als ein Prozent in stationären Einrichtungen weisen als Erstdiagnose Medikamentenabhängigkeit auf. Weniger als zehn Prozent aus dieser Gruppe waren 60 Jahre und älter.

## Nikotin

Knapp 16 Prozent der Männer und circa sieben Prozent der Frauen, die 60 Jahre und älter sind, rauchen. Dies sind insgesamt mehr als zwei Millionen Menschen und circa elf Prozent der Altersgruppe. Repräsentative Daten zu einer Nikotinabhängigkeit in der Gruppe der älteren Menschen liegen für Deutschland nicht vor. Ältere Raucher lassen sich durch einen hohen Konsum und eine stark ausgeprägte Abhängigkeit charakterisieren. US-amerikanische Studien konnten belegen, dass auf die spezifische Situation älterer Raucher zugeschnittene Interventionen effektiver sind als ein Standardprogramm. Das Beenden des Rauchens im höheren Alter ist mit einer deutlichen Verringerung gesundheitlicher Folgen und einer geringeren Sterblichkeit verbunden. Im Suchthilfesystem bestehen bislang kaum Angebote für Raucherinnen und Raucher. Dies gilt nicht nur für Ältere, sondern lässt sich auf alle Altersgruppen übertragen<sup>10</sup>.

### 1.3 Übersicht über das Leistungsspektrum in der Sucht- und Altenhilfe

Im Folgenden werden die Angebote der Sucht- und Altenhilfe vorgestellt, die prinzipiell auch für ältere Menschen mit Suchterkrankungen zuständig sind.

<sup>10</sup> In der Suchthilfestatistik 2005 macht die Hauptdiagnose Tabakabhängigkeit lediglich 0,1 Prozent aller stationären Behandlungen aus.

Die Sucht(kranken-)hilfe verfügt über ein breit ausdifferenziertes Leistungsspektrum. Die dort bereitgehaltenen Hilfen lassen sich der Gesundheitsförderung beziehungsweise Prävention, der Beratung, der Entgiftung, der Rehabilitation, der Eingliederungshilfe sowie der Selbsthilfe zuordnen.

Die unterschiedlichen Hilfen sind leistungsrechtlich in verschiedenen Sozialgesetzbüchern verankert, wie dem SGB V (Krankenversicherung), dem SGB VI (Rentenversicherung), dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und dem SGB XII (Hilfen zur Eingliederung).

## Gesundheitsförderung und Prävention

Bei der Gesundheitsförderung und Prävention geht es darum, Lebensbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten und das Augenmerk insbesondere auf die Lebenslage von Menschen zu legen, die den größten Belastungen ausgesetzt sind und die wenigsten Bewältigungsmöglichkeiten haben. Für Prävention und Gesundheitsförderung ist der Setting-Ansatz wichtig, wie beispielsweise Kampagnen in Schulen und Betrieben. Für bestimmte Risikogruppen gibt es darüber hinaus zielgruppenspezifische Programme.

## Beratung

Die Beratung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen beziehungsweise mit riskantem Substanzkonsum und von deren nahen Bezugspersonen findet in Sucht- und Drogenberatungsstellen statt, von denen es in Deutschland circa 900 gibt. Suchtberatungsstellen sind zunächst Angebote im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge, zu deren zentralen Aufgabe die Grundversorgung zählt.

Diese umfasst:

- niederschweligen Kontakt
- Beratung
- Betreuung
- Case Management an der Schnittstelle zu anderen Hilfesektoren
- Prävention in unterschiedlichen Settings.

## **Entgiftung**

Die Entgiftung mit dem Ziel eines körperlichen Entzugs als Krankenkassenleistung erfolgt in psychiatrischen Kliniken beziehungsweise in Akutkliniken, wobei einige Kliniken einen qualifizierten Entzug mit begleitenden psychosozialen Angeboten bereithalten.

## **Rehabilitation**

Die Rehabilitation zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise deren Erhalt – oft im Anschluss an den Entzug – erfolgt stationär in entsprechenden Fachkliniken und ambulant in den Fachstellen (Suchtberatungsstellen).

Menschen, die aufgrund einer langjährigen und chronisch verlaufenden Abhängigkeitserkrankung schwerwiegende physische und psychische Folgeerkrankungen aufweisen und deshalb in ihrer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe. Hierunter fallen zum Beispiel so genannte chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitserkrankte Menschen, die ambulant durch aufsuchende Angebote im eigenen Wohnraum betreut werden oder stationär in sozialtherapeutischen Wohnheimen leben.

## **Selbsthilfe**

Die Selbsthilfe stellt eine weitere, wesentliche Säule in der Sucht(kranken-)hilfe dar und umfasst in Deutschland circa 900.000 Mitglieder. Das Ziel der Selbsthilfe ist die (zufriedene) Abstinenz, die unter anderem durch die in den Selbsthilfegruppen erfahrene Gemeinschaft verwirklicht wird.

## **Offene Altenarbeit**

Die offene Altenarbeit zeichnet sich durch eine große Vielfalt der Angebote und deren geringe Standardisierung aus. Die Angebote reichen von Kontakt- und Beratungsstellen, Begegnungsstätten (unter anderem für Menschen mit Demenz), Projekten zum bürgerschaftlichen Engagement,

über zugehende Hilfen, wie beispielsweise Nachbarschaftshilfen und Besuchsdienste, bis hin zu alternativen Wohnprojekten. Sie richten sich an Menschen in der spät- und nachberuflichen Phase ebenso wie an Hochaltrige und folgen weitgehend den beiden Leitbildern des betreuten und des aktiven Alters.

Vielfach wird versucht (zum Beispiel planerisch durch die Altenpläne der Kommunen), die offene Altenarbeit stärker auf die Teilhabebedürfnisse älterer Menschen hin auszurichten. Ziel ist, Selbstständigkeit zu fördern, die gesellschaftliche Beteiligung älterer Menschen zu stärken und den Verbleib hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen im eigenen Wohnraum aktiv zu unterstützen.

## **Ambulante Altenhilfe**

Die ambulante Altenhilfe wird unter anderem durch Sozialstationen erbracht und umfasst folgende Leistungen: Häusliche Krankenpflege nach dem SGB V, Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB XI, private Leistungen wie beispielsweise haushaltsnahe Dienstleistungen und Leistungen nach dem SGB XII. Ambulante Dienste können im Fall einer dauerhaften Pflege- oder Hilfebedürftigkeit dauerhaft in Anspruch genommen werden, während bei interkurrenten Erkrankungen die Möglichkeit einer vorübergehenden Inanspruchnahme besteht.

## **Stationäre Altenhilfe**

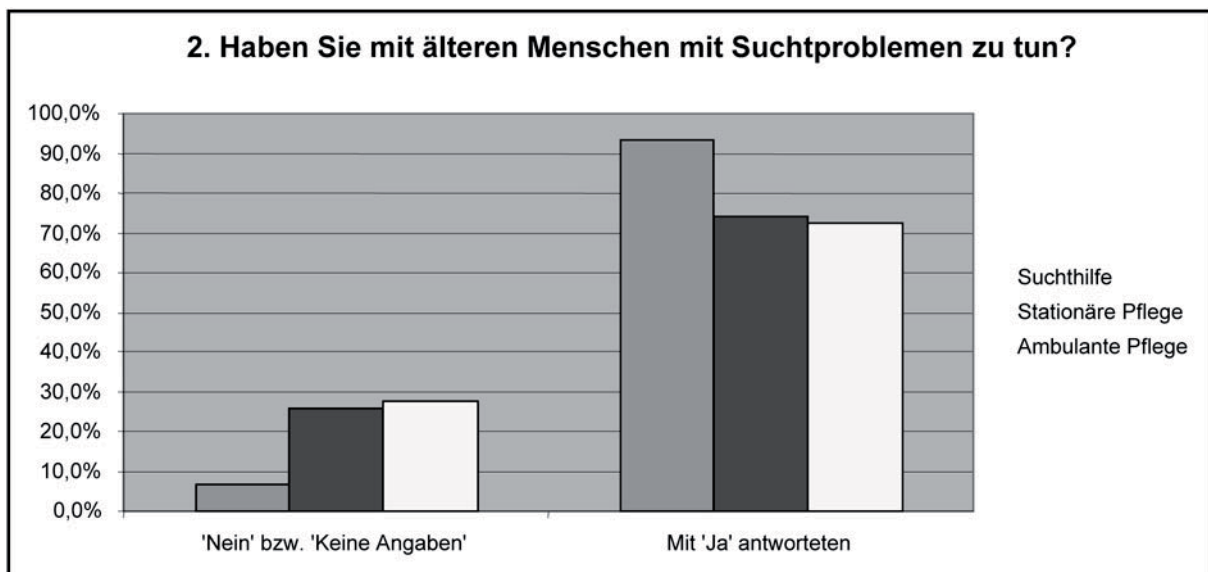
Mit der stationären Altenhilfe sind Altenpflegeheime, Altenkrankenheime und Seniorenresidenzen gemeint. Menschen, die stationär untergebracht sind, geben ihren eigenen Wohnraum auf, da sie dauerhaft und regelmäßig Pflege, Betreuung und ärztlicher Hilfe bedürfen, die ambulant nicht ausreichend gewährleistet werden können. Die Leistungen der vollstationären Altenhilfe erfolgen nach dem SGB XI und SGB XII.



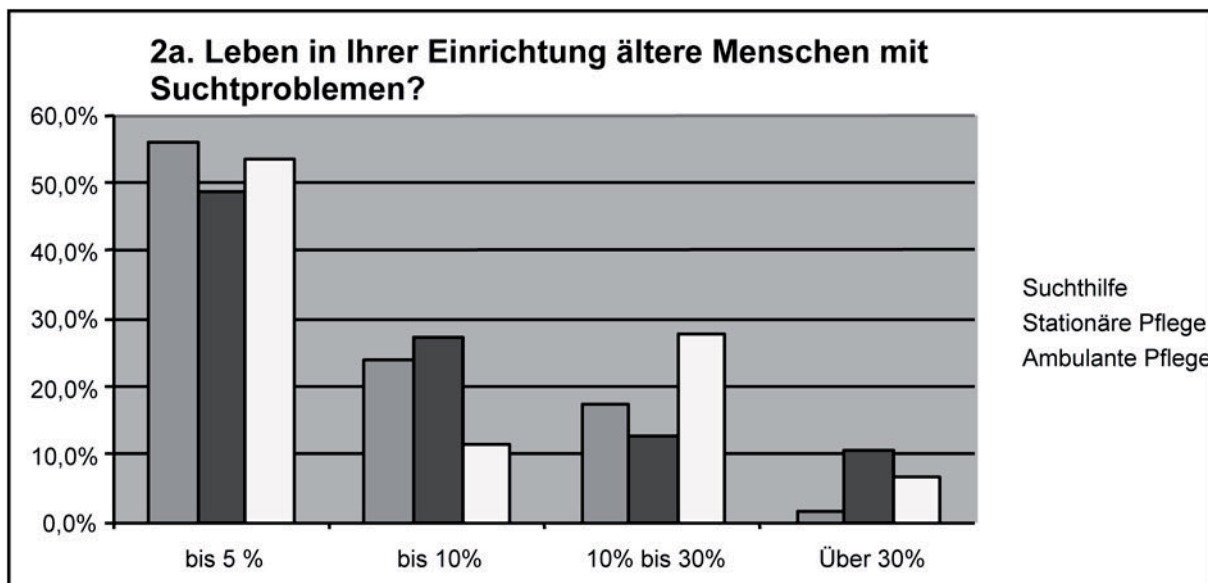
### 1.4 Die (Versorgungs-)Situation älterer Menschen mit Suchterkrankungen in Diensten und Einrichtungen der Diakonie

Wie oben dargestellt, zeigen die vorliegenden Daten eindrucksvoll die besondere Bedeutung des Themas Sucht im Alter. Es wird vor allem deutlich, dass ältere Menschen, die in Altenpflegeheimen

leben, schon bei ihrer Aufnahme hohe Raten von Missbrauch und Abhängigkeit sowohl von Alkohol als auch von Medikamenten/Psychopharmaka aufweisen. Gleichzeitig wird das Suchthilfesystem von älteren Menschen mit Suchterkrankungen nicht in Anspruch genommen beziehungsweise werden keine entsprechenden Angebote vorgehalten. Diese Problembeschreibung spiegelt sich auch in den Ergebnissen einer Umfrage in diakonischen Einrich-



Grafik 1: Die Antworten auf die Frage 2 zeigen ein recht homogenes Bild über die verschiedenen Arbeitsbereiche hinweg.



