

„Ältere Drogenabhängige in Versorgungssystemen“

Ein Leitfaden

MODELLPROJEKT NETZWERK40+



VORWORT	3		
1. GRUNDLAGEN ZU ABHÄNGIGKEITS- ERKRANKUNG	4		
1.1 Abhängigkeit von illegalen Drogen	4		
1.2 Substanzen	5		
1.3 Abhängigkeitsentwicklung	5		
1.4 Zahlen zur Verbreitung	7		
Exkurs: Substitution	7		
NÜTZLICHES	8		
2. DIE ZIELGRUPPE „ÄLTERE DROGENABHÄNGIGE“	9		
2.1 Gesundheit	9		
2.2 Suchterkrankung – Besonderheiten bei Drogenabhängigkeit im Alter	12		
2.3 Soziales Umfeld – Lebenssituation älterer Drogenabhängiger	14		
2.4 Wohnen	15		
2.5 Selbstversorgung	16		
2.6 Erwerbstätigkeit, Tagesstruktur, Freizeit	17		
NÜTZLICHES	18		
3. DAS VERSORGUNGSSYSTEM PFLEGE	19		
3.1 Pflegeversicherung und Pflege- bedürftigkeitsbegriff	19		
3.2 Die Pflegebegutachtung	21		
3.3 Häusliche / Ambulante Pflege	21		
3.4 Anerkannte Unterstützungs- angebote im Alltag	22		
3.5 Pflegeberatung	23		
3.6 Kurzzeit- und Verhinderungspflege	23		
3.7 Medizinische Behandlungspflege / Häusliche Krankenpflege	23		
		3.8 (Pflege-)hilfsmittel	24
		3.9 Stationäre Pflege	24
		3.10. Tages- und Nachtpflege	25
		NÜTZLICHES	26
		4. DAS VERSORGUNGSSYSTEM DROGENHILFE	27
		4.1 Sucht- und Drogenhilfe	27
		4.2 Akzeptanzorientierte Drogenhilfe	27
		4.3 Angebote der Drogenhilfe	28
		NÜTZLICHES	31
		5. VERSORGUNGSSITUATIONEN UND VERSORGUNGSHINDERNISSE	32
		5.1 Ambulante Versorgung und Zugang	32
		5.2 Übergänge zwischen den Hilfesystemen	33
		5.3 Stationäre Versorgung	34
		6. NETZWERKBASIERTE LÖSUNGS- ANSÄTZE ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSSITUATION	37
		6.1 Netzwerkstruktur und Koordination	37
		6.2 Potentielle Netzwerkpartner	38
		6.3 Netzwerkaktivitäten und Inhalte	39
		6.3.1 Kontakt und Informationsaustausch	39
		6.3.2 Wissenstransfer und Sensibilisierung	40
		6.3.3 Niedrigschwellige aufsuchende Hilfe, bedarfsgerechte Überleitung und Fach- beratung – Casemanagement 40+	41
		6.3.4 Planungs- und Konzeptarbeit	42
		NÜTZLICHES	43
		QUELLENVERZEICHNIS	44
		ANHANG	45

„Zusammenkommen ist ein Beginn, zusammenbleiben ist ein Fortschritt, zusammenarbeiten ist ein Erfolg.“
Henry Ford

„Ich will nur ein bisschen integriert sein“
Besucherin eines Drogenhilfeangebotes

Liebe Leserinnen und Leser,

Dieser Leitfaden ist im Rahmen des vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Projektes „Netzwerk 40+ zur Entwicklung von bedarfsgerechten Maßnahmen zur Versorgung älterer drogenabhängiger Menschen“ entstanden. Er soll die Mitarbeiter/innen der Dienste aus Suchthilfe, Altenhilfe sowie weiteren Sozial- und Gesundheitsbereichen für das Thema sensibilisieren und sie in der Arbeit mit diesem Personenkreis unterstützen.

Erkenntnisse über die Problemlagen „älter werdender Drogenabhängiger“ sind noch recht „jung“, da es erst durch (lebenserhaltende) Angebote der Drogenhilfe und Verbesserungen in der medizinischen Behandlung in den vergangenen zwei Jahrzehnten möglich wurde, dass langjährige Konsument(inn)en illegaler Substanzen heute älter werden. Die Lebenssituation vieler „Älterer“ ist durch komplexe Problemlagen geprägt. Kein Versorgungssystem kann dieser Komplexität allein begegnen. Der Schlüssel für die Bewältigung dieser Herausforderung im Einzelfall liegt in der bereichsübergreifenden Kooperation. Dabei geht es um ein Verständnis für die jeweils andere Perspektive auf die Zielgruppe, um den Austausch von Wissen und um die Gestaltung von Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen.

Im Projekt hat man sich in Nürnberg, München und Augsburg mit den Bedarfen der Zielgruppe wie auch den Bedarfen der Fachkräfte auseinandergesetzt. Darüber hinaus hat man Erfahrungen aus der konkreten Vernetzung in Einzelfällen gesammelt. Die Ergebnisse der Projektarbeit sind in diesen Leitfaden geflossen. Chancen für die gemeinsame Gestaltung der Versorgung sollen genauso deutlich werden wie Hindernisse in der Umsetzung von Lösungen.

Mit einer Vielzahl an Hinweisen und Verweisen für eine vertiefte Beschäftigung sowie mit unseren Schlussfolgerungen hoffen wir, nützliche Grundlagen für die Praxis zu geben: um diesem Personenkreis angemessen zu begegnen und wirksame Unterstützung im Einzelfall zu leisten und um das Versorgungssystem bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

München im März 2017

Für die Projektträger:

Manuela Bolz (mudra e.V.)

Sylvia Braasch (mudra e.V.)

Ulrich Körner (Drogenhilfe Schwaben gGmbH)

Dr. Florian Schäffler (Condrobs e.V.)

Monika Thym (Condrobs e.V.)

