

Deutscher Evangelischer Verband für
Altenarbeit und Pflege e.V.

Derap

Gesamtverband
für Suchthilfe e.V.
Fachverband der
Diakonie Deutschland



Teilhabe älterer suchtkranker Menschen

Eine Handlungs-
orientierung

Im Verbund der
Diakonie 





Bank
für Sozialwirtschaft



Vertrauen Sie unserer Expertise.

Zum Beispiel bei Bauvorhaben, Bewertung von Pflegeimmobilien, Investitionen, Factoring oder Leasing. Wir bieten Ihnen das gesamte Leistungsspektrum einer Universalbank, kombiniert mit jahrzehntelanger Erfahrung im Gesundheits- und Sozialwesen. Für Finanzplanung mit Umsicht.

Sprechen Sie mit uns. Wir haben die Lösung.

Telefon 030 28402-0 | bfsberlin@sozialbank.de

www.sozialbank.de | investition@sozialbank.de

Die Bank für Wesentliches



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

Das Thema „Sucht im Alter“ beschäftigt viele von Ihnen täglich. Dennoch wird der riskante oder abhängige Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten oder auch illegalen Drogen in nicht wenigen Einrichtungen wie ein Randthema behandelt – oder gar als Tabu beiseitegeschoben. Dabei können die Folgen, beispielsweise von übermäßigem Alkoholkonsum, schwerwiegend sein: Erhöhte Sturzgefahr, die Abnahme geistiger und sozialer Fähigkeiten, Einschränkungen bei alltäglichen Handlungen – bis hin zu Organschädigungen und einer Verstärkung oder Abschwächung von Medikamenten. Und nicht selten kaschiert ein riskanter oder abhängiger Konsum etwa von Alkohol oder Medikamenten weitere, bisweilen nicht erkannte psychische Erkrankungen, wie Depressionen oder Angsterkrankungen.

Um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind wir sowohl in der Suchthilfe als auch in der Altenhilfe auf sensibilisierte, gut ausgebildete und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen. Und mehr als das: Zwischen beiden Arbeitsfeldern ist ein Austausch notwendig. Die Fachbereiche müssen nicht einfach nur voneinander wissen, sie müssen voneinander lernen.

Der Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) und der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) – beides Bundesfachverbände der Diakonie Deutschland – haben diese Broschüre erarbeitet, um solche Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Altenhilfe anzuregen und damit betroffene ältere Menschen so gut wie möglich zu begleiten und zu behandeln.

Sie leiden ja nicht selten – und das häufiger als Jüngere – an mehreren Krankheiten gleichzeitig und an chronischen Erkrankungen. So werden solchen Patienten also mehrere Medikamente zur gleich-

chen Zeit und/oder über einen längeren Zeitraum hinweg verordnet. Die Gefahren einer Abhängigkeit (vor allem bei Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln) oder von – z. T. lebensgefährlichen – Wechselwirkungen sind damit offensichtlich. Insbesondere die zwischen Medikamenten und Alkohol müssen bedacht werden. Eine suchtspezifische und/oder psychotherapeutische Behandlung ist im Alter oft wirkungsvoll – und zum Teil erfolgreicher als bei jüngeren Patientengruppen. Das spiegelt sich in höheren Abstinenzquoten und in einer größeren Zufriedenheit der älteren Patienten wieder. Werden sie also bei einer Suchtstörung durch die Suchthilfe erreicht, so ist die Wahrscheinlichkeit einer nachhaltigen Behandlung recht hoch. Um das zu gewährleisten, ist ein gutes Zusammenwirken von Altenhilfe und Suchthilfe von entscheidender Bedeutung. Die Ihnen vorliegende Broschüre ist ein erster Schritt in diese Richtung.

Wir sind dankbar dass die Bank für Sozialwirtschaft (BfS) und die Betriebskrankenkasse Diakonie (BKK Diakonie) unsere Publikation mit ermöglicht haben.

Gemeinsam sagen wir auch all denen herzlichen Dank, die mit anschaulichen Schilderungen und mit vielen Anregungen unsere Broschüre bereichert haben.

Lernen wir voneinander, um den Menschen, die uns anvertraut sind, die Zuwendung und Pflege zukommen zu lassen, die sie benötigen.


Ingrid Lanz, DEVAP


Theo Wessel, GVS

Inhalt

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorwort 2. Alter und Sucht 3. Ein Recht auf Teilhabe? 4. Gesetzliche Grundlagen für Teilhabeleistungen | <ol style="list-style-type: none"> 5. Früherkennung, Diagnostik und Umgang 6. Ein breit gefächertes Hilfesystem 7. Qualifizierung 8. Fazit und Ausblick 9. Links und Quellenangaben |
|--|--|



GUNTZBURGER
KANDIS
KANDIS

Caro

Ice
kandis

Reichel
1/2 Liter
Einziger Goldwasser

Witten S.O.

Alter und Sucht

Unter Sucht – heute sprechen wir eher von Abhängigkeit – wird laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein seelischer, eventuell auch körperlicher Zustand verstanden, „der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird.“ Häufig wird dabei zuerst an Drogensucht gedacht, also an die Einnahme von verbotenen Betäubungsmitteln. Am verbreitetsten ist allerdings die Alkoholsucht. Dabei gibt es weit mehr Süchte: Neben den substanzbezogenen Süchten beispielsweise auch Glücksspielsucht, Internetsucht, Ess-Brehsucht und andere. Seit der Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als Krankheit durch das Bundessozialgericht im Jahr 1968 werden die Kosten für eine Behandlung übernommen. Eine Sucht ist immer eine große Belastung – für die Betroffenen, aber auch für ihre Angehörigen und alle, die mit ihnen zu tun haben.

In dieser Broschüre steht die Abhängigkeit älterer Menschen von den legalen substanzbezogenen Suchtmitteln Alkohol und Medikamente im Mittelpunkt. Vieles trifft aber auch auf andere Suchtformen zu, selbst wenn sie nicht jedes Mal ausdrücklich erwähnt sind.

Abhängigkeiten treten in jeder Altersgruppe auf – und sie haben in jeder Gruppe ihre Besonderheiten. Menschen, die älter werden, müssen mit vielem fertig werden: der Umstellung nach Ende der Erwerbstätigkeit, dem Verlust von Freunden, des Partners oder der Partnerin, einer zunehmenden Vereinsamung, chronischen Schmerzen, körperlicher Schwäche oder auch dem wachsenden Bewusstsein der Endlichkeit des Lebens. Der Griff nach Alkohol oder auch Medikamenten liegt dann mitunter nah; solche Mittel sind relativ einfach erhältlich und gesellschaftlich weitestgehend akzeptiert.

Was in der Jugend noch leicht vertragen und weggesteckt wird, kann nun aber zum Problem werden: Abbauprozesse sowohl bei Alkohol als auch bei Medikamenten dauern im Alter länger, es kann sehr viel schneller als in jüngeren Jahren zu einer krankhaften Gefährdung kommen. Außerdem wird eine Abhängigkeit – gerade bei älteren Menschen – schwerer und oft erst sehr spät erkannt. Alkohol, Schmerzmittel oder Schlaftabletten werden häufig im Verborgenen konsumiert, wichtige Anzeichen von anderen nicht selten vorschnell als alterstypisch abgetan. Ohne Hilfe und Unterstützung aber führen Suchtkrankheiten letztlich zum Verlust der Selbstständigkeit, der persönlichen Freiheit, zu Folgeerkrankungen und zum vorzeitigen Tod.

Ältere Menschen mit substanzbezogenen Problemen sind eine sehr heterogene Gruppe; sie unterscheiden sich nach:

- Alter („Junge Alte“ – 55 bis 65 Jahre, „mittleres Alter“ – 65 bis 75 Jahre, „hohes Alter“ – 75 bis 85/90 Jahre bis „hochbetagte“ Menschen ab 85/90 Jahre)
- Lebenslage (noch berufstätig oder im Ruhestand, alleinlebend oder in Familie)
- Grad der gesundheitlichen Einschränkungen (ohne Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit)
- Konsum- bzw. Störungsmuster (frühzeitig aufgetretene bzw. spät eingetretene Abhängigkeit – „early“ oder „late onset“)
- Art des vorrangig konsumierten Suchtmittels
- geschlechtsspezifischen Aspekten
- Grad der substanzbezogenen Störung (riskanter, schädlicher bis zum abhängigen Konsum).

Die genannten Merkmale ergeben eine Vielzahl von Kombinationsmöglichkeiten. Das Alter ist also nur eines von vielen Charakteristika, die bei der Ermittlung des Interventions- und Unterstützungsbedarfs eine Rolle spielen. Bedacht werden muss auch, dass Suchtkranke oft vorzeitig altern – ihr Körper kann schon in jungen Jahren typische Alterssymptome aufweisen.

