Wissenschaftliche Bedarfsanalyse
der Lebens- und Betreuungssituation
älterer alkohol- bzw. opioidabhängiger Menschen in Berlin

2016

erstellt im Auftrag der
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
des Landes Berlin
durch das
Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF)

Autorinnen:
Dr. Kerstin Kammerer, Katrin Falk, Sabine Dummert

Datum: 09.12.2016,
leicht redigierte Fassung vom 19.12.2017
Kontakt:

Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF)

Dr. Kerstin Kammerer
Katrin Falk, M. A.
Torstr. 178
10115 Berlin

kammerer@igfberlin.de
+49 30 859 4908
http://www.igfberlin.de/
Danksagung

### Inhaltsübersicht

Abkürzungsverzeichnis .............................................................................................................. iv  
1 Einleitung ............................................................................................................................ 1  
2 Fragestellung und Methode ............................................................................................. 3  
  2.1 Fragestellung ................................................................................................................ 3  
  2.2 Methodisches Vorgehen und Sample ........................................................................ 3  
3 Daten zu Sucht im Alter ..................................................................................................... 9  
4 Soziale und gesundheitliche Problemlagen und Bedarfe älterer suchtmittelabhängiger Menschen ......................................................................................................................... 11  
  4.1 Soziale Situation / Soziale Netzwerke ...................................................................... 11  
  4.2 Wohnen .................................................................................................................... 15  
  4.3 Finanzielle Situation ................................................................................................. 17  
  4.4 Beschäftigung und Freizeit ....................................................................................... 19  
  4.5 Straffälligkeit ............................................................................................................ 22  
  4.6 Diversitätsaspekte .................................................................................................... 23  
  4.7 Weitere Themen ........................................................................................................ 24  
  4.8 Gesundheitliche Situation älterer Abhängiger ......................................................... 28  
  4.9 Zusammenfassung Lebenssituation ......................................................................... 35  
5 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme ................................................................ 38  
  5.1 Suchthilfe .................................................................................................................. 38  
  5.2 Ambulante und stationäre medizinische Versorgung .............................................. 77  
  5.3 Altenhilfe und Pflege ................................................................................................ 86  
  5.4 Altersgemischte und altersspezifische Angebote .................................................. 105  
  5.5 Verhältnis von Altenhilfe und Suchthilfe ............................................................... 107  
6 Fazit ................................................................................................................................ 109  
7 Handlungsempfehlungen ................................................................................................. 113  
Literaturverzeichnis ................................................................................................................ 117
<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Definition</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BeW</td>
<td>Betreutes Einzelwohnen</td>
</tr>
<tr>
<td>BMG</td>
<td>Bundesministerium für Gesundheit</td>
</tr>
<tr>
<td>BSHS</td>
<td>Berliner Suchthilfestatistik</td>
</tr>
<tr>
<td>CMA</td>
<td>Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige</td>
</tr>
<tr>
<td>DRV Bund</td>
<td>Deutsche Rentenversicherung Bund</td>
</tr>
<tr>
<td>GBE</td>
<td>Gesundheitsberichterstattung</td>
</tr>
<tr>
<td>GGV</td>
<td>Geriatrisch-Gerontopsychiatrischer Verbund / Verbünde</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV</td>
<td>Gesetzliche Krankenversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>GPGV</td>
<td>Gerontopsychiatrischer-Geriatrischer Verbund</td>
</tr>
<tr>
<td>IFT</td>
<td>Institut für Therapieforschung</td>
</tr>
<tr>
<td>IVP</td>
<td>InterviewpartnerIn, InterviewpartnerInnen</td>
</tr>
<tr>
<td>MDK</td>
<td>Medizinischer Dienst der Krankenkassen</td>
</tr>
<tr>
<td>PSAG</td>
<td>Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>PSB</td>
<td>Psychosoziale Betreuung</td>
</tr>
<tr>
<td>SpD</td>
<td>Sozialpsychiatrischer Dienst</td>
</tr>
<tr>
<td>SPV</td>
<td>Soziale Pflegeversicherung</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Einleitung


Dazu, wie sich die Lebenssituation und Bedarfslagen der heterogenen Zielgruppen suchtmittelabhängiger älterer Menschen in Berlin im Einzelnen darstellen, welche Versorgungsangebote von ihnen in Anspruch genommen werden und wo Versorgungsprobleme und -lücken bestehen, ist bisher jedoch wenig bekannt.

entwickelt. Die Studie stützt sich dabei auf allgemein zugängliche Daten und Berichte, eine altersgruppenspezifische Sonderauswertung des Instituts für Therapieforschung zur Berliner Suchthilfestatistik (BSHS) sowie auf insgesamt 29 leitfadengestützte Interviews, die mit ExpertInnen aus der Sucht- und Altenhilfe in Berlin geführt wurden.

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die Fragestellung und das methodische Vorgehen in der Studie ausgeführt (Kapitel 2) und einige Daten zu Abhängigkeitserkrankungen im Alter vorgestellt (Kapitel 3). Es folgt eine Darstellung der Ergebnisse zur Lebenssituation und den Bedarfslagen älterer suchtmittelabhängiger Menschen (Kapitel 4), wobei auf die soziale Situation und Netzwerke (4.1), auf die Wohnsituation (4.2), die finanzielle Situation (4.3), Beschäftigung und Freizeit (4.4), Strafängigkeit (4.5) sowie Diversitätsaspekte (4.6) eingegangen wird. In der Analyse der Interviews wurden als weitere Themen (4.7) Stigma und Scham, spezifische Wünsche und Anliegen älterer Abhängiger, insbesondere Fragen der Lebensbilanzierung und Zielsetzung, identifiziert. Das Kapitel schließt mit Ausführungen zur gesundheitlichen Situation älterer Abhängiger (4.8) und einer Zusammenfassung der berichteten Ergebnisse (4.9). An diese Darstellung der Lebenssituation und Bedarfslagen schließt sich der Bericht über die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und identifizierte Versorgungsprobleme an (Kapitel 5), der entlang der Versorgungsbereiche Suchthilfe (5.1), medizinische Versorgung (5.2) sowie Altenhilfe und Pflege (5.3) gegliedert ist, gefolgt von Überlegungen zu altersgemischten und -spezifischen Angeboten (5.4) sowie dem Verhältnis von Altenhilfe und Suchthilfe (5.5). Aufbauend auf diese Kapitel werden nach einem Fazit der wichtigsten Bedürfnisse und Versorgungsprobleme (Kapitel 6) schließlich Handlungsempfehlungen für unterschiedliche Handlungsfelder und -ebenen gegeben (Kapitel 7).
2 Fragestellung und Methode

2.1 Fragestellung


Die Ziele der Studie sind im Einzelnen:
- die Benennung gesundheitlicher und sozialer Problemlagen älterer alkohol- bzw. opioidabhängiger Menschen in Berlin,
- Erkenntnisse über Probleme, Einschränkungen, Betreuungssituationen und Hilfebedarfe älterer alkohol- bzw. opioidabhängiger Menschen,
- Erkenntnisse zur Inanspruchnahme vorhandener Versorgungsangebote und zu bestehenden Versorgungslücken für ältere alkohol- und opioidabhängige Menschen,
- Erkenntnisse zu Bedarfen der Betroffenen und ggf. ihrer Betreuer sowie deren Vorschläge zur Verbesserung der Lebens- und Betreuungssituation.

Die Ergebnisse zu den beiden erstgenannten Zielen werden insbesondere in den Kapiteln Daten (Kapitel 3) und Problemlagen (Kapitel 4) dargestellt, diejenigen zur Inanspruchnahme und zu Versorgungsangeboten in Kapitel 5. Die Ergebnisse zu Bedarfen und Vorschlägen zur Verbesserung der Lebens- und Betreuungssituation finden sich aufgrund ihres Querschnittscharakters in allen Ergebniskapiteln inklusive des Fazits (Kapitel 6) und der Handlungsempfehlungen (Kapitel 7).

2.2 Methodisches Vorgehen und Sample


Zugang zulassen, ermöglicht eine umfassende Beantwortung der genannten Fragestellungen.

2.2.1 Methodisches Vorgehen
Zunächst erfolgte eine Aufarbeitung der Datenlage aus vorhandenen Berichten, Erhebungen und Veröffentlichungen zu den oben genannten Fragestellungen. Unter anderem wurden die vom Institut für Therapieforschung (IFT) aufbereiteten und durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zur Verfügung gestellten altersspezifischen Daten der Berliner Suchthilfestatistik berücksichtigt (Kapitel 3).

Zeitgleich wurden in Berlin vorhandene Angebote der Suchthilfe, die sich insbesondere an ältere Menschen richten, recherchiert. Da die pflegerische, medizinische und psychosoziale Betreuung und Versorgung für abhängige Menschen mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt, wurden auch Angebote der Altenhilfe, Pflege und Beratung berücksichtigt sowie weitere relevante Akteure des Versorgungssystems (Sozialpsychiatrischer Dienst, Wohnungslosenhilfe, medizinische Versorgung) ergänzt (vgl. Kapitel 2.2.2).

Auf Grundlage von Erkenntnissen aus der Fachliteratur zu Sucht im Alter sowie gerontologischer Expertise zu Versorgungsproblemen und -bedarfen älterer Menschen wurden die Interviewleitfäden für die Experteninterviews entwickelt. In den Interviews wurden weitere relevante Akteure erfragt, um gegebenenfalls auch bisher nicht berücksichtigte ExpertInnen zu erfassen und eine möglichst hohe Sättigung zu erreichen. Die notwendige Begrenzung der Studie brachte es naturgemäß mit sich, dass nicht alle für das Themenfeld potenziell relevanten ExpertInnen einbezogen werden konnten (vgl. Kapitel 2.2.2). In den Interviews wurden die Akteure jeweils auch zu ihren Einschätzungen der weiteren Versorgungsbereiche befragt.


Einige InterviewpartnerInnen wünschten eine Anonymisierung, aus der nur der jeweilige Tätigkeitsbereich (Angebotstyp und Zielgruppe) erkenntlich wird, während andere mit der Nennung ihres Klarnamens und/oder des Klarnamens der Einrichtung, in der sie tätig sind, einverstanden waren. Die Darstellung erfolgt weitgehend einheitlich unter Beschränkung auf Angebotstyp und Zielgruppe; einzelne Angebote werden sich aufgrund des Dargestellten jedoch von KennerInnen der Hilfelandchaft identifizieren lassen.
2.2.2 Sample und Feldzugang

Um einen umfassenden Einblick in die Lebenssituation und Versorgungsbedarfe älterer abhängiger Menschen zu bekommen, war es notwendig, InterviewpartnerrInnen aus sehr heterogenen Handlungsfeldern einzubeziehen. Andererseits war es aus forschungspraktischen Gründen – insbesondere aufgrund der kurzen Laufzeit der Untersuchung – nötig, die Zahl der InterviewpartnerrInnen zu begrenzen, weshalb Auswahlentscheidungen getroffen werden mussten.

Die Recherche ergab für die Handlungsfelder (s. u.) verschiedene potenzielle InterviewpartnerInnen. Es wurde eine Priorisierung vorgenommen, bei der die verschiedenen Stoffgruppen (Alkohol, Opioide), verschiedene Behandlungs- oder Versorgungsschwerpunkte (Beratung, Behandlung, Wohnen) und Ausrichtungen (abstinenzorientiert, Konsum tolerierend) berücksichtigt wurden. Weiterhin wurden Einrichtungen aus unterschiedlichen Berliner Bezirken ausgewählt.

Der Zugang zu den (potenziellen) InterviewpartnerInnen verlief unterschiedlich. Bei einem Teil der ExpertInnen stieß die Anfrage auf großes Interesse, meist handelte es sich dabei um InterviewpartnerInnen, die sich bereits mit dem Thema Sucht im Alter befasst haben und/oder mit der Zielgruppe arbeiteten. Im Bereich der Suchthilfe fiel bereits beim Zugang eine unterschiedliche Bewertung der Relevanz auf, so antworteten einige Einrichtungen auf die Anfrage mit der Einschätzung, dass ältere Menschen diese nur selten in Anspruch nehmen. Auch bei Einrichtungen der Altenhilfe (Pflegeeinrichtungen, offene Altenhilfe) war das Interesse zum Teil wenig ausgeprägt, manche Anfragen wurden abschlägig beschieden mit dem Verweis, dass sich die Einrichtung nicht explizit mit dem Thema befasse. In einigen Bereichen der medizinischen Versorgung (Kliniken etc.) wurde, und dies ist erfahrungsgemäß nicht ungewöhnlich, aufgrund einer hohen Arbeitsbelastung ein Interview abgelehnt. All dies bestimmte die Auswahl der InterviewpartnerInnen mit. Insgesamt wurden 29 Interviews realisiert und mit diesen die angestrebten Handlungsfelder abgedeckt.

Zur besseren Übersicht werden die InterviewpartnerInnen fünf Versorgungsbereichen wie folgt zugeordnet:

A. Leitfadengestützte Experteninterviews (29 Interviews)

2. Altenhilfe, Pflege, Beratung: ExpertInnen, die in der offenen Altenhilfe sowie ambulanten und stationären Pflege oder Pflegeberatung tätig sind bzw. diese koordinieren und gestalten, darunter:

Pflegestützpunkte: MitarbeiterInnen sechs verschiedener Pflegestützpunkte unterschiedlicher Bezirke, deren MitarbeiterInnen eine Weiterbildung zum Thema Sucht im Alter erhalten haben.


5. Suchtmittelabhängige im Alter 55+: Um die Perspektive älterer abhängigkeitserkrankter Menschen selbst zu erfassen, wurden sechs abhängige ältere Menschen (fünf Männer, eine Frau) interviewt, und zwar vier gegenwärtig abstinent lebende Menschen, ein Älterer mit reduziertem Konsum und ein Opioidabhängiger in diamorphingestützter Substitution.

B. Sekundärauswertung von Interviews mit HausärztInnen aus der Studie PSYTIA³


Tabelle: Übersicht über die der Analyse zugrundeliegenden Interviews

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Handlungsfeld</th>
<th>Funktion/Qualifikation</th>
<th>ID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Experteninterviews im Rahmen der wissenschaftlichen Bedarfsanalyse (29 Interviews)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Regionale Beratungsstelle für Suchtkranke</td>
<td>1. Einrichtungsleit.</td>
<td>SiA01</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(Alkohol und Medikamente)</td>
<td>2. Mitarbeiterin (Soz.-Päd.)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Suchtberatung, integrierte Drogenhilfe (Drogen)</td>
<td>Regionalleitung</td>
<td>SiA02</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Fachklinik Entwöhnung (stationär und ambulant),</td>
<td>Chefarzt</td>
<td>SiA03</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(Alkohol und Medikamente)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Krankenhaus der Pflichtversorgung</td>
<td>Leitung</td>
<td>SiA17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(Klinik für Suchtmedizin)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Entwöhnung (ambulant)</td>
<td>Leitung</td>
<td>SiA04</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(Alkohol, Drogen, Medikamente)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Betreutes Einzelwohnen (CMA)</td>
<td>Leitung</td>
<td>SiA05</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(vorrangig Alkohol)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Altenhilfe, Pflege, Beratung (11 Interviews)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Offene Altenarbeit in Stadtteileinrichtung</td>
<td>Mitarbeiterin</td>
<td>SiA06</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Offene Altenarbeit in Stadtteileinrichtung</td>
<td>Leitung</td>
<td>SiA07</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Ambulanter Pflegedienst (mit ambulant-</td>
<td>Mitarbeiter (Soz.-Arb.)</td>
<td>SiA08</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>psychiatrischem Pflegeangebot)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Handlungsfeld</th>
<th>Funktion/Qualifikation</th>
<th>ID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10</td>
<td>Wohnangebot für Menschen mit Alkoholabhängigkeit</td>
<td>Heimleitung (Suchttherapeutin)</td>
<td>SiA09</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Pflegeeinrichtung (stationär, CMA)</td>
<td>Mitarbeiterin (Pflegefachkraft)</td>
<td>SiA10</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Pflegestützpunkt</td>
<td>Regionalleitung (Soz.-Arb.)</td>
<td>SiA11a</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Pflegestützpunkt</td>
<td>Mitarbeiterin Beratung (Soz.-Arb.)</td>
<td>SiA11b</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Pflegestützpunkt</td>
<td>Mitarbeiterin Beratung (Soz.-Arb.)</td>
<td>SiA12</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Pflegestützpunkt</td>
<td>Leitung</td>
<td>SiA13</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Pflegestützpunkt</td>
<td>Mitarbeiterin Beratung (Soz.-Arb.)</td>
<td>SiA14</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Qualifizierung Pflegestützpunkte</td>
<td>Leitung</td>
<td>SiA15</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**3. Gesundheitliche Versorgung (3 Interviews)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Handlungsfeld</th>
<th>Funktion/Qualifikation</th>
<th>ID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18</td>
<td>Hausarzt mit Substitutionsangebot</td>
<td>Facharzt für Allgemeinmedizin</td>
<td>SiA16</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Sozialpsychiatrischer Dienst</td>
<td>1. Mitarbeiterin (Psychologin)</td>
<td>SiA18</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Sozialpsychiatrischer Dienst</td>
<td>2. Mitarbeiterin (Soz.-Arb.)</td>
<td>SiA18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**4. Weitere Akteure (3 Interviews)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Handlungsfeld</th>
<th>Funktion/Qualifikation</th>
<th>ID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>21</td>
<td>Bezirks Allenhilfekoordination und bezirkliche Suchthilfekoordination</td>
<td>Altenhilfekoordinator</td>
<td>SiA20</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Suchtprävention (Schulung/Weiterbildung)</td>
<td>Fachreferentin</td>
<td>SiA21</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Wohnunglosenhilfe</td>
<td>Leitung (Soz.-Arb.)</td>
<td>SiA22</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**5. Betroffene (6 Interviews)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Handlungsfeld</th>
<th>Funktion/Qualifikation</th>
<th>ID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>24</td>
<td>Opioidabhängigkeit, diamorphingestützte Substitution, betreutes Wohnen</td>
<td>58 Jahre, m</td>
<td>SiA23</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Alkoholabhängigkeit, reduzierter Konsum, betreutes Einzelwohnen</td>
<td>60 Jahre, m</td>
<td>SiA24</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Alkoholabhängigkeit, abstinent lebend, eigene Wohnung</td>
<td>72 Jahre, m</td>
<td>SiA25</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Alkoholabhängigkeit, abstinent lebend, eigene Wohnung</td>
<td>85 Jahre, w</td>
<td>SiA26</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Alkoholabhängigkeit, abstinent lebend, eigene Wohnung</td>
<td>67 Jahre, m</td>
<td>SiA27</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Alkoholabhängigkeit, abstinent lebend, eigene Wohnung</td>
<td>65 Jahre, m</td>
<td>SiA28</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B Sekundärauswertung (2 Interviews)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Handlungsfeld</th>
<th>Funktion/Qualifikation</th>
<th>ID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>30</td>
<td>Hausärztin</td>
<td>Fachärztin für Allgemeinmedizin</td>
<td>PSY2F04</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Hausärztin</td>
<td>Fachärztin für Allgemeinmedizin</td>
<td>PSY2F11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Gesamt** 31 Interviews (darunter 2 Sekundärauswertungen)

---

### 2.2.3 Qualität der Daten und Generalisierbarkeit

Die interviewten ExpertInnen und ihre Einrichtungen sind auf unterschiedliche Zielgruppen eingestellt, z. B. auf Menschen, die von bestimmten Stoffgruppen abhängig sind. In manchen Einrichtungen finden sich ältere Abhängige, die sich nicht so sehr von den jüngeren unterscheiden. In spezialisierten Einrichtungen z. B. des betreuten Wohnens sind eher stärker Betroffene zu finden, die z. B. bereits unter zahlreichen Begleiterkrankungen leiden. In speziellen Stationen von Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Wohnunglosenhilfe leben in der Regel diejenigen, die schwer von körperlichen, psychischen und sozialen Einschrän-
Institut für Gerontologische Forschung e. V.

kungen betroffen sind. Somit bietet jede Einrichtung einen Blick auf einen besonderen Ausschnitt der Problematik älterer Suchtmittelabhängiger.


Medikamentenabhängigkeit oder schädlicher Medikamentenkonsum wurden in den Experteninterviews immer wieder angesprochen, insbesondere im Hinblick auf ältere Menschen, sind jedoch nicht Thema dieser Expertise.


4 Betreuung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Personen das (ambulante) Suchthilfesystem in Anspruch genommen haben, z. B. die Suchtberatung oder Fachambulanzen.
3 Daten zu Sucht im Alter

An dieser Stelle werden vorliegende Daten zur Alkohol- und Opioidabhängigkeit im Alter vorgestellt. Weitere statistische Daten, insbesondere die Daten der Sonderauswertung der Suchthilfestatistik des IFT zu altersspezifischen Daten (s. o.), zur Lebenssituation und Inanspruchnahme der Suchhilfe, sind den entsprechenden Kapiteln 4 und 5 vorangestellt.


Die Prävalenz für Opiatabhängigkeit wird in Europäischen Ländern auf 0,5-1% geschätzt (Dürsteler-MacFarland et al. 2011, 93). In Deutschland sollen ca. 50.000 Personen, die 40 Jahre und älter sind, Opiöide konsumieren (Vogt et al. 2009 zit. nach Eppler et al. 2011, 167).

Ältere Menschen mit Opioidabhängigkeit sind in der Regel alt gewordene, langjährige Abhängige. Wenn sie Kontakt zum Suchthilfesystem haben, sind sie häufig substituiert, insbesondere, da Heroinabhängigkeit Agilität erfordert (z. B. Geld- und Drogenbeschaffung, Vermeiden von Inhaftierung), die mit zunehmendem Alter immer mehr abnimmt. Durch Substi-

Als Opioide werden im Folgenden natürliche und künstliche Opiate bezeichnet, d.h. der Begriff umfasst u. a. Heroin und Substitute wie Methadon.
tution (und entsprechende begleitende Betreuung) ist die Lebenserwartung der Substituierten gestiegen (Westermann et al. 2011, 211). Daten zur Substitutionsbehandlung im Alter, z. B. zu Wirkungen und Wechselwirkungen der Substitute und zum Beikonsum, fehlen jedoch (Dürsteler-MacFarland et al. 2011, 98).

4 Soziale und gesundheitliche Problemlagen und Bedarfe älterer suchtmittelabhängiger Menschen


4.1 Soziale Situation / Soziale Netzwerke


4.1.1 Partnersituation


Bei den Betreuungsfällen wegen Opioidkonsums ist der Anteil der Alleinstehenden deutlich höher als im Bereich Alkohol. Unter den 191 ambulanten Betreuungsfällen über 55-Jähriger
im Opioidbereich sind rund 73% alleinstehend; im stationären Bereich sind es alle fünf (männlichen) Betreuungsfälle, zu denen Angaben gemacht wurden (Specht et al. 2016).

4.1.2 Lebenssituation

Auch die Frage, mit wem die Betreuten zusammen leben, kann Aufschluss über die soziale Situation geben. Erhebungen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zeigen, dass gut drei Viertel aller 55- bis 69-Jährigen in Deutschland als Ehepaar zusammen in einem Haushalt lebt (76%) (Engstler et al. 2010).


Opialabhängige über 55 Jahre sind häufiger alleinlebend als die 35- bis 55-jährigen (53% der 35-55 und 72,8% der 56+ leben allein). Dies betrifft beide Geschlechter (Specht et al. 2016).


Damit sind die befragten abhängigen Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zu einem erheblich größeren Teil alleinstehend und alleinlebend.

4.1.3 Angehörige und Freunde

Einsamkeit (z. B. durch Tod des/der PartnerIn oder von FreundInnen, Auszug der Kinder) wird zum einen als Risikofaktor für die Entstehung oder die Verschlimmerung einer Abhängigkeitserkrankung im Alter genannt (vgl. zsfd. Lieb et al. 2008, 76), zum anderen schildern die interviewten ExpertInnen den Verlust sozialer Netzwerke als Folge jahrelanger Abhängigkeit (SiA04, 115-120, SiA05, 200-211, SiA08, 310-316, SiA16, 23). Dies betrifft sowohl ältere Alkoholabhängige als auch Substituierte.
Vorhandene soziale Kontakte bestehen oft zu Menschen in ähnlichen Situationen und werden als nicht sehr tragfähig eingeschätzt (auch SiA17, 305-308, SiA19, 436-442), jedenfalls wenn keine abstinente Lebensweise vorliegt:

„Und natürlich bestehen dann schon noch Kontakte ins Milieu, also zu Leuten die ebenfalls trinken. Aber es ist den Klienten schon auch bewusst, dass es eben Kontakte sind, die auch nur deshalb bestehen, indem man gemeinsam trinkt.“ (SiA05, 200-211)

Jahrelange Abhängigkeit führe häufig dazu, dass Menschen keinen Kontakt mehr zu ihren Angehörigen haben (z. B. SiA09, 421-445; SiA17, 291-299). Die interviewten ExpertInnen schildern jedoch, dass insbesondere der Kontakt zu Kindern ein wichtiges Thema im Alter sei (SiA02, 239-250).

„Da sehe ich übrigens einen Unterschied. Bei den Älteren entsteht eher wieder so ein Bedürfnis, doch auch den Kontakt zur Familie wieder herzustellen und zu gucken, ob man da wieder anknüpfen kann.“ (SiA19, 388-406)

Das Thema sozialer Beziehungen bekommt vermutlich auch mit beginnender Pflegebedürftigkeit zunehmende Relevanz, mit der Angst vor dem Verlust der Selbständigkeit, da dies auch die Frage aufwirft, wer gegebenenfalls unterstützen kann. Eine Expertin schildert, dass die Vermittlung in Pflegeeinrichtungen häufig dann erfolgt, wenn alkoholabhängige ältere Menschen aufgrund von gesundheitlichen Notlagen ins Krankenhaus kommen und eine selbständige Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann (SiA10, 204-207). Das Risiko ist umso höher, wenn Menschen alleinstehend sind und über wenige Ressourcen (Geld, Information) verfügen.

Die interviewten ExpertInnen berichten, dass in den Einrichtungen (hier im stationären Wohnen bzw. im Pflegeheim) gemeinsam versucht wird, wieder Kontakte zu Angehörigen herzustellen (SiA09, 421-445, SiA10).

„Da ist ja auch so viel kaputt gegangen im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte, dass man da eventuell irgendwo einen Punkt findet, wo man wieder andocken kann, dass man eventuell sagt, man findet doch irgendwie einen kleinen gemeinsamen Nenner, also zwischen Bewohner und Angehörige, dass die wieder Zugang zu ihren Familien finden, dass die vielleicht mal Weihnachten mit nach Hause genommen werden, weil die verändern sich ja hier auch sehr positiv.“ (SiA10, 479-490)

Ein Problem sei es, wenn Abhängige die Einrichtungen (z. B. disziplinarisch aufgrund von Regelverstößen oder aus leistungsrechtlichen Gründen) verlassen müssen:

„Und die sozialen Kontakte auch, die man hatte, die sind ja dann auch weg. Also wenn die irgendwo rausfliegen, dann verlieren die nicht nur ihre Wohnung, sondern auch ihre sozialen Kontakte. Das ist auch schlimm. (...) Die kommen (...) aus einer Situation wo die Familien schon seit langem gesagt haben, ‚komm, also mit dir können wir jetzt nichts mehr zu tun haben‘. Und dann übernehmen die Leute in diesen Einrichtungen, in denen sie leben, diesen Familienersatz, ja? (...) Die stehen ihnen ja auch näher, als man das von außen ahnen kann. Dann fliegen die raus, dann ist alles weg, ne? Die Einrichtungen weg und die Freunde weg und der Familienersatz wieder weg und wieder alles neu. Kommt man, kennt nur noch die paar, die man immer auf der Straße wiedertrifft oder beim Substi-Arzt oder ja. Und das ist auch nicht so einfach und die wollen auch oft gerne hierbleiben, die wollen nicht wieder irgendwo rausfliegen.“ (SiA22, 629-651)

Mitunter finden ältere abhängige Menschen auch in Einrichtungen außerhalb der Suchthilfe Anbindung, z. B. in Kirchengemeinden oder religiösen Vereinigungen (SiA05, 280-287; SiA05, 410-474) oder der offenen Altenhilfe (SiA07, 58-63), die mehr oder weniger gut auf diese Zielgruppe eingestellt sind. Dies trifft allerdings eher auf Alkoholabhängige zu.


SozialarbeiterInnen und MedizinerInnen, zu denen die älteren Abhängigen Kontakt haben, werden als wichtige GesprächspartnerInnen beschrieben. Der substituierte Interviewpartner ist froh um diese Möglichkeit:

„Ja, ich kann hier mit den Mitarbeitern sprechen. In der Praxis kann ich mit den Ärzten sprechen, also das, sowas hab ich noch nicht erlebt in meiner ganzen Drogenkarriere, die ja verdammt lang war, ich kann nicht viele, die 58 sind, also viele sind tot. Machen wir uns nichts vor. Und einige kümmern sich halt unheimlich, das ist einfach irre.“ (SiA23, 39-47)

Auch ein Interviewpartner mit einer langjährigen alkoholbezogenen Störung und kontrolliertem Konsum hatte in einer schwierigen Phase, in der er aufgrund von psychischen und körperlichen Problemen nicht mehr vor die Tür gehen wollte, Unterstützung durch Betreuer des betreuten Einzelwohnens (SiA24, 45-53). Mit anderen KlientInnen des betreuten Wohnens
kommt er nicht immer gut zurecht, er hat aber andere soziale Kontakte, z. B. eine Partnerbeziehung (SiA24, 164-166).

Die interviewten abstinenten alkoholabhängigen Menschen aus der Therapiegruppe haben, anders als die langjährig Abhängigen, guten Kontakt zu ihren Familien und sind sozial gut eingebunden (SiA25-SiA28).

**Fazit:** Insbesondere langjährige abhängige Menschen haben häufig wenige (tragfähige) soziale Beziehungen. Ältere Abhängige haben nach Erfahrung der interviewten ExpertInnen häufiger als Jüngere den Wunsch, wieder Kontakte zu Angehörigen, insbesondere zu Kindern herzustellen. SozialarbeiterInnen oder TherapeutInnen der Suchthilfe sind wichtige AnsprechpartnerInnen. Insbesondere bei Substituierten kann sich durch eine langjährige psychosoziale Betreuung eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln. Stationäre Einrichtungen, die auf die Zielgruppe eingestellt sind (Personalschlüssel, Qualifikation), können ebenfalls den Rahmen für die Entwicklung und Pflege sozialer Beziehungen bieten (vgl. Kapitel 5.1.7).

### 4.2 Wohnen

Zur Wohnsituation liegen Daten der Suchthilfestatistik (IFT) vor. Unterschieden wird in den Daten danach, ob Menschen alleinlebend sind oder mit anderen zusammenleben (z. B. mit PartnerInnen, Kindern, Eltern, sonstigen Personen).