Davor Stubican (Paritätischer Bayern)

gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



1. Theoretische Grundlagen – Abhängigkeit

1.1 Abhängigkeit von illegalen Drogen

Unter Drogen werden im Allgemeinen Substanzen verstanden, die eine Beeinflussung von Bewusstsein und Wahrnehmung auslösen können und in entsprechender Dosierung bzw. Einnahmeform Rauschzustände hervorrufen. Dabei spielen in dieser Abhandlung insbesondere diejenigen Stoffe eine wichtige Rolle, deren Umgang illegal und daher strafrechtlich im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) geregelt ist. Die meisten Drogenkonsument(inn)en weisen einen multiplen Substanzkonsum auf. Neben illegalen Drogen werden oft zusätzlich legale Stoffe, vorrangig Alkohol, Tabak und nicht verordnete Medikamente, eingenommen.

Definition Abhängigkeit: ► DSM-V: Eine erweiterte Klassifikation enthält das Diagnosesystem DSM-V der American Psychiatric Association:

1. Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust)
7. Anhaltender Wunsch nach Kontrollvermögen oder erfolglose Versuche der Kontrolle
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung
9. Aufgabe oder Reduzierung von (sozialen, beruflichen, Freizeit-) Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Folgeproblemen
11. „Craving“: starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren

Bei Auftreten von zwei Merkmalen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums gilt die Diagnose einer „Substanzgebrauchsstörung“ als erfüllt. Bei 2-3 zutreffenden Kriterien handelt es sich um eine moderate und bei vier oder mehr Kriterien um eine schwere Störung.

Bei einer langjährigen Abhängigkeit kann es zum „Toleranzbruch“, einer abnehmenden Verträglichkeit, kommen. Eine eigentlich gewohnte Dosis kann dann unerwartet zu gravierenderen Ausfallerscheinungen führen.

Entzugserscheinungen können sowohl auf seelischer als auch auf körperlicher Ebene auftreten. Je nach Wirkungsweise, Halbwertszeit der Droge und Konsumdauer zeigen sich die Symptome unterschiedlich rasch und äußern sich in verschiedenen Beschwerden bzw. Gefühlszuständen (Beispiel Opiatentzug: über 6-8 Tage hinweg starke grippeähnliche Symptome, Schmerzen und Krämpfe, begleitet von psychischen Beschwerden wie Unruhe, Aggression und Angstzustände, welche noch Wochen und Monate anhalten können). Dadurch wird nachvollziehbar, warum Abhängige enorme Anstrengungen und „kreatives“ Vorgehen entwickeln, um sich erneut Drogen zu verschaffen und somit Entzugserscheinungen zu vermeiden oder zu mildern.

1. Theoretische Grundlagen – Abhängigkeit

1.2 Substanzen

Das Risiko, abhängig zu werden, hängt auch von der (jeweiligen) Droge ab. Es gibt eine Vielzahl von Stoffen mit unterschiedlichsten Wirkrichtungen, wie in Abbildung 1 exemplarisch veranschaulicht wird. Eine Abhängigkeit kann dabei auf der körperlichen und/oder psychischen Ebene entstehen.

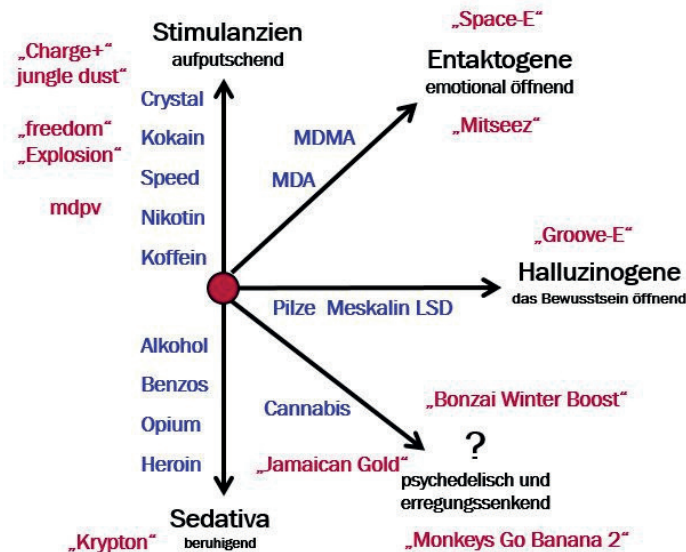


Abbildung 1: Übersicht Substanzkunde

Welche Drogen bevorzugt konsumiert werden, wird auch durch die regional unterschiedliche Verfügbarkeit gesteuert.

Die rot gekennzeichneten Stoffe entstammen der Gruppe der „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ (NPS) – auch „Legal Highs“ genannt. Darunter fallen unter anderem die sogenannten „Räuchermischungen“ oder „Badesalze“. NPS imitieren mit Hilfe von chemischen Stoffen die Wirkung bereits bekannter, illegaler Substanzen. Sie stellen für manche Drogengebraucher/-innen eine Alternative dar, weil sie relativ preisgünstig sowie leicht verfügbar sind und die Aufnahme ins BtMG durch permanente Weiterentwicklung neuer Stoffe verzögert erfolgt. Damit können rechtliche Konsequenzen eine Zeit lang umgangen werden. Der Nachweis eines Konsums durch Tests ist zudem schwierig und teuer.

NPS sind aufgrund vieler, teilweise noch unbekannter Nebenwirkungen mit hohen Risiken behaftet!

1.3 Abhängigkeitsentwicklung

Phasen: Die Übergänge und Ausprägungen in der Entwicklung einer Substanzabhängigkeit sind fließend: gelegentlicher, gewohnheitsmäßiger, missbräuchlicher, schädlicher, riskanter, kontrollierter und abhängiger Konsum kann im Verlauf einer Konsumbiographie wechselweise und in unterschiedlicher Reihenfolge auftreten. Sowohl die Aufrechterhaltung als auch die Bewältigung einer Abhängigkeit verläuft demnach selten geradlinig. Auch sind wechselnde Motivationsstadien zur Veränderung des Konsumverhaltens durchaus typisch (vgl. Prochaska und DiClemente).