Häufigkeit

Die Zahl der Alkoholabhängigen in Deutschland wird auf ca. 1,8 Mio. Menschen geschätzt, (bezogen auf die Altersgruppe der 18 bis 64-Jährigen).¹ Von den über 60-Jährigen sind etwa 400.000 von einer Alkoholabhängigkeit betroffen.² Es gibt bis zu 1,9 Mio. arzneimittelabhängige Menschen in Deutschland.³

Sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen gilt: Männer und jüngere Pflegebedürftige leiden eher an alkoholbezogenen Störungen, Frauen und ältere Pflegebedürftige eher an medikamentenbezogenen Störungen. Man schätzt, dass bis zu 25 % der Patienten und Patientinnen in den inneren Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser einen problematischen Suchtmittelkonsum pflegen.

Ein Drittel der Menschen über 70 Jahre erhält Medikamente, die auf die Psyche wirken. Dazu gehören Benzodiazepine, Neuroleptika, Antidepressiva und Schmerzmittel.⁴ Die Häufung der Verordnung von stark wirkenden Schmerzmitteln hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen.⁵ Vermutet wird, dass ein großer Teil dieser Arzneimittel nicht mehr der ursprünglichen Ursachenbekämpfung dienen, sondern zur Suchterhaltung und Vermeidung von Entzugssymptomen eingesetzt wird.⁶

Die folgenden Ergebnisse sind Näherungswerte, da sie aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmuster nicht unmittelbar vergleichbar sind:

Alkohol

„Auch bei älteren Personen (65 Jahre und mehr) sind alkoholbezogene Störungen häufig (Breslow et al. 2003, Schäufele 2009a) und können mit schweren somatischen und psychischen Störungen assoziiert sein. Sie werden aber seltener als bei Jüngeren erkannt und einer Behandlung zugeführt (Dar 2006, Royal College of Psychiatrists 2011). Zugleich steigt die Zahl der älteren Menschen und die jetzt ins Alter kommende Generation weist einen höheren durchschnittlichen Alkoholkonsum auf als ihre Vorgängergenerati-

onen (Ettrich & Fischer-Cyrulies 2005). Mit einer absoluten und relativen Zunahme alkoholbezogener Störungen ist daher zu rechnen (Schäufele 2009b).“⁷

In der Hausarztstudie von Weyerer (2009) wird der Anteil jener, die riskant Alkohol konsumieren, bei den Männern mit 12,1 % angegeben, bei den Frauen mit 3,6 %. Bei den 75-79-Jährigen sind es insgesamt 7,5 %; bei den 80-94-Jährigen 5,5 % und bei den über 85-Jährigen immerhin noch 2,9 %.⁸ Auch in Altenpflegeheim muss bei zirka 10 % der Bewohner von einer Alkoholdiagnose ausgegangen werden.⁹

Medikamente

Zu Medikamenten liegen folgende Häufigkeitsraten in der Altersgruppe der 60 bis 64 Jährigen vor:

- Schmerzmittel: Missbrauch 5,2 %, Abhängigkeit 2,6 %
- Schlafmittel: Missbrauch 0,5 %, Abhängigkeit 0,2 %
- Beruhigungsmittel: Missbrauch 0,6 %, Abhängigkeit 0,8 %.¹⁰

„Zwischen 8 % und 13 % der über 60-Jährigen weisen einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln auf. Das entspricht einer absoluten Zahl von 1,7 bis 2,8 Mio. Frauen und Männern in Deutschland.“¹¹

Etwa ein Viertel der über 75-jährigen Menschen wurde laut der Berliner Altersstudie mit Psychopharmaka behandelt.¹²

Mehr als 55 % der Bewohner(innen) von Pflegeheimen erhalten ein zentral wirksames Medikament, über 15 % ein benzodiazepinhaltiges. Bedacht werden muss auch, dass viele ältere Patienten ständig mehr als fünf Medikamente einnehmen – eine Menge, deren Wechselwirkungen auch für Ärzte kaum noch zu überblicken sind.

Nutzung von Einrichtungen der Suchthilfe

Sucht ist bis heute mit Scham verbunden, wird kleingeredet oder geleugnet. Selbst wenn es deutliche Hinweise auf Abhängigkeiten gibt, wird ihnen oft nicht nachgegangen. Aus eigener Unsicherheit, um die Betroffenen nicht zu belasten – aber auch, weil diese mitunter deutliche Zeichen senden, dass sie auf solche Problematik nicht angesprochen werden möchten. So bleibt es oft sogar beim Vorliegen stark erhöhter Leberwerte bei Andeutungen und Empfehlungen zur Verringerung des Konsums. Nur ein Bruchteil der Betroffenen wird wegen seiner oder ihrer Substanzmittelabhängigkeit adäquat

behandelt. Vermittlungen an Fachstellen wie Suchtberatungen erfolgen in den seltensten Fällen.

In den Fachkliniken für Alkohol/Medikamente des Fachverbands Sucht (FVS) liegt der Anteil der über 60-Jährigen bei ca. 8,7 %, bei ambulanter Entwöhnungsbehandlung bei 5,7 % und bei ganztägig ambulanter Entwöhnung bei 8,7 % (nach Ergebnissen der Basisdokumentation 2014 des FVS).¹³

BKK Diakonie
Krankenkasse für soziale Berufe



Für Sie:
460 €
Achtsamkeits-
budget

Infos zu vielen weiteren Top-Leistungen
unter www.bkk-diakonie.de

Ein Recht auf Teilhabe?

Über den Begriff „Teilhabe“ wird seit Langem international und deutschlandweit geforscht und diskutiert. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat die entsprechenden Ansprüche für Menschen mit Behinderung in ihrem Regelwerk festgeschrieben und konkrete Kriterien in einer internationalen Klassifikation, dem ICF (= „International Classification of Functioning, Disability and Health“), aufgestellt. Sie sollen die Herstellung bzw. Wiederherstellung von Teilhabe und Teilhabefähigkeit garantieren. In der Bundesrepublik wird das anerkannt, findet seine Entsprechung im Grundgesetz und es gibt einen rechtlichen und inhaltlichen Rahmen. Mit dem Bundesteilhabegesetz, das in mehreren Stufen ab dem 01.01.2017 in Kraft tritt, werden den Behörden Verfahren und Instrumente an die Hand gegeben, die die notwendigen individuellen Teilhabeleistungen im Kontext der UN-BRK sicherstellen. Für den Bereich der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen gilt ab 01.01.2020 die ICF als Instrument, um den individuellen Bedarf auf Teilhabeleistungen festzustellen (§ 118 SGB IX in der ab 01.01.2020 gültigen Fassung - Art. 1 Teil 2 Kapitel 1-7 Bundesteilhabegesetz).

Suchtkranke Menschen gehören laut WHO zu den Personen mit einer psychischen, also seelischen, Behinderung. Dennoch wird für sie die Frage des Teilhaberechts bis heute nicht selten beiseitegeschoben. Noch immer ist von Angehörigen oder sogar Betreuenden zu hören, die Betroffenen seien selbst schuld und könnten an ihrer Problematik schließlich leicht etwas ändern. Das Recht auf Teilhabe aber gilt für jede und jeden – ohne Ausnahme. Unsere Handlungsorientierung beschäftigt sich mit dem Recht älterer suchtkranker Menschen, gleichberechtigt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Und sie versucht Wege und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Benachteiligungen entgegengewirkt werden kann oder wie sie ganz vermieden werden können.

Teilhabe ermöglichen heißt zuallererst, suchtkranke ältere Menschen in ihrer Gesamtheit und in ihrer Vielfalt wahrzunehmen und anzuerkennen. Wie leben sie und welche Vorstellungen vom Leben haben sie? Was sind ihre Ziele und wie sind diese erreichbar? Können sie Ihren Alltag allein gestalten? Benötigen sie Hilfe und wie kann die geleistet werden?

Eine Frage ist dabei immer wieder zu stellen: Welche Unterstützung ist gewollt? Denn das können nur die Betroffenen allein entscheiden: „Nicht ohne uns über uns“, so der Grundsatz der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK). Er bedeutet: Inklusion statt Integration. Nicht Menschen mit einer Behinderung müssen sich einer bestehenden gesellschaftlichen Ordnung anpassen – die Gesellschaft selbst ist es, die sich verändern muss. Und sie wird sich in dem Maße öffnen und toleranter werden, wie alle gleichberechtigt an ihr teilhaben.