Grafik 2: Auch die Inanspruchnahme der verschiedenen Arbeitsbereiche ist trotz einer größeren Streuung relativ homogen

## ■ Ausgangslage

tungen und Diensten der Sucht- und der Altenhilfe wider, die Anfang 2006 von einer Arbeitsgruppe im Diakonischen Werk der EKD durchgeführt worden ist. Erhoben wurde die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Einrichtungen der Sucht- und der Altenhilfe. Es ging unter anderem um folgende Fragestellungen:

- Werden die Mitarbeitenden in ihrem Berufsalltag mit dem Thema der Suchtabhängigkeit älterer Menschen konfrontiert?
- Gibt es in der jeweiligen Einrichtung spezielle Angebote für diese Zielgruppe?
- Welcher politische und rechtliche Handlungsbedarf wird gesehen?

### Zur Bedeutung von Suchterkrankungen im Alter in den Arbeitsfeldern

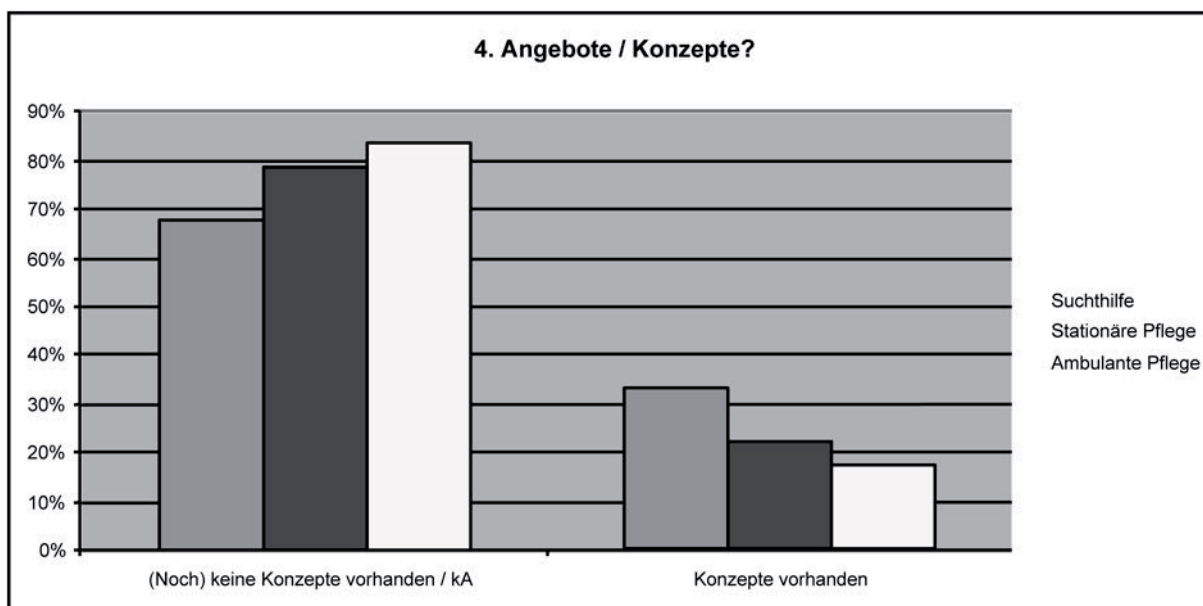
Die Relevanz des Themas „Suchtabhängigkeit älterer Menschen“ wird in allen drei Arbeitsbereichen (Suchthilfe, ambulante und stationäre Altenhilfe) klar gesehen. Allerdings ist diese hohe Übereinstimmung kein Hinweis auf eine umfangreiche Beanspruchung der Hilfesysteme durch suchtkranke ältere Menschen. In 53 Prozent aller Antworten sind suchterkrankte ältere Menschen mit einem An-

teil von deutlich unter fünf Prozent der Nutzerinnen und Nutzer angegeben. Allerdings wird in der stationären (mit elf Prozent der Nennungen) und in der ambulanten Altenhilfe (mit sieben Prozent der Nennungen) der Anteil alkoholkranker Menschen mit über 30 Prozent angegeben. Dies verweist auf einen erheblichen Problemdruck und unterstreicht eine Handlungserfordernis.

Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass in der Suchthilfe 98,4 Prozent der befragten Mitarbeitenden angeben, dass ihre Einrichtungen von weniger als 30 Prozent älterer Menschen genutzt werden.

### Verschiedene Suchtmittel

Bei der Frage, welche Suchtmittel den größten Raum einnehmen, weisen alle drei Arbeitsfelder dem Suchtmittel Alkohol mit Abstand die größte Bedeutung bei (60 Prozent). Dabei ist dies in der Suchthilfe noch deutlicher ausgeprägt (circa 70 Prozent gegenüber circa 55 Prozent in den Pflegebereichen). Insbesondere in der ambulanten Pflege, jedoch auch im stationären Bereich, spielen Medikamente als Suchtmittel eine erhebliche Rolle (ambulant 37,5 Prozent und stationär 28 Prozent). Damit nimmt dieses Suchtmittel im Alter gegenüber



**Grafik 3: Deutlich ist die reziproke Situation zwischen der Thematisierung des Problems in Grafik 1 und der Frage nach dem Vorliegen von Leistungsangeboten oder -konzepten**



## ■ Ausgangslage

jüngeren Gruppen eine deutlich hervorgehobene Stellung ein.

Angesichts des Antwortverhaltens, dass die hohe Bedeutung des Themas Sucht im Alter im Berufsaltag unterstreicht, überraschen die Ergebnisse auf die Frage, ob es in der Einrichtung besondere Angebote oder konzeptionelle Überlegungen gibt.

### **Zielgruppenspezifische Angebote und Kooperationen**

Lediglich in durchschnittlich einem Viertel (23 Prozent) der Einrichtungen liegen Konzepte vor oder gibt es besondere Angebote. Dabei ist ein deutliches Gefälle von der Suchthilfe (1/3 = 33 Prozent) über die stationäre Altenhilfe (22 Prozent) zur ambulanten Altenhilfe (17 Prozent) zu verzeichnen. Setzt man die Ergebnisse dieser Frage mit der Bedeutung des Themas ins Verhältnis, ist dies als eine deutliche Problemanzeige vor allem für die Altenhilfe zu bewerten.

Vorliegende Konzepte oder Angebote beziehen sich nach den Angaben der Mitarbeitenden vornehmlich auf Aspekte wie Integration des Themas in die bestehenden Angebote, Gesprächsangebote und Maßnahmen der Konsumbeschränkung oder der Vergabekontrolle.

Deutlich mehr als die Hälfte aller Einrichtungen in den drei Arbeitsfeldern gehen Kooperationen mit anderen Diensten ein. Hier gibt es zwischen den Arbeitsfeldern keinen wesentlichen Unterschied. Auch die Kooperationspartner sind gleich: Im Wesentlichen betrifft es das medizinische Versorgungssystem (Kliniken, Fach- und Hausärzte), aber auch die professionelle Suchthilfe. Etwa ein Drittel aller Suchthilfeeinrichtungen geben als Kooperationspartner die ambulante oder stationäre Altenhilfe an.

Auf die Frage nach der (Versorgungs-)Situation älterer Menschen mit Suchtproblemen beschreibt die überwiegende Mehrzahl der antwortenden Einrichtungen in allen drei Arbeitsfeldern diese als defizitär (83 Prozent der Antwortenden!). Hier gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Arbeitsfeldern.

## **Handlungsbedarf**

Verbesserungsnotwendigkeiten werden insbesondere in den Bereichen der Öffentlichkeitsarbeit und der Qualifizierung gesehen. Von besonderer Wichtigkeit ist aber auch der Ausbau spezieller Hilfen für ältere Menschen mit Suchtproblemen. Darüber hinaus wird auf die Notwendigkeit der Verbesserung in der Vernetzung, der Vorsorge und der finanziellen Absicherung von Leistungen hingewiesen.

Handlungsbedarf wird von den Antwortenden in allen drei Arbeitsbereichen gesehen (71 Prozent). Dabei scheint aber der Handlungsdruck in der Suchthilfe stärker ausgeprägt zu sein (86 Prozent) als im Altenhilfebereich (stationär 61 Prozent, ambulant 66 Prozent). Handlungsbedarf wird insbesondere gesehen im Qualifizierungsbereich (im Altenhilfebereich insbesondere bei den Mitarbeitenden). Vielleicht verbirgt sich hinter dem ausgeprägten Wunsch der Mitarbeitenden nach Fort- und Weiterbildung das Gefühl der Hilflosigkeit im Kontakt mit den suchtabhängigen älteren Menschen und das Bedürfnis, mit wirkungsvolleren Handlungsstrategien auf die Situation reagieren zu können.

Ebenso bestehen Handlungsnotwendigkeiten im Feld der Vernetzung und Kooperation. Diese Notwendigkeit wird allerdings von den Mitarbeitenden in den Einrichtungen der ambulanten Altenhilfe nicht genannt. Gleichzeitig wird der Ausbau spezialisierter Angebote für notwendig gehalten.

Insgesamt zeigt die Befragung über die drei unterschiedlichen Arbeitsfelder hinweg ein homogenes Bild. Allen Antwortenden in den verschiedenen Arbeitsfeldern ist ein ausgeprägtes Problembewusstsein für eine geeignete Versorgung suchtkranker älterer Menschen gemeinsam.

### **Anforderungen an die Sucht- und Altenhilfe**

Mit Blick auf die demografische Entwicklung und unter Einbeziehung der sich daraus ergebenden Prognosen müssen die Dienste und Einrichtungen sowohl der Sucht- als auch der Altenhilfe bereits heute adäquate Hilfeangebote für die Betroffenen

## ■ Ausgangslage

entwickeln, bereitstellen und Zugangsbarrieren abbauen. Vieles deutet darauf hin, dass die Suchthilfe die Gruppe der älteren Menschen mit Suchterkrankung mehr in den Fokus nehmen muss und dass die bestehenden Handlungs- und Behandlungskonzepte nur bedingt für diesen Personenkreis nutzbar sind. Unter anderem aufgrund fehlender adäquater ambulanter Angebote sowohl in der Sucht- als auch in der Altenhilfe liegt das durchschnittliche Aufnahmealter von Menschen mit Suchterkrankungen in stationären Altenhilfeeinrichtungen bei etwa

62 Jahren und damit deutlich unter dem durchschnittlichen Aufnahmealter in stationären Pflegeeinrichtungen von circa 78 Jahren.

Die Abweichungen im Antwortverhalten geben Aufschluss über die differenten Arbeitsschwerpunkte, die überwiegenden Gemeinsamkeiten verweisen aber darauf, dass die beiden Arbeitsfelder offensichtlich bereit sind, ihre Leistungspotenziale stärker aufeinander zu beziehen.

## 2. Handlungsempfehlungen für diakonische Dienste und Einrichtungen

---

Die folgenden Handlungsempfehlungen verstehen sich als Anregungen für diakonische Dienste und Einrichtungen der Suchthilfe wie auch der Altenhilfe und für Angebote der offenen Altenarbeit beziehungsweise deren Träger.

Ausgangspunkt der Überlegungen, wie die Hilfen zur Unterstützung und Begleitung älterer Menschen mit Suchterkrankungen zu gestalten sind, ist die Orientierung am individuellen und konkreten Bedarf der betroffenen Menschen und am Leitbild des selbstbestimmten und selbstständigen älteren Menschen. Dieser Ansatz erfordert ein umfassendes und ganzheitliches Konzept wohnortnaher Hilfen, damit der persönliche langjährige Lebensmittelpunkt so lange wie möglich erhalten werden kann. Dies bedeutet unter anderem, dass spezialisierte „Sondereinrichtungen“ mit ihrem auch exkludierenden und stigmatisierenden Charakter nur in ganz wenigen Ausnahmefällen als geeignete Hilfen in Betracht kommen. Vorrang hat vielmehr die Qualifizierung von Mitarbeitenden in Einrichtungen und Diensten sowie die Vernetzung sozialer Hilfen, wobei die nicht-professionellen Hilfen einen besonderen Stellenwert haben. Das heißt, es geht auch darum, wie die Arbeit mit noch bestehenden sozialen Netzen beziehungsweise deren Stärkung und Entlastung unterstützt werden kann. Gleichzeitig sollen neue informelle Netze aufgebaut werden, um das Gemeinwesen insgesamt mehr in Begleitung, Beratung und Betreuung älterer Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen einzubeziehen.

Altenhilfe und Suchthilfe für das Thema „Sucht im Alter“ durch gegenseitigen Wissenstransfer der Mitarbeitenden zu sensibilisieren sowie die regionale Vernetzung und Kooperation von Diensten und Einrichtungen aus Sucht- und Altenhilfe anzuregen, sind aus Sicht des Diakonischen Werkes der EKD entscheidende Ansatzpunkte zur Verbesse-

rung der Situation und der Versorgung älterer Menschen mit Suchterkrankungen.