Ursachen: Die Ursachen für die Entwicklung einer Suchterkrankung sind vielfältig und komplex. Ein gängiges Erklärungsmodell stellt die folgende Bio-Psycho-Soziale Trias dar:

1. Theoretische Grundlagen – Abhängigkeit

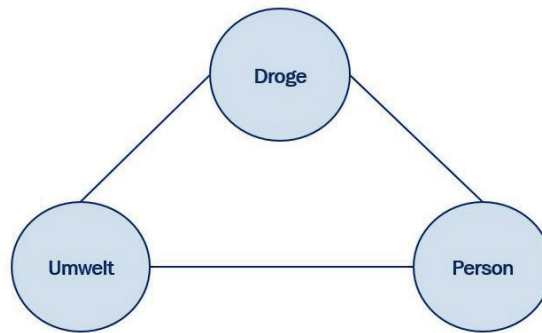


Abbildung 2: Bio-Psycho-Soziales Modell zur Erklärung von Sucht / Abhängigkeit

Bei *personenbezogenen Faktoren* spielen u.a. hohe Belastungen durch traumatische Kindheitserfahrungen, psychische Erkrankungen und genetische Dispositionen eine wichtige Rolle, wobei parallel oft Ressourcen (z.B. Problem-Lösungsstrategien) fehlen.

Zu den bedeutendsten *Umweltfaktoren* zählen instabile Familienkonstellationen, belastete Eltern (Sucht/ Psychische Erkrankung), frühe Trennungen/Verluste von wichtigen Bezugspersonen, die Peer-Gruppe und gesellschaftliche/kulturelle Faktoren (Normen; Legalität / Illegalität).

Die *Droge* verschafft dem/der Betroffenen zunächst eine schnelle und effektive Regulierung negativer Symptome und Gefühle. Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Konsum im Sinne eines Selbstheilungsversuches fortgesetzt wird.

Bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeiten bestehen genderspezifische Unterschiede. Betroffene Frauen sind überdurchschnittlich häufig (sexualisierten) Gewalterfahrungen in der Kindheit ausgesetzt worden. Zusätzlich können im Laufe der Drogenabhängigkeit weitere Traumatisierungen auftreten, z.B. durch Prostitution, ebenfalls süchtige Partner/-innen oder Verlust des Sorgerechts für die eigenen Kinder. Bei Männern sind u.a. männliche Rollenerwartungen, fehlende positive Identifikationsfiguren sowie Ausgrenzungs- und Gewalterfahrungen bedeutsam. Hinzu kommen eine geringere Therapiebereitschaft, geringere Kommunikationskompetenzen und die Tabuisierung von „Opfer“-Erfahrungen als Junge bzw. Mann. Bei der Entstehung einer Sucht ist also von einem *multifaktoriellen Ursachengefüge* auszugehen. Neurobiologische Aspekte und verschiedene psychologische Theorien ergänzen diese Erklärungsansätze. Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben der/des Betroffenen (z.B. psychische „Abwehrmechanismen“ wie Leugnen, Bagatellisieren, Rationalisieren von Konsum; gleichzeitig Scham- und Schuldgefühle der Betroffenen), gehören ebenfalls zum Krankheitsbild und sind daher häufig zu beobachten. Im Jahr 1968 erfolgte nach einem Bundessozialgerichtsurteil die Anerkennung einer Abhängigkeit als eine schwere, chronisch rezidivierende Erkrankung.



Anregungen für die Praxis:

In (Pflege-)Einrichtungen sollte der Umgang mit Suchtmitteln reflektiert werden, um (ehemalige) Abhängige nicht durch ungewollte Konfrontation einem Rückfallrisiko auszusetzen. Bei Medikamenten ist darauf zu achten keine suchterzeugenden oder alkoholhaltigen Mittel zu verordnen, da das Risiko einer Suchtverlagerung besteht.

1.4 Zahlen zum Substanzkonsum

Substanzkonsum in der Bevölkerung:

Nikotin: 16 Mio. Menschen in der Bundesrepublik Deutschland rauchen. Im Jahr 2013 starben 121 000 Menschen an den Folgen des Rauchens.

Alkohol: 1,4 bis 2,0 Mio. Erwachsene erhalten nach DSM-V eine Zuordnung zu substanzbezogene Störung. Bei Männern waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol 2013 der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt.

Medikamente: 2015 wurden insgesamt 1,2 bis 1,5 Mio. Benzodiazepin-Abhängige und ca. 1,9 Mio. Medikamentenabhängige beziffert (DHS).

Illegale Substanzen: 1/4 aller Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) hat schon einmal eine illegale Substanz probiert. Lässt man die Zahlen für Cannabis unberücksichtigt, haben 7,4 % aller Erwachsenen bereits illegale Drogen konsumiert. Schätzungsweise 200 000 Menschen in Deutschland gebrauchen illegale Substanzen (ausgenommen Cannabis) risikohaft. Die Zielgruppe älterer opiatabhängiger Menschen kann in Deutschland auf 65.000 bis 70.000 Personen hochgerechnet werden. In Bayern befinden sich über 7.000 Menschen in einer Substitutionsbehandlung.

Sucht und Konsum im Alter:

Alkohol: 10-20% der Männer (über 60 Jahre) bzw. 5-10% der Frauen über 60 Jahre missbrauchen Alkohol. 2-3% der Männer (60+) bzw. 0,5-1% der Frauen 60+ sind von Alkohol abhängig. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass bis zu 400.000 Menschen, die über 60 Jahre alt sind, „zu viel“ trinken.

Medikamente: 8-13% der Generation 60+ weisen einen problematischen Medikamentenkonsum auf. Hierbei sind überwiegend ältere Frauen betroffen.

Illegale Substanzen: Die Deutsche Suchthilfestatistik weist jedes Jahr in Deutschland deutlich über 20.000 Klienten und Klientinnen mit problematischem Konsum von Opiaten und Opioiden im Suchthilfesystem aus, die über 40 Jahre alt sind.

Substitution: Ein großer Teil der älteren Opiatabhängigen befindet sich in einer substitutionsgestützten Behandlung. Um die Projektstandorte herum werden für das 4. Quartal 2016 folgende Zahlen der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu älteren Substituierten genannt:

Mittelfranken (incl. Nürnberg): 315 Patient(inn)en mit einem Lebensalter größer/gleich 40;

Schwaben (incl. Augsburg): 392 Patient(inn)en mit einem Lebensalter größer/gleich 40;

München: 925 Patient(inn)en mit einem Lebensalter größer/gleich 40 Jahren.