„Die verlieren ja auch häufiger ihre Wohnung, weil sie dann die Miete nicht gezahlt haben, weil sie sehr, sehr auffällig waren, so. Und das ist eigentlich- das größte Problem ist eigentlich der Wohnraum, der nicht- viele wären in der Lage dann durchaus alleine auch zu wohnen, vielleicht noch mit einem BEW (betreutes
Einzelwohnen) als Unterstützung. Aber das scheitert daran, dass die keine Wohnung finden.” (SiA18, 451-483)

Die Verwahrlosung der Wohnung und gegebenenfalls drohender Wohnungsverlust, zum Beispiel weil die Miete nicht mehr gezahlt wurde und die abhängigen Menschen „die ganzen Dinge des täglichen Bedarfs, des Alltags nicht mehr regeln können“ (SiA22, 47-60) wird mehrfach von verschiedenen interviewten ExpertInnen angesprochen (SiA08, 67-77, SiA02, 96-106; SiA09, 43-51). Aber auch der Zugang zu unterstützenden Leistungen, z. B. wenn gleichzeitig ein Pflegebedarf besteht, sei schwierig:

„Vermittlung in Pflege, man muss halt dazu sagen, (...) dass die Leute teilweise nicht wollen, dass wir sie in der Wohnung besuchen, weil sie Angst haben, dass sie dann ihre Autonomie verlieren. Also, die wollen nicht, dass man sieht, dass die nicht mehr saubermachen oder sonst was.“ (SiA02, 363-368)

Der Zugang zu unterstützenden Leistungen, die einen Wohnungsverlust verhindern könnten, z. B. Hilfen im Haushalt oder beim Umgang mit Vermietern, wird mitunter aus Angst vor Autonomieverlust, aber auch aus Scham vermieden.

Wohnungen in dem Quartier zu finden, in dem die abhängigen Menschen jahrelang selbstständig oder in Wohneinrichtungen gelebt haben, wird immer schwieriger. Auch aus Einrichtungen des betreuten Wohnens, die nicht als Dauermaßnahme konzipiert sind, wird es aufwändiger, Menschen in eigenen Wohnraum zu bringen. Immer häufiger müssen Menschen bei Auszug aus dem betreuten Wohnen an den Stadtrand ziehen:

„Das führt dann wieder zu neuen Problemen, (nämlich) dass die ganzen Beziehungen (...) sei es auf dem Amt, sei es zu Ärzten, sei es zu dies, zu das, zu jenem, wieder verloren gehen und die Person dann, mit den etlichen Handicaps denn, die sie sich erworben hat, im Laufe seines Lebens plötzlich eigentlich ja in ner neuen Stadt landet.“ (SiA02, 185-2016)

Nicht immer seien ältere Menschen unzufrieden damit, aus der Stadt in die Umgebung zu ziehen. Eine interviewte Expertin (betreutes Einzelwohnen) schildert, dass es ihr gelang, zwei älteren Männern Wohnungen außerhalb Berlins zu vermitteln:

„Einer ist in die Nähe von (nennt Stadt in Brandenburg) gezogen und der andere an die Grenze zu Polen, in solche Gebiete, die dort neu errichtet wurden. Also die waren beide zufrieden mit dem Umzug. Die fanden das super. Schön ruhig, alles da, was man braucht.“ (SiA05, 508-580)

Dennoch bleibt nicht aus, dass die Betroffenen vor Ort keine sozialen Kontakte haben und keinen Kontakt zum Hilfesystem und ein Umzug in eine fremde Umgebung im Alter auch eine große Belastung darstellen kann. Kommen verschiedene Risikosituationen zusammen, z. B. Verwahrlosung der Wohnung, körperliche Einschränkungen und alleine zu leben, be-
steht die Gefahr, in stationäre Versorgung überwiesen zu werden, obwohl eine ambulante Versorgung noch möglich wäre (vgl. Kapitel 5.3.3.4).


In stationären Wohneinrichtungen sind die Hausregeln unterschiedlich, auch was den Konsum von Alkohol angeht. Mehrfach wurde von den interviewten ExpertInnen berichtet, dass langjährig abhängige Menschen sich nicht immer an Regeln halten würden und deswegen auch häufiger aus Wohneinrichtungen verwiesen würden (SiA09, 119-128), insbesondere wenn diese nicht auf die Zielgruppe spezialisiert sind.


### 4.3 Finanzielle Situation


Bei den Opioidabhängigen ist die Erwerbsbeteiligung insgesamt geringer. 8,4% der über 55-Jährigen und 6,5% der 35- bis 55-Jährigen sind als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig. Arbeitslos nach SGB II sind knapp zwei Drittel der 35- bis 55-Jährigen und 40,8% der älteren Gruppe. Etwa ein Drittel der über 55-Jährigen (35,1%) ist berentet, unter den jüngeren sind es 6%. Die Daten zur Erwerbssituation nach Betreuungsende unterscheiden sich nicht wesentlich von denen bei Betreuungsbeginn (Specht et al. 2016).


Auch wenn Schulden eine geringere Rolle spielen als bei jüngeren Abhängigen, ist die finanzielle Situation häufig prekär. Interviewte Experten schildern finanzielle Schwierigkeiten älterer, langjährig abhängiger Menschen (SiA16, 27, SiA21, 70-73), die sich auf viele Lebensbereiche auswirken, z. B. auf das Finden einer Wohnung (SiA05, 511-517) oder Freizeitbeschäftigungen (SiA05, 251-254). Die Oberärztin einer Suchtklinik berichtet:

„Wir haben Patienten, da ist Strom und Wasser abgestellt. Oder die haben kein Versicherungsverhältnis mehr.“ (SiA17, 254-258)

Wo es an Unterstützung bei finanziellen, bürokratischen Angelegenheiten fehlt (vgl. Kapitel 5.3.3.4), kann ein Verlust der Wohnung und damit Obdachlosigkeit der abhängigen älteren Menschen drohen.


Hinsichtlich der Schulden besteht im Alter aus Sicht des Experten nur unter bestimmten Umständen noch Handlungsbedarf, z. B. wenn diese freheitsbedrohend sind. Oft sei klar, dass
ältere substituierte Menschen nicht mehr aus den Schulden herauskämen, dies sei anders als bei jüngeren Menschen (SiA02, 181-184).


**Fazit:** Die finanzielle Situation ist insbesondere bei langjährig abhängigen Menschen häufig prekär. Der leistungsrechtliche Übergang zur Berentung ist insbesondere für langjährig Abhängige, für die ein lückenloser Leistungsbezug existentiell ist, nicht einfach zu bewältigen. Alkoholabhängige mit Anbindung an das Hilfesystem (z. B. Pflegedienst) oder Substituierte mit PSB finden Unterstützung im Umgang mit der finanziellen Situation und daraus resultierenden Problemen, sowie dabei, die Möglichkeiten von Befreiungen auszuschöpfen. Wo dies nicht der Fall ist, können schnell finanzielle Notlagen entstehen, die zu entsprechenden Folgen, z. B. zum Verlust der Wohnung, führen.

**4.4 Beschäftigung und Freizeit**

Erwerbslosigkeit und Berentung wurden als Risikofaktoren für Suchtmittelkonsum schildert, aber auch schwierige Arbeitssituationen, die die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung begünstigen könnten. Als besonders belastend wurde Schichtarbeit (SiA04) beschrieben, die sich ungünstig auf die soziale Situation auswirkt und häufig zu gesundheitlichen Problemen führt, z. B. zu Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (SiA04, 168-179). Weiterhin wird die Berentung als Risikosituation für erhöhten Suchtmittelkonsum beschrieben (vgl. zsd. Lieb et al. 2008, 76), insbesondere dann, wenn Menschen schon längere Zeit regelmäßig getrunken haben, aber wegen der Erwerbstätigkeit Nüchternheitsphasen oder einen mehr oder weniger kontrollierten Konsum praktiziert haben.

Eine interviewte Expertin berichtete:

„Also ich habe wirklich, wenn Ältere, immer Menschen zu sitzen, die wenn man nachfragt, 20, 30 Jahre Trinkerfahrung haben, die sich natürlich noch in dem Kontext gut teilweise gesellschaftlich orientieren konnten, auch noch lange diese Erkrankung, trotz dem sie die hatten, sich gesellschaftlich einfügen konnten, teilweise ihre Arbeitsstellen, krankgeschrieben, Kuren, Entzüge, aber irgendwie immer noch in so einem Kontext der Gesellschaft gelebt haben und jetzt erst ir-
...so abgestürzt sind ein Stück oder durch fehlende Mietzahlungen wie gesagt oder dass die Erkrankung so fortgeschritten ist, dass sie nicht mehr dieses Level, dieses gesellschaftlichen, der gesellschaftlichen Norm mehr erreicht haben." (SiA09, 633-652)

Auch zwei der inzwischen trockenen Alkoholabhängigen haben mit der Berentung stärker angefangen, zu trinken.


„Die Älteren haben in der Regel keine Arbeit mehr, was für viele – vor allem der ostsozialisierten – Klienten ein großes Problem ist. Weil die sich sehr über Arbeit definiert haben, also es auch ganz schlimm ist keine Arbeit zu haben. (...) Sie haben damit Schwierigkeiten, dass sie unterbeschäftigt sind. Aber natürlich auch in dem Zustand, in dem sie sich befinden, nicht arbeitsfähig sind. Also nicht so, dass es ein richtiger Job sein könnte. Das ist ein Problem." (SiA05, 184-194)

Sinnvolle Beschäftigung wird auch von den Betroffenen als wichtiges Mittel zur Aufrechterhaltung von Abstinenz genannt. Die interviewten abstinent lebenden Alkoholabhängigen schildern:

Die interviewten abstinent lebenden Alkoholabhängigen schildern, dass sie angefangen haben, Sport zu treiben, Gartenarbeit zu machen oder Enkel zu betreuen (z. B. SiA28, 220-233). Alle vier waren in der Lage, eigenständig neue Freizeitbeschäftigungen zu finden oder an frühere Aktivitäten anzuknüpfen.

Mit der Abstinenz können auch verloren gegangene Interessen zurückkehren:

„Wenn sie noch in Partnerschaft leben, kann ich noch Zweisamkeit leben, ich kann wieder reisen, ich kann wieder organisieren, also so insgesamt verändert sich das. Und selbst diejenigen, die halt allein leben, bleiben aktiv. Ich denke jetzt so an eine 85-Jährige, die ich so bilbildlich vor mir habe, die eben darauf achtet, dass sie jeden Tag rausgeht und dass sie ihren Kreis hat, mit dem sie sich trifft. Das kann sie natürlich nur und das sagt sie auch (…) weil sie nicht mehr trinkt.“ (SiA01, 529-537)

Gesundheitliche Einschränkungen, die soziale Situation, Angst vor Stigmatisierung etc., aber auch fehlende finanzielle Ressourcen (SiA05, 251-254) können zudem die Suche nach Beschäftigung erschweren. Abhängige illegaler Drogen bzw. Substituierte haben, wenn sie auf weniger geradlinige Biografien zurückblicken, z. T. größere Probleme, sich nach außen zu orientieren.

„Es ist schon so, dass unsere Patienten häufig eher Schwellen sehen, sich außerhalb dieser Szene zu orientieren. Es gibt wenig Leute, die jetzt zu nem Rentner-Cafe gehen würden oder zu irgendner Form von Aktivität, wo nicht irgendwo die Überschrift Sucht mit drin ist. Und das beruht glaub ich durchaus auch auf Gegenseitigkeit (…), dass sich diese Lebenswelten nicht gut vermischen. Entsprechend bieten wir natürlich allerlei Aktivitäten an, wo wir versuchen, dem irgendwie entgegen zu wirken. Ist natürlich immer noch die Überschrift Sonderwelt.“ (SiA02, 433-453)

Beschäftigung und Tagesgestaltung haben auch eine Wirkung auf Menschen, die nicht abstinent leben, schildert eine Interviewpartnerin aus einem stationären Wohnangebot für nicht-abstinente Menschen. Sie erlebe immer wieder, dass Menschen in ihrer Einrichtung durch Beschäftigungsangebote und soziale Kontakte weniger Alkohol konsumieren würden (SiA09, 341-354). Auch die interviewte Mitarbeiterin aus dem Pflegeheim mit CMA-Station berichtet, dass neue BewohnerInnen „in einem erbärmlichen Zustand“ (SiA10, 491-506) in die Einrichtung kamen und durch Ernährung, Anregung zur Selbstpflege und die Einhaltung einer Tagesstruktur stabilisiert würden, so dass Freizeit- und soziale Aktivitäten möglich würden (SiA10, 491-506). Auch die Beschäftigungswünsche der chronisch mehrfach Beeinträchtigten

Als CMA (Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige) werden Menschen bezeichnet, deren chronischer Suchtmittelkonsum zu schweren physischen und psychischen Beeinträchtigungen sowie weiteren Folgeproblemen geführt hat.
würden sich von den Wünschen der üblichen Klientel eines Pflegeheims unterscheiden. Sie würden an den üblichen Angeboten der Altenpflege kein Interesse haben, sondern

„Die brauchen einen Kicker und nen Dart und die brauchen auch mal einen richtigen schönen Film am Abend und das macht Spaß, wenn man mit denen mal rausgeht, Fußball spielen oder wenn man mit denen sagt, wir machen mal eine Runde Volleyball oder so, das ist ein anderer Beschäftigungsbedarf.“ (SiA10, 134-144)

Die Wünsche nach Beschäftigung unterscheiden sich und sind nicht nur abhängig von der Biografie, sondern auch von gesundheitlichen Einschränkungen.

Der substituierte Interviewpartner (SiA23) arbeitet zurzeit noch eine Geldstrafe ab und sagt: „wenn ich abends nach Hause komme, hab ich das Gefühl, ich hab irgendwie was geschafft“ (SiA23, 80-83). Er empfindet seine Tätigkeit als sinnvoll und ist durch die Arbeit und die Wege zum Substitutionsarzt sehr ausgelastet.

**Fazit:** Eine als sinnvoll erlebte Gestaltung der Zeit ist eine Herausforderung für viele Menschen, die nicht (mehr) im Erwerbsleben stehen. Von den interviewten ExpertInnen und von den Betroffenen wird (Freizeit-) Beschäftigung erwartungsgemäß als sehr wichtig angesehen. Sie ist nicht nur nach einem Entzug und für die Aufrechterhaltung der Abstinenz von Bedeutung, sondern kann auch eine Konsumreduzierung unterstützen. Da die Beschäftigungswünsche sehr unterschiedlich sind, sollten die Beschäftigungsangebote in Einrichtungen individuell, nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit den BewohnerInnen, gestaltet werden. Je nach Schweregrad der Abhängigkeit bieten sich unterschiedliche Freizeitbeschäftigungen an: Die interviewten abstinent lebenden Alkoholabhängigen waren in der Lage, an frühere Freizeitaktivitäten anzuknüpfen und eigenständig neue, sinnhafte Beschäftigung zu finden. Für schwerer Betroffene ist dies in der Regel nicht so einfach. Substituierte orientieren sich häufig an Angeboten, die speziell für ihre Zielgruppe angeboten werden und haben schwerer Zugang zu Angeboten „für alle“. Hindernisse auf der Suche nach Beschäftigung sind z. B. Angst vor Stigmatisierung, gesundheitliche Einschränkungen und fehlende finanzielle Ressourcen.

**4.5 Straffälligkeit**


Umgekehrt sieht es bei den weiteren Auflagen aus. Ambulant behandelte alkoholabhängige über 55-Jährige sind stärker von Auflagen durch den Arbeitgeber (24,6%), aber auch durch
die Rentenversicherung oder Krankenversicherung (7,4%) betroffen als die jüngere Altersgruppe. Beide Altersgruppen haben nahezu ebenso häufig Auflagen durch die Straßenverkehrsbehörde (7,4% bzw. 7,2%). Unterschiede zeigen sich erwartungsgemäß bei den Auflagen der Arbeitsagentur bzw. des Jobcenters, von denen die ältere seltener als die jüngere Altersgruppe betroffen ist (55+: 3,3%, 35-55 Jahre: 11,8%). Zwar hatten einige der jüngeren Opioidabhängigen ebenfalls solche Auflagen, aber keiner der älteren Opioidabhängigen (Specht et al. 2016)

Diese Ergebnisse zeigen sich zum Teil auch in den Interviews mit den ExpertInnen. Ein Interviewpartner, der in der Betreuung Substituierter arbeitet, bestätigt, dass ältere Substituierte (der Interviewpartner bezieht sich hier auf Menschen über 45 Jahre) seltener straffällig sind als jüngere Suchtmittelabhängige (SiA02, 261-262), was er auf eine veränderte Lebensführung der älteren Altersgruppe zurückführt:

„Das wesentliche ist schon, dass diese Hektik-Themen wegfallen, dieses Therapievermitteln um dem Knast zu entgehen, diese ganzen Justizgeschichten und so was ist sehr, sehr reduziert im Alter bis gar nicht mehr da.“ (SiA02, 558-564)

Eine Interviewpartnerin aus einer Einrichtung des betreuen Wohnens vorwiegend für alkoholabhängige Menschen berichtet, dass Ältere nur in Ausnahmefällen straffällig würden, z. B. vor dem Hintergrund von psychischen Erkrankungen oder Bagatelldelikten (z. B. Schwarzfahren) (SiA05, 211-224).

**Fazit:** Straffälligkeit spielt im Alter eine geringere Rolle als bei jüngeren abhängigen Menschen.

### 4.6 Diversitätsaspekte

Ältere abhängige Menschen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der genannten Stoffgruppen, Abhängigkeitsdauern und Lebenssituationen, sondern auch in Bezug auf ihre Genderzugehörigkeit oder ihren Migrationshintergrund. Über die letztgenannten Aspekte machten die Interviewten jedoch wenig Aussagen.

Typische, aus der Fachliteratur bekannte Genderaspekte (Wolter 2012, 164) werden auch von den interviewten ExpertInnen benannt, z. B. dass mehr Männer alkoholabhängig und abhängig von illegalen Drogen sind als Frauen (SiA01, 787-805), mehr Frauen dagegen medikamentenabhängig (SiA10, 282-286; SiA21, 116-124). Diese Aussagen bezogen sich auf alle Altersgruppen, gelten aber mindestens ebenso für ältere Menschen.

Über ältere abhängige Menschen mit Migrationshintergrund machten die interviewten ExpertInnen eher zurückhaltende Aussagen und wenn, dann in der Regel zu MigrantInnen aller Altersgruppen. Viele Aussagen betrafen MigrantInnen türkischer oder arabischer Herkunft. So wurde mehrfach geäußert, dass die Familie insbesondere bei türkischen MigrantInnen eine größere Rolle spiele (SiA02, 572-589; SiA08, 444-448). Scham und die Angst vor Stigmatisierung seien noch stärker ausgeprägt als bei Abhängigen ohne Migrationshintergrund.
Institut für Gerontologische Forschung e. V.


4.7 Weitere Themen

4.7.1 Stigma und Scham

Viele interviewte ExpertInnen erleben, dass Scham und die Angst vor Stigmatisierung eine große Rolle insbesondere bei älteren Abhängigen spielt:

„Der Schamaspekt, der ist besonders groß und sich das dann einzugestehen, dass man tatsächlich eine Krankheit hat, das fällt gar nicht so leicht.“ (SiA03, 157-169)

Viele ältere Menschen seien nicht mit der Vorstellung aufgewachsen, dass Sucht eine Krankheit sei: „Man sieht es eher als persönliches Versagen oder als moralisches Problem“ (SiA01, 719-732). Dies hat Folgen für ihren Umgang mit der Erkrankung und dafür, wie sie sich selbst bewerten. Insbesondere bei der Suche nach Hilfe kann Scham behindern:

„Ich glaube, da finden wirklich massive Selbststigmatisierungsprozesse statt, die Betroffenen schämen sich, das passt auch mit dem Selbstbild nicht überein. Jetzt bin ich Oma oder Opa und hab mein ganzes Leben mehr oder minder gemeistert, und jetzt soll ich mich plötzlich mir Hilfe holen, weil ich so’n Problem habe, von dem doch eigentlich niemand was wissen darf.“ (SiA19, 119-124)

Unter diesen Bedingungen sei die Voraussetzung für ein Gespräch über Sucht bzw. für die Behandlung, ein Vertrauensverhältnis zu schaffen:

„Aber sie müssen erst einmal Möglichkeiten schaffen, damit Menschen Vertrauen fassen und auch ihre alten Bilder von Psychiatrie und wird man gleich eingesperrt und was weiß ich noch alles, verlieren.“ (SiA17, 693-713)


„Wenn der Demente schlägt und beißt und spuckt, dann sagt man, ‚Der kann ja nichts dafür, weil der ist dement, der versteht das nicht mehr‘. Wenn der Intoxikierte schlägt, beißt und spuckt, sagt man ganz schnell, ‚Der müsste ja nur aufhören zu trinken, dann würde es besser werden, dann würde der das nicht tun‘. Und da merkt man auch immer noch die Einordnung auch, dass (...) nach wie vor die Sucht gesehen wird als etwas Selbstverschuldetes, fehlender Wille, müsste sich nur anders anstrengen, während man fast allen anderen Erkrankungen dieses Schicksalhafte viel eher zubilligt und dann eher Maßnahmen ergreift, um dort Hilfen zu installieren.“ (SiA17, 28-39)

Eine weitere Mitarbeiterin einer Beratungsstelle sagt im Hinblick auf abhängige Menschen in Pflegeheimen, dass diese schwer unterzubringen seien „es ist auch nicht so eine beliebte Personengruppe, muss man auch sagen.“ (SiA01, 176-191). Auch MedizinerInnen (SiA20, 372-405) und PsychotherapeutInnen (SiA19, 422-435) hätten Vorbehalte gegen abhängige Menschen. InterviewpartnerInnen, die in der Suchtmedizin arbeiten, schildern wiederum, dass die Behandlung von abhängigen Menschen lange Zeit kein gutes Ansehen hatte: „und da wurde ich als erstes gefragt, was ich verbrochen habe, dass ich in dem Bereich arbeiten muss“ (SiA17, 118-127).


Wichtig sei deswegen nach wie vor eine Enttabuisierung der Sucht:

„Indem wir auch Aktionen in der Gesellschaft machen, indem man sagt, ‚ja, das ist keine Schande, das kann passieren‘ und dafür haben wir auch Angebote und es gibt auch Lösungen, da auch wieder raus zu kommen.“ (SiA17, 354-365).

Eine Folge der Stigmatisierung und Scham sei außerdem, dass ältere Abhängige kaum Wünsche äußern würden, beschreibt eine Interviewpartnerin vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SiA19, 165-176).

Die interviewten abstinenten AlkoholikerInnen sprechen das Thema Scham eher indirekt an. So stünden sie häufig vor dem Problem, alkoholische Getränke bei geselligen Anlässen ab-
lehnen zu müssen, aber Nachfragen deswegen zu befürchten. Ob und wie man Abstinenz begründen müsse, sei ein schwieriges Thema, da die Interviewten die Alkoholabhängigkeit ungern zugeben würden (SiA27, 45-64; SiA28, 4-19).


**Fazit:** Scham und Schuldgefühle auf Seiten älterer Abhängiger, aber auch Tabuisierung von Sucht und Stigmatisierung von Abhängigen seitens Angehöriger, professionell Tätiger oder anderer Akteure haben einen Einfluss auf das Anbieten, die Suche und Inanspruchnahme von Hilfen. Eine stärkere Entstigmatisierung von Sucht wird von den Interviewten als notwendig angesehen.

### 4.7.2 Wünsche und Anliegen

Nach den Wünschen älterer abhängiger Menschen gefragt, äußern einige interviewte ExpertInnen zunächst, dass diese die gleichen Wünsche hätten, wie andere Menschen auch, z. B. nach Zuwendung (etwa Kontakt zur Familie), nach einer eigenen Wohnung oder einem angenehmen Wohnort und Anerkennung durch Arbeit/Beschäftigung und nach Selbstwirksamkeit (SiA09, 421-445; SiA19, 388-406; SiA21, 137-245).

Andere InterviewpartnerInnen stellen fest, dass die Zielfindung im Alter schwieriger sei (SiA05, 738-740) oder dass Wünsche insbesondere von älteren Menschen nicht geäußert würden (SiA22, 501-514).

„Ich hab da auch den Eindruck gewonnen, dieser Kampf gegen die Sucht, diese Anstrengung, die auch damit verbunden ist, dass bindet so viele Ressourcen, das so viel anderes dann dabei auch auf der Strecke bleibt.“ (SiA19, 552-560)

Eine interviewte Expertin äußert, dass aktiv Drogenkonsumierende sich womöglich wünschen würden, in einer Einrichtung zu sein, wo sie Drogen konsumieren können (SiA21, 137-245).

Die interviewten trockenen Alkoholabhängigen selbst äußern als Wünsche, wie viele ältere Menschen, Gesundheit (SiA24, 184-188), aber auch die Aufrechterhaltung der Abstinenz (SiA25, 187-187). Der kontrolliert trinkende Interviewpartner (SiA24) wünscht sich mehr Begleitung und Beratung bei der medizinischen Versorgung (vgl. Kapitel 5.2). Konkretere Wünsche nennt der interviewte Substituierte, der in Zukunft vermehrt kreativen Beschäftigungen nachgehen will, wobei er bereits weiß, wo er dies umsetzen kann (SiA23, 104-107). Andererseits strengen ihn Fahrtwege aufgrund seiner angegriffenen Gesundheit sehr an.
Weitere, von Betroffenen und ExpertInnen weniger direkt formulierte Wünsche sind z. B. der Wunsch nach Autonomie (z. B. formuliert durch Ablehnung von Hilfen (SiA08, 80-95) oder Inanspruchnahme von weniger Hilfen), was ebenfalls ein verbreiteter Wunsch unter Menschen aller Altersgruppen ist, der jedoch im Falle von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Hilfebedarf nochmal bewusster wird.

Ein typisches Thema älterer abhängiger Menschen, dass von InterviewpartnerInnen aus Therapie- und Wohneinrichtungen genannt wurde, lässt sich dem Themenbereich Bilanzierung und Ziele zuordnen.

4.7.3 Bilanz und Ziel
Ziele zu entwickeln sei für ältere abhängige Menschen schwieriger als für jüngere Menschen. Ein in der Betreuung Substituierter tätiger Interviewpartner beschreibt:

„Das und das wird alles nicht mehr passieren in meinem Leben, trotzdem dann auch ne Bilanz gezogen wird und dann erst mal geschaut wird, was mach ich denn jetzt noch mit den vielleicht 15, 20 Jahren und den begrenzten, beschränkten Mitteln, die mir nur zur Verfügung stehen.“ (SiA02, 250-258)

Dies mache auch für die Betreuung einen Unterschied:

„Also nicht mehr im Bereich Krisenmanagement jetzt klassisch unterwegs, wie das sonst häufig ist in der Drogenhilfe, sondern dann ist es wirklich Coaching, Lebensthemen, Kinder noch mal sehen.“ (SiA02, 250-258)

Eine in einer Einrichtung des betreuten Wohnens tätige Interviewpartnerin betont die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Zielen. Es sei wichtig, auch kleine gesundheitliche Fortschritte oder eine Verhinderung des Fortschreitens einer Erkrankung als bedeutsames Ziel zu etablieren (SiA05, 410-474).

Darüber hinaus spricht eine in einer Entwöhnungseinrichtung arbeitende Interviewpartnerin das Thema der Aufarbeitung an:

„Das heißt, es geht ganz häufig auch nochmal um eine Aufarbeitung dessen, was war, unter dem Aspekt: Bleib ich so in meiner Lebensläge drin oder guck ich mir doch auch nochmal die Wahrheit an. Das ist sehr unterschiedlich. Manche sind bereit dazu. Manche wollen das aber auch gar nicht mehr.“ (SiA04, 53-66)

Der kontrolliert Alkohol konsumierende Interviewpartner berichtet, dass er sich früher gedacht habe, dass ihm ab dem Alter von 60 „alles egal“ sei (SiA24, 0:46:30), sagt aber auch „ist so ein Trugschluss“ (SiA24, 130-135). Hier wird deutlich, dass er eine andere Perspektive und Bewertung hinsichtlich des Alters entwickelt hat, und sein Leben weiterhin lebenswert gestalten will.

Auch der interviewte Substituierte schildert eine Einstellungsveränderung, die er mit zunehmendem Alter erlebt:
„Ich bin früher mit mir umgegangen, als wenn ich unsterblich bin. Und jetzt bin ich angefangen, vorsichtig zu sein. Endlich mal sowas wie Selbstsorge entwickelt. Hat lange, lange, lange bei mir gedauert.“ (SiA23, 140-142)

Dies verdeutlicht, dass sich trotz langjähriger Abhängigkeit (wie bei anderen Menschen auch), Einstellungen zum Alter und Verhaltensweisen verändern können. Weiterhin bilanziert er hinsichtlich seiner gesundheitlichen Probleme:

„Die Probleme sind einfach die Quittung für so ein gelebtes Leben, zahlt man jetzt im Alter, ist klar. Mit 30 steckt man Sachen einfacher weg als jetzt.“ (SiA23, 76-90)


### 4.8 Gesundheitliche Situation älterer Abhängiger


Die Veränderungen der Verträglichkeit können sich auch auf das Konsumverhalten auswirken bzw. auf die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Beispielsweise erfordert eine Opioidabhängigkeit insbesondere bei fehlenden (finanziellen, sozialen u. a.) Ressourcen und langer Abhängigkeit viel Einsatz (z. B. Beschaffung von Geld und Drogen, Vermeidung von Polizeikontakten), der bei eingeschränkter Gesundheit nicht mehr in der Form geleistet werden kann. So schildert ein opioidabhängiger Betroffener:

„Irgendwie war ich dem Ganzen einfach mehr gewachsen, ich war nicht mehr agil so wie ich das kannte von früher. Wenn man abhängig ist, auf Heroin ist, muss man agil sein.“ (SiA23, 25-34)
4.8.1 Erkrankungen

4.8.1.1 Erkrankungen bei alkoholabhängigen Älteren
Schwer alkoholabhängige Menschen sind häufig mehrfach erkrankt. Folgen von Erkrankungen sind zunehmende körperliche Beeinträchtigungen, auch Mobilitätseinschränkungen.