Vor diesem Hintergrund kann Teilhabe heißen, einen Entzug zu unterstützen, immer wieder nach Wegen dafür zu suchen und das Gespräch nie aufzugeben. Mitunter aber kann es auch bedeuten, letztendlich zu akzeptieren, dass jemand mit seiner oder ihrer Suchterkrankung leben möchte, dass Wille oder Kraft fehlt, daran etwas zu ändern. Jeder Mensch hat das Recht, ein Leben seiner Wahl zu führen – auch wenn er sich dabei schädigt. Teilhabe ermöglichen heißt dann, ihnen zu helfen, ein menschenwürdiges Dasein zu leben – nach eigener Vorstellung.

Teilhabe kann vieles bedeuten: die Möglichkeit, im Park spazieren zu gehen oder dort mit dem Rollstuhl zu fahren, alte Freunde zu treffen oder neue Kontakte zu knüpfen, in einer Gruppe zu singen oder Skat zu spielen, Musik zu hören, die aktuelle Zeitung, Briefe oder auch die Wahlunterlagen vorgelesen zu bekommen. Für alle Behinderungen gilt: Es sind die Umstände, die zum Ausschluss führen, nicht die Behinderung selbst. Der klassische Leitsatz aus der Behindertenbewegung „Wir sind nicht behindert, wir werden behindert!“ gilt bis heute und zeigt am besten, worauf es ankommt. Auch für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung.

Diakonie kommt vom altgriechischen Wort für „Dienst“. Gemeint ist der Dienst am Menschen: Andere dabei zu unterstützen, selbstbestimmt ihren Weg zu gehen – vom Anfang bis zum Ende ihres Lebens.

Die Betonung liegt auf selbstbestimmt: Nicht die Helfer entscheiden, wie ihre Hilfe auszusehen hat, sondern sie suchen gemeinsam mit jenen, die Hilfe benötigen, nach Wegen und Perspektiven.

Möglich ist dies nur mit der Grundhaltung, jeden Einzelnen in seiner Gesamtheit wahrzunehmen – also Körper, Geist und Seele. Es reicht nicht,

die Not des Körpers zu lindern, wenn Geist und Seele darben. Christliche Nächstenliebe meint, genau und vorurteilslos hinzuschauen und immer wieder das Gespräch zu suchen. Auch dann, wenn es nahezu unmöglich scheint, wenn es immer wieder abbricht oder zu versiegen droht.

Dazu gehört auch, über die Folgen von Suchtmittelkonsum bzw. -missbrauch zu informieren, Wege aus der Abhängigkeit oder Möglichkeiten des Umgangs mit ihr aufzuzeigen oder auch stellvertretend einzugreifen, wenn Eigen- bzw. Fremdgefährdung droht.



Gesetzliche Grundlagen der Teilhabeleistungen

Nach dem Gesetz sind Abhängigkeitserkrankungen den seelischen Störungen zugeordnet. Für sie gilt das Gleiche wie für andere Behinderungen. Geregelt ist dieses Recht überwiegend im Teil 1 des Sozialgesetzbuches (SGB) IX. Vor dem Hintergrund der UN-BRK wird das Teilhabe- und Eingliederungshilferecht ab 2017 neu geregelt. Das neue Teilhaberecht, das wesentliche Inhalte der UN-BRK, wie z. B. den neuen Behinderungsbegriff, aufnimmt, regelt das reformierte SGB IX, Teil 1. Es gilt ab 01.01.2018. Diese Vorgaben gelten für alle Rehabilitationsträger im Sozialrecht. Allgemein wird Behinderung im neuen SGB IX in § 2 wie folgt definiert: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“.

Teilhabeleistungen im Sozialrecht

Voraussetzung für viele Hilfsmöglichkeiten ist eine Anerkennung und Einordnung der Suchtkrankheit. Dabei wird als Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation die ICF zugrunde gelegt. Sie dient länderübergreifend zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der damit verbundenen sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. So können alle Aspekte von Krankheitsfolgen systematisch erfasst werden und es möglich machen, wesentliche Einschränkungen der Teilhabefähigkeit als Folge seelischer Behinderungen zu diagnostizieren.

Leistungen zur Teilhabe können aus sehr unterschiedlichen Finanzierungsquellen kommen. Oft ergänzen sie einander. Letztendlich hängt es vom jeweiligen Krankheitsbild ab, wann die Krankenkasse einspringt, was gegebenenfalls die Pflegeversicherung zahlt, die Rentenversicherung oder eventuell auch der Sozialhilfeträger. Wichtig ist, dass sich diese Träger abstimmen und an einem Strang ziehen: Gemeinsam sicherzustellen, dass Teilhabe möglich ist!

Welchen Umfang diese Leistungen haben können, beschreibt Paragraph 5 SGB IX¹⁵:

„Zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
5. Leistungen zur sozialen Teilhabe.“

Die Reihenfolge dieser Aufzählung ist nicht zufällig, sondern drückt aus, welche Leistungen Vorrang haben. Zunächst sollen alle Möglichkeiten zur Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes ausgeschöpft werden, da sie die Grundlage für alle weiteren Schritte legen. Sind die Betroffenen noch nicht in Rente, muss auch überlegt werden, unter welchen Voraussetzungen sie berufstätig sein können. In diesen Fällen ist die gesetzliche Rentenversicherung für eine medizinische Rehabilitation zuständig. Generell gilt, dass erst alle anderen Leistungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, beispielsweise auch mögliche Unterhaltsrechte, bevor der Sozialhilfeträger einspringt.¹⁶

Leistungen der Eingliederungshilfe

Von besonderer Bedeutung innerhalb der Sozialhilfeleistungen ist die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Sie ist im SGB XII geregelt. Leistungen der Eingliederungshilfe sollen Menschen mit einer körperlichen, geistigen und/oder seelischen Behinderung dabei unterstützen, ihre vorhandenen Ressourcen zu nutzen und behinderungsbedingte Nachteile bestmöglich auszugleichen bzw. abzumildern, damit sie ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben führen können. Die Leistungen orientieren sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen. Dabei geht es nicht nur um (Wieder-)Eingliederung ins Arbeitsleben, sondern auch in ein Leben in der Gesellschaft und den Aufbau und die Gestaltung sozialer Beziehungen. Um das zu erreichen, sind oft vielfältige Hilfen aus unterschiedlichsten Bereichen – Medizin, Psychologie, Sozialarbeit – nötig. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden ab dem

01.01.2020 im SGB IX, Teil 2 Kapitel 1-7 neu geregelt werden und stellen ein eigenständiges Leistungsrecht innerhalb des SGB IX dar.

Persönliches Budget nach § 17 Abs. 1 SGB IX

In der Regel erhalten Menschen mit Beeinträchtigungen Sach- oder Dienstleistungen in den Bereichen Wohnen, Freizeit, Mobilität, Krankenhilfe, Rehabilitation und Hilfe zur Arbeit. Solche Hilfebedarfe können aber auch über das persönliche Budget bewilligt werden. Das persönliche Budget besteht üblicherweise aus regelmäßigen Geldleistungen, die es Menschen mit Behinderungen ermöglichen sollen, notwendige Unterstützungsleistungen wie Dienstleistungen, Assistenzen u. a. selbst zu organisieren und zu bezahlen. Das persönliche Budget ermöglicht also mehr Autonomie. Es setzt allerdings auch voraus, dass die Budgetnutzer (mit Unterstützung ihrer Betreuer) in der Lage sind, auf die Ausgestaltung der Leistung Einfluss zu nehmen und ihre Funktion als Käufer oder sogar Arbeitgeber auszuüben.

Grundlagen im Pflegeversicherungsrecht

Die wichtigste gesetzliche Grundlage der offenen, ambulanten und stationären Altenhilfe bilden die Regelungen der sozialen Pflegeversicherung im SGB XI. Im Bereich der häuslichen Krankenpflege kommen außerdem Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V zum Tragen.¹⁷

Voraussetzung, um Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung zu erhalten, ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird in § 14 SGB XI definiert: „Pflegebedürftig (...) sind Personen, die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate (...) bestehen.“¹⁸

Art und Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung korrespondieren mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit, die in fünf Pflegegraden festgelegt wird.¹⁹ Während lange Zeit vorwiegend körperliche Defizite im Mittelpunkt des Pflegebegriffs standen, werden inzwischen zunehmend auch psychische Probleme sowie Belastungen bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte berücksichtigt.²⁰ Pflege soll nicht nur kompensieren, sondern vorhandene Ressourcen erkennen, aktivieren und so gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Dazu gehören also nicht nur reine Pflegetätigkeiten, sondern auch die Anleitung, Schulung und Beratung von Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen und selbstverständlich auch Maßnahmen zur Vorbeugung und Rehabilitation.²¹

Je nach Umfang des allgemeinen Betreuungsbedarfs haben Anspruchsberechtigte in der eigenen Häuslichkeit die Möglichkeit, zusätzliche pauschale Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch zu nehmen.²² Diese sollen dazu beitragen, die Infrastruktur und damit das notwendige Angebot für die Anspruchsberechtigten sowie deren pflegende Angehörige zu verbessern (z. B. Tages- und Kurzzeitpflege, Anleitung und Betreuung, Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote).