Substitution

Substitution ist die Behandlung einer Opiatabhängigkeit in Form einer ärztlich überwachten Vergabe medikamentöser Ersatzstoffe zur Verhinderung von Entzugserscheinungen. Substitutionsmittel sind pharmazeutisch hergestellte Opioide, die nur von suchtherapeutisch qualifizierten und zugelassenen Ärztinnen/Ärzten verordnet werden dürfen. Die bekanntesten Handelsnamen dieser Medikamente sind z.B. Methadon, L-Polamidon und Subutex. Die Behandlung ist kassenfinanziert.

Substitute haben einen gleichbleibenden Wirkstoffgehalt mit deutlich längerem Wirkspektrum (Einnahme nur 1mal täglich). Die (Wieder-)Aufnahme von beruflichen, sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten wird so ermöglicht.

Allerdings treten häufig Nebenwirkungen auf und die starke körperliche und seelische Abhängigkeit besteht fort.

Um einer gefährlichen Mischintoxikation (mit dem Risiko einer tödlichen Atemdepression) durch (unerlaubten) „Beikonsum“ von Benzodiazepinen, Alkohol und weiteren Opiaten vorzubeugen, finden seitens der Substitutionspraxis stichprobenartige oder regelmäßige Kontrollen (Urin-, Blut-, Atem-Tests) statt. Verstöße werden sanktioniert.

Parallel zur medikamentösen Behandlung ist eine psychosoziale Begleitung (PSB) in einer Suchtberatungsstelle vorgeschrieben. Damit sollen die durch die Heroinabhängigkeit entstandenen, vielfältigen Folgen auf psychischer und sozialer Ebene bewältigt werden.

NÜTZLICHES

ANHANG ZU „THEORETISCHE GRUNDLAGEN“:

- Anlage 1: „Auswirkungen / Begleiterkrankungen Opiatkonsum“
- Anlage 2: „Informationen zur Substitutionsbehandlung für Pflegeberufe“
- Anlage 3: „Substitution Wirkstofftabelle“

WEITERES MATERIAL:

- **Substanzen:** Schulungspräsentation „Suchtsensible Pflege“ zum Download unter: www.paritaet-bayern.de/netzwerk40plus/leitfaden
- **Definition Abhängigkeit:** ICD-10:
<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/index.htm#V>
- **Substanzen:** Wirkungen, Entzugserscheinungen, Risiken verschiedener Substanzen (speziell bei Älteren):
<http://www.dhs.de/suchstoffe-verhalten.html>
<http://www.unabhaengig-im-alter.de/home/> <http://www.drugcom.de/drogenlexikon/>
<http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/infomaterial-und-bestellung.html>
Legale Suchtmittel in der Altenpflege: <http://www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=27>
Medikamente: <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater.html>
- **Substitution:** <http://www.dgsuchtmedizin.de/>
- **Praxishilfen für die Altenpflege:**
DHS-Leitfaden „Substanzbezogene Störungen im Alter“: <http://www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=27>
SANOPSA Systematisierte Pflegehandlungsempfehlungen zum Umgang mit Suchterkrankten in Altenhilfeeinrichtungen: <http://www.sanopsa.de/internet/projektergebnisse/>



2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

Altersbilder sind in unserer Gesellschaft vielfältig und individuell. Ebenso gibt es „den“ älteren Drogenabhängigen nicht. Und dennoch lassen sich Merkmale beschreiben, die typisch bzw. kennzeichnend für diese Zielgruppe sind – und die in der Beratung, Betreuung und Pflege berücksichtigt werden sollten.

Im Rahmen verschiedener Projekte („sddcare“ (2010), Eisenbach-Stangl & Spirig (2010), Degkwitz & Zurhold (2011), Vogt et al (2010)) wurde die Lebenssituation und der Gesundheitszustand älterer Drogenabhängiger erforscht und es wurden mögliche Lösungen für eine angemessene Versorgung dieser Zielgruppe erarbeitet. Die folgende Zusammenfassung enthält Aspekte dieser Studienerkenntnisse sowie Ergebnisse aus teilstandardisierten Befragungen von Betroffenen und Professionellen der Sucht- und Altenhilfe sowie des Gesundheitssystems in München (Fuhrmann 2005&2009) und Nürnberg (Bolz & Löhner 2012).

Im Folgenden werden die spezifischen Besonderheiten und Probleme der Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“ anhand von vier relevanten Bereichen dargestellt:

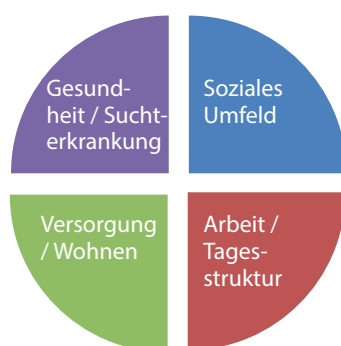


Abbildung 3: Lebensbereiche bei der Beschreibung der Zielgruppe

In jedem der vier Teilbereiche haben die „Älteren“ oft noch unterschätzte Ressourcen. In der Praxis sollten diese verstärkt in den Fokus gerückt und kreative Lösungen für deren Nutzung erprobt werden.

2.1 Gesundheit

Dass Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, überhaupt älter werden können, ist eine noch relativ neue Entwicklung. Zum einen liegt dieser „Erfolg“ an einer verbesserten medizinischen Versorgung, insbesondere die seit Beginn der 90er Jahre bestehende Möglichkeit zur Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige, aber auch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten von typischen Folgeerkrankungen (z.B. Hepatitis C). Zum anderen zeigen die seit den 80er Jahren verstärkten (Überlebens-)Hilfe-Angebote der Suchthilfe, z.B. Streetwork und Vergabe steriler Spritzen (siehe Kapitel „Drogenhilfe-System“) ihre positive Wirkung.

Das Phänomen „Voralterung“: Manche Drogenabhängige sind bereits im vierten Lebensjahrzehnt auffallend stark körperlich und/oder psychisch beeinträchtigt. Wenngleich „Alter“ nicht nur von Abbau und Krankheit geprägt ist, sind manche drogenabhängige Menschen dennoch durch Multimorbiditäten belastet, wie sie eigentlich erst für spätere Lebensphasen typisch sind. Diese sogenannte „Voralterung“ kann bis zu 20 Jahre betragen. Die Zahl derjenigen, die im fünften Lebensjahrzehnt deswegen Hilfen bei der Lebensführung und oft auch professionelle Pflege benötigen, nimmt stetig zu.