„Bei den meisten, die ankommen, sind natürlich schon durch dieses Jahrzehnte Trinken die klassischen Folgeerscheinungen wie Polyneuropathie. Die meisten Menschen können schlecht laufen, haben z. T. auch einen Rollator. (...) Dann sind eindeutige Folgeerscheinungen im hirnorganischen Bereich zu finden, also z. B. hatte Bewohner teilweise, die wochenlang gebraucht haben, um ihre Tür zu finden." (SiA22, 156-162)


„Wir wissen ja auch, dass die körperliche Entgiftung nicht abgeschlossen ist, dass sie kein Entzugssymptom haben, sondern das viel größere Problem nach einer Entgiftung ist, dass sie auch wochenlang noch cognitive Defizite haben, die erst einmal so im Alltag nicht auffallen, weil sie wieder im Alltag sich gut zurechtfinden, aber dass ich Ihnen in der Visite in der ersten Woche gesagt habe, „Da sitzt (...) in der (Straßenname) (eine Drogenberatung), das haben die nicht abgespeichert. Dazu sind sie noch gar nicht in der Lage. Wenn dann nicht noch jemand ist, der nachhakt oder sie noch einmal anruft oder schon einmal einen Kontakt macht und ein Termin, so wie ein Arzttermin, dann ist das relativ zum Scheitern verurteilt.“ (SiA17, 282-291)

Mangelernährung oder geringe Körpermassen sind ebenfalls Probleme, von denen Menschen, die lange abhängig sind, eher betroffen sind, als Personen, die auf eine kurze Suchtgeschich
te zurück blicken. Weiterhin sei im Alter auch Zahnverlust häufiger, was die Nahrungsaufnahme erschweren kann.

Die interviewten ExpertInnen beobachten insbesondere bei denjenigen Abhängigen, die Alkohol oder Substitute konsumieren, teilweise eine geringere Bereitschaft, (Fach-)ÄrztInnen aufzusuchen (SiA02 s.u., SiA05, 193-200), was gesundheitliche Probleme wiederum verschär-fen kann (vgl. Kapitel 5.2).

Fehlender Zugang zu oder Unzufriedenheit mit ÄrztInnen, mit Medikamenten oder mit den eigenen körperlichen Beschwerden kann wiederum dazu führen, dass Suchtmittel als Selbstmedikation eingesetzt werden, d. h. es findet zumindest teilweise ein Funktionswechsel des Suchtmittels statt. So konsumiert ein alkoholabhängiger, nach eigener Einschätzung kontrolliert trinkender Interviewpartner gelegentlich Cannabis, da er unter einem Restless-Legs-Syndrom leidet. Medikamente würden ihm nicht helfen, und durch den Cannabiskonsum könne er besser einschlafen. Er beschränkt den Konsum jedoch auf das Wochenende, da er ansonsten befürchte, Termine zu verpassen, was immer wieder geschähe (SiA24, 130-135).

4.8.1.2 Erkrankungen bei Substituierten

„Die substituierten Drogenabhängigen leben länger, kann man einfach so sagen, und brauchen trotzdem oft sehr viel Betreuung, weil sie ja auch Folgekrankheiten haben.“ (SiA18, 73-76)

Ein Substitutionsarzt, der schon lange Substituierte in seiner Praxis behandelt, schildert, dass er Substituierte ab dem mittleren Alter als stabil wahrnehme, es gäbe weniger Behandlungsabbrüche, weniger Beikonsum, es wäre meist klar, dass diese nicht mehr abstinent würden. Trotz einer höheren Morbidität seien es unkomplizierte PatientInnen, die allerdings häufig resigniert und depressiv wirken (SiA16, 12-16). Ein anderer Interviewpartner aus der integrierten Drogenhilfe, der langjährig mit Substituierten zusammenarbeitet, berichtet,

„dass man insgesamt sagen kann, (dass) das Gesundheitsbewusstsein auch bei den älteren Leuten vielleicht verbessert ist zu den jungen Jahren, aber insgesamt nicht gut ist. Also dass nach wie vor ein schädliches Verhalten an den Tag gelegt wird, dass meistens ein Mangel an Bewegung zu verzeichnen ist, und dass die Ernährung meistens auch nicht so toll ist. Klar, und wenn ich insgesamt nur sehr wenig Geld zur Verfügung habe, ist es auch gar nicht einfach, sich wirklich gut zu ernähren.“ (SiA02, 417-433)

Als wichtig für eine gute Versorgung wird häufig die Compliance genannt, die – das beträfe alkoholabhängige Menschen gleichermaßen – nicht immer gegeben sei:

„Also es gibt ne Menge Themen, die schwer in den Griff zu kriegen sind, gerade wenn die Inanspruchnahme von medizinischer Leistung und Compliance bei langjährigen Behandlungen nicht so gut gegeben ist.“ (SiA02, 264-269)

4.8.2 Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf

Folgeerkrankungen von Alkohol- und Drogenabhängigkeit können zu (vorzeitigen) Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf führen.


Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf können, zumal bei mangelnder Barrierefreiheit des Wohnumfeldes und der Wohnumgebung, nicht nur die Alltagsgestaltung signifikant erschweren; auch der Substanzkonsum gestaltet sich deutlich schwieriger, was ein Problem für abhängigkeitserkrankte Menschen ist, die nicht abstinent leben können oder wollen. Bei Verlegungen in stationäre Pflegeeinrichtungen kann es zu Zwangsentzügen kommen (SiA09, 698-709). Eine in der Suchtprävention tätige Interviewpartnerin äußert, dass Konsumierende, die nicht mehr auf die Straße gehen könnten, vermutlich gerne Suchtmittel in der Einrichtung konsumieren würden. Dies sei jedoch rechtlich nicht möglich, zumindest nicht bei illegalen Drogen (SiA21, 31:50). Einen großen Bedarf gebe es auch an Mobilitätshilfen, Fahrdiensten oder Begleitung bei der außerhäuslichen Mobilität (SiA21, 151-160).

4.8.3 Psychische Gesundheit


Auch depressive Erkrankungen werden häufig als Begleiterkrankung, als Ursache oder Folge der Sucht genannt (SiA10, 362-377). Nach einem Entzug sei die Gefahr groß, dass depressive Symptome bei den Betroffenen auftreten.

„Schwierig ist auch, dass wenn sie aufhören zu trinken, es in der Regel immer zu depressiven nahen Stimmungen kommt. Das Suchtmittel ist weg (...) und dann aber auch gleichzeitig Ach Gott, hier ist ja der Papierstapel um den ich mich nicht gekümmert habe und da ist das Bild meiner Frau, die ich nicht mehr habe und übrigens habe ich noch zwei Kinder, die ich schon ewig nicht mehr gesehen habe’ und alles, was man vorher so zudecken konnte mit dem Trinken, das ist präsent und drückt natürlich die Stimmung.“ (SiA05, 435-456)

Unklar bleibt, in welchem Ausmaß Depressionen und andere psychische Erkrankungen bei älteren abhängigen Menschen psychotherapeutisch behandelt werden. Psychotherapeut:innen haben häufig keine suchtspezifische Weiterbildung (SiA04IVprot, 28), was die Arbeit mit abhängigen Menschen erschwert.

Neben depressiven Erkrankungen werden häufig weitere schwere psychische Erkrankungen (insbesondere Psychosen) berichtet. Ihre medizinische Versorgung erfordert zum einen spezifische Kompetenzen, zum anderen erweist sich der Zugang zum Versorgungssystem teilweise als schwierig. Häufig wird medikamentös behandelt, allerdings muss das Finden eines Facharztes und eines geeigneten Medikaments, das so gut vertragen wird, dass eine Compliance wahrscheinlich ist, engmaschig betreut werden.
Insbesondere im Alter können die dieser Zielgruppe häufig verschriebenen Neuroleptika Risiken mit sich bringen und erhöhten Betreuungsbedarf erfordern, wie eine Expertin am Beispiel einer älteren Frau schildert:

„Letztendlich hat es dann aber geklappt, dass sie eingestellt wurde auf ein Medikament, das sie dann auch endlich gut vertragen hat. Das musste auch ein paar-mal gewechselt werden. Das ist ja auch schwierig. Man muss erst einmal gucken, welches Neuroleptikum passt denn jetzt, so dass es ihr damit tatsächlich gut geht dann. Zwischendurch hatte sie welche, wo sie dann sehr viel Begleitung brauchte, weil sie einfach mitten auf der Straße gedankenverloren stehen blieb und nicht mehr wusste, ‘oh, wo geht es denn jetzt eigentlich hin’. Und dafür ist es auch wichtig, dass man eine gute Betreuungssituation hat, damit sie sich dann auch weiter leiten lässt, ja. Wenn sie dann mit jemandem unterwegs ist, dem sie nicht vertraut, dann wäre es schwierig gewesen.“ (SiA05, 297-309).


**4.8.4 Sterben**


Häufig wollen abhängige Menschen in der vertrauten Umgebung sterben und gewohnte soziale Kontakte, sei es zu MitbewohnerInnen oder BetreuerInnen, aufrechterhalten. Wenn aufgrund von stärkerer Pflegebedürftigkeit der Leistungsträger wechselt, ist dies für die Betroffenen häufig problematisch, da sie nicht in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können und darüber hinaus möglicherweise in Institutionen überwiesen werden, die nicht auf eine Suchtproblematik eingestellt sind.

4.9 Zusammenfassung Lebenssituation


Ältere abhängige Menschen sind, in Abhängigkeit vom Konsumverhalten und der Erkrankungsdauer, früher und stärker von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Während und nach einer Entzugsbehandlung machen körperliche Begleiterkrankungen und kognitive Einschränkungen sowie ein schlechter Allgemeinzustand eine längere und engmaschigere Begleitung erforderlich, um z. B. den anschließenden Hilfebedarf zu ermitteln und die weitere Versorgung zu klären. Auch Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf machen den Zugang zu weiterer Versorgung nötig. Hilfe zu suchen, zu finden und anzunehmen ist schwie-
rig, vor allem wenn wenig soziale Unterstützung besteht, und kann mit Scham verbunden sein. Auch hier sind kontinuierliche AnsprechpartnerInnen sinnvoll.


Schließlich wollen ältere Menschen zum Lebensende in der vertrauten Umgebung bleiben und gewohnte soziale Kontakte, sei es zu MitbewohnerInnen oder BetreuerInnen, aufrecht erhalten. Wenn aufgrund von stärkerer Pflegebedürftigkeit der Leistungsträger wechselt, ist dies für die Betroffenen häufig problematisch, da sie nicht in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können und darüber hinaus möglicherweise in Institutionen überwiesen werden, die nicht auf eine Suchtproblematik eingestellt sind.

Insgesamt zeigt sich bei Betrachtung der Lebenssituation älterer abhängiger Menschen, dass das Alter viele Herausforderungen birgt, die das Risiko einer Verschlechterung der sozialen, finanziellen und gesundheitlichen Situation mit sich bringen. Eine Verbesserung der Versorgung und Betreuung an Schnittstellen, aber auch ein frühzeitiger, niedrigschwelliger Zugang zu Hilfen und kontinuierliche Ansprechpersonen sind mögliche Ansatzpunkte einer besseren Versorgung, die in den weiteren Kapiteln aufgegriffen werden.
5 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme

Im Folgenden werden auf Basis der geführten Experteninterviews die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten durch ältere Menschen mit Alkohol- bzw. Opioidabhängigkeit in Berlin und identifizierte Versorgungsprobleme beschrieben.

Die Darstellung erfolgt getrennt für die Bereiche Suchthilfe (5.1), ambulante medizinische Versorgung (5.2) sowie offene Altenhilfe, Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte und ambulante und stationäre Pflege (5.3). Beschrieben werden die Angebotsstruktur und Zielsetzung des jeweiligen Versorgungssegmentes, wichtigste Zugangswege sowie die aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse zu Inanspruchnahme und Versorgungsproblemen. Eingegangen wird außerdem auf die Frage der Notwendigkeit bzw. Geeignetheit altersgruppenübergreifender bzw. altersgruppenspezifischer Angebote (5.4) sowie übergreifende Erkenntnisse zum Verhältnis von Altenhilfe und Suchthilfe (5.5).

5.1 Suchthilfe

Zunächst werden knapp das Berliner Suchthilfesystem (5.1.1) sowie grundlegende Daten zur Inanspruchnahme (5.1.2) umrissen und allgemeine Erkenntnisse aus den Experteninterviews zu Zugangswegen (5.1.3) sowie Erwägungen von Akteuren und Erfahrungen Betroffener zum Themenkomplex Abstinenz, kontrollierter Konsum und Rückfall dargelegt (5.1.1). Anschließend werden jeweils Angebotsstruktur und Zielsetzung, Zugangswege sowie die Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme für die Bereiche Suchtberatung (5.1.2), Entzug (5.1.3), Entwöhnung (5.1.4), begleitete Gruppen und Selbsthilfe (5.1.5), Sozialpsychiatrische Dienste (5.1.6), Substitution und PSB (5.1.7) sowie Wohnen (5.1.8) und Tagesstruktur, Freizeit und Beschäftigung (5.1.9) dargestellt.

5.1.1 Das Berliner Suchthilfesystem


lich und fiskalisch Anreize für inhaltliche Schwerpunktsetzungen des Suchthilfeangebots setzen, beispielsweise in Hinblick auf Zielgruppen oder spezifische Problemlagen.

In den vergangenen Jahren hat das Thema „Sucht im Alter“ bei Berliner Akteuren aus Politik und Versorgung an Aufmerksamkeit gewonnen. Dies fand seinen Niederschlag beispielsweise in einigen berlinweiten und bezirklichen Fachveranstaltungen zur Thematik und beförderte die Entwicklung von Suchthilfeangeboten, die sich explizit an ältere Abhängigkeitserkrankte richten.

5.1.2 Statistische Daten zur allgemeinen Inanspruchnahme

Angaben zum Anteil der Abhängigkeitserkrankten, die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen, müssen sich auf Schätzungen stützen. Danach werden bundesweit etwa 16% der Menschen mit alkoholbezogenen Störungen von Einrichtungen der Suchthilfe erreicht (Kraus et al. 2015); im Bereich der illegalen Drogen wird angenommen, dass der Anteil der erreich-ten Personen höher liegt.7


Altersgruppenübergreifend entfiel der größte Anteil der in Berlin durch die an der Erhebung beteiligten ambulanten bzw. stationären Einrichtungen dokumentierten Betreuungen im Jahr 2014 mit 40% bzw. 42% der Betreuungen auf primär alkoholbezogene Störungen;8 es folgen Betreuungen opioidbezogener Störungen mit 25% bzw. 17% (Specht et al. 2016).

Die altersgruppenspezifische Sonderauswertung der Suchthilfestatistik für Berlin gibt für das Jahr 2014 insgesamt 23.958 Betreuungen in ambulanten und 2.519 Betreuungen in stationären Einrichtungen an (Specht et al. 2016).9 Der Anteil der über 55-Jährigen an allen ambulanten bzw. stationären Betreuungsfällen ist in den vorangegangenen sechs Jahren kontinuier-

8 In der Großstadt Berlin liegt der Anteil der ambulanten und stationären Betreuungen opioidbezogener Störungen deutlich höher als im bundesweiten Durchschnitt (SenGesSoz 2015a, 9-10).
lich gewachsen: von 6,5% bzw. 3,7% im Jahr 2008 auf 9,5% bzw. 5,8% im Jahr 2014.\textsuperscript{10} Menschen mit Alkoholabhängigkeit, die das ambulante bzw. stationäre Suchthilfesystem in Berlin in Anspruch nehmen, sind mit einem Alter von durchschnittlich 45 bzw. 43 Jahren im Mittel acht Jahre älter als diejenigen mit Opioidabhängigkeit (SenGesSoz 2015a, 15).

Die in der BSHS erfasste Dauer ambulanter und stationärer Betreuungen weist alters- und suchtmittelübergreifend eine große Spannbreite auf, was der Heterogenität der jeweiligen Angebotsformen geschuldet sein dürfte. Mit Blick auf die stationären Betreuungen fällt dennoch auf, dass suchtmittelübergreifend für die Gruppe der über 55-Jährigen deutlich kürzere Betreuungszeiten angegeben werden als für die Gruppe der 35- bis 55-Jährigen (Specht et al. 2016). Bei älteren alkoholabhängigen Frauen ist dieser Unterschied weniger stark ausgeprägt als bei den Männern. Betreuungsfälle älterer opioidabhängiger Frauen werden in der Statistik keine aufgeführt (Specht et al. 2016).

\textbf{5.1.3 Zugangswege und -anlässe}


In den Interviews wurden als wichtige Zugangswege Ältere sowohl die eigene Initiative der Betroffenen genannt (SiA18, 149-150), als auch eine durch Haus- oder FachärztInnen (SiA01, 122-123; SiA21, 227-228) sowie mit Unterstützung oder auf Drängen von Familienangehörigen, ArbeitskollegInnen oder Vorgesetzten hin motivierte Kontaktaufnahme (SiA01, 138-140; SiA18, 150).

Häufig bilden, so die Einschätzung einer langjährig im Feld der Suchtprävention tätigen Interviewpartnerin, als Folge der Abhängigkeit drohende Verluste den Anlass für älter werdende Betroffene, Hilfe zu suchen, beispielsweise wenn der Arbeitsplatz, die Partnerschaft oder andere bedeutsame soziale Beziehungen durch die Abhängigkeit gefährdet werden (SiA21, 222-224; SiA28, 73-81). Die Eingebundenheit in familiäre Zusammenhänge kann sich, sofern positiv erlebt, als unterstützende Ressource erweisen. Aufgrund ihrer häufig besseren sozialen Eingebundenheit (vgl. Kapitel 4.1) dürften Personen mit einer \textit{late-onset}-Abhängigkeit hiervon häufiger profitieren als früh Erkrankte.

\textsuperscript{10} Zu beachten ist, dass sich in diesem Zeitraum auch die Zahl der an der Erhebung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen verändert hat; 2014 beteiligten sich 42 ambulante und 13 (teil-) stationäre Einrichtungen (SenGesSoz 2015a, 5).
Ein Interviewpartner mit Alkoholabhängigkeit beschreibt anschaulich, wie die Sorge, dass seine erwachsenen Kinder sich von ihm abwenden könnten, ihn zu einer Entzugsbehandlung motivierte:

„B: Naja, das war wie gesagt aufgrund des Druckes von der Seite der Familie, ja. Entweder oder, so ungefähr. (...) mein Vater hat das auch mitgekriegt, dass ich wieder trinke, und da kam dann der Druck ehen von allen, auch von den Kindern. Da blieb mir im Prinzip nur das über, entweder jetzt hierher oder die Familie ist weg. (...) Dann (hätten die) gesagt, Du hast Schuld, dass (Name) gegangen ist, Du hast Schuld- Und dieses, dieses Schuldgefühl wollt ich nicht. Und dadurch hab ich gesagt, nee, jetzt hierher.“ (SiA28, 341-369)

Auch nach einem Rückfall ist es die Familie, wegen der er sich erneut Hilfe sucht:

„Und da war das dann eben wieder so weit gekommen, bis ich eben wieder hier her gegangen bin zur Beratungsstelle, von mir aus oder aufgrund des Druckes meiner Familie, wo ich dann gesagt habe, nein, das geht nicht anders, Du musst hier her, sonst ist die Familie weg, und ich sitze alleine da.“ (SiA28, 73-80)

Von großer Bedeutung für den Zugang zu weiteren Hilfen ist die wechselseitige Weitervermittlung innerhalb des Suchthilfesystems und – insbesondere für schwer und chronisch Erkrankte („early-onset“) – teilweise auch in die und aus der Wohnungslosenhilfe (SiA22, 341-370).

Die offene Altenhilfe mit Angeboten wie Seniorenfreizeiteinrichtungen, Begegnungsstätten, Beratung u. a. m. sowie die pflegerische Versorgung spielen insgesamt als Zugangsweg bislang noch eine untergeordnete Rolle. Hierauf deuten zum einen die Reaktionen angefragter InterviewpartnerInnen aus der Altenhilfe hin, von denen mehrere die Anfrage abschlägig beschieden und darauf verwiesen, mit dem Thema Sucht im Alter in ihrer Arbeit nicht konfrontiert zu sein (vgl. Kapitel 2.2). Auch die Ergebnisse der Befragung der Pflegestützpunkte zeigen, dass in diesem Bereich noch Potenziale für eine Beförderung des Zugangs zu Hilfe- und Unterstützungsangeboten liegen (vgl. Kapitel 5.3.2).


11 Letztere fänden eher durch niedrigschwellige Angebote, z. B. Obdachlosenhilfe, Streetworker, Konsumräume u. ä. Zugang zum Hilfesystem, je nach Suchtmedium (SiA21, 224-227).
5.1.1 Abstinenz, kontrollierter Konsum, Rückfall

Viele Akteure, die mit abhängigen Menschen zu tun haben, sehen sich in ihrem beruflichen Alltag mit der Frage konfrontiert, in welchem Verhältnis eine selbstbestimmte Lebensweise und Abhängigkeit zueinander stehen. Schließlich gibt es auch die bereits langjährig abhängig erkrankten Menschen, bei denen eine Abstinenz nicht mehr wahrscheinlich ist, und für die z. B. akzeptierende Angebote eine Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringen (Stichwort: harm reduction). Insbesondere von den Akteuren, die mit abhängigen (älteren) Menschen arbeiten, wird immer wieder deutlich gemacht, dass ein Entzug und eine abstinente Lebensweise im Alter sehr positiv erlebt werden können. Angebote, die eine nicht-abstinenten Lebensweise akzeptieren oder tolerieren, ermöglichen wiederum auch denen Hilfe, die früher „auf der Parkbank gelandet“ (SiA09, 103-122) und frühzeitig gestorben sind. Viele dieser Menschen haben bereits zahlreiche Entzüge hinter sich (SiA09, 103-122). Auch Angebote, die keine Abstinenz voraussetzen, können zu einer Konsumreduktion führen, die wiederum positive gesundheitliche und soziale Veränderungen mit sich bringt. Ein interviewter Experte fasst zusammen:

„Und also mir geht’s jetzt an der Stelle auch nicht irgendwie so um so ein Moralisieren des Konsums, man sollte nur nicht übersehen, dass also die seelische Funktionalität, die der Stoff hat, die kann man natürlich auch durch Kontakte ersetzen und das ist eine Frage irgendwie, wie wir das dann umsetzen können. Also so vorauszusetzen, dass die Menschen in dem Alter ohnehin nicht mehr daran interessiert seien, dass sich noch mal was verändert, (...) ich glaub da würde man vorzugsweise die Hoffnung aufgeben. Und da gibt es eben auch Beispiele, dass Menschen ganz dankbar darauf regieren, wenn man ihnen da noch alternative Angebote macht. Und mit der demographischen Entwicklung sind wir auch dazu aufgefordert uns, denk ich, darüber Gedanken zu machen, wie wir mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter dann umzugehen gedenken.“ (SiA03, 269-283)

Auch unter älteren abhängigen Menschen finden sich diejenigen, die eine abstinente Lebensweise erreichen oder denen es gelingt, ihren Konsum stärker zu kontrollieren. Beispielsweise schildern mehrere interviewte alkoholabhängige Menschen, die eine Abstinenz nach einem selbstinitiierten oder institutionell gestützten Entzug aufrechterhalten konnten, die Vorteile der Abstinenz. Es handelt sich um vier alkoholabhängige Männer und Frauen, die vor der Berentung ihren Alkoholkonsum kontrollieren konnten und erst mit der Berentung ihren Konsum gesteigert haben und negative gesundheitliche und soziale Folgen erlebten (late-onset). Durch die langen Jahre des kontrollierten Konsums mit gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und sozialer Einbindung hatten sie weniger starke finanzielle, soziale und gesundheitliche Folgen als Menschen, die schon früher im Leben eine starke Abhängigkeit entwickelten (early-onset). Die Interviewten schildern, dass Abstinenz viele Vorteile mit sich bringe, z. B. mehr Energie haben, mehr Geduld, Verbesserung der sozialen Beziehungen (Kontakt zu Ehefrau und Kindern, auf Enkel aufpassen dürfen, nicht mehr lügen wegen des Alkoholkonsums), des Gesundheitszustandes und mehr Unabhängigkeit (z. B. jederzeit Autofahren können) (SiA25, SiA26, SiA27, SiA28). Keinen Alkohol zu konsumieren und in einer Gesellschaft, in der

Insbesondere langjährig Abhängige haben z. T. sehr viel Behandlungserfahrung und können sich oft nicht vorstellen, abstinent zu leben, schildert der Mitarbeiter einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe:

„„Könnten Sie sich nicht vorstellen, doch noch mal einen anderen Weg zu gehen, noch mal nüchtern den Weg zu gehen?‘, (…) sagen die meistens ‚nein‘. Ganz direktt. (…) wissen Sie, wie stellen Sie sich das vor? Mein ganzes Leben ist den Bach runtergegangen, meine Familie will mit mir nichts zu tun haben, meine Gesundheit ist ruiniert, nun sagen Sie mir doch einen Grund auf der anderen Seite der Waage, der die Waage irgendwie bewegen kann. Ja, es gibt keinen. Und dann muss ich mir das ganze Elend auch noch nüchtern angucken?“ (SiA22, 518-531)

Ein anderer Interviewpartner aus dem Bereich Suchthilfe plädiert vor diesem Hintergrund dafür, zunächst eine Reduktion des Konsums, statt eine abstinent Lebensweise anzuregen:

„Während eben bei einem langjährig Suchtkranken, einem Menschen der 40 Jahre lang suchtkrank ist, da darf man sich schon mal fragen als Berater, ob ich dem jetzt wirklich die Abstinenz empfehle, oder ob ich nicht lieber versuche, schrittweise zu reduzieren und dem schrittweise dadurch ein bisschen Lebensqualität zu vermitteln.“ (SiA20, 544-552)

Dass Betroffene eine Konsumreduktion häufig positiv erleben, betont auch eine weitere Expertin:

„Immer auch die Motivation: ‚Es lohnt sich weniger zu trinken, weil man gewinnt sofort auch mit der Umstellung an Lebensqualität‘. Die Leute werden wieder sicherer, sehen klarer, spüren sich ganz anders, stürzen nicht mehr so viel.“ (SiA20, 211-218)

Bei den älteren Substituierten handele es sich in der Regel um eine chronisch kranke Gruppe; dennoch würden sich Ältere, so die Einschätzung eines interviewten Experten, der in der Betreuung Substituierter arbeitet, anders mit der Option eines Ausstiegs aus der Substitution auseinandersetzen und gegebenenfalls abdosieren (SiA02, 522-588). Zudem würde sich der Beikonsum anderer Suchtmitte mit zunehmenden Alter verringern, sagen mehrere Interviewpartner (SiA02, 21-30; SiA16, 18). Bei einer Verringerung der Dosis des Substituts würden auch die Nebenwirkungen reduziert (SiA02, 522-588), wobei der vollständige Verzicht oft schwierig ist:

„Und dann schon häufig die Aussage kommt, ‚damit geh ich ins Grab‘. Zwar immer noch mit den Mundwinkeln nach unten gezogen, ja, also so, sie wollen es ei-

5.1.2 Suchtberatung

5.1.2.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung


5.1.2.2 Zugangswege

Nach Einschätzung eines langjährig in der Beratung älterer alkoholabhängiger Menschen erfahrenen Interviewpartners unterscheiden sich die Zugangswege alkoholabhängiger älterer Menschen nicht grundsätzlich von denen jüngerer. Der Zugang zu Beratungsstellen kann demnach selbst- oder fremdmotiviert durch Angehörige, Bekannte oder – sofern die Betroffenen noch in einem Arbeitsverhältnis stehen – durch Vorgesetzte erfolgen (SiA01, 135-140).

12 Bis vor zehn Jahren enthielt die Aufgabenbeschreibung der Suchtberatungsstellen – so der durch die Autorinnen nicht überprüfbarer Hinweis eines Interviewpartners – noch eine obere Altersgrenze der Zielgruppe von 65 Jahren, die erst im Zuge der Umsetzung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes durch die Senatsverwaltung aufgehoben worden sei (SiA01, 330-336).

Nach Einschätzung eines bezirklichen Suchthilfekoordinators erfolgt der Zugang zu Angeboten der Suchtberatung in vielen Fällen erst spät, beispielsweise dann, wenn die sozialen Beziehungen durch die Abhängigkeit bereits stark beeinträchtigt sind und „schon eine ziemliche Leidenspanne absolviert“ wurde (SiA20, 159-161). Das kann daran liegen, dass in älteren Kohorten Suchterkrankungen stärker stigmatisiert sind. Auch die damit einhergehende Mentalität „da alleine durch zu müssen“ könnte es zusätzlich erschweren, Hilfe und Unterstützung zu suchen und anzunehmen (SiA01, 20-22)\(^\text{13}\) (vgl. Kapitel 4.7.1).

Ältere drogenabhängige Menschen haben, so die Einschätzung eines langjährig in der Drogenerhilfe tätigen Sozialarbeiters sowie einer erfahrenen Suchttherapeutin, zum Teil bereits in jüngeren Jahren Erfahrungen mit dem Suchttherapiesystem gemacht, an die sie anknüpfen wollen, wenn sie erneut Beratungsstellen aufsuchen (SiA02, 512-520).

5.1.2.3 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme
Das Ausmaß benötigter Hilfen von Personen, die in die Beratung kommen, ist unterschiedlich. Schon das Wissen um die Möglichkeit von Beratung kann unterstützen und beispielsweise im Falle eines Rückfalls den Zugang zu Hilfe erleichtern (SiA28, 128-133). Für PatientInnen mit einer late-onset-Alkoholabhängigkeit stellen sich die Beratungsstellen als niedrigschwelligeres Beratungsangebot dar als die Sozialpsychiatrischen Dienste der Bezirke – so zumindest die Erfahrung der Mitarbeiterin eines SpD (SiA18, 311-333). Ein frühzeitiger Zugang kann mitunter der Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung vorbeugen, wenn die Beratungsstelle beispielsweise in ein passendes Gruppenangebot vermitteln kann (SiA28, 120-127). Auch eine unterstützende Begleitung, wenn ein Entzug der betroffenen Person (noch) nicht möglich erscheint, kann vorhandene Ressourcen stärken und dazu beitragen, eine weitere Verschlechterung der Situation zu verhüten (SiA01, 678-685).