Auch Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben zusätzlich Anspruch auf entsprechende Betreuung und Aktivierung. Dafür erhalten die Einrichtungen entsprechende Zuschläge. Ziel ist eine sogenannte Präsenzstruktur. Das bedeutet, dass mindestens eine feste Betreuungskraft im jeweiligen Wohnbereich den größten Teil des Tages verbringt. Sie soll auch einer drohenden sozialen Isolation entgegenwirken und soziale Teilhabe am Leben in Gemeinschaft ermöglichen.

Früherkennung, Diagnostik und Betreuung

Symptome für eine mögliche Suchterkrankung

Gerade im Alter wird Sucht oft spät oder gar nicht erkannt. Das liegt nicht nur am häufigen Verdrängen und Wegschauen, sondern auch daran, dass viele Anzeichen als „alterstypisch“ fehlinterpretiert oder auch abgetan werden. Je eher aber eine Krankheit erkannt wird, umso größer sind die Chancen ihrer Behandlung. Deshalb ist es wichtig, solche Hinweise zu kennen und darauf zu achten. Allgemein gehören dazu:

- Ein unsicherer Gang und häufige Stürze
- Antriebs- und Interessenlosigkeit
- Ängste bis hin zu Depressionen
- Zittern und Schwindel
- Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Aggressivität
- Konzentrationsprobleme
- Verwirrtheit
- Schlafstörungen
- Hautveränderungen
- Vernachlässigung der Körperhygiene
- Gewichtsverlust

Oft sind es Laborwerte, die erste Auffälligkeiten zeigen. Ein Vergleich der Parameter Gammaglutamyltransferase (gGT), Transaminasen (ALAT, ASAT), mittleres Erythrozyten-Zellvolumen (MCV) und „carbohydrate deficient transferin“ (CDT) erlaubt Rückschlüsse auf Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit.

Eine erste und wichtige Chance, mögliche Gefährdungen zu erkennen, bietet das Aufnahmegespräch – sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege. Hier wird nicht nur die genaue Medikamenteneinnahme erfasst, es ist auch unproblematisch möglich, sich zu erkundigen, wie oft und wie viel Alkohol getrunken wird. Mindestens genauso wichtig ist das Erfragen biografischer Daten. Und dies ist nicht einfach „tabellarisch“ zu verstehen – entscheidend ist, wie das Leben dieses einen besonderen Menschen bisher verlaufen ist:

- Elternhaus und Kindheit
- Einschneidende/traumatisierende Erlebnisse
- Berufsleben
- Familie und Kinder
- Freizeitaktivitäten
- Beziehungen heute
- Gesundheit
- Alltagsbewältigung u. v. m.

Oft lassen sich bei solchen Gesprächen auch erste Anzeichen einer Abhängigkeit entdecken, denen dann nachgegangen werden kann. Sollte eine Suchterkrankung bereits bekannt sein, ist es wichtig, zu erfahren, ob ein besonderes Ereignis der Auslöser dafür war oder ob sich die Abhängigkeit über Jahre immer stärker aufgebaut hat.

Diagnostik

Selbstverständlich können viele der oben aufgelisteten Symptome völlig andere Ursachen haben. Kommen aber mehrere zusammen, sollte über die Möglichkeit einer Suchterkrankung nachgedacht werden. Eine genauere Diagnostik ist nur durch mündliche und/oder schriftliche Befragungen möglich. Deshalb ist es nötig, immer wieder das Gespräch mit den Betroffenen zu suchen. Für viele ist es sogar erleichternd, wenn sie auf das unangenehme Thema „Suchtmittelkonsum“ angesprochen werden. Allerdings sollten unnötige Konfrontationen („Beweise“) und vor allem Schuldzuweisungen vermieden werden.²³

Solch ein Gespräch kann offen geführt werden, oft aber ist es sinnvoll, auf vorgegebene Fragebögen zurückzugreifen. Zu den standardisierten Verfahren für ältere Menschen gehört das Screening-Instrument SMAST-G. Dieser Fragebogen erlaubt zwar keine abschließende Diagnostik, er liefert aber wichtige Hinweise auf ein eventuelles Vorliegen einer Suchtproblematik, die dann weiter abgeklärt werden müssen.²⁴

Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt für Abhängigkeitserkrankungen drei Kernsymptome:

- Dosissteigerung
- Entzugssymptomatik (psychisch und/oder psychisch)
- Kontrollverlust

Nach dem auch in Deutschland gebräuchlichen Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 („International Statistical Classification of Diseases“) wird zwischen schädlichem Gebrauch von Suchtmitteln (Missbrauch) und einem Abhängigkeitssyndrom unterschieden.

Der schädliche Gebrauch erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit. Negative soziale Folgen allein rechtfertigen solche Diagnosen noch nicht. Aber auch in solchen Fällen kann die Bindung an eine Substanz stark sein und einer therapeutischen Intervention bedürfen.

Das Abhängigkeitssyndrom wird bei Alkohol oder auch Medikamenten anhand von sechs Kriterien definiert, von denen drei innerhalb des zurückliegenden Jahres erfüllt gewesen sein müssen:²⁵

- Starker Wunsch und/oder Zwang, den Wirkstoff zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Menge und/oder der Einnahme
- Körperliche Entzugssymptome, wenn die Substanz reduziert wird
- Toleranzentwicklung (Wirkverlust) bzw. Dosissteigerung
- Erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen, Vernachlässigung anderer Interessen
- Fortgesetzter Konsum trotz Wissen um die Folgeschäden

Umgang mit einem erkannten Missbrauch oder einer Abhängigkeit

Ist eine Abhängigkeit oder auch ein Missbrauch erkannt, ist es wichtig, das Vertrauen der Betroffenen zu gewinnen und Zugang zu ihnen zu finden. Ohne ihre Mitwirkung geht gar nichts – und gegen ihren Willen darf nichts unternommen werden. Ein Problem, das Pflegekräfte, aber auch Ärzte oft in schwer lösbare Konflikte stürzt: Wie bringe ich meine Pflicht zur Fürsorge mit der Autonomie des zu Pflegenden in Einklang? Was kann und soll ich tun, wenn er oder sie keine Hilfe möchte, sich aber durch den Suchtmittelkonsum immer mehr schädigt?

Rechtlich ist die Sache klar: Jeder Mensch hat das Recht, ein Leben seiner Wahl zu führen. Betreuende haben die Pflicht, alle nur möglichen Hilfsangebote zu unterbreiten, zu verhindern, dass die Betroffenen andere oder auch sich selbst lebensbedrohlich gefährden (beispielsweise durch Teilnahme am Straßenverkehr) und sie gut und sicher zu versorgen.

Selbstverständlich gilt auch in diesen Fällen die Schweigepflicht. Es ist aber durchaus möglich, Probleme bei den Beratungsstellen der Suchthilfe anonymisiert zu schildern und entsprechenden Rat einzuholen. Oft ist so nach und nach auch der direkte Weg in die Beratung möglich.

Besteht der Verdacht einer Abhängigkeit von verschriebenen Medikamenten, führt der erste Weg zu den jeweiligen Ärzten. Diese wissen mitunter nicht einmal, dass sich die Wirkung der von ihnen verschriebenen Medikamente mit anderen potenziert hat oder dass ähnliche Medikamente von unterschiedlichen Ärzten verschrieben werden. Keinesfalls dürfen Medikamente eigenmächtig abgesetzt werden. Das kann zu gesundheitlichen Störungen, aber auch zu massiven Entzugerscheinungen führen.

Wird Sucht im Alter erstmalig diagnostiziert, handelt es sich meistens um Personen, die bisher unauffällig gelebt haben und erst im höheren Alter Symptome entwickeln (sogenannter „late onset“). Für sie gilt wie für jeden anderen: Je eher die Gefährdung erkannt wird, umso besser sind die Heilungschancen! Vielen Betroffenen ist bewusst, wie sehr ihre Abhängigkeit sie hindert oder es zumindest erschwert, Beziehungen zu leben und Freudvolles zu erleben. Deshalb ist es so wichtig, das Gespräch zu suchen, Hilfsangebote zu unterbreiten und gemeinsam Auswege zu finden. Suchtmittel können durch eine gesteigerte Lebensqualität ersetzt werden – eine Tatsache, die immer wieder ins Bewusstsein gerufen werden sollte.