Es ist nicht klar, ob vornehmlich die Inhaltsstoffe der Drogen an sich, der Tatbestand der Illegalität (► Vertrieb der Drogen über den „Schwarzmarkt“, der damit verbundene schwankende Wirkstoffgehalt und die Nebenwirkungen von Streckmitteln wie z.B. Vergiftungen oder Abszesse) oder die langfristigen Folgen der Illegalisierung (Verarmung, Obdachlosigkeit, Gefängnisaufenthalte, usw.) eine größere Bedeutung für diese „Voralterung“ haben.

2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

Körperliche Erkrankungen: In verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten sind für wichtige Krankheitsbilder folgende Häufigkeiten bei Drogenabhängigen über 40 Jahre ermittelt worden:

	Vogt	Degkwitz	Rosen	Eisenbach, Stangl
Hepatitis C	67%	52%	49%	Mehr als 60%
Arthritis/Gelenkerkrankungen	23%		54%	
Herz-Kreislaufkrankungen		24%	45%	
Atemwegserkrankungen	42%	24%		
Zahnerkrankungen	42%			22%

Abbildung 4: Tabelle Morbiditätsprofil älterer Drogenabhängiger

Auffällig ist die hohe Rate an Hepatitis C-Infektionen, welche auf die gelegentlich gemeinsame Verwendung von Spritzenbesteck zurückzuführen sind.

Auch ein schlechter Zahnstatus bzw. der Verlust von Zähnen bereits in jungen Jahren sind sehr verbreitet (spezifische Nebenwirkung von Stimulanzien und Ergebnis mangelnder Vorsorge). Der Zahnersatz ist wegen fehlender finanzieller Mittel oft mangelhaft. Parodontose begünstigt außerdem Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Der hohe Anteil an Atemwegserkrankungen (häufig chronisch als COPD = chronic obstructive pulmonary disease) ist u.a. auf die weite Verbreitung von Nikotinabusus parallel zum Drogenkonsum zurückzuführen. Hinzu kommen weitere, frühzeitig einsetzende alters- und konsumbedingte Erkrankungen: Diabetes mellitus Typ II und weitere Stoffwechselerkrankungen, Schmerzsyndrome, Tumorerkrankungen, gastrointestinale Störungen, Leber- u. Nierenschädigungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, vorzeitige Menopause. Das Risiko, an nicht drogenbedingten Todesursachen zu versterben (z.B. an einer Tumorerkrankung oder einem Schlaganfall), gewinnt für ältere Abhängige an Bedeutung.



Herr G. ist 58 Jahre alt und seit dem 18. LJ heroinabhängig. 30 Jahre lang konsumierte er intravenös Heroin. Seit ca. 10 Jahren wird er substituiert. Zusätzlich besteht eine Nikotinabhängigkeit und phasenweise Alkoholmissbrauch.

Weitere Diagnosen sind:

- chronische Hepatitis C und Leberzirrhose
- COPD
- Eisenmangel-Anämie
- vollständiger Zahnverlust
- Refluxösophagitis; rezidivierende Gastritis
- massive Kachexie; BMI von 14,5
- Zustand nach Magenresektion BII, pulmonaler Infektion mit atypischen Mykobakterien, Katarakt- und Hüft-Operation (TEP)

Bei den meisten Betroffenen liegen im Durchschnitt pro Person 2,5 körperliche Erkrankungen vor (► Multimorbidität), und ein Drittel fühlt sich dadurch subjektiv stark bis sehr stark beeinträchtigt. Für ältere Drogenabhängige gilt es zusätzlich zu beachten, dass Symptome (z.B. Schmerzen) aufgrund der Wirkungsweise von Substituten oder anderen konsumierten Substanzen möglicherweise nicht ausreichend wahrgenommen

2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

und den Behandelnden nicht mitgeteilt werden. Dieser Umstand, verbunden mit der Bagatellisierung, z.B. einer vorhandenen Hepatitis C-Infektion, kann zu einer medizinischen Unterversorgung führen.

Die Betroffenen verfügen oft nur über ein geringes Wissen im Hinblick auf Gesundheit im Allgemeinen und auch bzgl. spezieller Risiken, welche langfristig durch den Konsum von Substanzen entstehen können. Auch die möglichen Folgeerscheinungen von nicht angemessen behandelten chronischen Erkrankungen sind nur selten bekannt.



Ressource: Interesse an Gesundheitsthemen

Sich um die eigene Gesundheit Gedanken und Sorgen zu machen gewinnt für Ältere an Bedeutung. Gerade im Alter sind Veränderungswünsche und eine größere Bereitschaft zum Annehmen von Tipps und Hilfsangeboten zu beobachten.



Anregungen für die Praxis:

Informationslücken bei den Themen Substanzkonsum und Sucht sollten bei den Fachkräften in Einrichtungen der Altenhilfe ermittelt und bei Bedarf die entsprechenden medizinischen und gesundheitsfördernden Inhalte vermittelt werden.

Die Fachkräfte der Suchthilfe wiederum bedürfen der Fortbildung bzgl. typischer altersspezifischer Veränderungen und Erkrankungen, um beobachtbare oder geschilderte (Alters-)Symptome nicht nur dem Konsum, sondern auch gesundheitlichen Veränderungen zuordnen zu können.

Psychische Erkrankungen: Die Rate der Menschen mit chronischer psychischer Komorbidität ist in der Gruppe älterer Konsument(inn)en hoch. Dies bedeutet, dass neben der Suchterkrankung weitere Symptome als Ausdruck einer psychischen Belastung auftreten (im Durchschnitt liegen 1,5 psychische Erkrankung pro Person vor).

Psychische Beschwerden können einerseits ursächlich für den Suchtmittelkonsum gewesen sein. Betroffene versuchen häufig, die aus der psychischen Erkrankung resultierenden Belastungen mit dem Konsum von Drogen oder Medikamenten zu reduzieren (Selbstmedikation), was langfristig jedoch meist nur zu einer Verschärfung der Symptomatik führt. Eine psychische Erkrankung kann andererseits aber auch erstmalig durch den Drogenkonsum ausgelöst werden oder in Folge der Abhängigkeit (durch die häufig damit einhergehenden Erfahrungen von Gewalt und Traumatisierungen) entstehen.