\(^{13}\) Zu beachten ist allerdings, dass es an belastbaren Daten mangelt, welche eine stärkere Stigmatisierung in höheren Altersgruppen und entsprechende Kohorteneinstellungen belegen könnten. So berichten Angermeyer et al. (2013) zwar, dass Vorbehalte gegen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sich im Zeitraum von 1990 bis 2011 vermindert hätten und die Offenheit gegenüber psychosozialen Institutionen und der Inanspruchnahme von Hilfe zugenommen habe, machen jedoch keine altersgruppenbezogenen Angaben zu diesem Phänomen.
Mobilitätsbeeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit

Mit Blick auf die Lebenssituation und besonderen Bedarfe älterer Abhängigkeitserkrankter fällt insbesondere der erschwerte Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte und unterstützung oder pflegebedürftige Personen (vgl. Kapitel 4.8.2) zur Beratung auf. Dies betrifft sowohl ältere alkoholabhängige als auch teilweise frühzeitig körperlich gealterte drogenabhängige Menschen (SiA21, 111-115). In solchen Fällen können Beratungsangebote, wenn überhaupt, nur unter großen Mühen selbst aufgesucht werden. Umso größere Bedeutung erhält eine „motivierende Gesprächsführung“ (DHS 2015, 120-124) durch andere Akteure des Vorsorgeungssystems, mit denen Betroffene regelmäßig im Kontakt sind und zu denen häufig eine vertrauensvolle Beziehung besteht, beispielsweise HausärztInnen oder MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste. Ist so ein erster Kontakt hergestellt, stoßen MitarbeiterInnen aus der Suchtberatung beim Versuch, Mobilitätshilfen zu organisieren, allerdings immer wieder auf bürokratische und leistungsrechtliche Barrieren (SiA01, 228-242), selbst wenn sie sich der Notwendigkeit, Mobilitätshilfe zu organisieren, bewusst sind, was angesichts der Fülle der Aufgaben und Zielgruppen der Stellen nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann.

„Wir hatten ja versucht Klienten, die angewiesen sind auf Mobilitätshilfen und denen es nicht möglich ist – und das finde ich eigentlich auch eine Zumutung – mit dem Taxi hier her kommen zu müssen und über den Krankentransport, das funktioniert nicht. Das funktioniert allenfalls für die Tagesklinik, aber ein Angebot hier donnerstags wahrzunehmen, ja, weil er eben nicht mehr die Treppen hochkommt oder die S-Bahn runter kommt oder oder oder, führt von Seiten der Krankenkassen natürlich auch kein Weg rein zu sagen, das zu finanzieren, ja. Und ich denke, das ist ein kleines Übel gegenüber dem, was sonst passiert, wenn er keine Kontakte und so weiter hat. (...) Und man muss eben sagen, es ist eines von vielen Themen, denen sich die Suchthilfe stellen muss.“ (SiA01, 228-242)


Altersspezifisches Angebot: Seniorenguppe und aufsuchende Beratung der „Beratungsstelle für Suchtkranke Treptow-Köpenick“

Die „Beratungsstelle für Suchtkranke Treptow-Köpenick“ (Schwerpunkt Alkohol und Medikamente) berät überwiegend zu Alkoholabhängigkeit (SiA01, 518-528). Nach Selbsteinschätzung der Beratungsstelle wird das Beratungsangebot von über 60-Jährigen gut nachgefragt; eine Klientin hatte ihren Erstkontakt mit 80 Jahren (SiA01, 664); auch über 80-Jährige werden betreut (SiA01, 503-505). Der überwiegende Teil der KlientInnen meldet sich per Mail oder telefonisch an und vereinbart einen Beratungstermin, nur ein geringer Teil sucht die Beratungsstelle spontan auf (SiA01, 557-564).
Bereits seit Vorwendezeiten wird in dieser Beratungsstelle eine therapeutisch angeleitete abstinentenorientierte Gesprächsgruppe für über 65-Jährige angeboten (SiA01, 226-228). Sie wird seit 1992 von derselben Mitarbeiterin und seit vielen Jahren zur gleichen Zeit und am gleichen Ort angeboten (SiA01, 442-454) (vgl. auch Kapitel 5.1.5).


Altersspezifisches Angebot: Seniorengruppe und aufsuchende Beratung der „Alkohol- und Medikamentenberatungsstelle Tempelhof-Schöneberg“


5.1.2.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Suchtberatung

Insbesondere für spät erkrankte ältere alkoholabhängige Menschen (late-onset) besteht eine Vielzahl potenzieller Barrieren beim Zugang zu Angeboten der Suchtberatung: Zu nennen sind hier das häufig fehlende Bewusstsein bei den Betroffenen über den eigenen Risikokonsum, eine verbreitete Stigmatisierung des Themas „Sucht“ in der Altersgruppe (vgl. Kapitel 4.7.1) sowie Hinweise auf eine geringe Bekanntheit von Angeboten der Suchtberatung unter älteren Menschen und Mobilitätsbarrieren.

In solchen Situationen gewinnen das unmittelbare soziale Umfeld der Betroffenen sowie – insbesondere, im Falle kleiner werdender sozialer Netzwerke oder Isolation – niedergelassene ÄrztInnen und MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste als mögliche Vertrauenspersonen sowie eine verstärkte Sensibilität auf somatischen Krankenhausstationen (Umsetzung der S3-Leitlinie) an Bedeutung für den Zugang zu Angeboten der Suchtberatung und -hilfe. Auch ältere Menschen, die bereits in jüngeren Jahren eine alkoholbezogene Abhängigkeits-

15 Daten zur Umsetzung der Empfehlungen der S3-Leitlinie bzgl. des aufsuchenden Angebots suchtmedizinischer Konsile auf Krankenhausstationen liegen den AutorInnen nicht vor.
erkrankung entwickelt haben, können von einer erhöhten Sensibilität niedergelassener ÄrzteInnen, von Pflegeeinrichtungen und somatischen Krankenhausstationen profitieren.


5.1.3 Entzug

5.1.3.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung


5.1.3.2 Zugangswege
Der Zugang älterer Abhängigkeitserkrankter zur Entgiftung erfolgt auf Einweisung durch Haus- und FachärztInnen, teilweise angestoßen durch das soziale Umfeld von Betroffenen oder auch durch diese selbst. Weitere Zugangswege sind Überweisungen von somatischen Stationen sowie Notfalleinweisungen aus Rettungsstellen (SiA17, 163-167; 191-197).

Akuteinweisungen oder das Auftreten internistischer Komplikationen bei Krankenhausaufenthalten, hinter denen eine Alkoholabhängigkeit entdeckt wird, können die Verlegung zur Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Abteilung und von dort in die Rehabilitation (SiA03, 320-329), aber auch in Pflegeeinrichtungen (SiA05, 752-764) oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (SiA22, 175-196) nach sich ziehen, insbesondere wenn dort ein ambulanter Pflegedienst PatientInnen bei Bedarf versorgt (SiA22, 295-301).

5.1.3.3 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme
Die S3-Leitlinie dokumentiert unter Rückgriff auf Daten des Statistischen Bundesamtes insgesamt ca. 160.000 Entgiftungsbehandlungen pro Jahr wegen Alkohol in somatischen Kliniken, wovon ca. 7.000 als qualifizierter Entzug durchgeführt wurden (vgl. AMWF 2016b, 335). In psychiatrischen Kliniken und Abteilungen wurden – je nach Erhebung – 200.000 bis 270.000 Behandlungen wegen Alkohol dokumentiert (AMWF 2016b, 335 unter Verweis auf Längle 2012). Altersgruppenspezifische Angaben werden dort nicht berichtet (AMWF 2016b, 335).


Wartezeiten und Aufnahmemodalitäten
Die Einschätzungen der InterviewpartnerInnen zur Verfügbarkeit von Entgiftungspatienten deuten auf Schwierigkeiten bei einem kurzfristigen Zugang zur Entgiftung für ältere PatientInnen hin: Der ärztliche Leiter einer Rehabilitationsklinik hält Entzugsstationen für „eigentlich immer gut ausgelastet“ (SiA03, 812). Die Mitarbeiterin einer Beratungsstelle, die viele ältere PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit berät, problematisiert relativ lange Wartezeiten von teilweise drei Wochen, welche die Motivation zur Entgiftung stark beeinträchtigen könnten, so dass eine Behandlung teilweise nicht mehr zustande käme (SiA01, 211-216).17 Die leitende Oberärztin einer suchtmedizinischen Abteilung gibt an, in ihrer Einrichtung bei Vor-
liegen einer ärztlichen Einweisung sowie der Kostenübernahme durch die Krankenkasse „in der Regel innerhalb einer Woche“ einen Aufnahmetermin für eine qualifizierte Entgiftung anbieten zu können (SiA17, 169-170).

Nicht nur Wartezeiten und die notwendige Beschaffung einer Kostenzusage bei der Krankenkasse, auch die unterschiedlichen Aufnahmeregulierungen der „10 bis 15 Krankenhäuser“ (SiA16, 52-53) in Berlin, die einen Entzug anbieten, stellten jedoch Zugangsbarrieren dar, so der Hinweis des interviewten Substitutionsarztes. Er führt das Beispiel eines Krankenhauses an, in dem man täglich um 7.30 Uhr telefonisch erfragen müsse, ob ein Platz frei sei, was eine entsprechende Kompetenz von dem erkrankten Menschen verlangte (SiA16, 53-57).

Dauer der Akutbehandlung

Die Reduzierung der üblichen Dauer einer Entgiftung von 21 auf 7 Tage wird von verschiedenen Interviewpartnern gerade im Hinblick auf die Situation älterer Abhängigkeitserkrankter angesprochen (SiA01, 197-211). Zwar hält der interviewte Hausarzt die Verkürzung der Entgiftungszeit mit Blick auf die Erfahrung älterer PatientInnen nicht für problematisch, da diese „Bescheid wüssten“ (SiA16, 87-91). Doch gilt dieses ‚Bescheidwissen‘ zum einen nur für PatientInnen mit einer bereits lange bestehenden und schweren Abhängigkeit, so dass schon Entzüge voran gegangen sind. Zum anderen werden bei der Behandlung der älteren Abhängigen spezifische Probleme gesehen, welche die Behandlung dieser PatientInnengruppe zeitaufwändiger machten. Angeführte Beispiele sind die Notwendigkeit und Schwierigkeit, die medikamentöse Therapie auf die häufig bereits bestehende Medikation, oft eine Mehrfachmedikation, abzustimmen (SiA17, 564-572), oder die Zeit, die ältere PatientInnen für die kognitive und körperliche Erholung benötigen, so dass erst im Anschluss eine Diagnostik der verbleibenden kognitiven Funktionen sinnvoll durchgeführt werden könne (SiA17, 220-230).

Auch die Klärung der Möglichkeiten und Unterstützungsbedarfe der älteren PatientInnen mit häufig kumulierenden Problemlagen für eine Entlassung nach Hause sowie die möglicherweise bestehende Pflegebedürftigkeit erforderten Zeit und eine ausreichende personelle Ausstattung in der Entgiftung (SiA17, 602-625).

„Also d.h., dass die Mobilität der Betroffenen eingeschränkter ist, als bei der Normalbevölkerung durch die zusätzliche Suchterkrankung und das es dann nicht selten zu einem einerseits höheren Pflegeaufwand kommt – da sind wir wieder bei dem Thema, ob das ausreichend finanziert ist – und dann ist eben klar, wenn sie suchtkranke Ältere betreuen auch ausreichend Pflegekräfte, also mehr Pflegekräfte brauchen, als wenn sie junge Suchtkranke betreuen, die sind meistens wieder nach ein, zwei Tagen wieder recht fit und können vieles wieder alleine. Der ältere Suchtkranke braucht aber viel länger die Pflegekraft noch, die ihn unterstützt.“ (SiA17, 595-610)

Aus der Verkürzung der Dauer der Akutbehandlung resultiert nach Einschätzung der InterviewpartnerInnen ein größerer Bedarf an nachstationären Angeboten (SiA01, 207-209; SiA17, 564-595). Zur Minderung kognitiver Defizite seien zudem ambulante Angebote notwen-
dig, die am ehesten in der klassischen Altenhilfe oder tagesklinischen Angeboten zu finden seien, weshalb die Leiterin der suchtmedizinischen Abteilung eine zweiwöchige tagesklinische Weiterbehandlung im Anschluss an qualifizierte Entgiftungen vorschlägt, um insbesondere kognitive Defizite zu behandeln (SiA17, 564-595).

**Entgiftungsstation versus Gerontopsychiatrie**

Sowohl ein Interviewpartner aus einer Suchtberatungsstelle als auch die leitende Oberärztin einer suchtmedizinischen Fachabteilung thematisieren die sich im Hinblick auf ältere PatientInnen in manchen Fällen stellende Frage, ob die Entgiftung auf einer suchtmedizinischen Station oder auf einer gerontopsychiatrischen Station mit suchtmedizinischem Konsil erfolgen solle (SiA01, 384-391; SiA17, 465-476). Letzteres geschehe beispielsweise, wenn ein unkomplizierter Verlauf der Entgiftung zu erwarten sei. Die Oberärztin nimmt ältere PatientInnen alternativ zunächst auf der Entgiftungsstation auf und veranlasst die Verlegung dieser PatientInnen auf die benachbarte gerontopsychiatrische Station, falls sich beispielsweise aufgrund einer demenziellen Erkrankung die Notwendigkeit eines längeren Aufenthalts abzeichnet, um eine Demenzdiagnostik anzuschließen (SiA17, 216-230). Hier deutet sich eine Versorgungsproblematik an, für die eingehender zu untersuchen wären, ob und welche Möglichkeiten bestehen, durch ein möglichst frühzeitiges Screening und ausgebauter Konsildienste PatientInnen die Belastung eines Stationswechsels zu ersparen.

**Ambulante Entgiftung**

Die Leiterin eines stationären Wohnangebotes für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige und zwei HausärztInnen weisen in den Interviews darauf hin, dass ältere alkoholabhängige PatientInnen häufig lieber ambulant entziehen würden als stationär, darunter auch chronisch Erkrankte, die bereits auf eine Vielzahl von Entgiftungen zurückblicken (SiA09, 698-709; SiA16, 81-82; PSY2F04, 68-77). Hierfür fehlt es jedoch an Versorgungsstrukturen, die dies sicher begleiten können; so weisen interviewte HausärztInnen auf die bei ihnen selbst bzw. unter KollegInnen bestehenden Vorbehalte hin, ambulante Entgiftungen zu begleiten (SiA16, 72-85; PSY2F04, 68-77). Der Vorschlag eines Interviewpartners, den ambulanten Entzug durch Drogenberatungsstellen zu begleiten, die dafür rund um die Uhr erreichbar sein müssten (SiA16, 72-85), wäre genauer zu prüfen.

**Rückfallprävention Entgiftung**

Zwei mittlerweile abstinent lebende Interviewpartner, deren Alkoholabhängigkeit sich erst nach der Berentung manifestierte (*late-onset*) und die sozial relativ eingebunden blieben, erlebten den Aufenthalt auf der Entgiftungsstation als so abschreckend, dass sie einen solchen kein weiteres Mal durchmachen wollen (SiA25, 104-109; SiA27, 84-97). Vermutlich ist dies nicht nur auf Lärm, Zigarettenqualm und die Aufforderung, auf Station einen Rollator zu nutzen, zurückzuführen (SiA25, 91-94), sondern auch auf die Situation der MitpatientInnen. So schildert einer der beiden, er habe nicht nur die Entgiftung zunächst abbrechen wollen, sondern auch das nachsorgende Angebot der Klinik vor allem in Anspruch genommen, um sich
bei seinen Besuchen die schlimme Situation der Betroffenen auf der Entgiftungsstation zu vergegenwärtigen und sich vor einem Rückfall zu hüten (SiA27, 87-117).18

„Aber abgeschreckt hat mich dort, was ich dort gesehen habe(...), richtiges Elend. Ja. (...) (E)s gibt dort (...) ein so genanntes Ehemaligentreffen, wo sich (...) Leute, die da mal waren, dort zu einer Gesprächsrunde treffen. Und ich bin auch ein paar Mal dagewesen, nur um mich dort dann wieder mal wieder umzugguck in dem Speiseraum und so, um ein abschreckendes Bild wieder zu bekommen: ‚Oh, hier möchtest Du nicht mehr her. Hier, das möchte ich mir gerne ersparen, hier nochmal als Patient zu sein.’ Ja.“ (SiA27, 87-106)

Dieser Interviewpartner fand von der Entgiftung aus jedoch auch in eine ambulante Therapiegruppe, die er nach wie vor und sehr gerne aufsucht (SiA27, 167-179).

Die Frage, welche Bedeutung der Aufenthalt auf einer Entgiftungsstation für ältere PatientInnen mit late-onset-Abhängigkeit hat, die bisher keine Erfahrungen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem gesammelt haben, verdient in künftigen Studien eine tiefer gehende Untersuchung.

**Vermittlung in weitere Hilfen**


18 Deutlich wird an diesem Beispiel auch die große Bedeutung von Scham und Stigmatisierung.
19 So berichten dies SiA01, 123-126; 140-142; 627-629; SiA20, 368-369; SiA03, 57-75; SiA04, 235-238; SiA17, 260-274; SiA20, 368.
Die für die langfristige Prognose entscheidende Weitervermittlung kommt jedoch zu kurz, wenn PatientInnen, insbesondere mit einer late-onset-Abhängigkeit, z. B. nach Stürzen, auf somatischen Stationen parallel zur sonstigen Versorgung entziehen, statt in eine qualifizierte Entgiftung weitergeleitet zu werden (SiA17, 145-149; 336-343).

„Was (dort) aber nicht passiert, weswegen es ja die Definition des qualifizierten Entzuges gibt, ist in der Regel, dieses kurze therapeutische Zeitfenster in der Somatik zu nutzen, um Menschen auf dieses Problem anzusprechen“ (SiA17, 148-149).

5.1.3.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Entzug


5.1.4 Entwöhnung und Adaptionsbehandlung

5.1.4.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung


20 Die S3-Leitlinie zum Screening, zur Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen beschreibt Angebote der Postakutbehandlung, darunter die Entwöhnungsbehandlung, wie folgt: „Nach einer Entgiftung bzw. einem qualifiziertem Entzug soll eine nahtlose Postakutbehandlung angeboten werden. Sie kann entweder als ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung sowie als Adoptionsbehandlung (zweite Phase der medizinischen Rehabilitation), als medikamentöse Rückfallprophylaxe oder in anderen Formen erfolgen. Letztere umfassen u. a. die vertragsärztliche Versorgung bzw. ambulante Psychotherapie und die ambulante oder stationäre psychiatrische Weiterbehandlung. Weitere Formen postakuter Interventionen sind Angebote von CMA-Einrichtungen, insbesondere soziotherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke, Angebote der Eingliederungshilfe, niedrigschwellige Hilfeangebote, Beratungsangebote sowie Maßnahmen der Arbeitsförderung und beruflichen Rehabilitation. Postakutbehandlungen erfolgen häufig als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von Alkohol mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähig-
5.1.4.2 Zugangswege


5.1.4.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen


Zu beachten ist allerdings, dass die Krankenversicherung für die hier interessierende Zielgruppe zum relevanteren Kostenträger wird, da sie zuständig ist, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht auf die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit zielt. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfielen im Jahr 2015 bundesweit 16% der 9.010 über alle Altersgruppen hinweg wegen Abhängigkeitserkrankungen erbrachten Rehabilitationsleistungen auf die Gruppe der über 64-Jährigen (1.475 Leistungsfälle). Während altersgruppenübergreifend drei Viertel der Rehabilitationsleistungen wegen Abhängigkeit
stationär erbracht wurden, waren es bei den über 64-Jährigen nur 57% der für diese Altersgruppe erbrachten Leistungen (BMG 2016). Die über 64-Jährigen nahmen damit nur 12% der insgesamt stationär wegen Abhängigkeit erbrachten, GKV-finanzierten Rehabilitationsleistungen in Anspruch; von den ambulant erbrachten Leistungen entfielen 28% auf die über 64-Jährigen (BMG 2016, eigene Berechnungen).

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation entspricht die Zahl der Rehabilitationstage je Fall bei den über 64-Jährigen mit 32 Tagen in etwa dem Gesamtdurchschnitt von 31,3 Tagen. Bei den stationären Rehabilitationen wegen Abhängigkeit liegt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage je Behandlungsfall bei den über 64-Jährigen mit 61 Tagen mehr als 20% unter der altersgruppenübergreifenden Zahl von durchschnittlichen 78 Behandlungstagen je Fall (BMG 2016, eigene Berechnungen).

Der Anteil der PatientInnen, die nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung vollständig abstinent leben, liegt bei konservativer Schätzung bei knapp einem Drittel, wobei ein Alter von über 40 Jahren eine gute Prognose mit sich bringt (Bachmeier et al. 2015, 58-59); im Bereich der ambulanten Entwöhnung zeigen katamnestische Untersuchungen einen Anteil von konservativ geschätzt 43%, die abstinent bleiben (Fischer et al. 2015, 81).

**Wartezeiten**


„Das ist ja nicht Ausdruck von Unwillen, dass die Leute nicht motiviert sind, sondern Ausdruck der Ambivalenz, also der Abhängigkeitserkrankte hat ja, macht ja den Versuch vielfach eine psychische Störung zu kompensieren, irgendwie zu lösen und man macht das mit einem Stoff und das ist jetzt per se jetzt erstmal nichts Schlechtes, wenn ein Mensch versucht eine psychische Befindlichkeitsstörung irgendwie zu behandeln.“ (SiA03, 340-364)
**Behandlungsdauer**
Ähnlich der für die Entgiftung beschriebenen Problematisierung wird auch im Hinblick auf die Rehabilitation darauf hingewiesen, dass eine kurze Rehabilitationsdauer bei älteren Betroffenen wegen der längeren Regenerationszeit des Gehirns problematisch sei. Bis wieder „eingeräumten stabile Stoffwechselprozesse“, Wohlbefinden, Genussfähigkeit und Selbstberuhigungszuversicht entstehen könnten, dauere es länger als sechs Wochen (SiA03, 687-723).

Problematisiert wird von InterviewpartnerInnen aus der Suchtberatung und den beiden interviewten LeiterInnen suchtmedizinischer Einrichtungen, dass seitens der Krankenkassen bei älteren PatientInnen häufig zunächst nur sechs Wochen Rehabilitation bewilligt würden und Verlängerungen beantragt werden müssten, während seitens der Rentenversicherungsträger sofort drei Monate bewilligt würden (SiA01, 54-66; SiA03, 687-723; SiA17, 405-409). Dies könne die Motivation der PatientInnen beeinträchtigen, die in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung der Entwöhnung häufig ambivalent gegenüberstünden, und vermittele zudem ein Gefühl ungleicher Behandlung; manche PatientInnen entschieden sich dann doch gegen eine Therapie (SiA01, 66-68; 367-387; SiA03, 687-723; SiA17, 409-413). Nötig seien daher längere Behandlungsdauern, die auch von Anfang an so angekündigt werden (SiA03, 687-723; SiA17, 405-413). Manche ältere PatientInnen würden an eine Langzeittherapie durchaus eine ambulante Nachbetreuung bei einer Beratungsstelle anschließen (SiA01, 142-146), sofern diese vom Kostenträger bewilligt wird (SiA03, 724-769). Positive Erfahrungen in der stationären Therapie, wie ein guter Kontakt zum Pflegepersonal, könnten sich förderlich auf die Motivation auswirken, dort im Anschluss auch eine ambulante Therapiegruppe zu besuchen (SiA27, 119-130).

**Behandlungsform**
Eine Schwierigkeit bei der Entscheidung über die Therapieform (ambulant versus (teil) stationär) sei nach Erfahrung des Chefarztes einer Suchtklinik, dass die Betroffenen die Therapiedeision häufig unter äußerem, beispielsweise familiärem, Druck träfen, weshalb manche eine ambulante Therapie statt einer „richtigen“, d. h. vollstationären Therapie bevorzugen würden. Beratungsstellen würden, wenn sie davon ausgingen, durch eine ambulante Therapie „möglicherweise nur den Konsum (zu) begleiten“, den Aufenthalt in einer Klinik empfehlen (SiA03, 724, 769). Bei einem ganztägig-ambulanten Rahmen sei darauf zu achten, die Menschen nicht zu überfordern (SiA03, 724-769). Ein Interviewpartner aus der Suchtberatung hat die Erfahrung gemacht, dass älteren abhängigkeitserkrankten PatientInnen ambulante Behandlungen bewilligt würden (SiA01, 384-386), gleichzeitig seien sie jedoch nur selten in ganztägig-ambulanten Therapien zu finden (SiA03, 770-782; SiA20, 585-595). Diese Therapieform erfordere in der Regel, dass Angehörige vorhanden sind und durch Mitwirkung und ein abstinentes Umfeld „eine gewisse Stabilität“ gewährleisten (SiA03, 770-782). Vor diesem Hintergrund sollte dem Hinweis auf Schwierigkeiten weiter nachgegangen werden, auf die ältere Menschen – so die Wahrnehmung des Mitarbeiters einer Beratungsstelle – bei der Bewilligung stationärer Therapien stoßen, in dem sie seltener und für kürzere Therapiezeiten Bewilligungen erhalten als jüngere Menschen. Die erforderlichen Widersprüche wollten manche nicht einlegen, auch vor dem Hintergrund der insgesamt ambivalenten Haltung.
gegenüber einer stationären Entwöhnung (SiA01, 364-384; SiA03, 332-374). Hier scheint weiterer Forschungsbedarf zu der Gemengelage von Bewilligungspraxen von Kostenträgern, den Belegungsinteressen von Leistungsträgern sowie Vorbehalten der älteren PatientInnen gegenüber lang andauernden stationären Behandlungen auf, die vor dem Hintergrund von Bedingungen, unter denen ambulante und stationäre Behandlungen sich als effektiv(er) erweisen können, zu bewerten wäre.

**Mobilitätsbeeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit**
PatientInnen mit Beeinträchtigungen der Mobilität oder Pflegebedürftigkeit stoßen auch beim Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf besondere Hürden. Die mangelnde Barrierefreiheit von Rehabilitationseinrichtungen oder Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit können sie bei der Inanspruchnahme behindern. Nach der Bedeutung von Pflegebedürftigkeit oder Mobilitäts einschränkungen gefragt antwortet der Chefarzt einer Suchtklinik:

„Ja, das- das sind natürlich so limitierende Faktoren, die- die beispielsweise dazu führen, dass die Menschen bei uns ganz selten ankommen. Ja, in der Reha gilt ja eigentlich das Prinzip, dass jemand rehabilitationsfähig ist und sich selbst versorgen kann. Solange jemand so mobil ist, dass er beispielsweise dann aus seinem eigenen Zimmer mithilfe eines Rollstuhls oder mit Ankleidehilfe dann also in unseren, in die Gruppenräume kommt, ja, und an den Therapien teilnehmen kann. Aber es gibt natürlich eine ganze Menge Menschen, die gar nicht mehr so mobil sind, wo also auch die Teilhabe an so einer Reha schwer möglich ist“. (SiA03, 247-258)

**Konzeptionelle Ausrichtung**
Die konzeptuelle Ausrichtung therapeutischer Angebote kann ebenfalls bestimmte PatientInnengruppen von der Inanspruchnahme abhalten: Der Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung der Drogenhilfe weist auf die Problematik strenger Abstinenzvorschriften in stationären Therapieeinrichtungen hin. Wenn dort nicht geraucht werden dürfe, würden die älteren KonsumentInnen illegaler Drogen solche Angebote nicht nutzen (SiA02, 421-424).

Ein anderes Beispiel ist eine konzeptionelle Engführung therapeutischer Angebote auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die der Lebenssituation älterer, nicht mehr im Erwerbsleben stehender Menschen nicht entspricht (SiA04, 6-16). Diese erfordere stattdessen Angebote der Tagesstrukturierung und Verhinderung von Einsamkeit und Isolation (SiA17, 508-519), wie die leitende Oberärztin einer suchtmedizinischen Klinik feststellt:

„Wir sehen jetzt Suchtkranke mit schwersten Abhängigkeiten, die 60, 70 oder auch mal 80 werden. Und man merkt es eben, dass die Suchthilfe da eben noch nicht gut aufgestellt ist mit der Frage, was haben wir denn für Angebote für die. Da geht es eben nicht mehr um Rehabilitation, um sie wieder leistungsfähig zu machen, sondern es geht darum möglichst eine Chronifizierung oder auch eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Es geht auch darum, sie aus der Isolation zu
holen, aber dann sind wir eher bei Fragen der Freizeitgestaltung, der Tagesstruktur oder wenn sie sich irgendwo ehrenamtlich engagieren.“ (SiA17, 508-519)

**Vermittlung in weitere Hilfen**


„Also insofern gibt’s schon ganz gute Pakete, sage ich mal, für Ange- Abhängigkeitserkrankte. Ja, müssen nur angenommen werden. Und gut vermittelt werden.“ (SiA03, 724-769)

Die stationäre Behandlung beinhaltet, insbesondere, wenn sie wohnortnah erbracht wird, auch die Möglichkeit, auf Angebote der Selbsthilfe, Tagesstätten oder abstinente Teilhabeangebote hinzuweisen. Zwar bestünden gegen solche Angebote bei älteren PatientInnen zunächst häufig Vorbehalte, manche seien aber bereit, sie zu nutzen (SiA03, 724, 769). Auch eine Vermittlung in Angebote des betreuten Wohnens kann aus der Entwöhnung heraus erfolgen (SiA05, 136-141). Im Falle einer wohnortnahen Rehabilitation können die Betroffenen bereits während der Therapie Einrichtungen für eine mögliche Folgebehandlung kennenlernen, so dass der „Teppich“, auf dem man sich künftig bewege, schon im Vorfeld der Entlassung „dicker geknüpft“ werden könne, wie es der interviewte Leiter der suchtmedizinischen Rehabilitationsklinik ausdrückt (SiA03, 901-924).

**5.1.4.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Entwöhnung**

5.1.5 Begleitete Gruppen und Selbsthilfe

5.1.5.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung


5.1.5.2 Zugangswege

Der Zugang zu der therapeutisch angeleiteten, abstinenzorientierten Gesprächsgruppe für ältere, alkoholabhängige Menschen der Beratungsstelle für Suchtkranke Treptow-Köpenick erfolgt über kooperierende Ärzte und Suchthilfeeinrichtungen, die von dem Angebot wissen, sowie aus der eigenen Beratung heraus: Auch in Selbsthilfegruppen habe sich das Angebot herumgesprochen (SiA01, 126-134). Die Vermittlung in Selbsthilfegruppen sei wiederum schwierig (SiA01, 735-737), denn zum einen zögten einige der älteren Abhängigen die durch die vertraute Person begleitete, therapeutische Gruppe Selbsthilfangeboten vor. Lieber als in eine Selbsthilfegruppe zu wechseln, nähmen sie das bekannte Angebot nur monatlich in Anspruch (SiA01, 653-656; vgl. auch SiA27, 98-117). Zum anderen stelle die in der Selbsthilfe notwendige größere Eigeninitiative für manche eine Barriere dar (SiA01, 99-100), jedoch nicht für alle. So hat sich in Treptow-Köpenick eine Selbsthilfegruppe ehemaliger KlientInnen gebildet, die sich selbstorganisiert in den Räumen einer Selbsthilfekontakt- und Beratungsstelle trifft (SiA01, 100-104). Dass hierfür Räume zur Verfügung stehen, ist wichtig, weil, so die Einschätzung eines Beratungsstellenmitarbeiters, diese einen geschützteren Rahmen bieten, indem andere nicht in die eigene Privatsphäre gelassen werden müssten (SiA01, 100-104).