Menschen, die bereits seit vielen Jahren abhängig sind, hatten in der Regel bereits in irgendeiner Form Kontakt mit der Sozialmedizin oder der Suchthilfe (sogenannter „early onset“). Oft sind sie „vorgealtert“, für sie ist der Weg aus der Abhängigkeit weit schwieriger. Minimalziel kann dann eine Suchtmittelreduktion sein, um weitere Folgeschäden zu vermeiden oder zumindest zu verringern. Der Abschluss einer „partnerschaftlichen Vereinbarung“ ist dafür ein gangbarer Weg.

In jedem Fall aber geht es darum, ihr Alltagsleben und ihre soziale Teilhabe abzusichern. Entscheidend ist, dass sich alle Unterstützerinnen und Unterstützer absprechen und an einem Strang ziehen, seien es Ärzte, Pflegekräfte, rechtliche Betreuer und/oder Mitarbeitende in der Suchthilfe. Wenn irgend möglich, sollten auch Angehörige und Freunde einbezogen werden. Allerdings muss dabei auch bedacht werden, dass sie sich co-abhängig verhalten könnten.

Je älter ein Mensch ist und je länger die Krankheit andauert, umso schwieriger ist auch die Behandlung. Ein abgestuftes Vorgehen („stepped care“) ist ratsam.

Dazu gehört:

- Zugang und Vertrauen der Betroffenen gewinnen und halten
- Lebensbedrohliche Einflüsse abwenden
- Grundbedürfnisse wie Ernährung, Pflege, Milieu und Umfeld sichern
- Zugang zur Pflegeversicherung und ggf. auch zu einer gesetzlichen Betreuung herstellen
- Unterstützung, um den Suchtmittelkonsum zu stabilisieren, zu verringern oder zu beenden
- Folgeerkrankungen in den Blick nehmen
- Pflegerische Strategien mit der Suchthilfe vernetzen
- Integration von Angehörigen und anderen sozialen Netzwerken

Selbstverständlich stehen die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten auch älteren Suchtkranken offen. Das Suchthilfesystem ist sehr vielfältig. Dazu gehören Kurzinterventionen (kurze, zielgerichtete Gespräche), eine stationäre Entgiftung, aber auch die ambulante oder stationäre Rehabilitation in Kliniken. Wer all dies nicht will oder nach einem Entzug weiter Hilfe von anderen Betroffenen möchte, kann eine der vielen anonymen Selbsthilfegruppen besuchen, wenn das körperlich machbar ist. Wichtig ist, mögliche Hilfsangebote zu zeigen und die Betroffenen dabei zu unterstützen, den Weg dorthin zu finden.

ICF-konforme Ziele zur Herstellung/Wiederherstellung von Teilhabe und Teilhabefähigkeiten²⁶

Bereich „Körperfunktionen/ Körperstrukturen“:

- Abmildern der Entzugssymptomatik
- Aufbau der Motivation für eine Behandlung – Umwandlung der zunächst überwiegend externalen Motivation in Eigeninitiative
- Entwicklung von Problembewusstsein und Erreichen einer emotionalen Akzeptanz der Abhängigkeitserkrankung
- Aufbau der Motivation für eine abstinente Lebensführung
- Erreichen von Abstinenz, Erkennen und Bewältigung von Risikofaktoren
- Behebung körperlicher Störungen und Besserung der körperlichen Fitness
- Förderung von gesundheitsgerechtem Verhalten
- Auseinandersetzung mit psychischen Folgen des Suchtmittelkonsums
- Verbesserung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit
- Stärkung der emotionalen Stabilität, Stärkung des Selbstwertgefühls, Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstgewissheit

Bereich „Aktivitäten und Teilhabe“:

- Überprüfung der Kommunikationsfähigkeit und Kommunikationsbereitschaft
- Einüben einer „normalen“ Tagesstruktur
- Förderung einer realitätsgerechten Selbsteinschätzung durch das Erfahren und Aufzeigen vorhandener Fähigkeiten
- Defizite bearbeiten
- Kompensatorische Fertigkeiten entwickeln
- Stabilisierung stützender und Halt gebender sozialer Kontakte durch das Einbeziehen von Angehörigen
- Kritische Auseinandersetzung mit dem bisherigen Umfeld und Entscheidung zur Ablösung unterstützen
- Förderung von Kompetenzen im Bereich der Selbstversorgung/Selbstverantwortung
- Förderung einer aktiven und gesundheitsfördernden Freizeitgestaltung
- Sinnfindung – Auseinandersetzung mit Lebenszielen
- Unterstützung bei der Regulierung finanzieller Probleme

Ein breit gefächertes Hilfesystem

Viele Arbeitsbereiche der Sucht- und Altenhilfe – ob haupt- oder ehrenamtlich, ob in der Beratung, ambulant oder stationär wirkend – verfügen über ein enormes Wissen und reichhaltige Erfahrungen. Dazu kommt ein breit gefächertes Hilfesystem – egal ob die Suchtproblematik im Vordergrund steht oder nur als Nebendiagnose – beispielsweise bei einer psychischen Primärerkrankung – auftritt. Es ist wichtig, sich dieses Hilfesystem immer wieder zu vergegenwärtigen und den jeweils passenden Zugang dazu zu suchen.

Zugangswege

Niedergelassene Ärzte: Ein wichtiger Zugangsweg zu älteren suchtkranken Menschen sind niedergelassene Ärzte, hier besonders Hausärzte. Voraussetzung ist, dass sie wissen, welche Medikamente in welcher Menge verordnet wurden und dass sie Anzeichen von Suchtkrankheiten bemerken und darauf eingehen. Dazu gehört auch der Einsatz von Screening-Methoden, um so rechtzeitig wie möglich Gefahren zu erkennen.

Pflegekräfte: Pflegekräfte arbeiten eng mit den Betroffenen zusammen und können früh Veränderungen in Verhaltensweisen oder gesundheitliche Probleme erkennen. Sie haben meist einen intensiveren Kontakt zu den betroffenen Personen als Ärzte oder sogar Angehörige. Umso wichtiger ist es, dass sie Anzeichen einer Suchterkrankung erkennen und dann im Team mit Leitung, Ärzten und Angehörigen beraten, wie mit der Situation umgegangen wird und welche Maßnahmen sinnvoll sind. Dabei ist es wichtig, dass alle gemeinsam an einem Strang ziehen und ein Fallmanagement („Case Management“) entwickeln.

Beratungsstellen: Suchtberatungsstellen wenden sich an alle Personen, die mit dem Thema Sucht in Kontakt kommen. Hier finden also nicht nur die Betroffenen Rat und Hilfe, sondern auch Angehörige, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und andere. Finanziert wird die ambulante Suchtberatung in der Regel durch freiwillige Zuwendungen aus dem Landes- oder Kommunalhaushalt.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl weiterer Beratungsdienste, die begleitend tätig werden können oder im umgekehrten Fall an die Suchthilfe vermitteln. Dazu gehören beispielsweise Schuldnerberatungsstellen, Migrationsfachberatungen u. a.

Psychiatrische Kliniken oder Allgemeinkrankenhäuser: Häufig gelangen Patienten mit einer akuten Suchtproblematik zunächst in den klinischen Entzug – erst dann schließen sich weitere Schritte an. Kostenträger dieser Entgiftungsbehandlung ist die gesetzliche Krankenversicherung. Aber auch bei einer Krankenhausaufnahme wegen anderer Ursachen – nach Stürzen, Schlafstörungen, Schmerzen oder anderer Erkrankungen – ergibt sich oft die Möglichkeit, Suchtproblematiken zu erkennen und Behandlungsvorschläge zu erarbeiten.

Psychiatrische Institutsambulanzen: In psychiatrischen Institutsambulanzen werden Patienten behandelt, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer psychischen Erkrankung eine besonders intensive und komplexe Therapie benötigen, aber nicht im Krankenhaus therapiert werden müssen oder wollen. Eine bestehende Suchtproblematik wird hier erfasst und behandelt bzw. in die Suchthilfe übergeleitet.

Einrichtungen der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation: Sie wenden sich zwar in erster Linie an Berufstätige, können aber auch die Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Abwendung einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zum Ziel haben. In diesen Fällen ist statt der Rentenversicherung die gesetzliche Krankenversicherung Träger der Behandlung.

Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe: Leistungen der Eingliederungshilfe sollen Menschen mit einer körperlichen, geistigen und/oder seelischen Behinderung dabei unterstützen, ihre vorhandenen Ressourcen zu nutzen und behinderungsbedingte Nachteile bestmöglich auszugleichen bzw. abzumildern. Dazu gehört auch eine (Wieder-)Eingliederung ins gesellschaftliche Leben und der Aufbau sozialer Beziehungen. Um das zu erreichen, sind Hilfen aus unterschiedlichsten Bereichen – Medizin, Psychologie, Sozialarbeit – möglich.