In Verbindung mit weiteren negativen Einflüssen, wie z.B. Vereinsamung im Alter, zunehmende körperliche Einschränkungen oder Altersarmut, können sich die psychischen Probleme mit der Zeit noch verstärken. Die häufigsten Störungsbilder sind Depressionen, Suizidgedanken, Angstzustände, Phobien, posttraumatische Belastungsstörungen und Essstörungen. Hinsichtlich der daraus resultierenden Einschränkungen im Alltag fühlen sich knapp 40% der befragten älteren Drogenabhängigen in der Studie von Prof. Vogt wenig belastet, ein Viertel gibt eine mittlere und ein gutes Drittel starke Beeinträchtigungen im Alltag an (Vgl. Abb. 5).

	Vogt	Degkwitz	Rosen
Depression	62%	47% mind. Eine psychische Störung	57% mind. eine psychische Störung
Angst-/ Spannungszustände	55%		
Essstörung	24%		
Wahnvorstellungen	7%		

Abbildung 5: Tabelle Komorbiditätsprofil psychischer Erkrankungen

2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

Neuropsychologische Veränderungen: Zu den neuropsychologischen Veränderungen bei Opiatabhängigen gehören Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, der Psychomotorik oder der exekutiven Funktionen. Hinter diesen Veränderungen können eine Vielzahl von Ursachen stehen, hinsichtlich derer die Zielgruppe jedoch ein spezielles Risikoprofil zeigt. Liegt zum Beispiel eine HIV-Infektion vor, kann sich unter Umständen eine HIV-assoziierte neurologische Erkrankung bis hin zur HIV-assoziierten Demenz (HAND) entwickeln. Das Risiko kognitiver Beeinträchtigung wird in diesem Fall durch u.a. eine Co-Infektion mit Hepatitis C, psychiatrische Komorbiditäten und Alkohol-/ Drogenmissbrauch jeweils weiter erhöht. Auch akute, potentiell reversible neuropsychologische Einbußen können einen nicht unmittelbar konsumbedingten Hintergrund haben – wie etwa im Falle einer hepatischen Enzephalopathie als häufige Komplikation schwerer Lebererkrankungen. Zudem sind direkte neurologische Folgen langjährigen Alkoholkonsums, z.B. in Form eines Wernicke-Korsakow-Syndroms, bekannt und weit verbreitet. Diese Einschränkungen treffen z.T. noch erschwerend auf eine mangelnde Compliance in der Behandlung.

Eine Abgrenzung von konsumbedingten, dementiellen oder reversiblen neuropsychologischen Defiziten ist in der Praxis schwierig. Neurokognitive Einbußen treten bei älteren Suchtmittelkonsumenten jedoch vermutlich früher auf als in der Allgemeinbevölkerung, und dürften bei fortgesetztem Konsum in ihren Erscheinungsformen zusätzlich verstärkt werden.



Anregungen für die Praxis:

Suchtberater/-innen sollten zum Thema Demenz und kognitive Störungen Wissen über spezielle Anlaufstellen, wie z.B. Gedächtnissprechstunden, verfügen und zur Diagnostik dorthin vermitteln.

2.2 Suchterkrankung – Besonderheiten bei Drogenabhängigkeit im Alter

Wie sich herausstellte, verändern Drogengebraucher/-innen im Alter häufig ihre Konsummuster. Viele Opiatabhängige nehmen im Verlauf ihrer Suchterkrankung eine Substitutionsbehandlung in Anspruch (vgl. Substitution). Da die verwendeten Substitutionsmittel jedoch kaum berauschende Wirkung haben, bleibt das Verlangen nach Betäubung, Schmerzlinderung und psychischer Entlastung bestehen, so dass evtl. zusätzlich Drogen konsumiert werden (Beikonsum).

Im Alter lässt sich eine Tendenz zur Konsumverlagerung in Richtung „legaler Stoffe“ beobachten, da die Beschaffung illegaler Substanzen, insbesondere aufgrund der körperlichen Einschränkungen, zunehmend schwerer bewältigt werden kann und diese „stressfreier“ erhältlich sind. Um jedoch eine ähnlich dämpfende Wirkung, vergleichbar mit der von Benzodiazepinen oder Opiaten zu erreichen, werden oft große Mengen Alkohol konsumiert. Bei gleichzeitiger Abnahme der altersbedingten Mengenverträglichkeit stellt dies ein hohes Risiko dar. Es kann z.B. vermehrt zu Stürzen, Hirnabbauprozessen und einer Verschlechterung anderer somatischer Erkrankungen kommen. Eine bestehende Hepatitis C-Erkrankung und/oder die Einnahme mehrerer Medikamente können zum Beispiel die körperliche Verarbeitung von Alkohol verzögern, so dass bei zu kurzen Konsumpausen eine Anreicherung im Körper erfolgt.

In Interviews mit Betroffenen wurde aber auch gelegentlicher Gebrauch von Stimulanzien, z.B. Crystal benannt, da neben der überwiegend sedierenden Wirkung von Substitutionsmitteln zeitweise auch der Wunsch nach Aktivierung und Energie vorhanden sein kann. Der Konsum birgt jedoch für Ältere erhebliche Risiken. Das Auftreten von Herzinfarkten und Schlaganfällen (bei Crystal-Konsum), sowie von Panikattacken und akutem Kreislaufversagen (bei Konsum von NPS) sind möglich. Diese Komplikationen können einen

2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

limitierenden Faktor für selbständiges Wohnen darstellen und auch zu einem plötzlich eintretenden Pflegebedarf führen.

Suchtverläufe sind sehr individuell und beinhalten zeitlich unterschiedlich lange, rasch wechselnde Phasen von Abstinenz oder kontrolliertem, weniger riskantem Konsum.. Gerade im Alter haben solch unterschiedliche Konsumphasen einen sehr ausgeprägten und deutlich spürbaren Einfluss auf entweder die Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes oder auf einen schnellen körperlichen und psychischen Abbau.