Für die Zugänglichkeit von therapeutischen Gruppen und Selbsthilfangeboten für ältere Menschen kommt es zudem – wie bei anderen, an ältere Menschen gerichteten Angeboten

²⁵ Es wurden getrennte Suchen nach den Stichwörtern „Alkohol“ und „Drogen“ durchgeführt, die beide Male zu dem genannten Angebot wiesen.

²⁶ Ein Angebot richtet sich an über 55-jährige „Glücksspielsüchtige“.
Institut für Gerontologische Forschung e. V.

auch – auf die konkrete Ausgestaltung an. Das betrifft Kompetenzen der Person, die die Gruppe leitet (vgl. SiA27, 148-163) sowie Aspekte wie Ort und Zeit (SiA01, 442-453), aber auch die soziale Nähe. So erleichtert nach Einschätzung der interviewten Leiterin einer suchtmedizinischen Abteilung die kirchenhafte Anbindung mancher Träger den Zugang. Die notwendigen Kompetenzen beschreibt sie als „eine gewisse Sensibilität“ bezüglich dessen, „was Ältere auch brauchen“ (SiA17, 680-683).

5.1.5.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen

**Austausch mit Menschen in ähnlicher Situation**

Solidarität, der Kontakt mit anderen Menschen im geschützten Rahmen der Gruppe und der Austausch über Themen, die für die Beteiligten von Bedeutung sind, bilden wichtige Anreize, eine Gruppe zu besuchen – so die Erfahrung des Mitarbeiters einer Beratungsstelle (SiA01, 648-651). Dies deckt sich mit dem, was die abhängigkeitserskranke Mitglieder über die Gruppenerfahrung berichten, bei der sie insbesondere die Ähnlichkeit der Erfahrungen und die hierdurch mögliche Einordnung der eigenen Situation hervorheben.

Die leitende Oberärztin einer Berliner Suchtklinik erlebt, dass ältere Menschen sich häufig spezifische Suchthilfeangebote für Gleichaltrige wünschen würden: „Die wollen nicht in die Selbsthilfe für junge Menschen mit Suchtproblemen, sondern suchen eher auch Gleichaltrige oder eben auch eine Gruppe, wo ihre Probleme zum Tragen kommen“ (SiA17, 480-484).

**Abstinenz in einer nicht abstinenten Gesellschaft**


„Und denn hier war mir jetzt wichtig zu erfahren, dass es eben nicht sein darf, dass man doch wieder mal denkt, man könnte ja mal wieder ein Schlückchen trinken. Und das ist für mich das Wichtigste gewesen.“ (SiA25, 17-30)

**Weitervermittlung / Zugang in weitere Angebote**

Über die Selbsthilfe kann der Zugang zu anderen Angeboten der Suchthilfe angebahnt werden, beispielsweise wenn Betroffenen das Selbsthilfeangebot nicht ausreicht und sie dieses dann durch ein therapeutisch angeleitetes Angebot ergänzen (vgl. SiA01, 637-642).

**Ältere Substituierte und Selbsthilfe**

Nach Einschätzung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe stellt das geringe Interesse (insbesondere) jüngerer Substituiertem an einem Selbsthilfeengagement einen limiterenden Faktor für die Entwicklung entsprechender Angebote dar. Vorhandene Angebote
Für abstinent lebende Drogenabhängige würden Substituierte wiederum ungern in Anspruch nehmen, u. a. weil sie sich wegen der dort häufig klaren Abstinenzorientierung nicht willkommen geheißen fühlten. Diese stehe in grundsätzlichem Gegensatz zu der Entscheidung vieler Substituierter, sich mit der Abhängigkeit zu arrangieren (SiA02, 759-798).


„Anfang letzten Jahres hat sich ne Gruppe gebildet von unseren Klienten, mehr oder weniger selbst organisiert, die haben aber schon gewünscht, dass jemand von uns dabei ist (...). Und die haben Regeln aufgestellt, wer da mitmachen darf. Und da ist keine Altersgrenze aufgestellt worden, aber es ist so, (...) dass (...) da (...) eine Person unter 40 ist. Also die wollen halt nicht über Hektik reden, nicht über Drogen reden, sondern eher so diese bilanzierenden Themen, viele Züge sind schon abgefahren, was mach ich denn jetzt noch mit alledem, und sich mit Leuten austauschen, die in einer ähnlichen Situation sind. Also das mit dem Alter, haben sie gesagt, ne wir wollen keine Rentnergruppe sein so ungefähr, es hat sich trotzdem so eingepelgt, dass die alle in nem sehr ähnlichen Alter sind, und wie gesagt ist Sucht überhaupt kein Thema. Also klar, es ist schon ein verbindendes Element, und es taucht vielleicht auch mal auf, aber vielleicht eher mit diesem Ding, eigentlich möchte ich gar nicht mehr in der Substitution sein, hab auch schon ein paar Mal versucht, raus zu kommen, ist es noch mehr Stütze oder ist es mehr Last, also so dieses, will ich wirklich mit dem Stoff ins Grab gehen. Also solche Themen sind das.“ (SiA02, 452-469)


„Wenn sie jetzt nur ne 50+ Gruppe einrichten, also ich kenn Träger, die das gemacht haben, die haben das nach nem Jahr wieder zurückgesteckt, nicht nur weil die Patienten oder Klienten das komisch fanden, sondern weil die Mitarbeiter das gruselig fanden. Wenn nur so schwere Themen da sind. Sucht ist ja sowieso schwer und schwierig, nichtsdestotrotz sind ja so die Krisen der Jüngeren und das Chaos, dass die mitbringen ja auch ein belebendes Element. Wenn ich nur noch Leute habe, wo nichts mehr passiert, die chronisch krank sind usw., das ist in dem
Sozialarbeiterfeld Suchthilfe ein relativ schwieriges Thema, (weil die) sagen, ‘Wenn ich Altenhelfer hätte werden wollen, dann wäre ich Altenhelfer geworden. Ich trete (hier eigentlich für was anderes an) und ich möchte nicht nur mit diesem Publikum arbeiten.’ (...) Also wenn sich so ne Gruppe wie diese, ich sag jetzt mal angeleitete Selbsthilfegruppe, die ich vorher beschrieben hab, wenn die sich mehr oder weniger selbst gründet und formiert und sich ne entsprechende Altersmischung ergibt, OK, wir werden das nicht ausbremsen. Aber wir rufen keine 50+ Gruppe aus. Machen wir nicht. Für beide Gruppen ist es unsererseits oder unserer Meinung nach nicht besonders günstig und wie gesagt, gerade die Kochgruppe (...) da saßen 12 Leute, und ich würd mal gefühlt sagen, dass drei unter 40 waren (...) die puzzeln sich selbst zusammen, ohne dass man da jetzt so stark steuern muss.‘ (SiA02, 452-501).


5.1.5.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Selbsthilfe
Selbsthilfegruppen können für ältere alkoholabhängige Menschen zur Stabilisierung ihrer Situation beitragen und bieten Raum, sich über Themen wie die Herausforderung, in einer nicht abstinenten Gesellschaft abstinent zu leben, auszutauschen. Eine Lücke scheint im Hinblick auf die Situation älterer nicht abstinenter bzw. rückfällig werdender Abhängiger zu bestehen. Eine Begleitung kann die Etablierung und den Fortbestand von Gruppen unterstützen, nicht nur, aber insbesondere auch dort, wo wenig Energie für die eigenständige Aufrechterhaltung von Selbsthilfeangeboten vorhanden ist, aber ein entsprechendes Interesse besteht, wie bei älteren Substituierten.

5.1.6 Sozialpsychiatrische Dienste

5.1.6.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung
Die Sozialpsychiatrischen Dienste in den zwölf Berliner Bezirken bieten Beratung, Hilfevermittlung und Krisenintervention für erwachsene Menschen mit psychischer Erkrankung (Landesbeauftragter für Psychiatrie 2016). Im Hinblick auf die Situation älterer abhängigkeitserkrankter Menschen erbringen die interviewten MitarbeiterInnen Sozialpsychiatrischer Dienste Leistungen der Begutachtung und Diagnostik zur Feststellung einer Behinderung als Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen der Eingliederungshilfe wie psychosoziale Be-
treuung, betreutes Wohnen oder betreutes Einzelwohnen (SiA18, 33-49). Außerdem führen sie Hilfekonferenzen zur Weiterbewilligung von Eingliederungshilfemaßnahmen durch (SiA09, 317-324). Weitere Tätigkeiten sind die Beratung und Vermittlung in Angebote der Suchthilfe (SiA18, 55-57) oder zu ambulanten Pflegediensten (SiA08, 44-54). Reine Beratungsanliegen verweist die interviewte Mitarbeiterin eines SpD im Anschluss an die Erstberatung in der Regel an die Suchtberatung (SiA18, 199-206). Einen Behandlungsauftrag hat der SpD einer interviewten Mitarbeiterin zufolge nicht (SiA19, 67-68).

5.1.6.2 Zugangswege
Die Sozialpsychiatrischen Dienste werden von Betroffenen in schwierigen Lebenslagen teilweise auf deren eigene Initiative aufgesucht, aber auch durch Träger, NachbarInnen oder Angehörige kontaktiert.

Ältere Menschen mit Alkoholabhängigkeit, die bei dem im Rahmen der Studie befragten SpD auf der Suche nach Unterstützung vorstellig werden und Leistungen der Eingliederungshilfe benötigen, werden im Rahmen des Fallmanagements „gesteuert“; welcher Träger die Hilfen erbringt wird im folgenden Verfahren entschieden. Ältere Opioidabhängige, die sich beim SpD melden, stünden hingegen zumeist schon im Kontakt mit Trägern (SiA18, 157-168; 181-196). Da es sich häufig nicht um ihre erste Substitution, psychosoziale Betreuung oder Entwöhnung handele, würden sie „sich auch in aller Regel gut aus(kennen)“ (SiA19, 271-276). Die älteren Abhängigen wenden sich meist direkt an die ihnen bekannten Träger, die, sofern sie einen freien Platz haben, die Antragsstellung übernehmen (SiA18, 181-189). Teilweise berieten die Menschen mit Opioidabhängigkeit, die sich in der Szene bewegen, einander gegenseitig (SiA18, 194-196). Der Interviewpartner aus der Drogenhilfe sowie der interviewte Substituierte weisen jedoch darauf hin, dass gerade ältere Substituierte die Szene teilweise eher mieden (vgl. Kapitel 4.1.3). Dies könnte deren Zugang zu hilfreichen Informationen einschränken.

In Friedrichshain-Kreuzberg hält der Sozialpsychiatrische Dienst nach Auskunft eines Interviewpartners monatlich eine Sprechstunde in einer Wohnungslosenunterkunft ab, was den Zugang zu weiterführenden Hilfen für die Betroffenen erleichtere und von diesen gerne in Anspruch genommen werde (SiA22, 341-370; 533-536).

5.1.6.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen
5.1.7 Substitution und Psychosoziale Betreuung

5.1.7.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung

Substitution


Psychosoziale Betreuung

Die Organisation und Finanzierung der Psychosozialen Betreuung als Maßnahme der Eingliederungshilfe in Berlin nach §53 bzw. 54 SGB XII stellt eine Besonderheit gegenüber anderen deutschen Städten dar (vgl. Drees et al. 2015). In Berlin haben fünf Träger entsprechende Leistungsvereinbarungen abgeschlossen (ebd.).

Das sogenannte „Berliner Modell“ der Psychosozialen Betreuung ermöglicht einen besseren Betreuungsschlüssel als in anderen Städten und durch die Regelungen zum Hilfeplanverfahren eine besondere Qualität der Leistung, die – so die Einschätzung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe – auch für ältere Abhängige hilfreich sei, da auf deren individuelle Bedarfe eingegangen werden könne (SiA02, 627-667).

Die Psychosoziale Betreuung „wird im Sinne des Case Managements erbracht“ und zielt darauf, „drogensubstituierte Menschen (...) in der Persönlichkeitsentwicklung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu unterstützen, ein neues Lebensumfeld und eine drogenfreie Lebensperspektive zu ermöglichen“ (Drees et al. 2015). Die fünf Leistungsbereiche umfassen die „Selbstversorgung, Wohnen, Wirtschaften / Tagesgestaltung / Persönliche und soziale Beziehungen / Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung und schließlich Sucht, Beikonsum“ (Drees et al. 2015). Dauer und Umfang der PSB hängen von dem festgestellten Hilfebedarf ab, und sind insofern in ihrer Dauer nicht per se befristet (SenGesSoz 2009).\footnote{Eine SpD-Mitarbeiterin hat erlebt, dass es im Falle langjähriger PSB (z. B. bei sechsjähriger Dauer) manchmal kritische Nachfragen seitens des Sozialamtes oder der zuständigen Fallmanager gebe, ob dies noch nötig sei; was aber aus Sicht der Mitarbeiterin durchaus der Fall sein könne und nach Begründung in der Regel auch akzeptiert würde (SiA19, 360-387). Auch diese Mitarbeiterin beschreibt Einzelfälle (1-2 Fälle in 9 Jahren), in denen...}
5.1.7.2 Zugangswege

Substitution
Nach Einschätzung eines langjährig in der ambulanten und stationären Suchthilfe für Opioidabhängige tätigen Interviewpartners seien Zugangsbarrieren „bezogen auf die Substitution relativ gering“ (SiA22, 106). Häufig suchten die PatientInnen ohne die Zwischenstation einer Drogenberatung direkt einen Substitutionsarzt auf, der diese dann auffordere, Kontakt zu einer Betreuungsstelle aufzunehmen, die PSB anbietet (SiA02, 130-134). Dort erfolge dann ein Clearing, in dem der Bedarf an ergänzenden Hilfen geklärt werden könne (SiA02, 133-135).

Die Einschätzung des Interviewpartners, dass „Arztpraxen heutzutage (...) so gut wie alle barrierefrei“ (SiA02, 136) seien, verwundert allerdings; wobei der Interviewpartner selbst einräumt, dass dies die heutige Anforderung sei und vielleicht nicht für die Praxen gelte, die schon seit 20 Jahren bestünden (SiA02, 137-138). Dennoch ist er der Auffassung, für Personen mit Mobilitätsbeeinträchtigung sei es nicht schwierig, einen Substitutions-Arzt zu bekommen (SiA02, 106-140).

Psychosoziale Betreuung
Der Zugang älterer Opioidabhängiger zu Hilfen erfolgt in der Regel über bereits bestehende Träger- oder über Szenekontakte (SiA18, 181-196), weil es „nicht viele Träger (gibt), die mit so schwer chronisch Kranken eben arbeiten überhaupt und hier speziell in (Bezirk). Deswegen sind die schon an Träger angebunden. Das ist normalerweise jetzt im psychiatrischen Bereich nicht so“ (SiA18, 138-142).

Ein Anlass, nach vielen Jahren ohne begleitende Betreuung wieder Substitution und PSB in Anspruch zu nehmen, können Krisen sein. Der substituierte Interviewpartner berichtet:

„B: Die Hauptstelle von (Träger betreuten Gemeinschaftswohnens) ist in der (Straße). Ich hab mich da angemeldet, kam auf ne Warteliste natürlich, hatte das Glück, das mich der (...) umgefahren hat, dass der Abszess- Also alles Schlimme hat auch manchmal sein Gutes.“ (SiA23, 176-185)

ihres Erachtens eine PSB nicht mehr weiter bewilligt werden kann, wenn sie zu keinerlei Verbesserung mehr führt (SiA19, 360-387).

Der Zugang in den Privathaushalt der Betroffenen sei aufgrund von deren Scham über ihre Lebenssituation häufig schwierig (SiA02, 96-100). Im Kontakt sei es daher wichtig, nicht bloßzustellen, sondern sich um Unterstützung in Bereichen zu bemühen, in denen Schwierigkeiten bestehen. Zur Vermittlung dieser Unterstützung, z. B. durch Sozialstationen, ist wiederum die Vernetzung mit spezialisierten Trägern oder Diensten hilfreich (SiA02, 101-106).

5.1.7.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen

Substitution


Auch die beiden InterviewpartnerInnen aus der integrierten Drogenhilfe und der Wohnungslosenhilfe weisen auf die Knappheit verfügbarer Substitutionsplätze hin, was sie neben der Schwierigkeit der Nachfolge für altersbedingt ausscheidende Ärztinnen auch darauf zurückführen, dass manche zur Substitution befugte Ärztinnen ihre Kontingente nicht ausschöpfen (SiA22, 106-125) oder sich trotz vorhandener Befähigung nicht an der Versorgung beteiligen würden (SiA20, 374-405). Dies sei, so die Einschätzung des interviewten Mitarbeiters einer Einrichtung der integrierten Drogenhilfe, auch auf Vorbehalte mancher Ärztinnen gegenüber Substituierten zurückzuführen. Manche würden auch auf ihre MitarbeiterInnen und andere PatientInnen verweisen, die Substituierten gegenüber Vorbehalte hätten (SiA20, 397-400). Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung wird auf rechtliche Bedenken mancher Medizinerinnen verwiesen (Klotz 2016, 12).

Psychosoziale Betreuung
Im Jahr 2012 erhielten insgesamt 2.397 Personen parallel zur Substitution Leistungen der Psychosozialen Betreuung (2.042) bzw. im betreuten Wohnen für Substituierte (355); knapp ein Drittel der ambulant Betreuten waren Frauen; im Betreuten Wohnen „betrug der Frauenanteil nur 18%“ (SenGesSoz 2014, 31).

Leistungen der PSB für ältere Menschen unterscheiden sich nicht wesentlich von den Leistungen, die für jüngere Menschen erbracht werden. Unterstützt wird beispielsweise im Um-
gang mit Ämtern, bei der Sicherung von Versorgungsansprüchen oder der Befreiung von Zuzahlungen (SiA02, 403-411). Bei älteren Abhängigen gewinnt nach Einschätzung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe die Unterstützung bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung an Bedeutung. Hierzu zählen die Vermittlung und Begleitung zu FachärztInnen sowie gegebenenfalls ambulanter pflegerischer Unterstützung, wenn nötig auch in Kooperation mit SozialarbeiterInnen in Einrichtungen der Wohnungslöschhilfe (SiA22, 963-975). Betroffene scheuten häufig den Besuch bei FachärztInnen, u. a. aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen. In solchen Situation kann die PSB als „Übersetzer und Vermittler“ auftreten oder die PatientInnen „einfach dahin (begleiten)“; mit manchen ÄrztInnen entstehen auf dieser Basis Kontakte, auf die in anderen Fällen wieder zurückgegriffen werden kann (SiA02, 172-177). Voraussetzung sei, dass die Klienten in einem bestimmten Maß mitwirken (SiA02, 389-396). Im Rahmen der PSB kann dies bei Bedarf eng begleitet werden und z. B. telefonisch an Termine erinnert und zu ihrer Wahrnehmung motiviert werden (SiA02, 397-403). Auch bei dem für ältere Opioidabhängige wichtiger werdenden Zugang zu Hilfsmitteln wie Seh- oder Mobilitätshilfen kann die PSB unterstützend wirken (SiA02, 85-96; 383-388).

Teilweise verfestigen sich bei älteren Menschen Verschuldungssituationen; sofern diese jedoch nicht freiheitsbedrohend seien, werde in diesem Bereich bei älteren Substituierten weniger Zeit investiert als bei jüngeren (SiA02, 179-185).

Auch eine psychosoziale Betreuung im Hospiz sei von einem Träger der Drogenhilfe in Ab sprache mit dem Sozialamt in einem Zeitraum von zehn Jahren in zwei oder drei Fällen erbracht worden. Die Betroffenen waren direkt aus der eigenen Wohnung ins Hospiz gewechselt (SiA02, 341-347). Der Kostenträger stimmte in diesem Fall auch ohne Aussicht auf Besserung zu, weil es sich um einen absehbar begrenzten Zeitraum der Leistungserbringung handelte (SiA02, 357-363).

**Substitution bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit**

Nach den Erfahrungen des interviewten Vertreters der integrierten Drogenhilfe holen Substituierte, auch wenn sie bereits älter sind, das Substitut häufig selbst ab (SiA02, 316-317). Die Substitution selbst kann von den Betroffenen durchaus als belastend erlebt werden: Sie legt ein bestimmtes zeitliches Regime auf und schränkt die Autonomie der Betroffenen, was ihre Tagesgestaltung angeht, ein. Zudem kann das tägliche Unterwegssein eine große körperliche Anstrengung bedeuten (SiA23, 108-117).

Wer ambulante Pflege durch eine Sozialstation bekomme, erhalte das Substitut durch das Pflegepersonal (SiA02, 317-318; SiA08, 290-295). Die in den Richtlinien vorgesehene wöchentliche Vorstellung bei der behandelnden ÄrztIn werde entweder über Hausbesuche sichergestellt, oder die PatientIn suche die Praxis eigenständig oder per Krankentransport auf (SiA02, 319-323; SiA18, 661-677).
Von großer Bedeutung sei eine entsprechende Spezialisierung bzw. Qualifizierung der Pflegedienste für die Zielgruppe, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen (SiA02, 274-315).

“(D)as macht natürlich schon Sinn, nicht so einen 0-8-15-Pflegedienst in die Haushalte von unseren Leuten zu schicken, einfach weil sich unsere Leute doch auch gerne mal ein bisschen anders benehmen, ne andere Lebensgeschichte mitbringen, und nen anderen Blick auf Substanzen haben als vielleicht der normale Rentner. Und dann ist es auch gut, wenn man da gut aufgestellt ist, nen klaren Blick drauf hat, nicht alles mit sich machen lässt, und auch weiß, dass das Gegenüber mit Tabletten vielleicht ganz anders umgeht, als vorgeschrieben. Von sie einfach zu verkaufen, um mehr Geld zu haben, oder sie alle am ersten Tag zu nehmen, oder sonst was, also, beide Extreme sind, haben wir schon erlebt, und Tabletten vergeben und unter Sicht einzunehmen, das ist etwas, was in unserem Feld relativ normal ist”. (SiA02, 274-315)

Nach Erfahrung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe sei die Substitutvergabe in den wenigen ihm bekannten spezialisierten Pflegeeinrichtungen kein Problem (SiA02, 325-332).

5.1.7.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Substitution und PSB

5.1.8 Wohnen

5.1.8.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung

5.1.8.2 Zugangswege

Zugangswege in Angebote des BEW sind vielfältig. Bei der Vermittlung können die Suchtberatungsstellen sowie Sozialpsychiatrischen Dienste unterstützen. Die Zugangswege zu den beiden in die Studie einbezogenen Wohnangeboten für langjährig und schwer Abhängigkeitserkrankte, zu einem Betreuten Einzelwohnen und in eine stationäre Wohneinrichtung, unterscheiden sich voneinander.


Die Vermittlung in die beiden Alkoholkonsum tolerierenden stationären Wohnangebote für schwer und langjährig Abhängigkeitserkrankte eines Trägers erfolgt laut der interviewten Leiterin vorwiegend über gesetzliche BetreuerInnen oder über den SpD (SiA09, Telefonnotiz, 71-73). Vermittelt würden Personen, die aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder aus eigenen Wohnungen kämen, beispielsweise wenn Beschwerden aus dem Wohnumfeld, Mietrückstände oder Räumungsklagen wegen „Verwahrlosung“ vorlagen (SiA09, 43-51).

Die Interviewpartnerin nimmt zudem seit vielen Jahren an dem bezirklichen Belegungsgremium für Sucht und Psychiatrie teil (SiA09, 201-205). Dort gebe es gelegentlich Anfragen von Trägern, die einen abstinenten Rahmen bieten, und Klienten haben, die aufgrund wiederholten Konsums „auf Dauer nicht mehr in diesem abstinenten Rahmen dort zu halten“ seien. Solche Anfragen prüft die Interviewpartnerin genau, weil das eigene Angebot auf eine
Institut für Gerontologische Forschung e. V.

Klientel zugeschnitten sei, „wo wirklich Alltagskompetenzen relativ brach liegen“ (SiA09, 226-246).

Häufig, so die Erfahrung dieser Einrichtungsleiterin, erfolge der Zugang über den Umweg der Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung, die sich als Fehlplatzierung entpuppe. Dies geschieht beispielsweise, wenn nach einem stationären Klinikaufenthalt aufgrund eines Schlaganfalls gesetzliche Betreuer kurzfristig eine stationäre Unterbringungsmöglichkeit suchten (SiA09, 71-88). Die Pflegeeinrichtung stelle sich dann bald als nicht passend heraus, sei es wegen des Alters der anderen BewohnerInnen der Einrichtung (SiA09, 71-88) oder der (zu) geringen Pflegebedürftigkeit, selbst wenn Pflegestufe I vorhanden sei (SiA09, 226-246).


5.1.8.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen

Weitervermittlung

Pflegebedürftigkeit
zu erwarten sei, keine Leistungen der Eingliederungshilfe mehr, sondern nur noch Pflegeleistungen (SiA09, 658-681).

Demgegenüber wird in einem Interview mit dem SpD eines anderen Bezirkes über eine dortige abstinentenzorientierte Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Korsakowsyndrom berichtet, in der bei eintretendem Pflegebedarf durchaus auch ambulante Pflegeleistungen hinzugezogen werden könnten, die teilweise über Hilfe zur Pflege finanziert würden. Eine wichtige praktische Voraussetzung für den so ermöglichten Verbleib der BewohnerInnen mit Pflegebedarf sei, dass die betreffende Einrichtung behindertengerecht sei (SiA18, 245-263; 396-402). Bei schwerer Pflegebedürftigkeit sei ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung allerdings wohl dennoch notwendig (SiA18, 407-425).


*Menschen mit Doppeldiagnosen*  

„wenn ich so ein Konzept machen würde oder so eine Wohnguppe oder wie auch immer eröffnen würde, würde ich das in der Regel mit kleinen Runden, mit 6-8 Bewohnern, weil wir haben ja hier fast 17 im Moment, (...) da haben wir Doppeldiagnosen, aber es gibt immer wieder Schwierigkeiten, die in diesen normalen Suchtkontext mit zu betreuen.“ (SiA09, 194-226)


**Wohnungs- und Obdachlosigkeit**


„Also, es gibt ja ohnehin viel zu wenig Einrichtungen für wohnungslose Menschen, das merkt man ja im Moment, wir- ich hab manchmal, es gibt Tage, gerade so Donnerstage, wenn die Bezirksamter Sprechstunden haben oder so, da kriege ich 10, 15 Anrufe für freie Zimmer. Und ich hab nicht eins. Und am liebsten würden die sich alle auf die Warteliste setzen lassen. Also das ist-, das ist schon erschreckend, wie viele.“ (SiA22, 1028-1047)

Für obdachlose Menschen gibt es auch die Möglichkeit, Wohnungen aus dem geschützten Marktsegment zu erhalten, von diesen Wohnungen gebe es jedoch ebenfalls zu wenige (SiA05, 508-580). Im Gegensatz zu Eingliederungsmaßnahmen gebe es in der Wohnhilfe keine Zielvorgaben hinsichtlich der Dauer der Leistungsgewährung; allerdings würden die Kostenübernahmen in manchen Fällen nur für kurze Zeiträume (einen Monat) ausgestellt, so dass monatlich entweder die Betroffenen sich eine neue Kostenübernahme holen oder der Träger diese beim Amt schriftlich anfordern müsse. Gelegentlich würden auch Kostenübernahmen über längere Zeiträume ausgestellt (SiA22, 383-400).

**5.1.8.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Wohnen**


Unsere Interviews deuten darauf hin, dass es gerade für ältere Abhängige zunehmend wichtig wird, dauerhafte und stabile Lösungen für ihr Leben finden zu können, statt sich immer wieder auf neue Wohnkonstellationen oder gar auf einen Umzug und gänzlich neue Angebote einstellen zu müssen. Fehlende Stabilität oder das Bangen, ob Kostenübernahmen weiter bewilligt werden, stellen dann eine zusätzliche Belastung dar (vgl. SiA23, 157-160).

Versorgungslücken im Bereich des (betroffenen) Wohnens bestehen insbesondere für langjährig- und schwer erkrankte ältere Abhängige (Alkohol und Drogen) sowie für ältere Abhängige mit weiteren psychiatrischen Diagnosen bzw. Doppeldiagnosen, insbesondere bei fehlender
Abstinenz, früheren Erfahrungen von Wohnungslosigkeit, herausfordernden Verhaltensweisen oder Korsakow-Syndrom. Beschrieben wurden in den Interviews Fehlplatzierungen dieser Personengruppen in Pflegeeinrichtungen sowie in manchen Fällen dauerhafter Verbleib in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die jedoch nicht auf die dauerhafte Begleitung dieser Personengruppen ausgerichtet ist und diesen auf lange Sicht keine ausreichende Betreuung bieten kann; zudem fehlt es dort selbst an Plätzen. Ein Versorgungsproblem entsteht zudem bei eintretender Pflegebedürftigkeit alter Abhängigkeitserkrankter, wenn Wohnangebote nicht barrierefrei ausgestattet sind, die notwendige pflegerische Unterstützung nicht mehr über die Einrichtung abgedeckt werden kann und der Sozialhilfeträger eine parallele Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege nicht bewilligt: Mit dem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung werden die älteren Abhängigkeitserkrankten aus ihrem gewohnten Umfeld herausgelöst, was eine Destabilisierung zur Folge haben kann, und die für die Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur bedeutsamen Teilhabeleistungen können dann nicht mehr in Anspruch genommen werden. Es sollte genau geprüft werden, inwieweit die Umsetzung des dritten Pflegestärkungsgesetzes und des Bundesteilhabegesetzes so erfolgen kann, dass diese Problematik nicht verschärft, sondern eine Verbesserung der Versorgungssituation erreicht wird.

5.1.9 Tagesstruktur, Freizeit und Beschäftigung

5.1.9.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung

Leistungen der Tagesstrukturierung für abhängigkeitserkrankte Menschen werden meist als Leistungen der Eingliederungshilfe innerhalb und außerhalb von Einrichtungen erbracht. Sie können ambulant auch im Rahmen der Hilfe zur Pflege über spezifische Leistungskomplexe (soziale Betreuung, Tagesstrukturierung) erbracht werden, jedoch in nur sehr geringem zeitlichem Umfang, der, so die Erfahrung eines Sozialarbeiters aus der ambulanten Pflegedienstes häufig jedoch nicht hätten (SiA08, 388-392). Über sie können beispielsweise Spaziergänge oder ein regelmäßiger sozialer Kontakt organisiert werden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diejenigen, die solche Leistungen der Betreuung und Entlastung erbringen, häufig Ehrenamtliche, ausreichend kompetent und stabil für den Umgang mit der heterogenen
Zielgruppe: abhängigkeitserkrankter älterer Menschen. Inwieweit ältere Abhängigkeitserkrankte zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen tatsächlich in Anspruch nehmen und welche Rahmenbedingungen für die Ehrenamtlichen hierbei sichergestellt werden müssten, bedürfte einer weitergehenden Untersuchung.