Selbsthilfe: Die Sucht-Selbsthilfe ist eine feste Säule des Suchthilfesystems. In diesen Gruppen wird jeder so akzeptiert, wie er oder sie ist, die Betroffenen können sich untereinander austauschen und unterstützen. Solche lokalen Gruppen sind in der Regel gut mit Einrichtungen und Angeboten der Suchthilfe vernetzt, stellen sich beispielsweise in Kliniken vor und bieten Hilfe an. Häufig wird eine stationäre oder ambulante Therapie von Besuchen in Selbsthilfegruppen begleitet.

Sozialpsychiatrische Dienste: Hier finden psychisch und gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und Suchtkranke Beratung und Hilfe. Auch Angehörige, Bekannte, Arbeitskollegen und Freunde können sich an diese – in der Regel den Gesundheitsämtern angegliederten – Dienste wenden.

Allgemeine Sozialberatung bzw. Allgemeiner Sozialdienst: Die Bezeichnung kann je nach Ort unterschiedlich sein – gemeint ist ein umfangreiches Beratungsangebot für verschiedenste Lebensprobleme. Oft finden Menschen auf diesem Weg Kontakt zum örtlichen Hilfesystem. Andererseits kann er auch unterstützend und vermittelnd tätig werden, wenn es zusätzliche Probleme gibt, beispielsweise Schulden oder Wohnungslosigkeit.

Rechtliche Betreuung: Rechtliche Betreuer werden eingesetzt, wenn Menschen bestimmte Bereiche ihres Lebens nicht mehr allein regeln können. Solche Betreuer erhalten die Vertretungsvollmacht nach außen, sind aber verpflichtet, den Willen des Betreuten zu achten. Sie können Zugang in das Suchthilfesystem vermitteln, sind aber auch ein Rettungsanker, wenn Menschen ihre Alltagssangelegenheiten nicht mehr in den Griff bekommen. Beantragt werden muss dies von den Betroffenen selbst. Aber auch Ärzte, Angehörige oder Freunde können eine solche Betreuung anregen – entscheiden muss das zuständige Amtsgericht.

Kommunale Hilfenetzwerke: Viele Sozialstationen, Hausärzte, Pflegeeinrichtungen, Suchtberatungsstellen und Ehrenamtliche arbeiten eng zusammen und bilden so ein wichtiges Netz, das die Betroffenen auffangen und halten soll. Einbezogen werden auch Selbsthilfegruppen, die offene Altenhilfe und Behörden. Ziel ist es,

einen möglichst niedrighschwelligem Zugang in passende Versorgungsstrukturen zu schaffen. Dies ist eine Zusammenarbeit, die in einigen Regionen bereits sehr gut funktioniert – in anderen muss sie dringend weiter ausgebaut werden.

Persönliches Umfeld: Oft wird es als selbstverständlich vorausgesetzt oder gar nicht weiter beachtet – dabei ist die Mithilfe von nahestehenden Menschen oft genug die Grundvoraussetzung dafür, dass andere Maßnahmen überhaupt angenommen und umgesetzt werden. Dazu gehören Angehörige, Nachbarn, Freunde, aber auch Ehrenamtliche, Freizeitgruppen, Kirchengemeinden, Wohngebietstreffpunkte und vieles mehr. Gerade im Alter sind Einsamkeit oder Überforderung häufige Ursachen für eine Suchtproblematik. Viele ehrenamtlich engagierte Menschen setzen beispielsweise durch Besuchsdienste oder Veranstaltungen der Vereinsamung etwas entgegen.

Kooperation und Vernetzung

Bereits heute existiert also ein breit gefächertes Netz, das je nach Region dichter oder weniger dicht geknüpft ist. Damit es das Ziel – die Teilhabe älterer suchtkranker Menschen – erfüllen kann, muss es diese überhaupt erst einmal erreichen. Voraussetzung dafür ist, dass Grundkenntnisse zum Thema Sucht überall vorhanden sind und diese interdisziplinär ausgetauscht werden. Dazu gehört die Bildung einer gemeinsamen Steuerungsgruppe aus Altenhilfe und Suchthilfe, die dann Koordinations- und Vernetzungsaufgaben vor Ort übernimmt. Zu ihren Partnern gehören zuallererst Organisationen und Mitarbeitende der stationären, teilstationären und ambulanten Altenhilfe sowie der Suchtberatungsstellen und die Mitarbeitenden der Selbsthilfe und der Eingliederungshilfe. Zum erweiterten Kreis zählen Vertreterinnen und Vertreter des akutmedizinischen Versorgungssystems, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Partner aus sozialpsychiatrischen Verbänden, Quartiers- und Stadtteilmanager, öffentliche Körperschaften und Behörden wie Gesundheitsämter und Sozialhilfeträger.

Qualifizierung

Um die Teilhabemöglichkeiten für suchtkranke ältere Menschen zu verbessern, braucht es entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Lage sind, individuell auf die Situation der Betroffenen zu reagieren, Risiken für ein Abgleiten in ein Suchtverhalten zu erkennen sowie mögliche Folgeschäden zu mildern bzw. abzuwenden. Zwar ist das Thema „Sucht“ bereits heute ein Bestandteil in der Altenpflegeausbildung, dies jedoch in regional sehr unterschiedlichem zeitlichem Umfang und mit unterschiedlicher inhaltlicher Ausrichtung. Das neue Pflegeberufegesetz und die übergreifende Pflegeausbildung bieten eine Chance, die zukünftigen Pflegefachkräfte schon während der Ausbildung in ihren suchtspezifischen Kompetenzen zu stärken.

Schon jetzt aber braucht es in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten fachliche Standards zum Umgang mit suchtkranken älteren Menschen. Dazu gehört beispielsweise eine Konzeption für Interventionsgespräche oder die Nutzung von Strategien, die sich Schritt für Schritt den Möglichkeiten der Betroffenen anpassen können. Besondere Bedeutung hat die Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe. Gemeinsame Workshops, Netzwerkarbeit, interdisziplinäre Fallbesprechungen sowie Hospitationsgelegenheiten ermöglichen einen Blick über den eigenen Teller und die Chance, Hilfen zu bündeln und Leistungsangebote zu verbessern.

Qualifizierungsschwerpunkte:

Basisschulungen für Mitarbeitende in der Pflege und Suchthilfe: Diese Seminare sollen Fach- aber auch Hilfskräften in Altenpflege und Suchthilfe zugänglich sein. Einbezogen werden können auch weitere interessierte Personen, wie z. B. Seniorenräte, soziale Besuchsdienste für ältere Menschen, Ehrenamtliche in der Pflege, Verantwortliche in (Sucht-)Selbsthilfegruppen, Mitarbeiter in ambulanten Betreuungsdiensten (z. B. Seniorentagespflege, Begegnungszentren, Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit usw.). Gemeinsame Seminare von Mitarbeitenden in der Pflege und Suchthilfe können helfen, eigenes Wissen aufzubauen und zu vertiefen, in Er-

fahrungsaustausch zu treten und Netzwerkpartner zu gewinnen. Wichtig ist, auf eine Ausgewogenheit der Themen zu achten, damit alle profitieren und Wissenszuwachs erzielen. Beispielsweise erwarten Mitarbeitende aus der Suchthilfe eher Erkenntnisse zu pflegerischen Handlungen und biografischen Zugängen zum Alter. Mitarbeitende aus der Altenpflege erhoffen sich erfahrungsgemäß oft Unterstützung bei konkreten Fragestellungen im Umgang mit „schwierigen“ (das heißt suchtmittelauffälligen) Betreuten sowie konkrete Handlungsanleitungen, die z. B. in standardisierter Form in Pflegedokumentationen einfließen können.

Aufbauschulungen bzw. weiterführende Qualifizierung von Fachkräften der Sucht- und Altenhilfe: In vielen Bundesmodellprojekten der vergangenen Jahre wurden Aufbauschulungen für die Fachkräfte der Alten- und Suchthilfe angeboten mit dem Ziel, das erworbene Basiswissen zu vertiefen und nutzbar zu machen. Einige Modellprojekte favorisierten die Ausbildung spezifisch geschulter Suchtbeauftragter oder Ansprechpartner für Suchtfragen in den Einrichtungen. Auch die Entwicklung konkreter Handlungsschemata (Handlungsempfehlungen) kann eine gute Grundlage für die Weiterarbeit sein. Solche Handlungsempfehlungen existieren als Ergebnis der Modellprojekte (www.alter-sucht-pflege.de/modellprojekte/bundesmodellprojekte) und stehen für interessierte Nutzer zur Verfügung.