Ressource: Veränderungsbereitschaft im Alter:

Fast 90% der Befragten gaben an, Veränderungen in ihrem Leben anzustreben. Auffällig ist die Entwicklung von Veränderungsmotivation, wenn (lebens-)bedrohliche Erkrankungen, die möglicherweise eine Bilanzierung des bisherigen Lebens mit sich bringen, auftreten und daraufhin Ziele und Wünsche für die verbleibende Lebenszeit bewusst werden.



Anregungen für die Praxis:

In der Altenhilfe und Pflege sollte eine Abfrage von Suchtmittelkonsum standardmäßig erfolgen. Eine sehr gute Vorlage hierfür findet man in den systematisierten Pflegehandlungsempfehlungen von SANOPSA (► [Nützliche Links](#)). Im Falle eines Konsums helfen kurze Fragebögen (z.B. AUDIT-C für Alkohol), um eine konkretere Einschätzung über das Ausmaß (des Konsums) zu erhalten. Des Weiteren empfiehlt sich eine Sammlung und systematisierte Dokumentation von beobachtbaren Symptomen, um – in Rücksprache mit dem Team und behandelnden Ärzt(inn)en – zu einer möglichst objektiven Einschätzung der Beobachtungen (z.B. krankheits- oder konsumbedingt) zu gelangen.

Der Umgang mit abhängigen Menschen erfordert eine große innere Klarheit, v.a. um einem süchtigen Verhalten notwendige und angemessene Grenzen setzen zu können. Empfehlenswert sind Fallbesprechungen und Absprachen zu einer einheitlichen Vorgehensweise im Team sowie konzeptionelle Überlegungen, die die gesamte Institution betreffen.

In der Suchtberatung sollten altersspezifische Aspekte und Risiken von Substanzkonsum thematisiert werden.

Die Motivation bzgl. einer Verhaltensveränderung ist Schwankungen und großen Ambivalenzen unterlegen – und kann auch erst im Verlauf einer längeren, empathischen „Beratungsbeziehung“ entstehen, unterstützt durch spezifische Gesprächstechniken mit einer akzeptierenden Haltung (z.B. „motivational interviewing[®]“). Veränderung ist in jedem Alter möglich und sinnvoll. Deshalb sollte auch den Älteren jederzeit Unterstützung bei der Entwicklung von Veränderungsmotivation und bei der Reduktion von Suchtmitteln angeboten werden.

Probleme in der medizinischen Versorgung und Substitutionsbehandlung: Regional unterschiedlich gibt es vor allem im ländlichen Raum eine Unterversorgung mit verfügbaren Substitutionsplätzen. Viele Drogenabhängige müssen weite Fahrten und Wege auf sich nehmen, was ihre (Re-)Integration erschwert und das Abbruchrisiko – zugleich das Todesrisiko – erhöht. Schon jetzt ist durch die Zunahme an mobilitätseingeschränkten Substituierten, ein steigender Bedarf zur Delegation der Substitutionsmittel-Vergabe an ambulante Pflegedienste zu verzeichnen – mit teilweise noch ungeklärten Fragen zur rechtlichen und finanziellen Absicherung.

2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

Um den rechtlichen Rahmen der Substitutionsbehandlung an die Entwicklungen der Zielgruppe und in der Praxis anzupassen, wird die maßgebliche Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) im Jahr 2017 novelliert.

Zu Wirkungen und Wechselwirkungen von Substitutionsmittel, der Ko-Medikation zusätzlich vorliegender Grunderkrankungen und dem etwaigen Beikonsum von nicht verschriebenen Substanzen liegen bisher wenig gesicherte Daten vor. Die medikamentöse Behandlung älterer Substituierter wird zudem oft durch kognitive Einschränkungen des Klientel in Verbindung mit einer verminderten Compliance bei Einnahme der Medikamente erschwert.

Der Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten ist kaum möglich, da eine krankenkassenfinanzierte Psychotherapie auf das Ziel der Abstinenz ausgerichtet ist, was eine gleichzeitige, auf Dauer angelegte Substitutionsbehandlung ausschließt. Viele Therapeut(inn)en geben zudem an, zu wenig Erfahrung mit Abhängigen zu haben und lehnen die ihnen zugewiesene Kontrolle des Konsums im Rahmen der Therapie ab.



Ressource: Therapieerfolge von Älteren:

Studien belegen, dass ältere Konsument(inn)en von (Behandlungs-)Angeboten ebenso oder sogar besser profitieren als jüngere.



Anregungen für die Praxis:

Angebote von Suchttherapeut(inn)en und Suchtberater/-innen sollten barrierefrei zugänglich, ggf. auch aufsuchend sein. Die Gesprächsdauer ist anzupassen. Themen wie Lebensbilanz, Wünsche für die Zukunft, Trauer und Umgang mit körperlichen Einschränkungen sind aktiv anzusprechen.

Pflegepersonen sollten auf die Möglichkeit von Suchtberatung oder therapeutischer Unterstützung hinweisen und auf Wunsch vermitteln.

Für Krisensituationen bestehen Möglichkeiten, ambulante Krisendienste, telefonische Beratung (Sucht- und Drogenhotline) oder bei akuter Gefährdung auch ärztliche Unterstützung hinzuzuziehen.

2.3 Soziales Umfeld – Lebenssituation älterer Drogenabhängiger

Neben gesundheitlichen Aspekten hängt erfolgreiches Alter(n) auch von der Lebenssituation und den sozio-ökonomischen Bedingungen ab.

Soziale Beziehungen: Ein lückenhaftes soziales Netz ist allgemein bei alternden Menschen ein Risikofaktor für körperliche und psychische Erkrankungen. Bei der Zielgruppe der älteren Drogenabhängigen ist das soziale Netz oft aber schon von vornherein „löchrig“. In der sddcare Studie gaben 30% an, keinen oder nur einen losen Kontakt zur (oft defizitären) Herkunftsfamilie zu haben.