5.1.9.2 Zugangswege
Der Zugang zu ambulanten Angeboten der Tagesstruktur oder Beschäftigung erfolgt beispielsweise auf Vermittlung im Anschluss an eine Rehabilitation, durch die Sozialpsychiatrischen Dienste, das Betreute Einzelwohnen oder auch SozialarbeiterInnen bei ambulanten Pflegeanbietern (SiA08, 343-347).

5.1.9.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen

Teilhabe innerhalb von Einrichtungen
In der in die Studie einbezogenen betreuten Wohneinrichtung für nicht abstinent lebende Menschen mit chronischer Alkoholabhängigkeit wird der Tagesstruktur und Beschäftigung konzeptuell ein hoher Stellenwert beigemessen. Zentral sei, „möglichst keine Langeweile aufkommen (zu) lassen“ (SiA09, 466-467) und dass es jederzeit einen Ansprechpartner gebe (SiA09, 477-479). Über die gärtnerischen, kunsthandwerklichen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten, darunter insbesondere Einzelaktivitäten mit Bezugsbetreuenden, sowie die Möglichkeit, sich Kleidung und Zimmereinrichtung selbst auszusuchen, erlebten die BewohnerInnen Anerkennung und fühlten sich „gebraucht“. Dies ziehe in vielen Fällen eine Reduktion des Alkoholkonsums nach sich (SiA09, 60-71; 325-356). Die Angebote reichten in den Sozialraum hinein und ermöglichten so „normale Kontakte zur Bevölkerung“ (SiA09, 484-494). In der erlebten Anerkennung, dem Gebrauchtwerden und den Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Hinblick auf Zimmereinrichtung, Kleidung und Freizeitgestaltung sieht die Einrichtungsleiterin das entscheidende Element von Leistungen der Eingliederungshilfe, für die im Rahmen von Pflegeeinrichtungen die Zeit fehle, zumal dort die Pflege im Vordergrund stehe (SiA09, 341-356).

„(D)ieses Bekleidung selbst kaufen, das Zimmer selbst einrichten, Essen kochen, für andere Menschen da sein wieder, das Feedback in der Wohngruppe bekommen, dass man wichtig ist, das man gebraucht wird. Da ist wirklich zu sechzig, siebzig Prozent in der Wohngruppe bei den Menschen Rückgang von der Alkoholmenge zu sehen. (...) und das ist das Konzept, glaube ich, der Eingliederungshilfe, was der Altenpflegebereich so spezifisch nicht bieten kann. Also weil einfach die Zeit dafür gar nicht so da ist und die Pflege da wirklich mehr im Vordergrund steht.“ (SiA09, 341-356)

Eine andere Einrichtungsleiterin hebt die Heterogenität der Bedürfnisse und Interessen der – im Falle ihrer Einrichtung chronisch mehrfach beeinträchtigten – Menschen mit Abhängigkeitserkrankung hervor, an denen sich Angebote orientieren müssten. Diese wollten Kicker,

29 Vgl. auch SiA10, 595-607.
Dart und Filmabende statt „Mensch ärgere dich nicht“ und „Basteln“ (SiA10, 134-151). Gerade die jüngeren unter den BewohnerInnen seien häufig noch beweglicher als andere mehrfach erkrankte BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen, so dass auch Fußballspielen oder Tischtennis angeboten werden könnten (SiA10, 161-168). Die Einrichtungsleiterin empfiehlt zudem, aktiv Angebote zu unterbreiten, da Eigeninitiative häufig schwer falle; wichtig sei auch, die teilweise kurze Aufmerksamkeitsspanne und das Bedürfnis nach Pausen zu berücksichtigen (SiA10, 169-179).

Entscheidend für die Teilhabemöglichkeiten der älteren Abhängigen, die in Einrichtungen leben, ist auch, ob bei der Gestaltung von Einrichtungen die baulichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Menschen mit physischen und kognitiven Beeinträchtigungen möglichst eigenständig ihren Interessen nachgehen und beispielsweise eigenständig den bei einer Einrichtung befindlichen Garten aufsuchen können (SiA10, 579-594).

**Substituierte Opioidabhängige**


Manche Substituierte mieden niedrigschwellige Angebote auch, so zumindest die Erfahrung des interviewten Substitutionsarztes. Als Grund hierfür verweist er darauf, dass nicht alle Substituierten drogenfrei lebten, teilweise Beikonsum und auch Kriminalität Thema seien. Ältere würden sich von der jüngeren Szene häufig nicht mehr angesprochen fühlen (SiA02, 216-223; SiA16, 28-39).

„Einsamkeit ist ein großes Thema, in der Drogenuserszene so oder so, und je älter die Leute werden, umso mehr. Also auf Szene-Hektik haben die meisten keine Lust mehr. Aber wenn sie all das, was ihr Leben immer ausgemacht hat, nicht mehr machen wollen, außer zum Arzt zu gehen, weil sie noch an den Stoff hängen, dann bleibt das Sofa übrig (...), und das ist natürlich auch nicht so attraktiv.“ (SiA02, 216-223)

Nach Einschätzung des Mitarbeiters der integrierten Drogenhilfe böten die existierenden Tagesstätten für Substituierte zwar auch Älteren die Möglichkeit, einer für sie sinnvollen Tätigkeit nachzugehen und Themen zu finden und zu bearbeiten, die ihnen wichtig sind (SiA02, 608-626). An spezialisierten Angeboten für Ältere fehle es dabei jedoch bisher. Für die Tragfähigkeit solcher Angebote komme es vor allem darauf an, dass sie auf die Lebenssituation und gesundheitlichen Bedarfe der älteren Substituierten zugeschnitten seien, was u. a.
leistungsrechtliche Fragen aufwirft, beispielsweise zur Möglichkeit, Angebote nur stundenweise und an einzelnen Tagen zu nutzen (SiA02, 610-626) und nahelegt, entsprechende Angebote auf ihre Bedarfsgerechtigkeit für ältere Abhängigkeitserkrankte hin zu evaluieren.

„Beschäftigungstagesstätte (...) kann ein wichtiges Element sein, da geht’s dann stark um Zugangsbedingungen. Müssen die wirklich 5 Tage 6 Std. am Tag kommen oder dürfen die auch immer nur Mittwoch kommen, wenn das dran ist, was sie gerne mögen usw. Also da sind jetzt an zwei Stellen flexible Konzepte gebastelt worden, ob die tragen, ob die funktionieren, ob sie ausreichend Publikum anziehen, ob die Kostenträgerlandschaft das alles genauso sieht, das ist noch nicht beantwortet.“ (SiA02, 610-626)

Das Bedürfnis, Angebote abgestuft und gemäß den eigenen Fähigkeiten nutzen zu dürfen, bestätigt indirekt auch der substituierte Interviewpartner, der schildert, dass er die Tätigkeit in einer Küche „für behindertengerechtes Arbeiten“ körperlich anstrengend fand; auch der Umgang mit den anderen Menschen und deren Beeinträchtigungen strengte ihn an (SiA24, 41-44). Nichtsdestotrotz empfiehlt er, ältere Menschen mehr in anregende Bewegung zu bringen und dabei die Individualität der Einzeln zu berücksichtigen (SiA24, 188-191).

Wohnungslosenhilfe und Einrichtungen für Obdachlose


In dieser Schilderung klingt an, dass es eine Gruppe besonders schwer betroffener Personen gibt, für die keine rehabilitierenden – das heißt, weder Fähigkeiten wieder herstellende noch erhaltende – Bemühungen mehr unternommen werden, weil dies nicht in der Zuständigkeit der Einrichtung liegt und diese hierfür auch keine Finanzierung erhält. So beschreibt der interviewte Mitarbeiter auch, dass er bereits erlebt hat, dass mit der entsprechenden Förderung und Ansprache in der benachbarten Pflegeeinrichtung rollstuhlnutzende BewohnerInnen wieder begonnen hätten, zu laufen und am Gemeinschaftsleben teilzunehmen, weshalb der Träger immer wieder versuche, Personen möglichst passgenau in andere Einrichtungen zu vermitteln (SiA22, 569-588).
5.1.9.4 Zwischenfazit: Versorgungslücken Tagesstruktur, Freizeit und Beschäftigung


5.2 Ambulante und stationäre medizinische Versorgung

Im Folgenden werden die aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse zu Angebotsstruktur und Zielsetzung, Zugängen sowie Inanspruchnahme und Problemen bei der medizinischen Versorgung älterer abhängigkeitserkrankter PatientInnen dargestellt. Einige Aspekte zur stationären Versorgung finden sich auch in den vorangegangenen Kapiteln zu Entzug (5.1.3) und Entwöhnung (5.1.4).

Angebotsstruktur und Zielsetzung


Im Modellcurriculum der Bundesärztekammer für die Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung, die für HausärztInnen verpflichtend ist, werden „Sucht und Abhängigkeit“ als Lerngebiet im Bereich der Psychischen Störungen vorgeschlagen (Bundesärztekammer 2001). Nach der S3-Leitlinie zum Screening, zur Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen besteht ein klinischer Konsens, dass Kurzinterventionen auch bei über 65-jährigen Menschen mit Alkoholproblemen angeboten werden sollten (AMWF 2016a, 13).\[^{30}\] Die S3-Leitlinie gibt umfassende Empfehlungen zur ambulanten und stationären medi-

\[^{30}\] Die S3-Leitlinie definiert Kurzinterventionen wie folgt: „Kurzinterventionen sind ein Weg, Menschen mit problematischem Alkoholkonsum in nicht-specialisierter Settings zu einer Trinkmengenreduktion oder ggf. zur Abstinenz zu motivieren. Unter Kurzinterventionen werden Interventionen verstanden, die (ohne Festlegung
zinischen Versorgung abhängigkeitserkrankter Menschen ab, darunter auch im Hinblick auf die Population älterer Menschen (AMWF 2016a, 272-287).

**Zugangswege**

Die medizinische Versorgung abhängigkeitserkrankter älterer Menschen wird in den Interviews insgesamt als schwierig eingeschätzt (SiA01, 770-785; SiA08, 340-342). Hierfür lassen sich Gründe auf Seiten des Versorgungssystems, aber auch Barrieren auf Seiten der Menschen mit Suchterkrankung identifizieren.

**Erreichbarkeit (fach-)ärztlicher Behandlung**

Strukturell wird im ambulanten Bereich die Ausstattung mit und Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzt/Innen in einigen Bezirken als mindestens angespannt beschrieben; die Folge seien teilweise lange Wartezeiten beim Besuch bestimmter Arztgruppen, insbesondere Neurolog/Innen, Psychiater/Innen oder Nervenärzt/Innen (SiA01, 770-785; SiA17, 463-465; SiA19, 407-421), und weite Wege für die Betroffenen. Gerade für ältere, mobilitätsbeeinträchtigte und abhängigkeitserkrankte Menschen sei der Weg durch die Stadt beschwerlich (SiA01, 776-777). Auch lange Wartezeiten in der Praxis werden teilweise als besonders anstrengend erlebt, wie ein Interviewpartner, der im betreuten Wohnen lebt, schildert (SiA24, 7-14). Häufig sei es nötig, die Betroffenen zum Arzt zu begleiten, weil die Bewilligung von Krankentransporten einen größeren bürokratischen Aufwand als früher bedeute, an enge Voraussetzungen gebunden sei und zudem länger im Vorhinein angemeldet werden müsse (SiA05, 47-51; SiA08, 249-258; SiA09, 722-727). Auch die Beratung langjährig vertrauter Ärzt/Innen kann einen Bruch in der Versorgung der Betroffenen bedeuten.

Ärztliche Behandlung zu finden, erweise sich mitunter insbesondere für diejenigen abhängigkeitserkrankten Menschen als schwierig,

„die jahrelang nicht mehr zum Arzt gegangen sind, aus Schamgefühl, und dann irgendwann wieder einen Arzt brauchen, weil sie eben irgendeinen Befundbericht brauchen für irgendeine Maßnahme. Und die haben dann eben auch ein Problem, einen Arzt zu finden.“ (SiA01, 780-784)

**Einstellungen, Ressourcen und Qualifizierung**

Neben strukturellen Aspekten können sich jedoch auch Einstellungen der Versorgungsakteure als Barriere für einen Zugang abhängigkeitserkrankter älterer Menschen zu Leistungen erweisen. So beschrieben mehrere Interviewpartner Vorbehalte, die sie innerhalb der medizinischen Profession, aber auch bei Sozialarbeiter/Innen oder Pflegekräften wahrgenommen
haben und die als Spiegel einer, wenngleich in den letzten Jahrzehnten zurückgegangenen, aber doch nach wie vor bestehenden Stigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen gelten können (Angermeyer et al. 2013). Es sei schwierig, TherapeutInnen zu finden, die ältere Menschen mit Suchterkrankung behandeln (SiA08, 340-342).

Hinweise auf solche Vorbehalte wurden in den Interviews immer wieder thematisiert. Mit Blick auf die stationäre Versorgung im Krankenhaus hat die Leiterin einer nichtabstinenzorientierten Wohneinrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte ältere Menschen mit Alkoholabhängigkeit die Erfahrung gemacht,

„dass die Haltung (...) in den Krankenhäusern diesem Klientel gegenüber moralisch wie auch medizinisch nicht besonders hochwertig ist.“ (SiA09, 727-729)

Sie führt diese Einschätzung u. a. auf ein Erlebnis zurück, bei dem sie von einem Krankenhaus erst drei Tage, nachdem der betreffende Bewohner der Einrichtung verstorben war, über den Tod informiert wurde, weil der Anruf vergessen wurde.

„Das würde bei einer privaten Person (...) eher nicht passieren, wenn da Verwandte sind. Es sind dann Leute eben, die, dann lesen die Heim oder Obdach und dann, ich weiß nicht, wie so was passieren kann, da ist sozusagen diese, ich wage mal zu behaupten, dass diese ethische und medizinische Haltung da ein Stück anders mitunter läuft auch unter den Ärzten oder stationär als wenn, wie gesagt, Sie im Krankenhaus liegen würden oder ich. Und das merk ich immer mehr.“ (SiA09, 731-737)

Manche HausärztInnen fühlen sich von der Behandlung alkoholabhängiger PatientInnen überfordert: Eine in der Studie „PSYTIA“ interviewte Hausärztin kommt in der Behandlung alkoholabhängiger Menschen an die Grenzen ihrer Möglichkeiten (PSY2F04, 4-5), „also das mit dem Alkohol, das - eigentlich kann man denen nicht helfen“ (PSY2F04, 40), und sieht sich nicht zuletzt durch die Erwartungen von Angehörigen ihrer alkoholabhängigen PatientInnen unter Druck gesetzt (PSY2F04, 16-19).

„(D)ie Angehörigen kommen dann immer zu mir und sagen zu mir: Warum schafft Sie es nicht, dass er nicht mehr trinkt? Hallo?! Hm? Ich?! – Ja, Sie müssen doch was tun! Sie müssen den einweisen. Ja, wenn der Patient nicht will, dann kann ich den gar nicht einweisen.“ (PSY2F04, 16-19)

Sie verweist stattdessen auf Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker (PSY2F04, 14-19). Eine weitere in der PSYTIA-Studie interviewte Hausärztin gibt an, dass sie zwar grundsätzlich Angebote wie Suchtberatungsstellen kenne, es ihr aber schwer falle, diese im Bedarfsfall zu benennen

„Aber klar, wenn man es akut weiß, dann fällt es - braucht, dann fällt es einem gerade auch immer nicht ein. Und muss dann doch mal noch mal nachgucken und so.“ (PSY2F11, 146-147)
Andererseits berichtet die ärztliche Leiterin einer Rehabilitationseinrichtung von HausärztIn-nen, die

„sich oft auch sehr abmühen mit den Suchtkranken, die dann ja auch teilweise be-trunken im Wartezimmer sitzen und dann da auch nicht wohlgelitten sind.“

(SiA17, 157-160)

Die Interviewpartnerin hofft, diesen HausärztInnen mit Fortbildungen zum Suchthilfesystem und insbesondere zur Entgiftung „immer wieder Mut zu machen“ und aufzeigen zu können, dass die Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe eine große Unterstützung in der Behandlung dieser PatientInnen bedeuten kann (SiA17, 151-168).

Deutlich wird, dass die Akteure des medizinischen Versorgungssystems in der Versorgung abhängigkeitserkrankter älterer Menschen mit Herausforderungen konfrontiert sind, für die sie entsprechend ausgebildet und ausgestattet sein sollten.

**Mobilitäts- und andere Beeinträchtigungen**

Auf sich allein gestellt, kann es für ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sehr schwer sein, die beschriebenen strukturellen und einstellungsbezogenen Barrieren zu überwinden. Mobilitätsbeeinträchtigungen, häufig auch knappe finanzielle Mittel, eine aufgrund von Scham oder selbstdadigenden Tendenzen geringe Motivation, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder auch die Folgen von Beikonsum kommen bei manchen Betroffenen mit Problemen in der Alltagsorganisation zusammen, was beispielsweise die Einhaltung von Terminen stark erschweren kann (SiA05, 297-309; SiA24, 75-76; 130-135).

Potenzielle Barrieren beim Zugang zu einer bedarfsgerichteten Versorgung werden von dem interviewten Sozialarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes in der ablehnenden Haltung von KlientInnen gegenüber Hilfen gesehen (SiA08, 233-247)31 sowie in fehlenden Zugangs-möglichkeiten zu ÄrztInnen und TherapeutInnen, die aufgrund von somatischen Beschwer- den oder den Folgen des Alkoholkonsums nicht selbstständig aufgesucht werden können. Gleichzeitig bestehen Hürden, um eine Begleitung des Arztbesuches sicherzustellen, indem zunächst die Einwilligung durch den Kostenträger einzuholen ist, der sich zudem in manchen Fällen für nicht zuständig erklären und stattdessen auf einen anderen Kostenträger verweise (SiA08, 249-268). Mobilitätshilfedienste können eine Hilfe sein, sofern sie ausreichend umfangreich und routiniert vermittelt werden (SiA08, 249-268).

Barrieren beim Zugang zur ärztlichen Versorgung können wiederum zu einer Verschlechte- rung des Gesundheitszustandes bis hin zu schweren gesundheitlichen Krisen führen, welche dann Notfalleinweisungen und möglicherweise auch einen – allerdings sehr späten – Zugang in das System der Suchthilfe nach sich ziehen.

---

31 Es zeigt sich, wie sensibel die Balance zwischen Träger- und Betroffeneninteressen ist: Betroffene sind häufig auf die Leistungen von Trägern im Rahmen der Vorgaben des Leistungssystems angewiesen, obgleich diese mitunter eine Psychiatrisierung und Stigmatisierung des eigenen Lebens mit sich bringen.
Psychosoziale Begleitung und Betreuung

Leistungen der psychosozialen Begleitung und Betreuung können den Zugang zur medizinischen Versorgung verbessern, beispielsweise wenn Betroffene im Rahmen eines Betreuten Einzelwohnens motiviert werden, Arzttermine auch wahrzunehmen (SiA05, 47-51; 297-309):

„Wir kümmern uns um die Gesundheit. Viele sind schon lange nicht mehr beim Arzt gewesen, die wir aufnehmen. Wir begleiten sie dort hin, vermitteln, übersetzen auch ein bisschen, ja, sprechen für diejenigen, begleiten zu Ämtern initiieren Krankenhauseinweisungen.” (SiA05, 47-51)

Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme

Weitervermittlung in Angebote der Suchthilfe

Haus- und FachärztInnen wird von den befragten InterviewpartnerInnen eine wichtige und weiter zu stärkende Rolle mit Blick auf den Umgang insbesondere später erkranker älterer abhängigkeitserkranker Menschen (late-onset) mit ihrer Erkrankung und für deren Zugang zum Suchthilfesystem zugeschrieben (SiA12, 45-51; 216-232; SiA17, 354-365). PatientInnen seien bei ihnen weniger gehemmt, Suchtprobleme anzusprechen (SiA07, 261-264). Manche HausärztInnen vermitteln bereits in weiterführende Einrichtungen (SiA17, 163-164). Voraussetzung hierfür ist, dass sie entsprechende Hinweise auf eine Abhängigkeitserkrankung erkennen und in einer für den oder die PatientIn jeweils angemessenen Weise artikulieren und beispielsweise durch motivierende Gesprächsführung bearbeiten.

Eine suchtsensible Ansprache im Zuge von Krankenhausaufenthalten kann ebenfalls Zugänge zu Leistungen der Suchthilfe eröffnen (SiA03, 76-110; SiA05, 98-124; SiA17, 136-156). In zwei Interviews wurde berichtet, dass die suchtmedizinische bzw. -therapeutische Expertise auf Stationen allerdings häufig nicht aufsuchend angeboten werde, sondern von StationsärztInnen gezielt angefordert werden müsse (SiA01, 624-633; SiA03, 76-110). Angebotene Suchtkonsile würden wiederum nur selten in Anspruch genommen (SiA03, 76-110). Dies ist insofern problematisch, als ältere Abhängigkeitserkrankte häufig nach Komplikationen wie Magenproblemen oder Stürzen auf somatischen Stationen eingewiesen werden, auf denen eine Entgiftung stattfinde, diese jedoch häufig nicht für weitere Ansprache, Motivierung und Vermittlung genutzt werde, obgleich dies aussichtsreich sei (SiA17, 143-151; 177-191). Um auch ältere Menschen mit einer late-onset-Abhängigkeit zu erreichen, sollte die Ansprache zudem mit Rücksicht auf die starke Stigmatisierung der Thematik behutsam erfolgen; vielversprechend sind beispielsweise die Kontaktaufnahme durch eine selbst ältere Person, die zudem auf ein spezifisches Angebot für Ältere hinweisen kann (vgl. SiA01, 624-633).

Einer der abstinent lebenden, alkoholabhängigen Interviewpartner (late-onset) bestätigt die in niedergelassene ÄrztInnen gesetzten Hoffnungen. Er schildert, wie er mit der Unterstützung seiner Hausärztin, die ihm zunächst auf seinen anhaltenden Gewichtsverlust angesprochen habe, zur Entgiftung gekommen sei (SiA25, 63-67):
„Meine Hausärztin, die sagte dann zu mir, „Wissen Sie was, (...) das ist zu viel mit dem Alkohol was Sie trinken, ich möchte Sie einweisen zum Entzug“.“ (SiA25, 7-9)

Der Interviewpartner berichtet weiter, dass die Hausärztin mit der Entgiftungsklinik telefoniert habe und er bereits zwei Tage später aufgenommen worden sei (SiA25, 188-201).

In anderen Fällen sind die Wege verschlungenener und müssen mehr Etappen genommen werden: Eine Interviewpartnerin berichtet, dass sie während ihrer Alkoholabhängigkeit einen ambulanten Entzug zwar erwogen, diesen dann jedoch verworfen habe, weil ihr die Klinik zu weit entfernt lag. Im Zuge einer Operation, bei der sie niemand auf die Abhängigkeit ansprach, habe sie dann kalt entzogen und im Anschluss mit ihrer Hausärztin über den Alkoholkonsum gesprochen. Die Hausärztin habe sie wiederum an eine Neurologin überwiesen, die ihr eine Gesprächsgruppe für SeniorInnen mit (überwundener) Alkoholabhängigkeit empfohlen habe, an der die Interviewpartnerin noch immer teilnehme. Zudem frage die Neurologin regelmäßig nach, ob die Interviewpartnerin auch nicht mehr trinke (SiA26, 6-11; 17-22; 779-82).

Qualifizierung und Sensibilisierung
ÄrztInnen können aufgrund der oft langjährig bestehenden vertrauensvollen Beziehungen zu PatientInnen eine wichtige Rolle dabei spielen, ältere Menschen frühzeitig und sensibel auf einen möglicherweise problematischen Alkoholkonsum oder eine Abhängigkeit anzusprechen und zu einer Reduzierung des Konsums oder auch zu Maßnahmen wie Entgiftung, Therapie oder Selbsthilfegruppe zu motivieren (vgl. AMWF 2016, 339).

Vor dem Hintergrund, dass Abhängigkeitserkrankungen jedoch oftmals erst spät erkannt und/oder behandelt werden, plädieren die interviewten Fachleute aus der Suchthilfe vor allem dafür, dass MedizinerInnen noch stärker dafür sensibilisiert und qualifiziert werden müssten, Risikokonsum oder Abhängigkeiten zu erkennen, im Sinne einer motivierenden Gesprächsführung zu thematisieren und ggf. in passende Angebote weiterzuvermitteln, beispielsweise durch die Einweisung auf Entgiftungsstationen (SiA12, 216-232; SiA14, 223-230; SiA15, 425-532; SiA17, 151-157; 677-680).

Praxisorganisatorische und systemstrukturelle Voraussetzungen für eine Stärkung dieser hausärztlichen Funktion – beispielsweise die je PatientIn zur Verfügung stehende Zeit, die Vergütung für Aktivitäten zur Vernetzung oder die Verfügbarkeit freier Plätze in Angeboten der möglichen Anschlussversorgung – haben die InterviewpartnerInnen bei ihren Empfehlungen kaum im Blick.

Psychotherapie
Umständen wenig hilfreich oder aussichtsreich“ sei, psychotherapeutisch zu arbeiten (SiA19, 422-435). Sie erwägt jedoch, ob hinter diesen rationalen Argumenten in manchen Fällen auch die Vermeidung der als herausfordernd empfundenen Klientel liegen könne (SiA19, 422-435).

„Ich bin mir nicht sicher, ob es immer so sein müsste, ich hab so ein bisschen den Eindruck, dass da auch manchmal eine Rosinenpickerei stattfindet, weil Suchtkranke sind eben auch ein schwierigeres Klientel, ist einfach so. Und sie konfrontieren viel mit sich selbst und mit eigenen Verhaltensweisen im Umgang mit Suchtmitteln und so weiter und so fort. Auch das könnte mit eine Rolle spielen, unbewusst zumindest.“ (SiA19, 422-435)

Pharmakologische Behandlung
Eine besondere Herausforderung in der Versorgung abhängigkeitserkrankter älterer Menschen stellt deren adäquate pharmakologische Behandlung dar. In verschiedenen Interviews wird auf der Basis alltäglicher Versorgungserfahrungen vermutet, dass es manchen MedizinerInnen an entsprechenden psychopharmakologischen Kompetenzen fehle bzw. bestimmte Notwendigkeiten in der Versorgung wenig im Blick seien (SiA04, 476-524; SiA17, 61-66). So vermerkt die Leiterin einer ambulanten Therapieeinrichtung häufig Anrufe von ÄrztInnen, die fragten, was sie ihren suchterkrankten PatientInnen verschreiben sollten (SiA04, 476-524). Die Interviewpartnerin sieht sich diesbezüglich nicht in einer beratenden Rolle, sondern erwartet von den ÄrztInnen mehr Eigenständigkeit. Aus einem übergreifenden Blick auf das Versorgungssystem scheint es hingegen positiv, dass ÄrztInnen von sich aus Rücksprache und Beratung suchen – erfüllen sie damit doch ein in versorgungspolitischen Debatten häufig an sie herangetragenes Desiderat.

Stationäre Wohnangebote
In stationären Wohnangeboten besteht die Herausforderung, Hausbesuche zu gewährleisten; eine Interviewpartnerin berichtete, mit einer niedergelassenen Hausärztin sowie – insbesondere zur Versorgung derjenigen mit Doppeldiagnosen – dem Einzugskrankenhaus zu kooperieren (SiA09, 180-184; 712-716). Diese Interviewpartnerin berichtete darüber hinaus, mit dem nicht-abstinenten Konzept ihrer Einrichtung auf Ablehnung gestoßen zu sein (SiA09, 716-722). Gefragt danach, wo weitere Kooperationen bestünden, und was wichtige Schnittstellen seien, antwortet sie:

„Im Grunde genommen ist die größte Schnittstelle wirklich das (Krankenhaus), wo die Ärzte teilweise auch hier herkommen, und die Psychiater, die Hausärztin hier im Ort, die wirklich seit 20 Jahren hier in der Wohngemeinde die Menschen allgemeinmedizinisch betreut, was ich ihr sehr hoch anrechne, ich hoffe, sie geht noch nicht bald in Rente, sie kommt ein bis zweimal die Woche hier her und guckt sich die Leute in der Wohngemeinde an, da hab ich auch damals viele Vorurteile von anderen Allgemeinmedizinern gefunden, die nicht bereit waren, die alkoholkranke Leute hier zu betreuen, weil sie dieses Konzept nicht, ethisch oder nicht ärztlich so richtig vertreten konnten und zu mir gesagt haben, ich sollte nochmal gucken, ob
ich nochmal einen anderen Arzt finde, da sie auch keine Hausbesuche machen wollen und im Ernstfall brauche ich jemanden, der Hausbesuche auch macht, wenn die Leute nicht mehr in der Lage sein sollten, den Gang zum Arzt zu schaffen körperlich.“ (SiA09, 710-722)

Die Leiterin eines Betreuten Einzelwohnens berichtet, dass durch niedergelassene ÄrztInnen zwar keinerlei Vermittlung in ihre Einrichtung stattfindet; jedoch funktioniere die Zusammenarbeit im Hinblick auf KlientInnen, die bereits im Betreuten Einzelwohnen seien, sehr gut (SiA05, 144-156).

Substitution

„Die (Substituierten) haben meistens ne gewisse Scheu davor, zu Fachärzten zu gehen, die Fachärzte, wenn sie mitkriegen, mit wem sie es zu tun haben, sind auch manchmal ein bisschen mit Vorbehalten unterwegs, dann klappt was nicht gleich und dann heißt es, ich hab es gleich gewusst (...). Also wir sind Übersetzer und Vermittler häufig in solchen Geschichten oder begleiten Leute einfach da hin oder bis dahin, dass wir mit anderen Ärzten Kooperationen pflegen und sagen, ah ich hab wieder jemanden, sie erinnern sich, mit Herrn X. haben wir das gut gekriegt, wir begleiten wieder beim ersten Mal usw., das wir einfach durch das wie wir die fachärztliche Behandlung anbahnen die Hürden runternehmen. Das dient allen Seiten, der Facharzt ist eher bereit, die Leute zu behandeln und unsere Leute kommen überhaupt erst mal an“. (SiA02, 165-179)

Die Mitwirkung der PatientInnen bleibt zwar notwendig; aber die PSB kann beispielsweise durch telefonische Erinnerungen und ähnliches die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Betroffenen vereinbarte Termine auch wahrnehmen (SiA02, 391-396).