Schulungen für Führungskräfte der Altenhilfe und der Suchthilfe: Seminare mit Führungskräften aus Sucht- und Altenhilfe bieten die Möglichkeit die Problematik von Suchtkranken im höheren Lebensalter zu verdeutlichen, das Interesse an der Auseinandersetzung mit diesem Problembereich zu wecken, eigene Schwierigkeiten, aber auch Ressourcen bewusst zu machen. Darüber hinaus helfen sie, eigenes (ethisches) Handeln kritisch zu reflektieren und so die Teilhabe suchtkranker älterer Menschen zu verbessern.

Basisschulungen zum Thema „Sucht im Alter“ im Rahmen des Bundesmodellprojektes „watch“

Folgende Module können innerhalb des Basisseminars angeboten werden:

Modul 1: Grundlagen und Einführung zum Thema „Sucht im höheren Lebensalter“

Modul 2: Die Individualität des Alterns/ Grenzen und Herausforderungen des Alterns

Modul 3: Grundlagen der Abhängigkeitsentwicklung bei älteren Menschen

Modul 4: Umgang mit suchtkranken älteren Menschen/ Gesprächsführung

Modul 5: Fallarbeit/ kollegiale Fallbesprechung (Optionales Modul)

Modul 6: Vernetzung zwischen Alten- und Suchthilfe/ Handlungsempfehlungen

Je Modul sind 1,5 Stunden geplant. Jedes Modul ist in sich abgeschlossen. Um jedoch eine sinnvolle und für die Praxis hilfreiche Schulung der Mitarbeiter zu erreichen, sollten mindestens die Module 1, 3 und 4 gewählt werden. Die interessierten Einrichtungen erhalten zu allen Modulen Arbeitsmaterialien ausgehändigt sowie – falls gewünscht – auch die Handlungsempfehlungen als Datei. Die Schulungen sind kostenpflichtig. Nähere Informationen unter www.projekt-watch.info.

Beispiel für die Gestaltung eines Tagesseminars zum Thema:

Modul 1: Grundlagen und Einführung zum Thema „Sucht im höheren Lebensalter“ (ca. 1 ½ Stunden)

- Begrüßung, Einführung ins Thema
- Statistik zum Konsum von Suchtmitteln im höheren Lebensalter (Alkohol, Medikamente, Tabak) (mit Folienpräsentation)
- Besonderheiten des Alkoholstoffwechsels, Folgeschäden des Tabakkonsums, Folgen aus Medikamentenabhängigkeit (mit Folienpräsentation)
- thematische Gruppenarbeit (Ergebnissicherung auf Flipchart)
- Pause

Modul 3: Grundlagen der Abhängigkeitsentwicklung bei älteren Menschen (ca. 1 ½ Stunden)

- ICD 10 Kriterien der Abhängigkeit, Faktoren, die eine Abhängigkeitsentwicklung bei älteren Menschen unterstützen (mit Folienpräsentation)
- Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung am Beispiel der Alkoholabhängigkeit (mit Vortrag)
- Co – Abhängigkeit: Grundlagen und Gefahren (mit Vortrag)
- Angebote des Suchthilfesystems für ältere Menschen – Chancen und Grenzen (mit Folienpräsentation)
- thematische Gruppenarbeit (Ergebnissicherung auf Flipchart)
- Pause

Modul 4: Umgang mit suchtkranken älteren Menschen / Gesprächsführung (ca. 1 ½ Stunden)

- Einführung Gesprächsführung („Wie kann ich ein Suchtproblem ansprechen?“)
- Modellvorstellung „Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick“
- Umgang mit auffälligen Verhaltensweisen älterer suchtkranker Menschen
- Fallbeispiele aus ambulanter und stationärer Sucht- und Altenhilfe
- Möglichkeiten der Intervention im praktischen Arbeitsalltag (Handlungsempfehlungen) (mit Powerpointpräsentation)

Abschlussrunde und Feedback, Weitergabe von Literaturempfehlungen (Flyer, Infomaterial) sowie eines schriftlichen Handouts an alle Teilnehmer gehören grundsätzlich zum Fortbildungsangebot dazu.

Fazit und Ausblick

In den zurückliegenden 10 Jahren rückte das Thema „Sucht und Alter“ zunehmend in den Fokus der Forschung. So wurden im Rahmen mehrerer Bundesmodellprojekte Handlungsmöglichkeiten beraten und erprobt und ein Weiterbildungskonzept entwickelt. Diese Schulungen sind an den realen Erfordernissen in der pflegerischen Praxis ausgerichtet und haben zum Ziel, alte suchtkranke Menschen in ganz verschiedenen Lebenslagen zu erreichen, sie sowohl sensibel als auch qualifiziert anzusprechen.

Es hat sich also durchaus etwas bewegt – aber das reicht längst nicht aus. In den kommenden Jahren muss es gelingen, das Problem deutlich mehr zu einem Thema sowohl von Fachverbänden als auch von Politik zu machen. Das bedeutet erst einmal sachliche und rechtliche Klarheit – vor allem im Hinblick auf den Teilhabebegriff. Denn obwohl sich das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung dazu eindeutig an den international anerkannten Kriterien des ICF orientiert, wird er bundesweit noch immer ganz unterschiedlich interpretiert. Das stiftet Verwirrung und verschafft unterschiedlichen Auffassungen und Auslegungen Raum. Letztlich wird damit auch die konkrete Arbeit und Hilfe für die Betroffenen erschwert. Auch über Leistungsinhalte für eine Teilhabe muss bundesweit Klarheit herrschen, müssen gleiche Regeln gelten. Derzeit aber werden sie von den Kommunen noch immer ganz unterschiedlich definiert.

Eine wichtige Voraussetzung, um älteren suchtkranken Menschen wirkungsvoll helfen zu können, ist eine bessere Ausbildung und Schulung aller Beteiligten. Das beginnt mit der Entwicklung verbindlicher Curricula für Auszubildende und Studierende in den Bereichen „Pflege“ und „Pflegermanagement“. Dabei geht es um die Vermittlung entsprechenden Basiswissens, aber auch darum, die zukünftigen Pflegefachkräfte zum Erfahrungsaustausch und zu kritischer Reflexion anzuregen. Aber auch gestandene Mitarbeitende in der Pflege und Suchthilfe benötigen entsprechende Schulungen und Aufbau Seminare, die für alle verbindlich sein sollten.

Eine wichtige Verbesserung ist eine engere Kooperation zwischen Sucht- und Altenhilfe sowie dem Gesundheitssystem. So kann beispielsweise eine Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und re-

gionalen Apotheken sicherstellen, dass suchtkranke Menschen angemessen medikamentös beraten und versorgt werden. Regelmäßige Gespräche, gemeinsame Fallbesprechungen und auch eine Fortbildung von Ärzten und pflegenden Mitarbeitern können einen sachgerechten Umgang mit Psychopharmaka und anderen Medikamenten erleichtern.

Fortbildungen für Hausärzte sensibilisieren für das Thema „Sucht im Alter“ und tragen dazu bei, dass Gefährdungen und Erkrankungen rechtzeitig und sicher erkannt werden. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Notwendigkeit routinemäßiger Screenings zur Früherkennung und Frühintervention hingewiesen. Bereits 2010 hatten die Bundesärztekammer und der Fachverband Sucht gefordert, dass hausärztlichen Praxen Kurzdiagnose-Verfahren zur Verfügung gestellt werden müssen, die rechtzeitige und passgenaue Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsangebote möglich machen.

Dass solche Möglichkeiten bisher kaum genutzt werden, macht unserer Meinung nach eins deutlich: Wir brauchen eine andere Grundhaltung und eine viel größere Sensibilisierung im Umgang mit Sucht und Suchtgefährdung im Alter.

Genau hinschauen, aufmerksam und unvoreingenommen zuhören, verlässlicher Ansprechpartner sein – viele ehrenamtlich engagierte Menschen zeigen uns, dass sich einer zunehmenden Isolation und Vereinsamung im Alter etwas entgegensetzen lässt und dass sich Fehlentwicklungen wie Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeiten vermeiden und die Folgen von Sucht mindern lassen. Landesseniorenräte fordern deshalb beispielsweise in jeder Kommune eine hauptamtliche Stelle, die die Arbeit der Ehrenamtlichen begleitet, sie fördert und schult. Darüber hinaus müssen aber auch Politik, Pflegeeinrichtungen und Fachverbände kooperieren und in den Kommunen dafür sorgen, dass den Betroffenen die Zugangswege zu den Hilfesystemen aufgezeigt werden – und dass sie den Mut finden, sie auch zu gehen. Nur so können sie älteren Menschen mit Suchtproblemen helfen und es ihnen ermöglichen, ihr Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe an unserer Gesellschaft wahrzunehmen.