Die Diakonie mit ihren Angeboten in der Sucht- und Altenhilfe sowie in den Bereichen Selbsthilfe und offene Altenarbeit in den Gemeinden ist prädestiniert, älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen Unterstützung in ihrem direkten Umfeld anzubieten.

### 2.1 Sucht im Alter zum Thema machen

Der erste Schritt auf dem Weg zu einer besseren (Versorgungs-)Situation älterer Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung besteht darin, das Thema „Sucht im Alter“ in der öffentlichen Wahrnehmung zu platzieren und die individuellen, gesundheitlichen Folgeprobleme, aber auch die gesundheitspolitische und gesellschaftliche Relevanz von Suchterkrankungen im Alter darzustellen. Informationen über verschiedene Suchtmittel, über Erscheinungsformen und Symptome unterschiedlicher Suchterkrankungen, über Risikofaktoren für die Entwicklung von Suchterkrankungen bei Älteren, die Spezifika von Suchterkrankungen im Alter wie auch in der Behandlung älterer Menschen und deren guten Behandlungsprognosen sind umfassend zur Verfügung zu stellen.

Hierzu gibt es beispielsweise Materialien der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen<sup>1</sup> wie auch Hinweise für die Öffentlichkeitsarbeit und für die Implementierung des Themas in der Region in der Handreichung „Sucht im Alter – Materialien für Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit“, Diakonie Texte 06.2008.

<sup>1</sup> vgl. [www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de)

## 2.2 Regionale Vernetzung und Kooperation der Suchthilfe und der Altenhilfe initiieren

Eine wesentliche Verbesserung in der Behandlung und Betreuung älterer Suchtkranker ist durch die regionale Vernetzung von Diensten und Einrichtungen der Sucht- wie der Altenhilfe zu erreichen. Durch verbindliche Kooperationsab-sprachen können die Leistungen innerhalb, aber auch zwischen den beiden Versorgungssystemen mehr aufeinander bezogen, Versorgungslücken geschlossen und Übergänge zwischen verschiedenen Leistungsbereichen erleichtert werden. In dem dritten Kapitel dieser Arbeitshilfe werden systematisch die möglichen Schnittstellen zwischen Diensten und Einrichtungen der Suchthilfe und der Altenhilfe, inklusive der offenen Altenarbeit, dargestellt und Handlungsanweisungen für die unterschiedlichen, beteiligten Akteure beschrieben.

## 2.3 Qualifizierung der Mitarbeitenden fördern

Um die fachlich-konzeptionelle Arbeit der bestehenden Angebote sowohl im Suchthilfesystem als auch in den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe besser auf die Belange und Bedürfnisse älterer Menschen mit Suchterkrankungen hin auszurichten, bietet sich ein gegenseitiger Wissenstransfer für die Qualifizierung der Mitarbeitenden in den jeweiligen Arbeitsfeldern an. Dieser Wissenstransfer kann dadurch erreicht werden, dass Mitarbeitende aus der Suchthilfe Mitarbeitende der Altenhilfe schulen und umgekehrt<sup>2</sup>. Durch interdisziplinäre, kollegiale Supervisionen beziehungsweise Interventionen unter Beteiligung von ehrenamtlich Tätigen und Angehörigen wird die so erworbene Qualifizierung verfestigt und ausgebaut.

<sup>2</sup> s.a. Handreichung: „Sucht im Alter – Materialien für Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit“, Diakonie Texte 06.2008

Die nach wie vor oft nicht sachgerechte Verschreibung und Gabe von Psychopharmaka bei älteren Menschen und der höhere Psychopharmakagebrauch von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern unterstreicht, wie wichtig gerade im stationären Altenhilfebereich umfassende Schulungen und Beratungen der Pflegenden bezüglich unterschiedlicher Suchtmittel sind. Solche Schulungen müssten jedoch auch für Ärztinnen und Ärzte angeboten werden, um so zur Qualitätssicherung des Verordnungsverhaltens beizutragen.

## 2.4 Gemeinwesenorientierte und niedrigschwellige Angebote der Dienste und Einrichtungen verstärken und ausbauen

Die große Mehrheit der älteren Menschen mit Suchterkrankungen lebt selbstständig in der eigenen Häuslichkeit. Dazu zählen auch Menschen, die nach jahrzehntelangem Substanzmissbrauch unter gravierenden körperlichen sowie psychischen Erkrankungen leiden und kaum oder gar keine sozialen Kontakte pflegen. Sie werden durch die traditionellen Angebote der Hilfesysteme nicht erreicht. Oft erfolgt erst im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt wegen eines körperlichen und/oder psychischen Zusammenbruchs die Aufnahme in einer stationären Altenhilfeeinrichtung. Es fehlen aufsuchende Dienste, um eine ausreichende ambulante Versorgung im Vorfeld solcher Krisen zu ermöglichen und diese damit zu verhindern.

Dabei orientieren sich gemeinwesenorientierte, niedrigschwellige Dienste nicht nur am individuellen Hilfebedarf, sondern zielen darauf ab, mit den Betroffenen die nähere Lebenswelt und das Gemeinwesen aktiv zu gestalten und weiter zu entwickeln. Projekte, die im Stadtteil durch Vernetzung bestehender Angebote und durch Partizipation und Empowerment der betroffenen Menschen eine nachhaltige Weiterentwicklung, beispielsweise der sozial-kulturellen Infrastruktur in sozialen Brennpunkten initiieren, werden seit einigen Jahren durch das Bund-Länder-Pro-

gramm „Soziale Stadt“<sup>3</sup> finanziell unterstützt. Durch stärkeres Engagement diakonischer Träger – eventuell auch in Kooperation mit Kirchengemeinden – bei der Stadtentwicklung können Diakonie und Kirche als zivilgesellschaftliche Akteure gemeinsam ihre soziale Verantwortung vor Ort übernehmen. Unter Einbeziehen des ehrenamtlichen Engagements kann so der dritte Sozialraum als gemeinsamer Handlungsort von Kirche und Diakonie mitgestaltet werden, um marginalisierte, ausgegrenzte, sozial isolierte Gruppen, wie dies chronisch suchtkranke, ältere Menschen sind, in die Gemeinde oder das Gemeinwesen zu integrieren.

## **2.5 Zielgruppenspezifische Konzepte für ältere Menschen in den Versorgungssystemen der Altenhilfe und der Suchthilfe entwickeln**

Konzepte in der Altenhilfe für ältere Suchtkranke müssen differenzieren zwischen älteren Suchtkranken, die in den letzten Jahren abstinent gelebt haben und hierbei weitere Unterstützung wünschen und brauchen, und älteren Menschen, die einen oft jahrzehntelangen Suchtmittelabusus hinter sich haben und zur Zeit kein abstinentes Leben führen können. Bei den zuletzt genannten Menschen, die oft die Diagnose einer chronischen mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitserkrankung haben, kann unter anderem in Abhängigkeit von vorliegenden körperlichen Schädigungen oder psychischen und psychiatrischen Erkrankungen, beispielsweise die fremdkontrollierte Alkoholvergabe eine Möglichkeit zielgerichteter Hilfe sein. Die angestellten Überlegungen verdeutlichen, dass die Begleitung/Betreuung von Menschen mit schweren und chronischen Suchterkrankungen in Einrichtungen der Altenhilfe eine interdisziplinäre Fachlichkeit fordert, die wie oben schon ausgeführt, durch Schulungen und/oder Supervision durch Mitarbeitende der Suchthilfe etabliert werden kann<sup>4</sup>.

3 vgl. [www.soziale-stadt.de](http://www.soziale-stadt.de)

4 vgl. Handreichung: „Sucht im Alter – Materialien für Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit“, Diakonie Texte 06.2008

Auch die Sucht(kranken-)hilfe muss sich konzeptionell stärker auf die Personengruppe der älteren Suchtkranken einstellen. Einige Besonderheiten von Suchterkrankungen im Alter, wie beispielsweise somatische Multimorbidität, erfordern mehr als bei jüngeren Klientinnen und Klienten eine gute Kooperation und Vernetzung nicht nur mit anderen Einrichtungen der Suchthilfe, sondern darüber hinaus mit dem lokalen Gesundheitssystem und ambulanten Pflegediensten. Die oft geringere Verbalisierung und andere Verarbeitung von Gefühlen sowie altersspezifische, bedeutsame Lebensthemen verlangen modifizierte Beratungs- und Therapiekonzepte.

## **2.6 Kontakte zum Medizinsystem intensivieren und institutionalisieren**

Insbesondere für die stationäre Altenpflege empfiehlt sich für eine angemessene medikamentöse Behandlung die regelmäßige Beratung durch regionale Apotheken beziehungsweise eine verbindliche Kooperation. Auch die ärztliche Versorgung muss seitens des Heimes klar strukturiert werden. Dies kann unter anderem durch die Einführung eines Heimärztemodells („Verordnung aus einer Hand“) umgesetzt werden.<sup>5</sup> Durch institutionalisierte Gespräche über die Versorgungssituation, durch gemeinsame Fallbesprechungen oder Qualitätszirkel und gemeinsame Fortbildungen von Ärztinnen, Ärzten und pflegenden Mitarbeitenden ließe sich ein sachgerechter Umgang mit Psychopharmaka und anderen Medikamenten erleichtern.

Für eine adäquate Behandlung psychisch kranker Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Abhängigkeitserkrankung sind darüber hinaus eine ausreichende ambulante fachärztliche Behandlung sowie ausreichende psychotherapeutische und seelsorgerliche Angebote zu ermöglichen.

5 vgl. hierzu auch die Positionen des Diakonischen Werkes in Diakonie Texte 11.2005 „Ärztlichen Versorgung im Pflegeheim“

## 2.7 Den Teilhabeanspruch von älteren Menschen mit chronischen Suchterkrankungen stärken

Die Diskussion darüber, welche Form des Wohnens für ältere Menschen, die aufgrund einer langjährigen Suchterkrankung als seelisch behindert gelten, geeignet ist – eine ambulante Versorgung, die stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe, die „normale“ Pflegeeinrichtung oder eine spezifische Pflegeeinrichtung für diese Zielgruppe – ist eingebettet in folgendem fach- und sozialpolitischen sowie gesellschaftlichen Kontext.

Die Einführung des SGB IX spiegelte den Paradigmenwechsel in der Politik und Gesellschaft wider, Menschen mit Behinderung als Subjekte und nicht länger als Objekte fürsorglichen Handelns wahrzunehmen und ihnen entsprechend zu begegnen. Dies war auch eine Reaktion auf das veränderte Selbstverständnis von Menschen mit Behinderung. Ausgehend von den Bürger- und Menschenrechten gilt es, Wahloptionen zu stärken und Teilhabemöglichkeiten mitten in unserer Gesellschaft zu verwirklichen.

Während der Teilhabegedanke für Menschen mit Behinderung hier von zentraler Bedeutung ist, mehren sich in den letzten Jahren Anzeichen dafür, dass die Abgrenzung von Leistungen nach dem SGB XI und Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB XII zunehmend schwieriger wird (neben ökonomischen Gründen hat dies auch fachlich-konzeptionelle Gründe, die in der Weiterentwicklung des Pflegebegriffs begründet sind). Darüber hinaus wird der lebenslange Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Leistungen zur Teilhabe immer wieder in Frage gestellt oder sogar mit dem Hinweis abgelehnt, dass Leistungen zur Pflege vorrangig seien.

Aufgrund der steigenden Anzahl von Menschen in der Eingliederungshilfe und auch der wachsenden Zahl älter werdender Menschen mit Behinderung wird der individualrechtliche Anspruch auf Leistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe zunehmend ausgehöhlt. So wächst beispielsweise

der Druck, Plätze in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Pflegeplätze umzuwandeln. Menschen mit Behinderung werden aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Pflegeeinrichtungen „verschoben“ beziehungsweise sie werden nicht ausreichend über ihre bestehenden, gesetzlichen Ansprüche informiert. Vielfach fehlt juristisches Wissen darüber, dass der Anspruch auf Eingliederungshilfe keine Altersbegrenzung kennt, die Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe sich gleichrangig gegenüberstehen und der Anspruch auf Eingliederungshilfe weiterreichende Hilfen, die auch pflegerische Leistungen umfassen können, beinhaltet. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind unabhängig von der Schwere der Behinderung zu gewähren.