Wohnungslosigkeit
Auch der Mitarbeiter einer Unterkunft für wohnungslose Menschen sieht in der medizinischen Versorgung „natürlich ein ganz großes Thema“ (SiA22, 824-845). Die Einrichtung kooperiert mit zwei AllgemeinmedizinerInnen, die unter Einbeziehung einer Krankenschwester
des im Haus versorgenden ambulanten Pflegedienstes eine regelmäßige Sprechstunde vor Ort abhalten (SiA22, 824-845). Die fachärztliche Versorgung zu organisieren sei arbeits- und personalaufwändig, insbesondere, wenn Besuche begleitet werden müssen, ließe sie sich mit den vorhandenen Möglichkeiten nur schwer sicherstellen (SiA22, 845-853):

„Wir haben jetzt einen Bewohner, der schon ganz lange bei uns ist und jetzt ein ganz schlimmes neurologisches Problem hat, der muss jetzt zur Abklärung in die neurologische Ambulanz ins Krankenhaus (Name), das ist fast (nennt Randbezirk) unten. Das hilft nichts, da müssen wir ihn begleiten, ja? Das ist also oft sehr aufwändig, weil das ist Stunden, kostet Stunden und wenn dann noch einer krank ist und einer im Urlaub ist, wir können ja auch nicht die ganzen Bewohner hier auch alleine lassen, das geht ja nicht“. (SiA22, 845-853)

Chronische Abhängigkeit und fehlende Abstinenz


Das Beispiel dieses Interviewpartners zeigt, dass es an Haus- und FachärztInnen fehlt, die nicht abstinent lebende Abhängige versorgen, bzw. dass diese, wo vorhanden, von den Betroffenen mitunter nur schwer und nach teilweise jahrelanger Suche gefunden werden.
5.2.1.1 Zwischenfazit Versorgungslücken medizinische Versorgung

5.3 Altenhilfe und Pflege

5.3.1 Offene Altenhilfe

5.3.1.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung
Die Bezirke weisen teilweise große Unterschiede hinsichtlich der Breite, Anzahl und Trägerschaft ihrer Angebote der offenen Altenhilfe auf. Während manche Bezirke noch selbst Kiezclubs, Seniorenfreizeitstätten oder -treffs finanzieren, haben andere Bezirke diesen Tätigkeitsbereich ganz in die Verantwortung freier Träger übergeben, welche wiederum mit unterschiedlicher finanzieller und personeller Ausstattung unterschiedlich umfangreiche Angebote machen.

Je nach Alter und Erwerbsbiografie sind für ältere Abhängige Arbeit, Beschäftigung oder aber andere Möglichkeiten der Tagesstrukturierung und Gestaltung der freien Zeit von großer Bedeutung.

Im Falle der Alkoholabhängigkeit stellt sich für die Betroffenen die Frage, wie sie abstinent leben und gleichzeitig „normal“ teilhaben können. Ein soziales Umfeld, in dem Abstinenz unhinterfragt akzeptiert wird, kann Betroffenen eine abstinent Lebenseweise erleichtern.
Nach Einschätzung einer Interviewpartnerin aus der ambulanten Alkohol- und Drogentherapie fehle es an Orten und Veranstaltungen (Musik, Tanz), bei denen kein Alkohol konsumiert wird (SiA04, 323-329).

Ein Interviewpartner aus der Suchthilfe koordination berichtet über eine im Bezirk existierende offene Gruppe für alkoholabhängige ältere Menschen, die jedoch wenig bekannt und für viele Ältere nicht wohnortnah zu erreichen sei; zudem sei die Gruppe eingespielt, so dass Neuen ein Hinzukommen womöglich schwer falle. All dies seien Barrieren für die Inspruchnahme, obwohl der Ort per Straßenbahn gut angebunden sei (SiA20, 506-514).

Die leitende Oberärztin einer suchtmedizinischen Abteilung sieht einen Bedarf, in bezirklichen Stadtteileinrichtungen Gruppen für abhängige und suchtgefährdete ältere Menschen anzubieten, denen sie im Prinzip die Funktion einer altersspezifischen Suchtberatung zuweist. Dort könnten Betroffene über Abhängigkeitserkrankungen und ihre Behandlung aufgeklärt werden und Hilfsangebote erhalten (SiA17, 668-680).

5.3.1.2 Zugangswege


„B1: In den Stadtteilzentren, wo ja eigentlich die offene Altenarbeit u. a. stattfindet, die sagen mir natürlich auch klipp und klar, ich will keine Säufer hier drin haben. Und wenn die denn vor der Tür sitzen und aufs Klo kommen, da laufen sie immer durch die Veranstaltung (...) nicht ganz zielsicher, das ist natürlich immer mit Theater verbunden. B2: Wenn ich Trinker bin, dann würde ich auch nicht in so ein Stadtteilzentrum gehen, weil ich hätte ja Angst, man würde mir das anmerken, also ich würde das meiden. Denn treff ich mich doch lieber unter meinesgleichen.“ (SiA20, 498-506)

Gleichzeitig haben Angebote der Suchthilfe insgesamt eher wenig Kontakt mit den allgemeinen Strukturen der offenen Altenhilfe. Besonders ausgeprägt scheint die Kluft zwischen offener Altenhilfe und Wohn- und Betreuungsangeboten für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte zu sein. Die Leiterin einer Einrichtung des betreuten Wohnens für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige, vorwiegend im Alkoholbereich, schildert, dass sich die Klienten, die sie betreut, ob konsumierend oder abstinent,

„in der Regel (...) sich trotzdem nicht in diese (überlegt) – na wie sagt man – normalen Gruppen integrieren möchten. (...) Also sie schaffen schlecht die Anknüpfung an diese so vielen normalen Leute, die da sitzen. Zumindest ist es die Erfahrung, die wir mit unseren Klienten bis jetzt hatten. Möglich ist das bestimmt mit einigen, die das schaffen, die gesellig genug sind und auch nicht das Gefühl ha-
ben, dass sie irgendwie (überlegend lachend:) komischer sind als die anderen so, ja." (SiA05, 661-676).

5.3.1.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen

Die Rückmeldungen über die Inanspruchnahme von Angeboten der Offenen Altenhilfe bzw. von Teilhabeangeboten oder in Stadtteilzentren deuten sowohl auf Unterschiede zwischen Bezirken als auch auf Unterschiede zwischen Einrichtungen hin.


Konfliktvermeidendes Zulassen von Konsum

Die Leiterin eines von unterschiedlichen Gruppen bereits seit vielen Jahren eigenständig genutzten Stadtteiltreffs, sieht weder Möglichkeit noch Notwendigkeit im Hinblick auf den Alkoholkonsum einiger Gäste eingreifen; wenn, dann seien die jeweiligen GruppenleiterInnen für das Thema Sucht zu sensibilisieren (SiA07, 100-109). Andererseits würde dies die betreffenden Gruppen möglicherweise verprellen und Widerstände wecken, welche die Leiterin der Einrichtung, die auf eine Öffnung der Einrichtung in die Nachbarschaft hinarbeiten, vermeiden möchte (SiA07, 110-122).

„Ja, für mich auch immer das Ziel Nr. 1 ist, auch für die Nachbarn da zu sein, auch für die Mitarbeiter, die ja häufig auch ne Langzeitarbeitslosigkeit hinter sich haben und dann, wenn das so ein geschlossener Treffpunkt ist, wo es keine Begegnung zwischen Generationen, zwischen Kulturen gibt, also das ist eigentlich der Auftrag, den ich da sehe, Begegnungsort für Alt und Jung, Arm und Reich, Altberrinern und neu Zugezogenen zu schaffen. Also wenn das nicht stattfindet und das so wahrgenommen wird als nur: „da gehen wir billig einen heben‘ hat man halt das Gefühl, wir werden der Aufgabe nicht gerecht. Da ist natürlich die Frage, was macht man, verprellt man die Leute. Und schafft sich dadurch mehr Widerstand. Oder man lässt das halt so auslaufen und versucht nebenbei halt dann so einen offenen Treffpunkt zu etablieren.“ (SiA07, 110-122)
Die Interviewpartnerin sieht jedoch bereits, dass mit einer solchen Öffnung Fragen nach dem tatsächlichen Ausmaß der Offenheit aufkommen würden:

„Dann wird es wieder interessant, weil offener Treffpunkt, natürlich lädt der denn auch Leute ein, die holt so ein bisschen irgendwo an der Straßenecke sitzen, mal reinzukommen. Und da wird’s dann spannend sein zu sehen, wie reagiert man aufeinander, in wie weit ist man offen, an welchen Stellen sagt man, naja, wir sind bedingt offen, für sie gibt’s ein paar Straßen weiter ne Einrichtung. Ich denke in Zukunft wird das ein Thema sein.“ (SiA07, 110-128)

Solche Fragen stellen sich der Einrichtungsleiterin insbesondere im Hinblick auf Wohnungslose. Zwar kennt sie selbst die Unterstützungseinrichtungen im weiteren Umfeld ihrer Einrichtung. Im Alltag fehlte es ihr bisher jedoch an der Zeit, diese Informationen an die MitarbeiterInnen weiterzugeben und auch, beispielsweise in Rollenspielen, einzuüben, wie den Betroffenen diese Möglichkeit vermittelt werden kann. Ihrer Erfahrung nach ist es für die Vermittlung auch hilfreich, die Einrichtungen einmal selbst besucht und MitarbeiterInnen kennen gelernt zu haben, weil man überzeugter vermitteln könne, wenn man das Angebot persönlich kennt (SiA07, 129-153).

**Akzeptierende Thematisierung von Konsum und Ermöglichung von Abstinenz**

Eine andere Interviewpartnerin ist Koordinatorin einer Stadtteileinrichtung, in der unterschiedliche Beratungs-, Teilhabe- und Dienstleistungsangebote für Seniorinnen und Senioren ihren Standort haben, und die viel von BewohnerInnen des benachbarten Seniorenwohnhauses genutzt wird. Auch eine Alkoholberatungsstelle unterhält Sprechstunden in dem Haus, und ein wöchentliches Treffen einer Gruppe trockener Alkoholiker, die starken Zulauf hätten (SiA06, 238-250).


Die Interviewpartnerin betont, dass diese nicht-repressive Herangehensweise wichtig gewesen sei, um keine BesucherInnen zu verlieren. Die Entscheidung, die Einrichtung rauchfrei zu
machen, habe ebenfalls deshalb nicht zum Verlust von Gästen geführt, weil vor dem Haus Sitzgelegenheiten für die RaucherInnen geschaffen wurden.

Ergänzt werden solche Aktivitäten durch beiläufige Gesundheitshinweise im Alltag:

„Weil wir auch darauf hinweisen, dass es einfach für ihre Medikamente auch besser ist, wenn sie davon wegkommen, dass sie einfach wirklich die Medikamente nicht mit einem Klaren, sondern mit Wasser nehmen usw. (…) Aber wir sehen das nicht so als Projekt an, das ist einfach, in unserer Arbeit fließt das einfach so ein.“

(SiA06, 67-71)


In Einzelfällen, in denen BesucherInnen signalisieren, dass sie Hilfe benötigen, seien gute Erfolge möglich (SiA06, 461-467). Die Ansprache werde den Betroffenen erleichtert durch die offene Tür, Offenheit in Bezug auf die Thematik und die grundsätzliche Bereitschaft zu einem auch vertraulichen Gespräch (SiA06, 468-484). Ihr Hinweis, im Falle einer möglichen Suchtproblematik wende sie sich an die SozialarbeiterInnen im benachbarten Pflegestützpunkt (SiA06, 102-108), überrascht allerdings und verdeutlicht den engen Bezug der Interviewpartnerin zur Altenhilfe. Hilfreicher wäre, könnte sie in ein Angebot der Suchtberatung verweisen, welches sich speziell an ältere Menschen richtet. Ein solches Angebot fehlt allerdings in dem Bezirk, in dem ihre Einrichtung liegt (ist aber in der Suchthilferegion vorhanden).

Neben der auf einen bewussten Konsum ausgerichteten Bewirtschaftungsstrategie fällt insgesamt auf, dass die Interviewpartnerin die Suchtthematik auch sonst im Blick hat und beispielsweise Mitarbeitende mit problematischem Konsum anspricht (SiA06, 135-176; 196-225).

Ähnlich wie die weitere von uns interviewte Einrichtungsleiterin steht auch die interviewte Koordinatorin vor der Herausforderung, parallel zu dem Betrieb mit den derzeitigen, das Haus bereits langjährig nutzenden Gruppen, eine weitere Öffnung in den umliegenden Kiez und für weitere Zielgruppen anzustoßen (SiA06, 428-434).

5.3.1.4 Zwischenfazit Versorgungslücken offene Altenhilfe
Treffs und Veranstaltungen, bei denen kein Alkohol konsumiert wird, fehlt es, ebenso wie Gruppen, die sich an alkoholabhängige ältere Menschen richten, zumindest teilweise an Bekanntheit. Nicht immer sind sie zudem wohntnah und barrierefrei erreichbar. Genauer untersucht werden müsste, ob die vorhandenen Angebote inhaltlich den Interessen älterer Suchtmittelabhängiger entsprechen. Stadtteiltreffs werden bisher nur in Ausnahmefällen genutzt, um ältere Menschen über einen verantwortlichen Suchtmittelkonsum (Prävention),

5.3.2 Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte


Das Thema Sucht taucht in der Arbeit der Pflegestützpunkte meist im Rahmen des Case Managements auf, wo die Suchtproblematik eher im Zusammenhang mit anderen Themen „heraus“ kommt oder sichtbar wird, beispielweise bei der Abklärung der medikamentösen Versorgungssituation oder weil die Folgen – beispielsweise häufige Stürze – sichtbar werden (SiA11a, 14-22; SiA13, 5-11). Bei Hausbesuchen schaue „man ja nicht in den Schrank“ (SiA11a, 27-31). Zu dem Thema würden auch kaum bis gar keine direkten Anfragen gestellt (SiA11a, 1-35; SiA11b, 50-52; SiA15, 150-159). Gelegentlich fielen BeraterInnen in Beratungssituationen leere Alkoholflaschen auf oder dass pflegende Angehörige nach Alkohol riechen oder das Thema anrissen, ohne wirklich darüber zu sprechen (SiA12, 1-7). Eine mögliche Suchtproblematik werde von den BeraterInnen dennoch nur angesprochen, wenn die ratsuchende Person dies explizit wünscht (SiA11b, 50-55). Die Thematik schwingt eher „versteckt mit“ und komme insgesamt selten vor (SiA11b, 60-61).

Eine andere Pflegestützpunktmitarbeiterin berichtet ebenfalls von ihrem eher zurückhaltenden Vorgehen. So sehe sie zwar die Notwendigkeit, einzugehen, „wenn die pflegenden Angehörigen berichten, dass die Pflegebedürftigen (…) ihrer Meinung nach zu viele Suchtmittel konsumieren“, was aber in der Praxis kaum, und dann nur im Rahmen von Case Management geschehe (SiA12, 8-13). Im Falle indirekter Signale plädiert sie dafür, im Team die Bedeutung der Signale zu prüfen und fachlich abzuwägen, ob das Thema angesprochen werden soll (SiA12, 14-19). „damit die PflegeberaterInnen nicht fälschlicherweise etwas vorschlagen, dass diejenigen völlig schockiert“ (SiA12, 62-63) und beschreibt, wie die Ansprache, evtl. nach einem Folgetermin (SiA12, 65) möglichst vorsichtig geschehen kann (SiA12, 45-55). Bei direkten Signalen sei es wichtig, die Thematik auf jeden Fall anzusprechen (SiA12, 20-24).

„Und abends trink ich dann meine Bierchen’, dann geht bei den BeraterInnen die rote Lampe an, um dann, nachdem man zunächst Entlastungsmöglichkeiten aufgezeigt hat, anzudeuten, dass ein Gespräch mit dem Hausarzt vielleicht nicht ver-
kehrt wäre, weil Alkohol im zunehmenden Lebensalter anders wirkt und nicht
mehr so gut vertragen wird wie früher, und über eine Sensibilisierung den Ange-
hörigen zu ermuntern, das Gespräch darüber auch mit dem Hausarzt zu suchen.
Denn es gibt sehr positive Statistiken über Erfolge, wenn Hausärzte das anspre-
chen, sofern es nicht schon eine erhebliche Abhängigkeit ist, aber wo es schon ge-
fährdender Konsum ist, wo die Menschen durch die ärztliche Unterstützung und
das Aufzeigen der Gefahren häufig auch ihr Verhalten schon wieder ändern.“
(SiA12, 45-55)

Der Fokus der Beratung liege auf der Unterstützung in der Pflegesituation; eine womöglich
zuvor schon „drumherum“ entwickelte Problematik, „nämlich der riskante Konsum oder auch
schon eine jahrelange Abhängigkeit oder anderes, das ist erst der zweite Themenfokus“
(SiA12, 72-75). Auch Angehörige, die Alkohol thematisieren, seien eher bestrebt,
„den Alltag zu regeln als jetzt die Sucht als solche zum Thema zu machen und sich
da nochmal eine gezielte Beratung zu holen, das ist eher selten, eher vielleicht
nochmal eine Selbsthilfegruppe, so etwas. Also, das ist auch selten natürlich
Thema. Aber das ist schon eher nochmal, dass so etwas nachgefragt wird. Ja, also
ich glaub Zugang, zumindest über uns, ganz- also eher nicht mit uns verbunden,
das Thema, würde ich sagen. Das ist ein Begleitthema.“ (SiA14, 197-205)

Falls sich suchtspezifischer Handlungsbedarf ergäbe, seien dem Pflegestützpunkt dank der
Schulung zur suchtspezifischen Pflegeberatung die notwendigen Ansprechpartner bekannt
(SiA11a, 23-26). Für die Vermittlung in Leistungen der Eingliederungshilfe müssten Fälle al-
lerdings dem bezirklichen Steuerungsgremium vorgestellt werden, was lange dauere
(SiA11b, 43-49).

Zur Schulung der Mitarbeitenden der Berliner Pflegestützpunkte wurde von der AOK Nordost
und der Fachstelle für Suchtprävention eine eintägige Qualifizierung „Suchtsensible Pflege-
beratung“ entwickelt. Ziel war eine Sensibilisierung der in der Beratung Tätigen, die in ihrer
Lotsenfunktion gestärkt werden sollten, ohne sie angesichts der bereits existierenden Fülle
an Aufgaben und Zielgruppen zu überfordern (SiA15, 13-22) – ein Prozess, der nur allmählich
vonstattengehen kann (vgl. auch Kapitel 5.3.2).

5.3.2.1 Zwischenfazit Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte

Die Potenziale der Pflegestützpunkte für die Ansprache und ggf. Vermittlung in die Suchthilfe
sind noch nicht ausgeschöpft. Vor dem Hintergrund der wahrgenommenen eigenen Ferne
der PSP zum Thema „Sucht im Alter“ scheint die eingeschlagene Strategie einer Sensibilisie-
rung für die Thematik sinnvoll. Das Beispiel der Bezirke, in denen Sucht im Alter im geront-
opsychiatrischen Verbund stark thematisiert wird, zeigt die Potenziale solch verstärkter
Vernetzungsbemühungen zwischen Alten- und Suchthilfe. Die Ergebnisse deuten darauf hin,
dass die Thematisierung von Sucht im Alter zusammen mit Aktivitäten der Qualifizierung,
Beratung und Vernetzung Zugangsbarrieren vermindern kann, die in der kulturellen und per-
sonellen Distanz zwischen Alten- und Suchthilfe begründet sind.
5.3.3 Ambulante und stationäre Pflege

5.3.3.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung

Gemäß §2 Abs. 1 SGB XI sollen die Leistungen der Pflegeversicherung „den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.“ (§2 Abs. 1 SGB XI)

Als pflegebedürftig gelten Personen, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (…) der Hilfe bedürfen.“ (§14 Abs. 1 SGB XI)

Pflegebedürftige werden nach dem Grad ihres Hilfebedarfs einer von drei Pflegestufen (ab 01.01.2017 einem von fünf Pflegegraden) zugeordnet (vgl. §15 bzw. §17 SGB XI).

Laut Pflegestatistik gab es im Jahr 2013 32 567 ambulante Pflegedienste in Berlin, durch die 27.769 Pflegebedürftige betreut wurden; knapp 60% der Pflegebedürftigen waren in die Pflegestufe I eingestuft, 31% in Pflegestufe II und 10% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen hatten Pflegestufe III (Statistisches Bundesamt 2016a, 6, 8). Für das Jahr 2013 33 weist die Statistik für Berlin 378 stationäre Pflegeheime für ältere Menschen, Behinderte, psychisch Kranke, Schwerkranke und Sterbende mit insgesamt 33.854 Plätzen aus (inklusive Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege) (Statistisches Bundesamt 2016b).


Nach Einschätzung einer Interviewpartnerin, die die Entwicklung der Schulung mit initiert hat, verfügen nur sehr wenige stationäre Pflegeeinrichtungen über eine Konzeption zum Umgang mit Alkohol.

33 Stichtag 15.12.2013
34 Die Leiterin eines Betreuten Einzelwohnens hat die Erfahrung gemacht, dass bei manchen Anbietern, die eine entsprechende Spezialisierung angeben, diese auch so wahrnehmbar sei; bei anderen sei das hingegen nicht der Fall (SiA05, 364-367).
Es gebe einige wenige Pflegeeinrichtungen in Berlin, die auf KonsumentInnen illegaler Drogen eingestellt seien, die „im normalen Pflegeheim“ nur selten bzw. wenn dann häufig nur übergangsweise „ankommen“ (SiA02, 323-339).


5.3.3.2 Zugangswege in die ambulante Pflege

Für den Zugang älterer alkoholabhängiger PatientInnen zu ambulanten Pflegeleistungen spielt die Suchthilfe, so die Erfahrung des interviewten Sozialarbeiters eines ambulanten Pflegedienstes, bisher eher eine geringe Rolle. Hauptansprechpartner, wenn es um eine neue Versorgung oder Beratung potenzieller KlientInnen gehe, seien die Sozialpsychiatrischen Dienste (SiA08, 44-52). Auch von Pflegestützpunkten erhält der Interviewpartner regelmäßig Anfragen (SiA08, 55-59).

Die Interviews deuten auf Unterschiede im Zugang zu ambulanter pflegerischer Versorgung für ältere Menschen mit einer early- bzw. late-onset-Abhängigkeit hin. So erfolge insbesondere bei den schwerer Betroffenen (early-onset) der Zugang zu pflegerischen Leistungen häufig erst im Zuge einer krisenhaften Entwicklung (SiA08, 26-33, 52-54).

„Tatsächlich hat man das Gefühl, dass der Personenkreis so ein bisschen durch das Hilfesystem durchfällt und die Leute, wenn wir da ne Anfrage bekommen schon meist ziemlich hilflos (sind) und starke körperliche Einschränkungen haben. Und oftmals ist der Sozialpsychiatrische Dienst ein wichtiger Ansprechpartner für uns, die dann meist gerufen werden auch von der Polizei, irgendwie mit hinzugezogen werden, wenn jemand hilflos aufgefunden wird oder wenn klar wird, jemand in ner verwahrlosten Wohnung oder so und dann wird ne Hilfe notwendig.“ (SiA08, 26-33)

Mit Blick auf ältere, nicht abstinent lebende alkoholabhängige Menschen, die erst im hohen Alter abhängig werden (late-onset), vermutet die Leiterin einer Wohneinrichtung, dass diese sich mit ambulanter Hauskrankenpflege und über private Netzwerke vermutlich noch relativ lange in der eigenen Wohnung halten könnten (SiA09, 652-657). Ihre im Vergleich zu früh Erkrankten bessere soziale Eingebundenheit erhöht die Chancen, frühzeitig Unterstützung zu erhalten, stellt dies jedoch keineswegs sicher. Insbesondere für alleinstehende ältere Frauen, die spät eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln, zeichnen sich Risiken ab, notwendige Hilfen zu spät zu erhalten.

Bei Opioidabhängigen bzw. Substituierten erfolgt der Zugang zu ambulanten pflegerischen Versorgungsleistungen nach Einschätzung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe häufig unterstützt durch die PSB (SiA02, 275-294).
5.3.3.3 Zugangswege in die stationäre Pflege

5.3.3.4 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme

Der Sozialarbeiter eines unter anderem auf PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen spezialisierten Pflegeanbieters schätzt, dass ca. 25% der von ihm betreuten Klienten alkoholabhängig seien; opioidabhängige PatientenInnen werden von diesem Anbieter nur sehr wenige betreut (SiA08, 15-25). Während bei den alkoholabhängigen PatientenInnen aufgrund des meist großen Unterstützungsbedarfs viele Hilfen, beispielsweise im Bereich Hauswirtschaft, Körperpflege und bürokratische Angelegenheiten anfielen, läge bei den opioidabhängigen PatientenInnen der Hilfebedarf eher im Bereich der Kontrolle der Medikamentengabe und im Kontakt zu den behandelnden Ärzten (SiA08, 15-25).

Eine bedarfsgerechte, an der Selbstbestimmung der PatientenInnen orientierte pflegerische Versorgung von älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bringt spezifische Anfor-

Der Entzug erfolgt dann in der Einrichtung, sofern nicht ein Arzt Entzugserscheinungen wie epileptische Anfälle oder ein Delir befürchtet, so dass der Entzug stationär betreut werden muss (SiA09, 698-709).
derungen an die Pflegeanbieter mit sich, auf die im Folgenden detaillierter eingegangen wird. Da im ambulanten und stationären Bereich ähnliche Anforderungen bestehen, erfolgt die Darstellung zunächst für beide Versorgungsbereiche gemeinsam; im Anschluss werden einige spezifische Versorgungsprobleme für den ambulanten bzw. stationären Bereich ausgeführt.

Übergreifende Versorgungsprobleme in der Pflege

Erkennen von Abhängigkeitserkrankungen

Vermittlung in suchtbezogene Hilfen

Abstinenzorientierung und Beschaffung von Alkohol
„Und es sind natürlich auch Leute von uns da rüber gezogen, wenn die die Pflegestufe haben, genau wie in jedem Pflegeheim, das ist die Bedingung, die Pflegestufe. Und dann haben wir gesagt, die Menschen, die bei uns wohnen, die haben ein großes Problem, wenn sie plötzlich umziehen müssen, ausziehen müssen. Die haben hier ein Einzelzimmer, die dürfen rauchen in den Zimmern, die dürfen trinken, (...) und wenn die dann in die Pflegeheime kommen, dürfen die das alles nicht mehr. Rauchen nur, wenn sie eigenständig die Raucherecke aufsuchen können, das ist ja oft nicht mehr möglich, wenn die eine Pflegestufe I haben, trinken ist oft sowieso nicht erlaubt- (...) Und da drüben alles. Da sind alles Einzelzimmer und man darf rauchen und auch trinken“ (SiA22, 407-418).

Für Pflegeeinrichtungen stellt sich die Frage, ob, in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen Konsum toleriert oder auch aktiv ermöglicht wird, und wie mobilitäts-eingeschränkte Pflegebedürftige an Suchtmittel gelangen. Eine Frage, mit der MitarbeiterInnen von ambulanten und stationären Pflegeangeboten sowie alkoholabhängige pflegebedürftige Menschen immer wieder konfrontiert sind, ist die, ob auf Wunsch alkoholhaltige Getränke beschafft werden (SiA14, 160-166; SiA20, 76-77). In der Einrichtung des Interviewpartners aus der ambulanten Pflege wurde dies diskutiert und eine einheitliche Regelung getroffen: In der Versorgung alkoholabhängiger PatientInnen kaufen die MitarbeiterInnen entgegen der Anweisung des Klienten oder der Klientin keine hartalkoholischen Getränke ein, „was dann natürlich auch zu Spannungen führt“ (SiA08, 143). Mit Blick auf die Wahrung der Selbstbestimmung der PatientInnen und individuelle, ethisch begründete Fallentscheidungen zeigt sich hier ein Bedarf, Einrichtungen bei der Entwicklung von Strategien für einen differenzierten Umgang mit solchen Fragen zu begleiten und diese gegebenenfalls immer wieder zu diskutieren.


Planung und Durchführung der Pflege

Ein weiteres Problem, auf das MitarbeiterInnen von Pflegediensten sowie PatientInnen stoßen, entsteht, wenn die Versorgung zu einem für die Pflegebedürftigen kurzfristig unpassen- den Zeitpunkt geplant ist, die betroffene Person alkoholisiert mit den Vorstellungen der Pflegekräfte konfrontiert wird und sich die Frage stellt, ob in einer solchen Situation die Pflege erbracht werden soll und beispielsweise Medikamente gefahrlos eingenommen werden können (SiA20, 70-94). Auch im Hinblick auf die Versorgung in Pflegeheimen müsste nach Einschätzung der leitenden Oberärztin einer Suchtklinik stärker im Blick behalten werden, welche Implikationen beispielsweise die Alkoholabhängigkeit einer Patientin für deren medikamentöse Versorgung haben sollte (SiA17, 61-66).


Für ambulante Pflegedienste sei es schwierig, Ressourcen und Arbeitsprozesse zu planen, wenn KlientInnen die Erbringung von Hilfen ablehnen, mehrmals im Jahr zur Entgiftung im Krankenhaus sind oder einen nicht vorhersehbaren Hilfebedarf haben, z. B. durch zeitweise Inkontinenz bei Alkoholkonsum (SiA08, 96-132). Die Vergütungsmodalitäten in der ambulanten Pflege sind aufgrund der geringen Flexibilität nicht bedarfsgerecht für die wechselnden Versorgungsbedarfe alkoholabhängiger Älterer mit Pflegebedarf (SiA08, 96-132). In der ambulanten pflegerischen Versorgung Abhängigkeitserkrankter zeigen sich die fehlenden Spielräume im System der Pflegeversicherung, eine selbst bestimmte Lebensführung von Personen mit Pflegebedarf zu unterstützen (SiA08, 388-396).

Lange Bearbeitungszeiten von Anträgen auf Kostenübernahme bei Hilfe zur Pflege in den Sozialämtern und eine schlechte Erreichbarkeit erhöhen das ökonomische Risiko, das die Versorgung älterer Suchtmittelabhängiger für ambulante Pflegeanbieter mit sich bringt, da diese im Unklaren über Kostenübernahmen bleiben (SiA08, 416-426).