Links

Weitere Informationen und wichtige Links zum Thema „Teilhabe älterer suchtkranker Menschen“ finden Sie unter folgenden Webadressen:

www.alter-sucht-pflege.de

www.unabhaengig-im-alter.de

www.alterundsucht.ch

Darüber hinaus möchten wir Sie auf eine Auswahl von Publikationen hinweisen, die auf Forschungsprojekten fußen, den aktuellen Kenntnisstand und die Rechtslage verdeutlichen, Instrumente für die praktische Arbeit anbieten oder auch internationale Standards vorstellen, die Sie im Internet finden können:

Sucht im Alter – Präsentation der Suchthilfe direkt Essen GmbH

www.unabhaengig-im-alter.de/fileadmin/user_upload/dhs/pdf/Sucht_im_Alter_2011.pdf

Dokumentation der Fachtagung „Sucht im Alter“ vom 25.02.2013,

www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Dokumentation/2013_Sucht_im_Alter_Dokumentation_1.pdf

Projekt WATCH – Ein Projekt der Sucht- und Altenhilfe

www.projekt-watch.info

SANOPSA – Forschungsprojekt „Sucht im Alter – Netz- und

netzwerk-basierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege“

www.sanopsa.de

Jahrbuch Sucht der DHS – Jährlich zusammengetragene Daten und Fakten zum Thema Sucht

www.dhs.de/informationmaterial/jahrbuch-sucht.html

PRISCUS-Liste – Potentielle inadäquate Medikation für ältere Menschen

www.priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf

Medikamentenabhängigkeit – Suchtmedizinische Reihe Band 5, DHS 2013

www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_5_Medikamente.pdf

ICF – Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit“ – Angebot des DIMDI

www.dimdi.de/static/de/klassi/icf

Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder – Arbeitshilfe der Diakonie Deutschland

www.info.diakonie.de/infothek/veroeffentlichungen/detail/102008-sucht-im-alter-arbeitshilfe

Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Rehabilitation – Angebot des BMAS

www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-Inklusion/teilhabe-inklusion.html

Wichtige rechtliche Grundlagen – Angebot der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen

www.behindertenbeauftragte.de/DE/Themen/RechtlicheGrundlagen/RechtlicheGrundlagen_node.html

Was tun bei Alkoholsucht im Alter? – Checkliste der AXA Deutschland

www.axa.de/site/axade/get/documents/axade/AXA.de_Dokumente_und_Bilder_Plus_von_AXA/Checklisten/Checkliste%20Alkohol%20im%20Alter_final.pdf

Stark bleiben – Für ein Leben ohne Sucht – Angebot des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

<http://www.stark-bleiben.nrw.de/index.php>

Informationen zu aktuellen Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten für Fachkräfte auf der Homepage des Gesamtverbandes für Suchthilfe e. V.

www.sucht.org/qualifizierungalterundsucht

SMAS-T-G – Screening-Instrument

www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening/smast-g

Quellenangaben

1. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2016, Hamm 2016, Pabst Science Publishers, S. 15.
2. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Informationen zum Thema Sucht im Alter, Factsheet, Hamm 2008, S. 1.
3. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Medikamentenabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe Band 5, Hamm 2013, S. 27.
4. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Medikamente, Basisinformationen, Hamm 2005, S. 7.
5. ebda., S. 18.
6. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Medikamentenabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe Band 5, Hamm 2013, S. 27.
7. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.): S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen", Quelle: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001I_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf, S. 275 (Daten abgerufen am 15. Januar 2017)
8. Hoff, T.: Sucht im Alter – Fakten, Herausforderungen, Perspektiven, Vortrag auf der Fachtagung „Genuss und Lebensqualität im Alter – Abhängigkeiten wahrnehmen und neue Wege aus der Sucht fördern“ in Dortmund am 28.01.2015, Quelle: https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/DISuP/Downloads/Vortrag_Dortmund_SIA_0115_Onlinepub.pdf, Folie 1
9. Kutschke, A.: Sucht – Alter – Pflege – Eine besondere pflegerische Anforderung mit geringer Tradition in der Altenpflege, Vortrag, Quelle: http://www.suchtfragen.de/uploads/media/Kutschke_Sucht_im_Alter_01.pdf, Folie 2 (Daten abgerufen am 15. Januar 2017)
10. Quelle: <http://www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=101> (Daten abgerufen am 15. Januar 2017)
11. Quelle: http://www.unabhaengig-im-alter.de/fileadmin/user_upload/dhs/pdf/DHS_Zahlen_im_Ueberblick.pdf (Daten abgerufen am 15. Januar 2017).
12. Helmchen, H., Baltés, M.M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M., & Wilms, H.-U.: Psychische Erkrankungen im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer, & P. B. Baltés (Eds.), Die Berliner Altersstudie (3rd ed., pp. 209–243). Quelle: http://library.mpib-berlin.mpg.de/files/base/abstracts/Mono10_Kap8.htm (Daten abgerufen am 15. Januar 2017)
13. Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2014 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 22, Bonn 2015, S. 24-27.
14. Flankierend zum SGB IX sind die Vorschriften des SGB I und SGB IV als Gesetzbücher zu verstehen, die für alle bereichsspezifischen Sozialgesetzbücher – wie das SGB IX – gelten.
15. In der neuen Fassung des BTHG, gültig ab dem 01.01.2018.
16. Wichtige Anspruchsgrundlagen für Teilhabeleistungen in den einzelnen Sozialgesetzbüchern:
SGB II: §§ 4 Abs. 2, § 28, § 29; SGB III: § 112 ff.; SGB V: §§ 11 Abs. 2, § 27 Abs. 1, § 40-43; SGB VI: § 9 ff; SGB VII: § 26 ff.; SGB IX: §§ 26-59; SGB XI: §§ 43 b, 45 a, b; SGB XII: §§ 34-34 a, §§ 53, 54.
17. Vgl. § 37 SGB V.
18. § 14 Abs.1 SGB XI.
19. Entsprechend der Regelungen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II), welches ab dem 01.01.2017 in Kraft tritt.
20. Vgl. § 15 SGB XI.
21. Vgl. §§ 7a; 7b; 18a; 37 Abs. 3; 45 SGB XI.
22. Vgl. § 43 SGB XI.
23. Gute Möglichkeiten für den Einstieg in solche Gespräche finden sich auf der Webseite <http://www.alter-sucht-pflege.de>, die vom Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit unterstützt wird.
24. Quelle: <http://www.alterundsucht.ch/de/aerztinnen/alkohol/screening> (Daten abgerufen am 15. Januar 2017).
25. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Medikamentenabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe Band 5, Hamm 2013, S. 12.
26. Entnommen aus dem „Rehabilitationskonzept zur medizinischen Rehabilitation suchtkranker Menschen“ des Rehabilitationszentrums am Donnersberg (Fassung vom Juli 2015)

Teilhabe älterer
suchtkranker Menschen

Herausgeber:

**DEVAP - Deutscher Evangelischer Verband
für Altenarbeit und Pflege e.V.**

Verantwortlich: Vorsitzender Bernhard Schneider

Invalidenstraße 29, 10115 Berlin

Tel. 030 83001-277

info@devap.de

www.devap.info

GVS - Gesamtverband für Suchthilfe e.V.

Fachverband der Diakonie Deutschland

Verantwortlich: Geschäftsführer Dr. Theo Wessel

Invalidenstraße 29, 10115 Berlin-Mitte

Tel. 030 83 001 500, Fax: 030 83 001 505

gvs@sucht.org

www.sucht.org

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt.

Die Angaben beziehen sich jedoch auf Angehörige beider Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird.

Die vorliegende Broschüre wurde durch eine gemeinsame
Projektgruppe des DEVAP und des GVS erarbeitet.

Karin Ernst,

Diakonisches Werk Weißenburg-Gunzenhausen e.V., Weißenburg

Sabine Jacob,

come back e.V., Eckartsberg

Knut Kiepe,

Gesamtverband für Suchthilfe e.V., Berlin

Ralf Klinghammer,

Hoffnungstaler Stiftung Lobetal, Bernau

Michaela Landgrebe,

Hephata Hessisches Diakoniezentrum e.V., Klingenberg/Main

Imme Lanz,

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V., Berlin

Henning Leuckfeld,

Diakonisches Werk Schleswig-Holstein Landesverband der

Inneren Mission e.V., Rendsburg

Ruth Moser-Weikert,

Johanniter Seniorenhäuser GmbH, Stuttgart

Verena Pfister,

BruderhausDiakonie Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg, Reutlingen

Cathleen Schlüter,

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V., Berlin

Dr. Theo Wessel,

Gesamtverband für Suchthilfe e.V., Berlin