Gleichzeitig lässt sich seitens einiger Träger von stationären Einrichtungen der Altenhilfe aus sehr unterschiedlichen Gründen heraus in den letzten Jahren die Tendenz feststellen, sich zunehmend anderen Personengruppen, wie beispielsweise älteren Menschen mit langjährigen Suchterkrankungen (die zum Teil als Menschen mit seelischen Behinderungen einen Teilhabeanspruch haben) zu öffnen. Abgesehen von eindeutigen Fehlplatzierungen – so nimmt nach einer Berliner Studie<sup>6</sup> beispielsweise die Zahl psychisch Kranker jeder Altersgruppe mit und ohne Pflegebedürftigkeit in Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren zu – kann im Einzelfall das Leben in einem normalen Altenpflegeheim eine angemessene Alternative sein, wenn dies den Wünschen und Interessen der Betroffenen entspricht und ihre individuellen Bedarfe gedeckt werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine interdisziplinäre Fachlichkeit, die zur Verfügung gestellt und ausreichend finanziert werden muss.

Bei den Überlegungen zur weiteren Ausgestaltung des eigenen Leistungsspektrums sollte der oben beschriebene Kontext (mit-)berücksichtigt werden, um einer drohenden Aushöhlung des Teilhabeanspruchs (nicht nur) älterer Menschen mit Behinderung entgegenzutreten. Ein Ver-

<sup>6</sup> vgl. Vock und andere 2007



## ■ Handlungsempfehlungen für diakonische Dienste und Einrichtungen

sorgungsvertrag nach SGB XI mit zusätzlichen SGB-XII-Leistungen ist eine im Einzelfall mögliche, aber auch problematische Hilfskonstruktion, die weder für die betroffenen Menschen noch die Leistungserbringer eine ausreichende Rechtssicherheit bietet und zu einem Absenken der Qualitätsstandards gegenüber Einrichtungen

der Eingliederungshilfe führen kann. Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderung unterliegen – auch mit „aufgesattelten“ Leistungen der Eingliederungshilfe – dem Vertragsregime des SGB XI, was erhebliche, auch konzeptionelle Veränderungen nach sich zieht.



### 3. Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

---

In diesem Kapitel werden systematisch die Schnittstellen zwischen dem Sucht- und dem Altenhilfesystem beschrieben und Handlungsoptionen für die beteiligten Akteure dargestellt. Es wird ausgeführt, wie Kooperationen gestaltet und Schnittstellen sowohl zum Gesundheitssystem wie auch zu den ehrenamtlich Tätigen optimiert werden können. Ausgehend von den differenzierten (Leistungs-) Angeboten der Sucht- und Altenhilfe werden folgende Schwerpunkte dargestellt:

- Vernetzung von ambulanter Pflege mit der Suchthilfe
- Vernetzung von stationärer Pflege mit der Suchthilfe
- Vorschläge für erste Schritte einer Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und Einrichtungen der Suchthilfe im Bereich „Sucht im Alter“
- Vernetzung von offener Altenarbeit mit Eingliederungshilfen für Menschen mit chronischen Suchterkrankungen
- Vernetzung von ambulanter Pflege mit Eingliederungshilfen
- Vernetzung von stationärer Pflege mit Eingliederungshilfe
- Vernetzung von offener Altenarbeit und ehrenamtlichem Engagement in der Suchthilfe
- Vernetzung von ambulanter und stationärer Pflege mit der Sucht-Selbsthilfe

Bei der Darstellung der Schwerpunkte wurden folgende Aspekte behandelt:

- Wie lassen sich die Zielgruppen aus der Perspektive der beiden Arbeitsfelder beschreiben?
- Welche Angebote/Dienstleistungen halten die jeweiligen Akteure der Altenhilfe beziehungsweise der Suchthilfe vor?
- Welche Bedarfe bleiben dabei aus Perspektive der betroffenen älteren Menschen mit Suchterkrankungen unberücksichtigt und beeinträchtigen deren Lebensqualität und Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe?
- Durch welche Kooperationen könnte die (Versorgungs-)Situation der Zielgruppe verbessert werden?
- Erfahrungen/Hinweise auf gelungene Kooperations- beziehungsweise Praxismodelle.

Die einzelnen Schwerpunkte sind modular aufgebaut und können losgelöst voneinander und von den anderen Kapiteln gelesen und genutzt werden. Bei dieser gewählten Arbeits- und Darstellungsform sind Wiederholungen im fortlaufenden Text nicht vermeidbar und wurden in Kauf genommen, um den Leserinnen und Lesern eine zusätzliche Suche und Orientierung im Gesamttext zu ersparen.

## ■ Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

### Modul 1: Vernetzung von ambulanter Pflege mit der Suchthilfe

Die Suchthilfe hat die Generation der älteren Menschen bisher zu wenig wahrgenommen. Der Anteil der erreichten suchtkranken älteren Menschen durch Suchtberatungsstellen über 65 Jahre liegt bei 1,8 Prozent, in den Fachkliniken liegt der Anteil dieser Altersgruppe bei 2,1 Prozent. Und dies, obwohl der Anteil der von Alkoholproblemen Betroffenen über 400.000 ausmacht und bei ein bis zwei Millionen Menschen der Gebrauch psychoaktiver Medikamente zumindest Gewohnheitscharakter aufweist. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird der Anteil der Betroffenen noch stark zunehmen. (Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung 1998 = 22,4 Prozent von circa 80 Millionen = 17,92 Millionen. Bei 2,5 Prozent der Alkoholabhängigen sind dies 448.000 und bei 10 Prozent mit riskantem Konsum circa 1,8 Millionen Menschen).

#### Zielgruppe aus der Perspektive der Suchthilfe

Suchtauffällige ältere Menschen, die durch eine ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung betreut werden. Das heißt ältere Menschen, bei denen aufgrund ihres gesundheitlichen, pflegerischen und/oder psychosozialen Erscheinungsbildes ein persönlicher Unterstützungsbedarf vermutet wird. Hier bedarf es einer diagnostischen Sensibilisierung der in der Suchthilfe Tätigen durch Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden der Pflege.

Mögliche Symptome einer Abhängigkeitserkrankung:

- **körperliche Symptome:** Tremor, Gangunsicherheit/wiederholte Stürze, vermehrtes Schwitzen/Schweißausbrüche, schlecht heilende Wunden (zum Beispiel am Schienbein, an den Füßen), häufige Übelkeit/wiederholtes Erbrechen, Umfangzunahme des Abdomens
- **geistige Symptome:** rasch nachlassendes oder stark wechselndes Denkvermögen und Gedächtnis, rasch nachlassendes oder stark wechselndes Auffassungs- und Konzentrationsvermögen, inhaltliche (beginnend wahnhaft) Denkstörungen
- **seelische Symptome:** häufige ausgeprägte Stimmungsschwankungen, Lethargie/Aggressivität/Affektnivellierung (Affektverflachung); Vernachlässigung der verbliebenen sozialen Kontakte, der verbliebenen Interessen, schließlich auch des Wohnbereichs und der Körperpflege
- **Verhaltenssymptome:** ausgeprägte Unruhe, wenn ein Medikament zur Neige geht; häufige kurzfristige Arztwechsel (um ein neues Rezept „zu ergattern“); häufige Aufträge an die Hauspflegerin/den Hauspfleger, Alkoholika zu besorgen („zum Bewirten von Freunden“, „damit etwas im Hause ist“); häufige Besuche von „alten Freunden“, die Alkoholika mitbringen.

Daraus ergeben sich folgende Anforderungen an die Suchthilfe:

- Sensibilisierung für die besonderen Lebenslagen älterer Menschen, insbesondere für Menschen mit Pflegebedarf
- Sensibilisierung für den biografischen Hintergrund
- Kontaktaufnahmen zum Pflegesystem zur Absicherung eines psycho-somato-sozialen Status.

#### Allgemeine Dienstleistungen der Suchthilfe

- Suchtprävention
- Suchtberatung: Beratung von suchtgefährdeten und abhängigkeiterkrankten Menschen, deren Angehörigen und gegebenenfalls dem sozialen Umfeld; motivierende Gesprächsführung
- Vermittlung in ambulante und stationäre Behandlung
- Ambulante Behandlung (Entwöhnungsbehandlung)
- Ambulante Betreuung (Eingliederungshilfe)
- Nachsorge (in Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen)
- Entzugsbehandlung (ambulant und stationär)
- Stationäre Entwöhnungsbehandlungen (Rehabilitationsmaßnahmen 7 – 12 Wochen im Alkoholbereich)
- Spezielle stationäre Einrichtung für chronisch suchtkranke Menschen.

## ■ Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

### Spezifische Dienstleistung für diese Zielgruppe aus der Perspektive der Suchthilfe

Die Vermittlung von Kompetenzen an die Pflegekräfte für einen adäquaten Umgang mit den suchtauffälligen älteren Menschen stellt einen wichtigen Beitrag zur gegenseitigen Qualifizierung der Mitarbeitenden aus den beiden Hilfesystemen dar. Dazu kann die Suchthilfe entsprechende Fortbildungen anbieten (siehe Diakonie Texte 06.2008 „Sucht im Alter – Materialien für Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit“).

Darüber hinaus sollte sich die allgemeine Dienstleistung der Suchthilfe auf die Zielgruppe „ältere suchtauffällige Menschen“ einstellen und ihr allgemeines Angebot entsprechend anpassen.

Hierzu ist erforderlich, dass

- in der Beratung und Behandlung Alterungsprozesse, Funktionseinschränkungen und
- altersbedingte suchtfördernde Faktoren Berücksichtigung finden (zum Beispiel erhöhter Medikamentenkonsum)
- altersspezifische Folgen von süchtigem Verhalten, wie beispielsweise Sturzgefahren
- altersbedingte kognitive Defizite, Verwahrlosung, Fehlernährung et cetera miteinbezogen werden
- in die Suchtberatung und -behandlung die Arbeit mit der Biografie einen erhöhten Stellenwert hat; wichtige Themen sind Lebensbilanzierung und Würdigung der Lebensleistung
- häufige Hintergründe von Suchtverhalten im Alter wie die Auseinandersetzung mit Krankheiten, der eigenen Endlichkeit, nachlassender Leistungsfähigkeit, Berentung und damit Verlust von Status und sozialen Kontakten, Tod der Partnerin/des Partners, soziale Isolation berücksichtigt und Grundzüge einer gesunden Lebensführung im Alter thematisiert werden.

Folgende Leistungen können von den Institutionen der Suchthilfe für die Personengruppe der älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Suchterkrankung nicht erbracht werden, auch wenn ein Bedarf vorliegt:

- Ständiger aufsuchender Kontakt und Begleitung in den Suchtverläufen
- Verminderung der gesundheitlichen und sozialen Risiken durch Pflege und Betreuung
- Aktive Kontaktaufnahme und Zugang zu älteren suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen.

Dieses Defizit in Bezug auf die besonders vulnerable Personengruppe der pflegebedürftigen, älteren Menschen mit Suchtproblemen unterstreicht die Notwendigkeit einer verbindlichen Kooperation mit den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe.

### Zielgruppe aus der Perspektive der ambulanten Pflege

Aus Sicht der ambulanten Pflege geht es um ältere Menschen, die pflegerische Dienstleistungen benötigen und bei denen möglicherweise von einer Abhängigkeitsproblematik (vielfach auch Alkohol und Medikamente) auszugehen ist. Eine erfahrene Pflegerin oder ein erfahrener Pfleger im ambulanten Bereich sollte bei folgenden kritischen Lebensereignissen/biografischen Hintergründen und dem Vorliegen von körperlichen, geistigen oder seelischen Symptomen (siehe oben), die auf eine Suchterkrankung schließen lassen, besonders aufmerksam sein:

- Menschen, deren Lebensgefährtin kürzlich (unerwartet) verstorben ist
- Menschen, die kürzlich aus dem Beruf ausgeschieden sind/ausscheiden mussten (Verlust sozialer Bindungen, Verlust des bisherigen Lebensstandards)
- Menschen mit geringen oder fehlenden familiären Bindungen
- Menschen, die in der Vergangenheit durch Suchtmittelmissbrauch beziehungsweise regelmäßigen -konsum auffielen.

Hieraus ergeben sich folgende Anforderungen an die ambulante Pflege:

- Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Problematik „Sucht im Alter“ durch entsprechende
- Weiterbildungsangebote

## ■ Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

- Erkennen von gefährdeten/betroffenen Patientinnen und Patienten
- Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses mit der Patientin oder dem Patienten
- Bereitstellen aufsuchender Hilfen
- Aufbau einer patientenzentrierten integrierten Versorgung durch Zusammenarbeit mit den lokalen Einrichtungen der Eingliederungshilfe für chronisch Suchtkranke, den lokalen Selbsthilfegruppen, den Einrichtungen der Tagespflege, den Trägern von Hausgemeinschaften und Einrichtungen für Betreutes Wohnen, den Trägern der offenen Altenarbeit, mit niedergelassenen und Krankenhausärzten, sozialpsychiatrischem Dienst, Gesundheitsämtern, (gesetzlichen) Betreuern, Sozialarbeitern und anderen; diese Zusammenarbeit beinhaltet zum Beispiel gemeinsame Fallbesprechungen, gemeinsame Supervisions- und Fortbildungsangebote, et cetera.