Herausfordernde Verhaltensweisen

Pflegekräfte erlebten die Arbeit mit Menschen mit Alkoholabhängigkeit teilweise als sehr belastend: Gerade bei Alkoholabhängigkeit könne es vorkommen, dass Menschen sozial herausfordernde Verhaltensweisen zeigen und als aggressiv oder grenzüberschreitend erlebt werden. Teilweise fühlten Pflegekräfte sich hierdurch bedroht. Auch Auseinandersetzungen zwischen BewohnerInnen, eine geringe Körperhygiene oder herum stehende Flaschen können als Belastung empfunden werden. Ein Thema sei auch, wenn Pflegekräfte – insbesondered in der ambulanten Pflege – starkem Rauch ausgesetzt sind, was für Nichtraucher teilweise nicht leicht zu ertragen sei (SiA21, 161-183). Verschiedene InterviewpartnerInnen sprechen zudem die Problematik „anzügliche(r)“ Äußerungen von pflegebedürftigen älteren Männern
nchr von jungen – weiblichen Pflegedienstmitarbeiterinnen an (SiA05, 346-372; SiA20, 65-70; SiA21, 161-183). Geriatrisch-gerontopsychiatrische Verbünde oder Schulungen zur suchtsensiblen Pflege können Einrichtungen Möglichkeiten zum Austausch darüber bieten, wie Organisationen und MitarbeiterInnen mit solchen Schwierigkeiten umgehen können, um die Belastungen für MitarbeiterInnen möglichst gering zu halten, Gefahren abzuwehren und dennoch Selbstbestimmungswünsche der Pflegebedürftigen zu beachten.

Qualifizierung


Schulung zur suchtsensiblen Pflege


Die Fortbildung zielt vor allem auf eine erste Sensibilisierung von Leitungen und MitarbeiterInnen aus der ambulanten und pflegerischen Versorgung für das Thema Sucht im Alter (SiA15, SiA21). Sensibilisiert werden sollen jedoch auch die VertreterInnen der Suchthilfe, die auf Einladung der Fachstelle an den Fortbildungen teilweise als ReferentInnen mitwirken (SiA21). Indem die Fortbildungen ein gegenseitiges persönliches Kennenlernen ermöglichen,

Einstufung des Pflegebedarfs

„Die (50-, 60- oder 70-jährigen Suchtmittelabhängigen) sind einfach krank und dann schaffen die das nicht mehr, die die schaffen einfach die Bewältigung des Alltags nicht mehr, die ganzen einfachsten alltagspraktischen Dinge. Körperhygiene, Zimmerhygiene, das kriegen die nicht mehr hin, ja. Und dann brauchen die Unterstützung, auch durch den Pflegedienst eventuell und dann kommt der MDK und dann sagen die, „also nee, Sie können doch alles alleine, ist doch überhaupt kein Problem‘. Manchmal auch aus diesem Impuls, dass die Leute gerade bei den Begutachtungen dann sagen, „Ja, das mache ich alles alleine. Brauch ich überhaupt keine Hilfe‘. Nee, die wollen dann auch nicht gerne zum Beispiel Hilfe bei der Körperreinigung haben, das mögen die dann nicht, dann kommt eine Frau und dann müssen die sich da ausziehen, das ist ja auch oft schambesetzt, ja, das wollen die dann nicht, aber dann erwecken die den Eindruck bei der Begutachtung, dass die also noch durchaus in der Lage sind alles selbst zu regeln, auch wenn der Zustand des Zimmers genau das Gegenteil verrät. Aber das sehen die Gutachter nicht, ja, das ist, ich weiß nicht, das scheint Methode zu haben, dass man grundsätzlich gegen diese Bescheide in Widerspruch gehen muss“ (SiA22, 868-878).

Dies kann zur Folge haben, dass in Einrichtungen trotz Einhaltung der Vorschriften zur Personalausstattung gemessen an der tatsächlichen Situation nicht ausreichend Personal für eine angemessene Versorgung finanziert wird (vgl. SiA10, 417-437). Auch für den stationären Bereich stellt sich die Frage, inwieweit das mit der Einführung der Pflegegrade vorgesehene neue Begutachtungsinstrument hier zu einer Änderung der Situation führen wird.
Mit Blick auf die anstehende Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade und dem in diesem Zusammenhang eingeführten neuen Begutachtungsinstrument stellt sich die Frage, ob dieses zu einer Änderung der Situation führen wird und in welche Richtung.


**Substitution**

Substituierte nehmen, so die Einschätzung in diesem Bereich tätiger Interviewpartner eher spezifische Pflegedienste und -einrichtungen in Anspruch, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe – beispielsweise einen bestimmten Umgang mit Tabletten – spezialisiert und in der Betreuung Substituierter kompetent sind. Ein Träger vermittelt beispielsweise Klienten, die in eigener Wohnung oder bei Familienangehörigen leben, wenn hauswirtschaftliche Hilfen oder Behandlungspflege benötigt werden, auf diesen Personenkreis spezialisierte ambulante Dienste (SiA02, 276-300; 290-295). Der Pflegedienst kann im Falle von Mobilitätsbeeinträchtigungen dann auch das Substitut vergeben (SiA02, 315-318; SiA21, 189-195).

Verschiedene Interviewpartner weisen darauf hin, dass KonsumentInnen illegaler Drogen bzw. Substituierte es häufig jedoch ablehnten, in einer Pflegeeinrichtung zu leben, weil sie dies als Rückschritt und schwerwiegenden Verlust – häufig in langen Jahren mühsam er kämpfter – Handlungsautonomie erleben (SiA02, 368-382; SiA18, 339-351). Der Mitarbeiter eines in der Drogenhilfe tätigen Trägers verweist erklärend auf die vielfältigen und häufig negativen Erfahrungen der Klienten mit Institutionen:

„Und ein Großteil unserer Klienten haben eben Erfahrungen in Institutionen, im Gefängnis, Therapieeinrichtungen, Wohneinrichtungen. Die wollen, wenn sie dann, (...) sich in der eigenen Wohnung dann doch irgendwann etabliert haben, nicht mehr kriminell geworden sind usw., also ein gewisses Level halten können, für die ist ein Einzug ins Pflegeheim doch erstmal assoziiert mit „wieder in eine Anstalt“. Und wenn man jetzt überlegt, dass die in den jüngeren Lebensphasen vielleicht schon 10 Jahre oder Jahrzehnte in Einrichtungen verbracht haben, wo sie in ihrer Autonomie stark eingeschränkt waren, ist (ja) irgendwie klar, dass das das letzte ist, worauf die eigentlich Lust haben. Also Autonomie bewahren und bis zum letzten Tag alleine handlungsfähig sein ist eins der obersten Dinge und da unterscheiden sie sich glaub ich überhaupt nicht von der Restbevölkerung“ (SiA02, 368-378)
Ambulante Pflege

Ambulante Pflege und Entwöhnung
In Rehabilitationseinrichtungen kann die Einbeziehung ambulanter Pflegeanbieter wichtig sein, um die Entwöhnungsbehandlung überhaupt zu ermöglichen (SiA03, 245-356). Auch für den Wechsel nach Hause im Anschluss an eine Entwöhnung kann die Unterstützung durch einen – für die Versorgung abhängigkeitserkrankter Älterer kompetenten – ambulanten Pflegedienst notwendig sein, um eine angemessene Versorgung sicher zu stellen und beispielsweise die Medikamenteneinnahme im Blick zu halten und zu vermeiden, dass diese mit Alkohol eingenommen werden (SiA17, 311-322).

Ambulante Pflege in Wohneinrichtungen
In den Interviews wurde auch von Konstellationen berichtet, in denen ambulante Pflegedienste in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Wohnungslosenhilfe versorgten, teilweise ohne auf Abstinenz zu bestehen (SiA08, 26-40; SiA18, 329-434). Die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen in bestehenden spezialisierten Versorgungsangeboten, z. B. dem betreuten Einzelwohnen, kann den dort lebenden abhängigkeitserkrankten Älteren einen (längeren) Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglichen. Als problematisch erweist sich in manchen Fällen jedoch die Finanzierung (Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege). Manche Kostenträger (Sozialamt) drängten schnell auf eine stationäre Unterbringung (SiA09, 658-681).

Psychosoziale Unterstützung für pflegebedürftige Abhänigige

Bei substituierten älteren Abhängigen kann die PSB entsprechend unterstützen. Bei den älteren, nicht abstinenten Alkoholabhängigen fehlt ein Angebot, dass diese Funktion ausfüllt, die sich zwischen dem bewegt, was Pflegestützpunkte im Case Management und SozialarbeiterInnen in ambulanten Pflegediensten leisten sollen.

Vernetzung
Die Leiterin eines Angebotes des Betreuten Einzelwohnens fördert einen engen Austausch der KollegInnen im BEW mit Pflegediensten. Sofern eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt, die den Austausch mit dem Pflegedienst erlaubt, könnten die KollegInnen des BEW im Falle von Konflikten oder Unklarheiten zwischen KlientIn und Pflegedienst vermitteln (SiA05, 346-378). Auch im Falle von Problemen wie den oben angesprochenen herausfordernden Verhaltensweisen, insbesondere von männlichen Klienten (SiA05, 346-372; SiA20, 65-70;
SiA21, 161-183), die teilweise dazu führten, dass Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes Angst haben, in eine Wohnung zu gehen (SiA05, 346-386), können die Mitarbeiterinnen des BEW beispielsweise durch direkte Ansprache des Klienten unterstützen, oder auch, indem sie den Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes geeignete Handlungsstrategien vermitteln und Lösungsvorschläge unterbreiten (Si05, 373-392).

( Teil-)Stationäre Pflege

Tagespflege
Auch Tagespflegeeinrichtungen nach SGB XI können für ältere Menschen nach einer Abhängigkeitserkrankung in Frage kommen; teilweise gehörten sie dort zu den relativ gering Beeinträchtigten (SiA05, 309-320). Die Leiterin einer Einrichtung des betreuten Einzelwohnens schildert den Fall einer über 60-jährigen Klientin mit Doppeldiagnose, die viermal wöchentlich eine Tagespflegeeinrichtung besuche. Für behördliche und finanzielle Angelegenheiten erhalte sie in geringem Stundenumfang weiterhin Unterstützung durch den Träger. Dies sei notwendig, um eine erneute Verschlechterung der Situation zu verhindern (SiA05, 309-342). In der Tagespflegeeinrichtung bringe sie sich ähnlich ein wie zuvor in einer Kirchengemeinde, so dass sie eine Aufgabe und soziale Kontakte habe, was beides dazu beitragte, dass es ihr relativ gut gehe (SiA05, 309-320).

Fehlplatzierungen Abhängiger in stationären Pflegeeinrichtungen

In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass es immer wieder zu Fehlplatzierungen chronisch erkrankter alkoholabhängiger Menschen in Pflegeeinrichtungen kommt. Bei größer werdendem Pflegebedarf der betreuten Menschen werde, so die Erfahrung des Interviewpartners, seitens der Sozialämter schnell diskutiert, ob die Situation in der Häuslichkeit noch tragbar sei; insbesondere im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten komme es häufig dazu, dass die Betroffenen in andere Wohnformen vermittelt werden, auch in solchen Fällen, in denen zu Hause noch Handlungsmöglichkeiten bestünden (SiA08, 162-181; 752-764).

„Meistens kriegen wir die irgendwie aus der Häuslichkeit. Und die waren dann in der Somatik. Da wurde dann schon so erwogen, dass es da ein Suchtproblem geben könnte, aber dann wurde halt die somatische Sache behandelt und dann schnell weg. Denn die sind ja auch alle alt bei uns.” (SiA10, 752-764)

Im Extremfall würden Menschen vom Krankenhaus „zum Sterben“ in die Pflegeeinrichtung überwiesen, „die die Statistik ein bisschen schönen sollen.“ (SiA10, 313-315)

„Also wir kriegen auch sehr oft Menschen, die die Statistik ein bisschen schönen sollen, aus dem Krankenhaus, die zum Sterben hierherkommen. -- Im Krankenhaus wird nicht gestorben.“ (SiA10, 313-315)

Ein Träger, der Angebote des Wohnens und der Tagesstrukturierung speziell für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte unterhält, die über die Eingliederungshilfe finanziert werden, schildert die Problematik, dass gesetzliche Betreuer in manchen Fällen
recht kurzfristig eine Unterbringungsmöglichkeit suchten und ein Platz im Pflegeheim „in der Regel schnell“ da sei, während in der „Eingliederungshilfe (...) erstmal nicht so geguckt“ wird (SiA09, 78). Dies sei z. B. der Fall bei Verlust der Wohnung oder im Falle eines stationären Aufenthalts im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, bei der eine Rückkehr in die eigene Wohnung wegen der Alkoholabhängigkeit als nicht mehr möglich erachtet wird (SiA09, 78-82).

„Ein Klassiker ist bei psychiatrisch auffälligen Bewohnern auch, es gibt ja einmal in Berlin die, die nehmen erstmal alles, völlig ureffektiv, weil sie die Betten voll haben wollen. Stellen dann fest, das ist kompliziert, das ist gar nicht so einfach, geben sie in die Psychiatrie und während des Aufenthaltes in der Psychiatrie nutzen sie die Gelegenheit und kündigen den Heimvertrag. Ich möchte das jetzt gar nicht werten und sagen, ob das richtig oder falsch und ob’s gemacht werden darf, weil die Situation ist dann so, dass dieses Klientel im Krankenhaus verweilt, bis eine neue Betreuungsform für sie gefunden wurde.“ (SiA10, 216-224)

In der Pflegeeinrichtung erweise sich meist der Altersunterschied (60-Jährige leben mit 80-Jährigen zusammen) als beträchtlich. Auch fehle es an tagesstrukturierenden Angeboten, und die Betroffenen fühlen „sich teilweise auch sehr fit noch und (wollen) gebraucht werden“, was „in diesen Altenpflegeeinrichtungen einfach nicht zu schaffen (ist,) auch für das Pflegepersonal nicht“ (SiA09, 84-88). Ältere Abhängige hätten einen anderen Betreuungsbedarf, der von den üblichen Angeboten von Pflegeheimen abweiche (SiA10, 134-151). Es fehle an auf die Sucht zugeschnittenen, spezifischen Angeboten der Beschäftigung und Tagesstruktur, wie sie im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden können (SiA09, 769-775). Eingliederungshilfe wird bei einer Unterbringung im Pflegeheim vom Leistungsträger nicht gewährt. Die Unterbringung in Pflegeeinrichtungen oder im Obdach sei billiger (SiA09, 769-775). Die älteren abhängigen Menschen selber, die mitunter noch psychische Probleme hätten, würden sich nicht immer an die Hausordnung halten (SiA01, 176-191). Zudem seien die MitarbeiterInnen in den Altenpflegeeinrichtungen „nicht genügend ausgebildet für diese Alkoholproblematik“, die dann z. B. moralisch bewertet und bestraft statt professionell betrachtet werde (SiA09, 88-98).

Wen Pflegeeinrichtungen sich der Versorgung nicht mehr gewachsen sähen, würden sie manchmal sogar einen Umzug der Betroffenen in eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe anstreben. Der Mitarbeiter einer Obdachlosenunterkunft berichtet davon, immer wieder Anfragen von Pflegeeinrichtungen zu erhalten, ob die Unterkunft Bewohner aufnehmen könnte (SiA22, 60-67). Mit einem Wechsel täten sich die bezirklichen Wohnhilfestellen jedoch häufig schwer, weil die Kosten für die Unterbringung in einem Wohnungslosenheim nur übernommen werden dürften, wenn hierdurch Obdachlosigkeit vermieden werde (SiA22, 32-42), nicht aber, weil eine Lücke im Betreuungssystem bestehe und man vielleicht eine andere Einrichtung finden könnte (SiA22, 60-67). Manche Pflegeanbieter würden eine Kündigung des Vertrages mit den Betroffenen anstreben, wenn diese im Krankenhaus seien, so dass sie im Anschluss nicht in ihre vorherige Wohneinrichtung zurück können (SiA09, 78;
Mit Blick auf das Ziel einer qualitativ guten Versorgung scheint dies problematisch, da Krankenhausaufenthalte ohnehin häufig krisenhaft erlebt werden und hier eine besondere Stabilität der sonstigen Situation wichtig sei (SiA22, 32-46).

5.3.3.5 Zwischenfazit: Versorgungsprobleme in der Pflege

Die bedarfsgerechte, an der Selbstbestimmung der PatientInnen orientierte pflegerische Versorgung von älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bringt spezifische Anforderungen an die Pflegeanbieter mit sich. Herausforderungen bestehen beispielsweise, wenn es darum geht, Abhängigkeitserkrankungen zu erkennen oder in suchtbezogene Hilfen weiterzuvermitteln. Im Hinblick auf die eigentliche Pflege stellen sich fachliche Fragen, wie die nach der Beschaffung von Alkohol, dem Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen oder der Gabe von Medikamenten.

Schwer und chronisch abhängigkeitserkrankte Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, sind einem starken Risiko ausgesetzt, erst spät und in Zusammenhang mit krisenhaften Zuspitzungen ihrer Situation Zugang zu ambulanter Pflege zu erhalten. Die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen in stationären Wohnangeboten kann den abhängigkeitserkrankten Älteren einen längeren Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglichen. Als problematisch erweist sich in manchen Fällen jedoch die Finanzierung (Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege). Auf Herausforderungen, die in der Pflege abhängigkeitserkrankter älterer Menschen bestehen wird in Kapitel 5.3.3 näher eingegangen.

Stationäre Pflegeanbieter scheinen zwar zunächst um als ‚schwierig‘ geltende PatientInnen, bei denen Problemlagen wie ein anhaltender Konsum, chronische und schwere Abhängigkeit oder weitere psychiatrische Diagnosen bestehen, zu konkurrieren und sie aufzunehmen. Wenn dann Schwierigkeiten in der Versorgung auftreten, werden die Betroffenen jedoch möglichst schnell wieder ‚abgegeben‘, teilweise parallel zu Krankenhausbehandlungen. Manche gelangen dann in Einrichtungen des stationären Wohnens oder aber in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

5.4 Altersgemischte und altersspezifische Angebote

Im Hinblick auf mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen mit Alkohol- oder Opioidabhängigkeit stellt sich immer wieder die Frage, ob und in welchen Bereichen altersspezifische Angebote benötigt werden, und wo eine Versorgung ebenso gut oder besser in altersgemischten Angeboten erfolgen kann. Hierzu liefern die Experteninterviews unterschiedliche Einschätzungen.

Die leitende Oberärztin einer Klinik für Suchtmedizin gibt zu bedenken, dass in den Suchteratungsstellen eher Menschen mittleren Alters beraten würden, bei denen Beratung und Rehabilitation nicht nur auf die Unterstützung zur Abstinenz, sondern die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zielen. Daher empfiehlt sie, statt einer Qualifizierung aller Beratungsstellen zu allen Themen und Zielgruppen, gesonderte Räume, Trägerschaften und entsprechende Beratungs- und Gruppenangebote für ältere Personen mit Suchtproblemen oder -krankheit vorzuhalten, beispielsweise angegliedert an Teilhabeangebote (SiA17, 662-677).
Diesem Vorschlag stehen die beiden Beispiele guter Praxis gegenüber, in denen aus existierenden Beratungsstellen heraus hierfür qualifizierte MitarbeiterInnen aufsuchende Beratung für ältere Menschen sowie Pflegeeinrichtungen anbieten und sich in die Arbeit der bezirklichen Geriatrisch-Gerontopsychiatrischen Verbünde einbringen. Die Einschätzungen der ExpertInnen sprechen für eine Doppelstrategie, die gleichzeitig auf eine Öffnung der Angebote der Altenhilfe für die Suchtthematik sowie eine stärkere Beachtung der Belange Älterer in der Suchthilfe hinwirkt (vgl. auch Kapitel 5.5).


Für altersgemischte Gruppen sprechen aus Sicht von InterviewpartnerInnen aus der Suchtbehilfe die Ruhe und Stabilisierung, die ältere TeilnehmerInnen in manche Gruppen brachten, und durch die sie zum Funktionieren altersgemischter Angebote beitragen (SiA02, 452-501; 36 Ein Entlassmanagement, welches die häusliche und finanzielle Situation sowie einen etwaigen Pflegedarf beachtet und entsprechende Maßnahmen eingeht, ist von großer Bedeutung, um unnötige Vermittlungen älterer PatientInnen aus der eigenen Häuslichkeit in Pflegeeinrichtungen zu vermeiden. Dazu gehörten auch Kontakte zu Beratungsstellen, Selbsthilfe und anderen Angebote, die für einen nahtlosen Übergang im Anschluss an die Suchtbehandlung notwendig sind (SiA17, 249-274).
SiA04, 78-94). Beide Seiten könnten von der jeweils anderen Perspektive profitieren (SiA04, 78-94). Der Interviewpartner aus der integrierten Drogenhilfe lehnt explizit altersspezifische Gruppen ab und führt ein Beispiel an, in dem ältere – in diesem Fall über 40-jährige – Abhängige sich zu einer relativ altershomogenen Gruppe zusammen fanden, jedoch selbst Wert darauf legten, keine „Rentnergruppe“ zu sein (SiA02, 452-501) (vgl. Kapitel 5.1.5.3). Dieses Beispiel veranschaulicht auch, dass nicht nur „Sucht“ stigmabehaftet ist, sondern auch „Alter(n)“.


Fazit: Die Einschätzungen der Interviewpartner sprechen insgesamt für eine weitergehende Öffnung der Suchthilfe für die Bedarfe älterer Abhängigkeitserkrankter sowie die Integration einer für Suchtfragen sensibilisierten gerontologischen bzw. geriatrischen Expertise in die entsprechenden Angebote. Im Bereich der Teilhabe und Beschäftigung gibt es Argumente sowohl für altersgemischte als auch altersspezifische Gruppen. Nicht zuletzt aufgrund der Bedürfnisse der Älteren selbst, die im Hinblick auf Suchtthemen altersspezifischen Gruppen zuzuneigen scheinen, spricht viel dafür, das Angebot gemischter Gruppen durch altersspezifische Gruppenangebote, insbesondere auch begleitete, zu ergänzen.

5.5 Verhältnis von Altenhilfe und Suchthilfe

Zwei Welten
Die Leistungsbereiche der Alten- und Suchthilfe unterscheiden sich in Geschichte, sozialgesetzlicher Grundlage, Qualifizierung, Klientel, Problemstellungen und nicht zuletzt ihrem Selbstverständnis. Die Darstellung der Inanspruchnahme von Angeboten und Versorgungsproblemen in den vorangegangenen Kapiteln zeigte Unterschiede in der Sichtweise auf die unterschiedlichen Zielgruppen älterer Menschen mit Alkohol- oder Opioidabhängigkeit.

In Altenhilfe (und Pflege) besteht eine Ausrichtung auf die Situation älterer und pflegebedürftiger Menschen; spezifische Bedarfe und Versorgungsprobleme älterer Menschen sind dort bekannt. Eine relative Distanz, teilweise auch Abwehr und Stigmatisierung, besteht jedoch im Hinblick auf die Abhängigkeitsthematik. Umgekehrt verhält es sich mit weiten Teilen des Suchthilfesystems sowie der Wohnungslosenhilfe. Dort wird zwar differenziert auf die spezifischen Bedarfslagen und Versorgungsprobleme von abhängigkeitserkrankten Men-


**Brücken**


6 Fazit


Im Folgenden gehen wir zusammenfassend auf die Versorgungslücken in den einzelnen Bereichen ein.


In Hinblick auf die Versorgung in **Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen** sind Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung älterer abhängiger Menschen bei den Wartezeiten, den Überleitungen und dem Entlassmanagement zu finden. Wartezeiten auf einen Platz in der Entgiftung, aber auch zwischen Entgiftung in die Entwöhnung erhöhen das Risiko, dass ältere PatientInnen eine Rehabilitationsbehandlung doch nicht antreten bzw. rückfällig werden. Auch die kürzeren Behandlungszeiten bzw. die Notwendigkeit von Verlängerungsanträgen können die ohnehin ambivalente Haltung vieler älterer PatientInnen gegenüber lang andauernden stationären Aufenthalten verstärken. Für ältere Abhängigkeitserkrankte mit Mobilitätsbeeinträchtigung oder Pflegebedürftigkeit ist der Zugang zu Entwöhnungsbehandlungen im Falle mangelnder Barrierefreiheit der Einrichtungen und hohen Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit besonders erschwert.
Aufgrund ihres häufig insgesamt höheren Unterstützungs- und Hilfebedarfes erfordern die Diagnostik und die Klärung der Anschlussversorgung im Rahmen des Entlassmanagements aus dem stationären Entzug und der Entwöhnung entsprechend viel Zeit und Personal, das sich mit den spezialisierten Angeboten auskennt. Der weitere Hilfebedarf muss ermittelt und die anschließende Versorgung gesichert werden, um Drehtüreffekte oder unnötige stationäre Einweisungen zu vermeiden.

Es fehlen zudem Angebote im Sinne einer geriatrischen Suchtrehabilitation. Ob diese geeigneter über die Öffnung vorhandener oder durch die Entwicklung spezialisierter Angebote geschaffen werden könnte, wäre genauer zu prüfen. Ebenso ungeklärt ist die Frage, unter welchen Bedingungen eine ambulante oder eine stationäre Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlung für ältere Abhängigkeitserkrankte geeigneter ist, und ob diese derzeit die in der Regel am besten geeignete Behandlungsform erhalten.


7 Handlungsempfehlungen


Prävention


- **Sicherstellung außerhäuslicher Mobilität**: Bauliche Barrieren, Probleme bei Kostenübernahmen im Falle von Krankentransporten, weite Wege u. a. m. erschweren den Zugang zu Angeboten der Teilhabe, Beratung und medizinischen Versorgung für ältere Abhängigkeitserkrankte mit Mobilitätsbeeinträchtigung. **Mobilitätshilfen** sollten daher ausgebaut, niedrigschwellig, kontinuierlich und kostengünstig zugänglich sein sowie langfristig finanziert werden.

Pflege

- **Flexibilisierung der Möglichkeiten der Leistungserbringung in der Pflege**: Wechselnde und wenig vorhersehbare Versorgungsbedarfe bei älteren abhängigen Menschen erfor-
dern die Möglichkeit, die zu erbringenden Pflegeleistungen kurzfristig an den jeweiligen Bedarf anzupassen. Entsprechende Anpassungen sollten möglich sein, ohne die Pflegeanbieter ökonomisch zu belasten.

- **Stärkung des fachlichen Austauschs in der Pflege zum Thema Sucht:** Im Hinblick auf die Pflege stellen sich fachliche Fragen, wie die nach der Ansprache einer möglichen Suchtproblematik, der Beschaffung von Alkohol, dem Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen oder der Gabe von Medikamenten. Sinnvoll wäre die Entwicklung und Diskussion von Kriterien für den Umgang. Die Pflege sollte darin Unterstützung durch die Suchthilfe erhalten.

**Medizinische Versorgung und Schnittstellenmanagement**

- **Sensibilisierung und Qualifizierung von Haus- und FachärztInnen:** Haus- und FachärztInnen sind in der Versorgung abhängigkeitserkranke – zumal älterer – Menschen mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert. Zudem können sie durch motivierende Gesprächsführung insbesondere für Ältere mit late-onset-Abhängigkeit den Zugang zu Angeboten der Suchthilfe ebnen. Hierfür brauchen sie die zeitliche Ressourcen sowie fachliche Kompetenzen und einen Überblick über die wohnortnah verfügbaren (altersspezifischen) Angebote der Suchthilfe.

- **Umsetzung der Empfehlungen der S3-Leitlinie zu „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ und Entwicklung von Versorgungspfaden** um Fehlplatzierungen chronisch alkoholabhängiger Älterer in Pflegeheimen oder der Wohnungslöschhilfe zu vermeiden und Möglichkeiten ambulanter Versorgungsarrangements auszuschöpfen: Suchtkonsile sollten regelmäßig aufsuchend angeboten werden. Empfohlen wird eine weitere Sensibilisierung und Qualifizierung sowie die Prüfung, ob Ablaufroutinen und zur Verfügung stehende Ressourcen eine Umsetzung der Leitlinie erlauben.

- **Nahtloser Übergang und Entlassmanagement:** Überprüfung von Möglichkeiten der Rehabilitation und der anschließenden ambulanten Versorgung durch Ausbau des Entlassmanagements und schnelle Bewilligung von Anträgen zur Rehabilitation. Der besonderen Situation im Krankenhaus, die während des Aufenthaltes zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringen kann (z. B. Delir), sollte verstärkt Rechnung getragen werden, z. B. durch entsprechende Präventionsmaßnahmen.

**Fehlende Angebote**

- **Wohn- und niedrigschwellige Teilhabeangebote** für nicht-abstinente Alkoholabhängige mit und ohne Pflegebedarf

- **Lebensrückblick für ältere Abhängigkeitserkrankte, insbesondere für ältere Substituierte:** Adaption der Methode des Lebensrückblicks für die Situation älterer Abhängigkeitserkrankter; Weiterbildung und Qualifizierung für in der Suchthilfe/PSB Tätige entwickeln. Bei älteren Opioidabhängigen wächst, wie bei anderen Älteren auch, das Be-
dürfnis, auf die eigene Biografie zurückzublicken, und in Auseinandersetzung damit zu klären, was noch erreicht werden soll, will und kann.

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

- **Öffentlichkeitsarbeit und Information**: Vorhandene zielgruppenspezifische Angebote der Teilhabe, der Pflege und des Wohnens, insbesondere solche für ältere, chronisch alkoholabhängige Menschen ohne Abstinenzziel, sollten unter den potenziell vermittelnden Stellen, d. h. gesetzlich Betreuenden, aber auch Krankenhaussozialdiensten und Pflegestützpunkten stärker bekannt gemacht werden, z. B. durch Aufnahme in die durch die Pflegestützpunkte gepflegte Angebotsdatenbank „[www.hilfelotse.de](http://www.hilfelotse.de)“ und den Wegweiser der Senatsverwaltung für Suchthilfe und Suchprävention „Sucht. Drogen. Rat und Hilfe“.


- **Schulung zur Sensibilisierung für das Thema „Sucht in der offenen Altenhilfe“ entwickeln** und für Leitungen und MitarbeiterInnen von Seniorenfreizeitstätten, Kiezclubs, Seniorentreffs anbieten, Kennenlernen der Einrichtungen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe im jeweiligen Umfeld/Bezirk (Tage der offenen Tür, Veranstaltungen). Präventionsstrategien für die Förderung von bewusstem Konsum und die Schaffung von Rahmenbedingungen, so dass auch abstinenten alkoholabhängigen Älteren diskriminierungsfrei an Angeboten teilnehmen können: nicht projekt- bzw. kampagnenför-
mig, sondern eingebettet in die allgemeinen Abläufe im Haus, akzeptierend-stärkend, nicht-repressiv.

**Angrenzende Handlungsfelder**

- **Förderung bezahlbaren Wohnraums**: Die Verfügbarkeit bezahlbaren Wohnraums ist für die Absicherung der Wohnsituation vieler abhängigkeitserkrankter Älterer dringend erforderlich. Steigende Mieten wirken sich auch auf die Lebenssituationen von Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen und auf soziale Träger aus und machen sich in vielen Bereichen, z. B. auch der Wohnungslosenhilfe, bemerkbar.
Literaturverzeichnis


Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2006) Substanzbezogene Störungen im Alter, Informationen und Praxishilfen. DHS Info.


SGB XI. Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung vom 26.05.1994, in der Fassung vom 18.07.2016.