### Allgemeine Dienstleistung der ambulanten Pflege

- Regelmäßig wiederkehrende Hilfen im Bereich der Haushaltsführung
- Regelmäßige Hilfen bei Nahrungszubereitung und -aufnahme; inklusive Vor- und Nachbereitung des Essens (Einkäufe, Reinigung)
- Regelmäßige Hilfen bei der Körperpflege
- Unterstützung bei der Tagesplanung
- Krankenpflegerische Leistungen zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles und/oder zur Vermeidung oder Abkürzung von stationären Klinikaufenthalten.

### Spezifische Dienstleistung für diese Zielgruppe aus der Perspektive der ambulanten Pflege

- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu einer Institution der Suchthilfe
- Stabilisierung des Pflege- und Gesundheitsstatus im Rahmen eines mit der Ärztin oder dem Arzt

- und der Suchthilfe entwickelten Unterstützungs- und Behandlungsplanes
- Unterstützung bei der Stabilisierung des persönlichen und häuslichen Umfeldes durch Information und Beratung der Angehörigen zur Verbesserung der Pflege
- Beratung der Mitarbeitenden in der Suchthilfe, insbesondere zur Sensibilisierung in der Wahrnehmung von Veränderungen im Pflege- und Gesundheitsstatus.

Hier sind die Ressourcen und Kompetenzen der Dienstleistungspartner aus der Suchthilfe sowie des Gesundheitssystems im Sinne einer integrierten Zusammenarbeit mit einzubeziehen.

Ziel einer solchen integrierten Zusammenarbeit ist die Verbesserung beziehungsweise Wiederherstellung oder der Erhalt des körperlichen, geistigen und seelischen Zustandes durch eine Verbesserung beziehungsweise den Erhalt folgender Kompetenzen:

- Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (Körperpflege, Zubereitung der Mahlzeiten) nach Möglichkeit ganz oder teilweise im häuslichen Umfeld
- Selbstständigkeit bei der Tagesstrukturierung/-gestaltung
- Selbstständigkeit bei der sozialen Beziehungsgestaltung (soziale Integration im nachbarschaftlichen Umfeld/der sozialen Einrichtung wie Tagespflege oder Betreutes Wohnen)
- gesundheitsförderndes Verhalten durch zum Beispiel Einschränkung/Regulierung des Suchtmittelkonsums („kontrolliertes Trinken“, regelmäßiger Besuch einer Selbsthilfegruppe, Medikamenteneinnahme nur nach ärztlicher Verordnung, zusätzliche Bedarfsmedikation nur durch Mitarbeitende des ambulanten Pflegedienstes), durch eine ausgewogene Ernährung, regelmäßige Mahlzeiten, angemessene körperliche Aktivität.

## **Modul 2: Vernetzung von stationärer Pflege mit der Suchthilfe**

### **Zielgruppe aus der Perspektive der stationären Pflege**

- Neu aufgenommene Heimbewohnerinnen und -bewohner mit einer schon seit vielen Jahren bestehenden Abhängigkeitserkrankung
- Bewohnerinnen und Bewohner, die durch den Einzug in das Heim und den damit verbundenen Veränderungen Probleme haben
- Bewohnerinnen und Bewohner mit einer iatrogenen Medikamentenabhängigkeit
- Neu aufgenommene Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen eine genaue Differentialdiagnose zwischen Suchterkrankung, beginnender Demenz oder Depression kaum möglich ist.

Aus dem Geschriebenen ergeben sich folgende Anforderungen an die stationäre Pflege:

- Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Thematik
- Erkennen des Suchtmittelmissbrauchs und der -abhängigkeit
- Einheitliche Einstellung zum Konsum und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten
- Schulungen der Mitarbeitenden zu möglichen therapeutischen Interventionen
- Erarbeitung von Konzepten zum Umgang mit suchterkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern
- Erarbeitung eines Konzeptes für die Zusammenarbeit mit der Suchthilfe für interne und externe Unterstützungen

- Hilfe bei der Klärung des individuellen Anspruchs auf Eingliederungshilfe.

### **Spezifische Dienstleistungen für diese Zielgruppe aus der Perspektive der sta- tionären Pflege**

- Definition von Missbrauch beziehungsweise nicht sachgerechter Abgabe von Medikamenten
- Information über Möglichkeiten und Chancen der Suchttherapie bei älteren Menschen informieren und Begleitung bei deren Inanspruchnahme
- Qualifizierung der Mitarbeitenden, um Verhaltensweisen von Menschen mit Suchterkrankungen besser zu verstehen, Alternativen anzubieten und entsprechende Rückmeldungen an Ärztinnen und Ärzte geben zu können
- Regelmäßige Reduktionsversuche bei Medikamentenmissbrauch.

Folgende Leistungen können von den Diensten und Einrichtungen der ambulanten Pflege für die Personengruppe der älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Suchterkrankung, die einen entsprechenden Bedarf haben, nicht erbracht werden.

- Sicherung eines (therapeutischen) fortlaufenden Gesprächszusammenhangs zur Bewältigung persönlicher Krisen
- Krisenintervention bei akuten Intoxikationen
- Stabilisierung der Person in „nassen“ Phasen
- Stationäre Entgiftung
- Entzugstherapie ohne medizinische Unterstützung.

**Modul 3:**  
**Erste Schritte für eine verbesserte Zusammenarbeit der beteiligten Dienste und Einrichtungen im Bereich „Sucht im Alter“**

**Ziel:**

Die Suchthilfe verfügt über Kenntnisse und Methoden, um ihre Leistungen für ältere Menschen zur Verfügung zu stellen.

**Unterziele:**

- Kenntnisse in der Suchthilfe über Alterungsprozesse und Funktionseinschränkungen (ADL), über besondere altersbedingte suchtfördernde Faktoren sind vorhanden.
- Kenntnisse über Symptome im Bereich Sucht im Alter, wie Sturzgefahren, altersbedingte kognitive Defizite, Verwahrlosung und Fehlernährung sind vorhanden.
- Kenntnisse zur altersspezifischen Suchtberatung und -behandlung sind vorhanden: Lebensbilanzierung und Würdigung der Lebensleistung, Auseinandersetzung mit Krankheiten, Tod, Grundzüge einer gesunden Lebensführung im Alter und so weiter, sind vorhanden.

**Zielgruppe:**

- Suchtberatungs- und Behandlungsstellen
- Entzugskliniken
- Fachkliniken (Entwöhnung).

**Maßnahmen**

- Einrichten eines Qualitätszirkels „Sucht im Alter“ (offene Altenarbeit, ambulante und stationäre Pflege und Suchthilfe)
- Schulungen und Workshops für Mitarbeitende aus Suchthilfeeinrichtungen durch Pflegefachkräfte.

**Ressourcen**

- Je Einrichtung ein/e zuständige/r Mitarbeitende mit zunächst zwei Stunden wöchentlicher Arbeitszeit

- Qualifikation: Diplom-Sozialpädagogin beziehungsweise Sozialpädagogin, wünschenswert: Sozialtherapeutin/Sozialtherapeut
- Raum: behindertengerecht, barrierefrei, leicht erreichbare Toiletten
- Sonstiges: wegen notwendiger Hausbesuche erhöhtes Budget für Reisekosten.

Kooperationspartner sind Mitarbeitende der offenen Altenarbeit, der ambulanten und stationären Pflege sowie Ärztinnen und Ärzte.

Die Qualitätssicherung wird durch gemeinsame Qualitätszirkel (siehe unten) gewährleistet.

**Finanzierung:**

- Über pauschalisierte Zuwendungen im Rahmen der Daseinsvorsorge
- Honorare für Fortbildungen der Pflegeeinrichtungen
- Anteilige Zuschüsse Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
- Finanzierung durch Pflegeeinrichtungen in Form von Outsourcing bestimmter Leistungen in der Pflege (Supervision)
- Spenden/Fundraising.

**Aufbau eines Qualitätszirkels „Sucht im Alter – integrierte Versorgungsangebote“**

- Auflistung (nach Möglichkeit) zu beteiligender Institutionen:
  - ambulante Pflegedienste
  - Einrichtungen der Tagespflege
  - Träger von Hausgemeinschaften und Einrichtungen für Betreutes Wohnen
  - Träger der offenen Altenarbeit
  - Einrichtungen der stationären Altenhilfe
  - niedergelassene und Krankenhausärzte, sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsämter, (gesetzliche) Betreuerinnen und Betreuer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
  - Einrichtungen der Suchthilfe
  - lokale Selbsthilfegruppen.

## ■ Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

- Klärung der Verantwortlichkeit:
  - Benennen einer Geschäftsführerin/eines Geschäftsführers
  - namentliche Auflistung der beteiligten Personen als Ansprechpartner für alle beteiligten Institutionen und als Informanten für die eigenen Teams.
- Klärung der Finanzierung der Arbeit des Qualitätszirkels
  - Akquisition von Fördermitteln und Spenden für die Initialphase
  - Erarbeitung eines langfristigen Finanzierungskonzeptes.
- Konzeption des Arbeitsablaufs (kurz- und mittelfristig):
  - persönliches Kennenlernen
  - Beschreibung der IST-Situation aus der Perspektive der jeweiligen Institution/der jeweiligen Mitarbeiterin/des jeweiligen Mitarbeiters
  - Erarbeitung der gemeinsamen Themen
  - Erstellen einer Prioritätenliste
  - Erstellen eines verbindlichen Arbeitskonzeptes.



## **Modul: 4**

### **Vernetzung von offener Altenarbeit mit Eingliederungshilfen für Menschen mit chronischen Suchterkrankungen**

#### **Zielgruppe aus der Perspektive der offenen Altenarbeit**

Hierzu zählen ältere Menschen mit einer stark ausgeprägten, chronischen Suchtproblematik. Das Problembündel aus Alkoholexzessen, Vernachlässigung der Hygiene und Gesundheit, Verwahrlosung im Wohnbereich, Verlust sozialer Bindungen und Kompetenzen führt zu Beeinträchtigungen im körperlichen, psychischen und im sozialen Bereich. Vielfach blieben mehrere Therapieversuche im Verlauf der „Suchtkarriere“ erfolglos. Häufig handelt es sich um ältere Menschen, die isoliert in einer eigenen Wohnung leben, kaum nachbarschaftliche Kontakte haben und aufgrund ihrer Vereinsamung Suchtmittel missbräuchlich oder abhängig konsumieren. Die Betroffenen verfügen oft nicht (mehr) über familiäre und/oder freundschaftliche Bindungen, um Hilfen bei der Alltagsbewältigung in Anspruch nehmen zu können.

#### **Dienstleistungen der offenen Altenarbeit**

Die Angebote der offenen Altenarbeit zielen auf ältere Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen. Neben traditionellen Formen der Betreuung und Begleitung älterer Menschen haben sich vielfältige Angebote zur Anregung und Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens im Alter entwickelt. Deren Methodenvielfalt ist Zeichen der unterschiedlichen Lebenslagen und -stile ihrer Zielgruppen. Offene Altenarbeit impliziert Offenheit und Flexibilität in Bezug auf ihre Wirkungsfelder, richtet sich auch an sozial benachteiligte Menschen und damit prinzipiell auch an chronisch suchtkranke, ältere Menschen, ohne sie wirklich zu erreichen. Ein wesentliches Strukturmerkmal offener Altenarbeit ist, dass sie überwiegend von Freiwilligen beziehungsweise Ehrenamtlichen erbracht wird.

Die Einbeziehung chronisch suchtkranker alter Menschen in das Spektrum der offenen Altenarbeit ist möglich, sofern ein professionelles Qualifikati-

onsprofil der Verantwortlichen die Berücksichtigung der besonderen Bedarfe (Biografie, Ressourcen, Milieu) in vorhandene Angebote zulässt.

#### **Mögliche Lösung durch Vernetzung**

Um die destruktive Dynamik der Suchterkrankung zu beeinflussen und gegebenenfalls umzukehren mit dem Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe, ist es für die offene Altenarbeit notwendig, auf die Dienste der Eingliederungshilfen für chronisch Suchtkranke zurückzugreifen. Die Eingliederungshilfe sollte die Mitarbeitenden der offenen Altenarbeit bei chronischen Suchterkrankungen ihrer Betreuten methodengeleitet nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse effektiv unterstützen beziehungsweise flankieren können.

#### **Zielgruppe aus der Perspektive der Eingliederungshilfe für chronisch Suchtkranke**

Chronisch mehrfach beeinträchtigte suchtkranke, ältere Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

#### **Dienstleistungen der Eingliederungshilfe**

Die Eingliederungshilfe für chronisch Suchtkranke hat das Ziel, Betreute zu einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu befähigen, soweit das ihre Beeinträchtigung zulässt. Dazu erbringt sie ambulante Leistungen wie Betreuung im eigenen Wohnraum, teilstationäre Leistungen, meist zur Tagesstrukturierung oder stationäre Leistungen in sozialtherapeutischen Wohnheimen. Grundsätzlich orientiert sich die Arbeit an einer Zielhierarchie, die zunächst das Überleben sichert, dann möglichst gesundes Überleben anstrebt, um weitere Stufen zu einer abstinenter Lebensführung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gelangen.

#### **Bedarf**

Für Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe steht im Rahmen ihrer persönlichen Entwicklung zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Schritt hin

zur (Wieder-)Herstellung eines stabilen sozialen Umfeldes an. Die Stabilisierung der somatischen und psychischen Befindlichkeit wird in einem funktionierenden sozialen Netzwerk, also durch soziale Teilhabe erhöht und verbessert. Die Begleitung in das soziale Umfeld hinein, wie beispielsweise Besuche von Tagestreffs, Aktivitäten in Mehrgenerationenhäusern, Beteiligung an Gemeinwesenarbeit, überschreitet gegebenenfalls die Ressourcen der Eingliederungshilfe.

Es kann sinnvoll sein, Betreute in bestimmte Leistungen der offenen Altenarbeit überzuleiten beziehungsweise diese hinzu zu ziehen und/oder die eigenen Maßnahmen mit den Hilfen der offenen Altenarbeit abzustimmen.

### **Kooperationspartner**

Direkt zu beteiligende Partner sind Leistungserbringer der ambulanten Eingliederungshilfe, Organisationen und Fachkräfte beziehungsweise ehrenamtlich Mitarbeitende der offenen Altenarbeit sowie der Suchtselbsthilfe. Zum erweiterten Kreis der Partner zählen Vertreterinnen und Vertreter des Akut-Medizinischen-Versorgungssystems, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Partner aus den sozialpsychiatrischen Verbänden beziehungsweise den gemeindepsychiatrischen Verbänden, Quartiers- oder Stadtteilmanager, öffentliche Körperschaften und Behörden wie Gesundheitsämter und Sozialhilfeträger.

### **Kooperationsmöglichkeiten beziehungsweise -modelle**

Kooperationen mit dem Ziel einer höheren Verbindlichkeit lassen sich durch gegenseitige Informationen über Ansprechpartner, die eigenen Angebote, Zuständigkeiten sowie neue Entwicklungen herstellen und festigen. Folgende Aspekte sind bei den regelmäßig stattfindenden Treffen bedeutsam:

- Grundlegendes Wissen über die Dienste und ihre Dienstleistungen
- Konkrete Kenntnisse über die Dienste und ihre Dienstleistungen im regionalen Umfeld
- Kontaktdaten dieser Dienste: Adressen, Namen, Telefonnummern und anderes. Diese könnten beispielsweise von den zuständigen Landesreferentinnen und -referenten der Diakonischen Werke zur Verfügung gestellt werden.

Darüber hinaus bieten sich regelmäßiger oder gelegentlicher Fachaustausch beispielsweise im Rahmen der örtlichen Arbeitskreise (Suchthilfe, Altenhilfe) oder im Rahmen von Fachtagungen beziehungsweise von interdisziplinären Fachgesprächen an, die von den regionalen Diakonischen Werken initiiert werden.

Bei gemeinsamen Klientinnen und Klienten stellen multiprofessionelle Fallbesprechungen mit Mitarbeitenden der unterschiedlichen, beteiligten Dienste und Einrichtungen eine Möglichkeit der Vernetzung und Qualitätssicherung der eigenen Arbeit dar (siehe auch Modul 3).

## **Modul 5: Vernetzung von ambulanter Pflege mit Eingliederungshilfen**

### **Zielgruppe aus der Perspektive der ambulanten Pflege**

Aus der Perspektive der ambulanten Pflege handelt es sich um ältere Menschen, die im Rahmen der pflegerischen Dienstleistung durch eine stark ausgeprägte, chronische Suchtproblematik auffallen. Das Problembündel aus Alkoholexzessen, Vernachlässigung der Hygiene und Gesundheit, Verwahrlosung im Wohnbereich, Verlust sozialer Bindungen und Kompetenzen führt zu erheblichen Beeinträchtigungen im körperlichen, psychischen und im sozialen Bereich. Es handelt sich um ältere Menschen, die isoliert in einer eigenen Wohnung leben, kaum nachbarschaftliche Kontakte haben und aufgrund ihrer Vereinsamung Suchtmittel missbräuchlich oder abhängig konsumieren.

### **Dienstleistungen der ambulanten Pflege**

- Fachgerechte Pflege und Begleitung von Kranken und Schwerkranken
- Durchführung ärztlicher Verordnungen
- Enge Zusammenarbeit mit Haus-/Fachärzten und Krankenhäusern
- Mitwirkung bei der Rehabilitation
- Begleitung auf dem letzten Weg und in den letzten Stunden des Lebens.

Diakoniestationen bieten in der Regel noch weitere Leistungen an, wie beispielsweise die Beratung und Schulung von pflegenden Angehörigen, Alltags- und Lebenshilfen sowie darüber hinaus spezifische diakonische Dienstleistungen wie Seelsorge, Gespräche, Vorlesen, Singen, Beten, Trauerbesuche und Unterstützung in Krisensituationen.

Eine chronische Suchterkrankung führt zu einem fortgeschrittenen Grad von Beeinträchtigungen, die im Rahmen der oben genannten Pflegeleistungen berücksichtigt werden müssten. Die destruktive Dynamik der Suchterkrankung bildet sich unter anderem durch folgende Faktoren ab:

- Störungen der sozialen Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
- Motivationsdefizite hinsichtlich einer dauerhaften Abstinenz
- Psychische und leichte physische Einschränkungen
- Mangelnde Ressourcen zur Selbstpflege und Tagesstruktur.

Um diese destruktive Dynamik der Suchterkrankung zu stoppen und umzukehren mit dem Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe, ist es ratsam, auf die Dienste der Eingliederungshilfen für chronisch Suchtkranke zurückzugreifen. Nur so ist es gegebenenfalls möglich, dass die Pflegeleistung auch kurative Elemente entfaltet.

Der chronische Charakter der Abhängigkeitserkrankung kann es erforderlich machen, den Dienst der ambulanten Pflege in die Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu integrieren.

### **Zielgruppe aus der Perspektive der Eingliederungshilfe für chronisch Suchtkranke**

Aus Perspektive der Eingliederungshilfe handelt es sich um chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte Menschen ab 65 Jahren, die in betreuten Wohnformen leben und somit Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Die Eingliederungshilfe für diesen Personenkreis hat das Ziel, zu einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu befähigen, soweit das die Beeinträchtigung zulässt.

### **Dienstleistungen der Eingliederungshilfe**

Grundsätzlich orientiert sich die Arbeit an einer Zielhierarchie, die zunächst das Überleben sichert, dann möglichst gesundes Überleben anstrebt, um über verschiedene Stufen zu einer abstinenter Lebensführung und einem selbstbestimmten Leben zu gelangen. Dazu erbringt die Eingliederungshilfe ambulante Leistungen wie Betreuung im eigenen Wohnraum, teilstationäre Leistungen, meist zur Tagesstrukturierung, oder stationäre Leistungen in sozialtherapeutischen Wohnheimen.

## ■ Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden in der Regel gemeindenah erbracht, um nach Möglichkeit ein stabiles soziales Umfeld wiederherzustellen. Es kann jedoch auch angezeigt sein, dass das bisherige Umfeld maßgeblich zum negativen Verlauf der Suchterkrankung beigetragen hat. Dann sind Eingliederungshilfen an einem anderen Ort beziehungsweise in anderer Umgebung zu realisieren.

### Bedarf

Ziele und Maßnahmen der Eingliederungshilfen sind gemäß einem zusammen mit der/dem Leistungsberechtigten zu erstellenden Hilfeplan auf ihren/seinen persönlichen Bedarf abgestimmt. Neben erforderlichen Leistungen der sozialen Betreuung und der individuellen Förderung kann sich ein erhöhter Bedarf im Bereich von Pflege und tagesstrukturierenden Angeboten ergeben.

Um eine Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der unabhängigen persönlichen Lebensführung nach ihren eigenen Vorstellungen und eine optimale Versorgung zu gewährleisten, ist die Integration von Dienstleistungen der ambulanten Pflege und gegebenenfalls auch der offenen Altenarbeit in die Eingliederungshilfe sinnvoll.

Die Stabilisierung der somatischen und psychischen Befindlichkeit wird in einem funktionierenden sozialen Netzwerk, also durch soziale Teilhabe erhöht und verbessert. Deswegen könnte es (anstatt oder in Kombination mit tagesstrukturierenden Maßnahmen der Eingliederungshilfe) auch hier sinnvoll sein, die zu betreuenden Menschen in bestimmte Angebote der offenen Altenarbeit überzuleiten beziehungsweise diesen Dienst hinzuzuziehen oder die eigenen Maßnahmen mit den Hilfen der offenen Altenarbeit abzustimmen.

Die gemeinsame Abstimmung der Dienstleistungen von Eingliederungshilfe und ambulanter Pflege sowie gegebenenfalls offener Altenarbeit soll soweit möglich eine Verbesserung, Wiederherstellung oder den Erhalt des psychischen und physischen Zustandes erreichen durch:

- Selbstständigkeit

- Sinnvolle möglichst eigenständige Tagesgestaltung
- Gestaltung von sozialen Beziehungen
- Sozial akzeptierte Verhaltensweisen (in der Hausgemeinschaft, Nachbarschaft im Gemeinwesen et cetera)
- Selbstpflegefähigkeit
- Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, zum Beispiel durch die Stabilisierung von Abstinenzphasen
- Verbleib in einer selbstständigen Wohnform oder Wechsel in selbstständiges Wohnen (gegebenenfalls mit ambulanter Unterstützung).

### Kooperationspartner

Direkt beteiligte Partner

- Leistungsträger (zum Beispiel überörtliche oder örtliche Träger der Sozialhilfe) und Leistungserbringer der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe
- Leistungsträger (Pflegekasse) und Leistungserbringer der ambulanten Altenpflege (Diakoniestationen)
- Partner der offenen Altenarbeit.

Erweiterter Kreis der Partner

- Partner innerhalb der sozialpsychiatrischen Verbände/gemeindepsychiatrischen Verbände, Quartiers- oder Stadtteilmanager, gegebenenfalls Agenturen für freiwilliges soziales Engagement
- Partner des Akut-Medizinischen-Versorgungssystems
- weitere öffentliche Körperschaften und Behörden wie Gesundheitsämter
- Suchtselbsthilfe.

### Kooperationsmöglichkeiten/-modelle

Die Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste sollten über die Dynamik und den Verlauf von chronischen Suchterkrankungen sowie das Leistungsspektrum des Suchthilfesystems Kenntnisse besitzen. In diesem Sinne sind Fortbildungsangebote zur Verfügung zu stellen.

## ■ Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

Auf der Arbeitsebene sollten Dienst übergreifende Fallbesprechungen bei gemeinsamen Klientinnen und Klienten durchgeführt werden. Darüber hinaus sichert ein regelmäßiger oder gelegentlicher Fachaustausch zwischen Suchthilfe, ambulanter Pflege und gegebenenfalls offener Altenarbeit den aktuell erforderlichen Kenntnisstand, zum Beispiel im Rahmen der örtlichen Arbeitskreise (Suchthilfe, Pflege, Altenhilfe) oder im Rahmen von Fachtagungen beziehungsweise interdisziplinären Fachgesprächen, die auf Initiative regionaler Diakonischer Werke stattfinden können.

Im Zuge der Umsetzung des Rechtsanspruchs auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget auf

der Basis des SGB IX werden ambulante Hilfen an Bedeutung zunehmen. Ausgehend vom individuellen Hilfebedarf werden auf Wunsch der/des Nachfragenden oder ihres/seines gesetzlichen Betreuers ambulante Hilfen in der eigenen Häuslichkeit erbracht. Diese Leistungen könnten von stationären Einrichtungen als aufsuchende Hilfe angeboten werden. Bei Bedarf wäre dann unter Beibehaltung der Bezugsperson eine Aufnahme in die stationäre Einrichtung möglich. Abgestufte Hilfen zwischen stationären und ambulanten Angeboten könnten im Rahmen eines Trägerbudgets individuell zugeschnitten werden. Zum Beispiel werden tagesstrukturierende Angebote im Wohnheim gekoppelt mit spezifischen Hilfen in der eigenen Häuslichkeit.

## **Modul 6: Vernetzung von stationärer Pflege mit Eingliederungshilfen**

### **Zielgruppe aus der Perspektive der stationären Pflege**

Für eine Abhängigkeitserkrankung im Alter gibt es viele Gründe und auslösende Ereignisse. Gravierende Veränderungen im Leben wie der Verlust der Partnerin/des Partners, die Auflösung sozialer Bindungen, zunehmende Pflegebedürftigkeit und damit verbundene Isolation et cetera sind kritische Lebensereignisse, die zur Entstehung beziehungsweise Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung beitragen können.

In der Regel besteht bei der Aufnahme in ein Heim schon seit vielen Jahren eine Suchterkrankung (Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit).

Auffälligkeiten in der ersten Zeit nach dem Einzug werden häufig der Stresssituation, dem multimorbiden Zustand, einer beginnenden Demenz oder biografischen Besonderheiten zugeordnet. Konflikte mit den Mitarbeitenden durch Nichteinhalten von Absprachen, hygienischer Vernachlässigung, sozialem Rückzug beziehungsweise Konflikte mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern werden oft nicht beziehungsweise zu spät mit Abhängigkeitserkrankungen in Verbindung gebracht.

Aus der Perspektive der stationären Pflege handelt es sich um ältere, pflegebedürftige Menschen mit schweren und schwersten, meist chronischen oder chronisch rezidivierenden Verlaufsformen von Abhängigkeitserkrankungen, die mit erheblichen Beeinträchtigungen im somatischen Bereich, einer seelischen Behinderung und Störungen der sozialen Integration einhergehen. Gleichzeitig besteht ein erheblicher und kontinuierlicher Pflegebedarf.

### **Dienstleistungen der stationären Pflege**

Die stationäre Pflege bietet eine Rundum-Versorgung; das heißt zusätzlich zur Pflege werden auch hauswirtschaftliche Leistungen übernommen. In stationären Einrichtungen gibt es darüber hinaus

im Rahmen der Betreuung regelmäßige Beschäftigungsangebote. Diese werden durch externe Angebote und Zusatzleistungen wie Krankengymnastik, Logopäde, Friseur, Fußpflege et cetera ergänzt.

### **Bedarf**

Eine chronische Suchterkrankung führt zu einem fortgeschrittenen Grad von Beeinträchtigungen, die im Rahmen der oben genannten Pflegeleistungen berücksichtigt werden müssten. Die destruktive Dynamik der Suchterkrankung bildet sich unter anderem durch folgende Faktoren ab:

- Störungen der sozialen Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
- Motivationsdefizite hinsichtlich einer dauerhaften Abstinenz
- Psychische und leichte physische Einschränkungen
- Mangelnde Ressourcen zur Selbstpflege und Tagesstruktur.

Die Folgen der chronischen Suchterkrankung können im Pflegeheim neben den vielfältigen Beeinträchtigungen für die Betroffenen auch zu einer Gefährdung und Belästigung der anderen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie womöglich auch der Mitarbeitenden führen.

Um die destruktive Dynamik der Suchterkrankung zu stoppen, gegebenenfalls umzukehren und die oben genannten Gefährdungen und Belästigungen zu vermeiden, sind spezifische Angebote erforderlich. Es sollten entsprechende Konzepte in Zusammenarbeit mit der Suchthilfe/Suchtselbsthilfe entwickelt werden, so dass eine adäquate Versorgung dieses speziellen Personenkreises sichergestellt ist.

### **Zielgruppe aus der Perspektive der Eingliederungshilfe für chronisch Suchtkranke**

Aus Perspektive der Eingliederungshilfe handelt es sich um chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitserkrankte Menschen, die sich in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe befinden (überfordert zeigen) und einen hohen Pflegebedarf



## ■ Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

aufweisen. Die chronischen oder chronisch rezidivierenden Verlaufsformen der Abhängigkeitserkrankung sind mit erheblichen Beeinträchtigungen im somatischen Bereich und mit einer seelischen Behinderung und Störungen der sozialen Integration verbunden.

### Dienstleistung der Eingliederungshilfe

Grundsätzlich orientiert sich die Arbeit an einer Zielhierarchie, die zunächst das Überleben sichert, dann möglichst gesundes Überleben anstrebt, um über einige Stufen zu einer abstinenter Lebensführung zu gelangen. Es handelt sich hier um Leistungen der Eingliederungshilfe im stationären Kontext. Diese werden oft überregional in Kombination mit Angeboten der Tagesstruktur vorgehalten.

### Bedarf

Der oben genannte Personenkreis befindet sich in der Regel in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Abhängigkeitserkrankte gemäß §§ 53 ff. SGB XII, muss diese Einrichtungen jedoch häufig verlassen, wenn der erhöhte Pflegebedarf nicht gedeckt werden kann. Wenn die Pflege in der Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht sichergestellt werden kann, stellt die Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung unter Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts in Ausnahmefällen eine sinnvolle Alternative dar (Sonderregelung für behinderte Menschen in Einrichtungen nach § 55 SGB XII). Voraussetzung hierfür stellt jedoch eine interdisziplinäre Fachlichkeit dar, die in der stationären Altenhilfeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden muss. Dessen ungeachtet gilt es den lebenslangen Teilhabeanspruch von Menschen mit chronischen Suchterkrankungen zu stärken.

Die Formen der Beeinträchtigung von älteren Menschen mit chronischen Suchterkrankungen erstrecken sich in erster Linie auf folgende Erscheinungsformen:

- Schwere Störungen der sozialen Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
- Gestörte Wahrnehmung der Realität
- Fehlende oder beeinträchtigte Einsichtsfähigkeit

- Verhaltensauffälligkeiten zum Beispiel Aggressionen, Depressionen, Weglauftendenz, Zwangshandlungen, Phobien
- Mangelnde Ressourcen zur Selbstpflege.

Die Betreuung von älteren, chronisch suchtkranken Menschen mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen und erheblicher Pflegebedürftigkeit, die bisher entweder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe untergebracht waren, ambulant betreut wurden oder aber ohne weitere Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit gelebt haben, in stationären Pflegeeinrichtungen oder Abteilungen solcher Einrichtungen, erfordert ein spezifisches Pflegekonzept, das die besondere Dynamik der chronischen Suchterkrankung berücksichtigt.

Ziele und Maßnahmen der Unterbringung sind integriert in eine ganzheitliche und biografiebezogene Betreuung. Pflegeleistungen werden gekoppelt mit Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden bei der persönlichen Lebensführung und der Gestaltung des Alltags nach ihren eigenen Vorstellungen unterstützt. Gezielte Hilfen in Form von sozialpädagogischen und (sozial-)therapeutischen Hilfen sollen den Bewohnerinnen und Bewohnern ein weitgehend selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Sie fördern die Aufrechterhaltung bestehender und den Aufbau neuer sozialer Bezüge und Kompetenzen und tragen den geistigen und seelischen Bedürfnissen Rechnung.

Die festgelegten Ziele und Maßnahmen sind individuell abzustimmen und zu dokumentieren.

Soweit möglich soll eine Verbesserung, Wiederherstellung oder ein Erhalt des psychischen und physischen Zustandes insbesondere in Bezug auf folgende Kompetenzen erreicht werden:

- Selbstständigkeit
- Sinnvolle möglichst eigenständige Tagesgestaltung
- Gestaltung von sozialen Beziehungen
- Sozial akzeptierte Verhaltensweisen
- Selbstpflegefähigkeit
- Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, zum Beispiel Stabilisierung von gesundheitsverträg-



## ■ Handreichung zur Umsetzung vernetzter Strukturen im Sucht- und Altenhilfebereich

lichem Konsum und Abstinenzphasen, gegebenenfalls hin zu dauerhafter Abstinenz

- Reintegration in selbstständige Wohnformen mit ambulanter Unterstützung.

### Anmerkung zum Ziel der Abstinenz

Das Erreichen einer dauerhaften Abstinenz setzt die entsprechende Motivation voraus, die sich unter anderem aus dem subjektiv empfundenen Lebenssinn, einem Bewusstsein für das eigene körperliche und psychische Wohlempfinden, die Einsicht in die eigene Hilfebedürftigkeit und Krankheit sowie einem bestimmten Maß sozialer Integration und materieller Absicherung speist. Die verschiedenen angesprochenen Einrichtungen können durchaus unterschiedliche Konzepte hinsichtlich eines kontrollierten Konsums von Suchtmitteln, dem Gebot der Abstinenz oder auch kombinierte Konzepte vorhalten. Dies richtet sich nach dem Grad der Erkrankung (beziehungsweise der Person und Situation) der Bewohnerinnen und Bewohner, den Möglichkeiten des Hauses und des Personals sowie der Situation beziehungsweise dem Zustand der anderen Hausbewohner. Suchthilfeeinrichtungen werden womöglich ihre Zielausrichtung anders (beziehungsweise deutlicher in Richtung dauerhafter Abstinenz) vornehmen als Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen.

### Kooperationspartner

Direkt beteiligte Partner

- Leistungsträger (zum Beispiel überörtliche und örtliche Träger der Sozialhilfe) und Leistungserbringer der stationären und gegebenenfalls ambulanten Eingliederungshilfe
- Leistungsträger (Pflegekasse) und Leistungserbringer der stationären und gegebenenfalls ambulanten Altenpflege.

Erweiterter Kreis der Partner

- Partner innerhalb der sozialpsychiatrischen Verbände/gemeindepsychiatrischen Verbände, Quartiers- oder Stadtteilmaner, gegebenenfalls Agenturen für freiwilliges soziales Engagement
- Partner des Akut-Medizinischen-Versorgungssystems
- weitere öffentliche Körperschaften und Behör-

den wie Gesundheitsämter; Amtsgerichte, Betreuungsbahörden

- Zentren für soziale Psychiatrie, psychiatrische Fachkrankenhäuser
- Suchtberatungsstellen, Suchtselbsthilfe.

### Kooperationsmöglichkeiten und -modelle

Je nach Grad der Einschränkungen und erforderlichen Hilfen sind unterschiedliche institutionelle Versorgungsstrukturen beziehungsweise Versorgungsmodelle erforderlich.

- Es ist denkbar, dass Personen mit Pflegebedarf in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe versorgt werden und dass der Pflegebedarf auf Grundlage des § 43a SGB XI als Pauschalleistung derzeit in Höhe von 256 Euro pro Monat erstattet wird.
- Erhöht sich der Pflegebedarf eines Menschen so sehr, dass die Einrichtung der Eingliederungshilfe diesen nicht mehr decken kann, ist auch an eine Pflegeeinrichtung nach SGB XI zu denken, wobei der Teilhabeanspruch des älteren suchtkranken Menschen nach SGB IX unbedingt aufrechtzuerhalten ist. Um den gesetzlichen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe nicht zu gefährden, ist bei Vereinbarungen zwischen Pflegeheim und überörtlichem Sozialhilfeträger beispielsweise für tagesstrukturierende Maßnahmen nach SGB XII darauf zu achten, dass es zu verlässlichen und dauerhaften vertraglichen Regelungen kommt. Diese Regelungen könnten entweder als Pauschalleistungen für den Bedarf an Tagesstruktur und anderer Bedarfe im Sinne der Eingliederungshilfe von der Pflegeeinrichtung oder als ambulante Hilfen beispielsweise im Rahmen des persönlichen Budgets erbracht werden.
- Es gibt aber auch Modelle, die von besonderen Pflegeeinrichtungen für den genannten Personenkreis absehen und spezifische Abteilungen in Alten- und Pflegeheimen mit einem angepassten Konzept, speziell ausgebildetem Personal und entsprechendem Personalschlüssel vorsehen.

Die Möglichkeit individuell gestalteter ambulanter Versorgungsstrukturen ist alternativ zu einer stationären Unterbringung zu prüfen.

## **Modul 7: Vernetzung von offener Altenarbeit mit ehrenamtlichem Engagement in der Suchthilfe**

### **Zielgruppe**

Die offene Altenarbeit wendet sich mit zahlreichen, regional sehr unterschiedlich entwickelten Beratungs-, Informations-, Bildungs-, Beteiligungs- und Kulturangeboten an ältere Menschen. Das Altersspektrum der Zielgruppen umfasst mehr als 30 Jahre; es beginnt mit Menschen in der spät- und nachberuflichen Phase und reicht bis zu hochaltrigen Menschen.

Ältere Menschen werden bisher nicht beziehungsweise nur marginal von der klassischen Suchtkrankenhilfe erreicht, obwohl auch im Alter Suchtkrankungen auftreten und/oder sich verstärken können. Prävention/Gesundheitsförderung im Alter, bezogen auf ein suchtmittelunabhängiges Leben, stellt damit eine neue Aufgabe und Herausforderung für die Suchtkrankenhilfe und die offene Altenarbeit dar.

### **Angebote/Dienstleistungen**

Die offene Altenarbeit tritt niedrigschwellig auf und vermittelt ihre Angebote kleinräumig und wohnortnah, sowohl aufsuchend (Besuchsdienste) wie auch im Rahmen von Komm-Strukturen (zum Beispiel Altenclubs und -treffs). Traditionelle Angebotsformen sozialer Aktivierung und Teilhabe sowie viele Kulturangebote erfolgen in altershomogenen Gruppen. Sie werden fast ausschließlich von Freiwilligen entwickelt und organisiert. Beratungs- und Informationsangebote sowie die Engagementförderung folgen professionellen Kriterien und werden von Fachkräften verantwortet. Gleiches gilt für Bildungsangebote.

Ehrenamtliche Mitarbeitende der Suchtkrankenhilfe suchen einzelne Gemeindemitglieder und Gruppen auf, um sie zu Themen der Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit zu beraten, auf Angebote der professionellen Suchtkrankenhilfe hinzuweisen und Begleitung anzubieten.

### **Bedarf**

Suchtverhalten ist keine Frage des Alters. Betrachtet man Sucht als individuellen Bewältigungsversuch, um Stress in kritischen Lebenslagen zu regulieren, dann lassen sich viele mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung von Suchterkrankungen bei älteren Menschen erkennen. Im Alter kann es zu einer Kumulierung von Stressoren kommen wie dem Verlust der Arbeit beziehungsweise Berentung, dem Verlust der Partnerin/des Partners, sozialer Isolation, Multimorbidität und so weiter.

Die Gruppe chronisch suchtkrankere älterer Menschen ist bislang keine Zielgruppe in der offenen Altenarbeit. Der Grund liegt in der starken Milieuorientierung und der ehrenamtlichen Verankerung der Angebote. Auch zwischen den professionellen Akteuren der offenen Altenarbeit und der Suchtkrankenhilfe gibt es kaum Berührungspunkte. Der Austausch ist schon deshalb erforderlich, um die jeweiligen Potenziale zu kennen und den fachübergreifenden Zugang zu ermöglichen.

### **Kooperation**

Mögliche Kooperationspartner/innen

- Krankenkassen (Projektgelder § 20 SGB V)
- Kirchliche Erwachsenenbildung
- Professionelle Präventionskräfte in der Suchtkrankenhilfe
- Leistungsträger und -erbringer
- Suchtselbsthilfe/Seniorenverbände
- Hausarztverbände.

Kooperationen zwischen der professionellen offenen Altenarbeit und der Suchthilfe bestehen lediglich in Einzelfällen. Gelungene Praxis-Beispiele für Kooperationen stellen die nachfolgenden Modelle dar, die in der Diakonie Texte 06.2008 „Sucht im Alter – Materialien für Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit“ veröffentlicht sind.

- Projekt des Seniorenbeirats Arnsberg
- Qualifizierung Seniorenbegleiter
- Basisqualifizierung Gerontologie der Diakonie in Hessen und Nassau.

## **Modul 8: Vernetzung von ambulanter und stationärer Pflege mit Sucht-Selbst- hilfe**

### **Zielgruppe aus der Perspektive der Sucht-Selbsthilfe oder: Abstinenzgebot versus Akzeptanz des Trinkens**

Bei älteren Suchtkranken ist der Abstinenzwunsch/ die Abstinenzfähigkeit nicht unbedingt vorhanden. Möglicherweise würde eine Abstinenzverpflichtung die Lebensqualität der/des Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Es wäre problematisch, auf Abstinenz, womöglich mit Zwangsmaßnahmen (Konsumkontrolle), zu bestehen. Diese ‚nassen‘, älteren Suchtkranken passen nicht in die traditionelle Sucht-Selbsthilfe. Denn die Kriterien der allermeisten Selbsthilfegruppen für die verbindliche Aufnahme in die Gruppe beinhalten, dass der suchtkranke Mensch den Wunsch haben muss, mit dem Trinken aufzuhören. Wer weiter trinken will, muss eine andere, den aktiven Konsum von Suchtmitteln akzeptierende und begleitende Form der Hilfe finden. Möglicherweise gibt es aber auch in der Selbsthilfe einzelne Menschen oder Gruppen, die solche Hilfen zu leisten bereit und imstande sind.

Die Selbsthilfe nutzt die Ressourcen der Altenhilfe vorrangig, um Fragen der mit der Alterung von Mitgliedern einhergehenden körperlichen und geistigen Schwächung zu klären, und wenn altenhilfespezifische Unterstützung, Pflege, Begleitung und anderes notwendig wird. Wenn es um suchtmittelbezogene Probleme geht, werden eigene Ressourcen genutzt, beziehungsweise die der kooperierenden Suchtfachdienste.

### **Zielgruppe aus der Perspektive der Altenhilfe oder: Wie kommen ältere, abstinente Suchtkranke zur Selbsthilfe?**

Aktiv konsumierende ältere Suchtkranke, die im Rahmen der offenen Altenarbeit sowie der ambulanten und stationären Altenhilfe auffallen, werden nach ihrer Perspektive befragt. Wird der Abstinenzwunsch sichtbar, ist das weitere Vorgehen gemeinsam mit der/dem Betroffenen zu planen. In der Regel wird, nach einem körperlichen Entzug in einer Klinik, eine Entwöhnungsbehandlung in einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle oder in einer Fachklinik beziehungsweise in Kombination beider Behandlungsformen durchgeführt. Der erste Weg der Altenhilfe führt in diesem Fall zu einer professionellen Einrichtung der Suchtkrankenhilfe.

Ältere Suchtkranke, die Kontakt zur Altenhilfe haben und – vielleicht nach einer Entwöhnungsbehandlung – abstinent leben (wollen), können, wenn sie weitere Stützung bezüglich ihrer Suchterkrankung beziehungsweise der Stabilisierung ihrer Abstinenz suchen, bei der Vielzahl der Selbsthilfegruppen ein ihnen Bedürfnissen entsprechendes Angebot finden. Eine gute Information der Altenhilfe über die Angebote der Selbsthilfe ist notwendig, um die Zugänge für Menschen von der Altenhilfe zur Selbsthilfe zu öffnen und begehbar zu machen.

### **Kooperationsmöglichkeiten**

Es ist notwendig, Sucht-Selbsthilfe, Altenhilfe und professionelle Suchtkrankenhilfe in die fachlichen, organisatorischen und versorgungsorientierten Erkenntnisse, und Entwicklungen bezüglich der Suchtprobleme von Älteren einzubeziehen, fachübergreifende Diskussionen gemeinsam zu führen und regelmäßig Informationen über die eigenen Dienste und deren Hilfeangebote auszutauschen. In den Regionen sollten Strukturen genutzt beziehungsweise geschaffen werden, in denen dies stattfinden kann.

## 4. Anhang

---

### 4.1 Literatur

*Böhmer, M.* (2005): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg): Substanzbezogene Störungen im Alter. Information und Praxishilfen. Hamm, 2006.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg): Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen (sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen) durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Bewertung anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis. Hamm, 2006, überarbeitete Auflage Januar 2007.

*Geyer, D.* (2006): Angebote der ambulanten und stationären Suchthilfe für ältere Menschen. Vortrag auf der Fachkonferenz der DHS: „Sucht und Lebensalter“, Dresden.

*Glaeske, G., Jahnhsen, K.* (2006): GEK-Arzneimittelreport. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 44, St. Augustin.

*Greve, N., Osterfeld, M., Diekmann, B.* (2006): Umgang mit Psychopharmaka. Ein Patienten-Ratgeber. Bonn.

*Hirsch, R.D., Kastner, U.* (2004): Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise. KDA-Schriftenreihe: Forum 38.

Landtag Nordrhein-Westfalen (2002): Über-, Unter- und Fehlversorgung bezüglich Medikamenteneinnahme bei Frauen in Altenheimen. Protokoll des Fachgespräches im Landtag im Rahmen der Enquetekommission zur Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, 05.09.2002.

Materialien der DHS zum Schwerpunktjahr 2006 „Unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar“. (s. Link)

*Molter-Bock, E.* (2004): Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchner Altenpflegeheimen. Dissertation, Ludwig-Maximilian-Universität, München.

*Rumpf, H.-J., Weyerer, S.* (2006): Suchterkrankungen im Alter. In: DHS (Hg): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht.

*Vock, R., Zaumseil, M., Zimmermann, R.-B., Manderla, S.* (2007): Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank“ ins Pflegeheim. Frankfurt.

*Weyerer, S.* (2003): Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen im höheren Alter. In: SuchtMagazin Nr. 4, 2003.

*Weyerer, S., Schäufele, M.* (2000): Versorgung älterer dementiell erkrankter Menschen in Deutschland. In: Conseil General du Bas-Rhin und Landes-Wohlfahrts-Verband Baden (eds): Drittes Lebensalter und Partizipation am sozialen Leben: Bürger-schaftliches Engagement und Solidarität, Strasbourg, 89-93

## 5.2 Literaturempfehlung

Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm (Hg): Wenn das Alter zur Last wird. Suizidprävention im Alter. 1. Auflage 2005.

Bundesärztekammer (Hg): Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“, 2007.

*Havemann-Reinecke, U., Weyerer, S., Fleischmann, H* (Hg): Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg, 1998.

*Kretschmar, Chr., Hirsch, R.D., Haupt, M., Ihl, R., Kortus, R., Stoppe, G., Wächtler, C.* (Hg): Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter. Düsseldorf, Bonn, Saarbrücken, Göttingen, Hamburg, 2000.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg): Suchterkrankungen im Alter. Pro Alter 1/2006.

*Radebold, H.* (2005): Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Pflege und Seelsorge. Stuttgart.

*Teising, M., Drach, L.M., Gutzmann, H., Haupt, M., Kortus, R., Wolter, D.K.* (Hg): Alt und psychisch krank. Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen. Stuttgart, 2007.

## 5.3 Links

[www.soziale-stadt.de](http://www.soziale-stadt.de)

[www.suizidpraevention.deutschland.de](http://www.suizidpraevention.deutschland.de)

[www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de)

Die Arbeitshilfe wurde erarbeitet von den Mitgliedern der Projektgruppe  
„Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder“:

Harry Decker, Diakonisches Werk Baden e. V.

Dagmar Jung, Diakonisches Werk in Hessen und Nassau e. V.

Dirk Kaliske, Diakonisches Werk in Kurhessen-Waldeck e. V.

Kai Kupka, Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg e. V.

Hans-Wilhelm Nielsen, Suchthilfezentrum Schleswig e. V.

Johannes Peter Petersen, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein e. V.

Norbert Schmelter, Lebensnah gGmbH in Rendsburg

Beate Schröder, Diakonisches Werk der Ev. Kirche im Rheinland e. V.

Katharina Ratzke, Diakonisches Werk der EKD e. V.



## **Impressum**

Diakonisches Werk der  
Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Staffenbergstraße 76  
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:  
Andreas Wagner  
Zentrum Kommunikation  
Postfach 10 11 42  
70010 Stuttgart  
Telefon: +49 711 21 59-454  
Telefax: +49 711 21 59-566  
redaktion@diakonie.de  
www.diakonie.de

Kontakt:  
Dr. Katharina Ratzke  
Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie  
und Suchthilfe  
Zentrum Gesundheit,  
Rehabilitation und Pflege  
Telefon: +49 30 830 01-261  
Telefax: +49 30 830 01-444  
ratzke@diakonie.de

Layout:  
H. M. Saecker, A. Stiefel

Bestellungen:  
Zentraler Vertrieb des  
Diakonischen Werkes  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-  
Echterdingen  
Telefon: +49 711 902 16-50  
Telefax: +49 711 797 75 02  
vertrieb@diakonie.de

Die Texte, die wir in der  
Publikationsreihe Diakonie  
Texte veröffentlichen, sind  
im Internet frei zugänglich.  
Sie können dort zu nicht-  
kommerziellen Zwecken  
heruntergeladen und ver-  
vielfältigt werden.  
Diakonie Texte finden Sie  
unter [www.diakonie.de/Texte](http://www.diakonie.de/Texte).  
Im Vorspann der jeweiligen  
Ausgabe im Internet finden  
Sie Informationen, zu  
welchem Preis Diakonie  
Texte gedruckt im Zentralen  
Vertrieb bestellt werden  
können.

© Juli 2008 · 1. Auflage  
ISBN 978-3-937291-80-2

Druck:  
Zentraler Vertrieb des  
Diakonischen Werkes  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.  
Karlsruher Straße 11  
70771 Leinfelden-  
Echterdingen

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

**Diakonisches Werk  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.**

Staffenbergstraße 76  
70184 Stuttgart

Telefon: +49 711 21 59-0  
Telefax: +49 711 21 59-288  
diakonie@diakonie.de  
www.diakonie.de