Verlässliche Partnerschaften sind eher selten vorhanden. Insbesondere Frauen haben i.d.R. einen ebenfalls süchtigen Partner. Viele haben aber auch bereits den Verlust von Partner/-innen und Freund(inn)en hinnehmen müssen, die an (den Folgen) ihrer Sucht verstarben. Drogenabhängige sind also schon in jüngeren Jahren überdurchschnittlich häufig mit Trauer und Verlust konfrontiert. Zu eigenen Kindern besteht meist nur ein sporadischer bzw. kein Kontakt, weil die familiären Beziehungen durch die Suchterkrankung oft sehr belastet sind, die Betroffenen ihren Kindern gegenüber ein schlechtes Gewissen haben und keine Last darstellen wollen. Die Versorgungssituation im (akuten) Krankheitsfall ist aufgrund dieser häufig fehlenden sozialen Ressourcen oft nicht gewährleistet.

2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

Bezug zur Drogenszene: Die „Freundschaften“/sozialen Kontakte innerhalb der Drogenszene unterliegen einer gewissen Unverbindlichkeit und bilden ebenfalls kein alternatives und zuverlässiges Unterstützungsnetz. Im Alter kommt hinzu, dass „Drogensenior(inn)en“ mit den hektischen Anforderungen des Szenelebens nicht mehr mithalten können oder sich auch innerhalb der Drogenszene ausgegrenzt fühlen. Außerdem distanzieren sich einige Ältere von sich aus, um z.B. Substitutionsvorgaben bzgl. Beikonsumfreiheit leichter einhalten zu können. Dadurch fällt ein großer Teil des bisherigen sozialen Netzes weg und der Grad an Isolation und Einsamkeit wird erhöht.



Frau K. ist 64 Jahre alt und seit dem 25. Lebensjahr heroïn- und nikotinabhängig. Es besteht ein Alkoholmissbrauch. Phasen von Heroïnkonsum und Substitution wechseln sich ab. Sie leidet an Osteoporose, einer stark deformierten Wirbelsäule, Hepatitis B, COPD, einem operierten Herzklappenfehler und Beeinträchtigungen der Hirnfunktion. Es liegt ein Grad der Behinderung von 90% vor.

Frau K.s Tochter ist bereits an den Folgen ihres Drogenkonsums verstorben. Der Ehemann, ebenfalls heroïnabhängig, lebt schon seit Längerem in einem Pflegeheim. Er wird von ihr weiterhin mit Drogen versorgt, da seine Abhängigkeit dort nicht bekannt ist. Durch die eingeschränkte Mobilität beschränken sich ihre Kontakte auf Menschen, welche sie zum Erwerb oder gemeinsamen Konsum von Drogen besuchen.

Selbstkonzept: Von der Gesellschaft fühlt sich etwa die Hälfte der Betroffenen ausgegrenzt und diskriminiert. Viele berichten von negativen Erfahrungen im Medizin- und Hilfesystem. Die Angst ist groß, nicht verstanden, abgewertet oder Zwangsmaßnahmen ausgesetzt zu werden. Häufige Folge ist Widerstand und Ablehnung gegenüber diesen Systemen. Der Mangel an positiven sozialen Kontakten führt zu geringer Zufriedenheit.



Ressource: Professionelle Kontakte / Engagement:

Ein großer Teil der drogenabhängigen Menschen nimmt im Verlauf der Konsumbiographie Kontakt zum Drogenhilfesystem auf, da die psychosozialen Folgen der Abhängigkeit gravierend sind und Unterstützungsbedarf hervorrufen. Dadurch sind oft schon jahrelange Kontakte zu Suchtberater(inne)n vorhanden, welche genutzt werden können, und es liegt eine grundsätzliche Bereitschaft vor, sich auf professionelle Beziehungen im Suchthilfesystem einzulassen. In Erhebungen geben fast alle Befragten aus der Zielgruppe an, eine gute und tragfähige Beziehung zu (Substitutions-)Ärztinnen und Ärzten und zu sozialpädagogischen Fachkräften zu haben. Diese Kontakte können helfen, Ängste und Vorbehalte gegenüber Profis aus den bisher nicht genutzten Angeboten der Altenhilfe zu überwinden und den Zugang zu neuen Hilfen zu erleichtern.

Die Bereitschaft von Betroffenen, sich um andere kümmern zu wollen, wird als Potential gesehen, sinnstiftenden Beschäftigungen nachzugehen, wenn die Perspektive einer Erwerbsarbeit fehlt. Dabei können ggf. berufliche Kompetenzen und durch das Hilfesystem geprägte Lebenserfahrung mit eingebracht werden.

2.4 Wohnen

Wie wohl alle Menschen, wünschen sich auch Drogenabhängige, möglichst lange selbständig leben zu können. Dieses Bedürfnis ist vermutlich sogar besonders stark ausgeprägt, weil sie im Verlauf ihres Lebens häufig

2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

Einschränkungen in ihrer freien Lebensgestaltung hinnehmen müssen, z.B. durch lange Aufenthalte in Institutionen (Kliniken, Therapieeinrichtungen oder Haftanstalten) oder auch durch Beschränkungen im Rahmen von Substitutionsbehandlungen. Evtl. waren sie in der Vergangenheit phasenweise von Wohnungslosigkeit betroffen, so dass der „Besitz“ einer eigenen Wohnung einen besonders hohen Wert darstellt.

Hinter der Angst vor Fremdbestimmung oder Unverständnis steht meist der Wunsch, den eigenen (von der Norm abweichenden) Lebensstil schützen zu wollen.

Selbständiges Wohnen in der eigenen, aber meist nicht barrierefreien (Sozial-)Wohnung ist einem Großteil der Zielgruppe zu einem frühen Zeitpunkt noch möglich. Allerdings können körperliche und finanzielle Einschränkungen bereits die Instandhaltung der Wohnung erschweren, so dass eine hauswirtschaftliche Unterstützung nötig wird. Sobald durch weitere Mobilitätseinschränkungen ein barrierefreies Wohnen erforderlich werden sollte, stellt die Verknappung von bezahlbarem Wohnraum innerhalb der Grenzen der Sozialleistungsträger sowie der generelle Mangel an barrierefreien Wohnungen, ein großes Problem dar.

2.5 Selbstversorgung

Dem Großteil der Betroffenen gelingt die sinnvolle Einteilung ihrer finanziellen Mittel nicht. Nicht selten liegt eine Verschuldungssituation vor. Eine Mehrheit berichtet zudem von leichten bis mäßigen Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung. Bei der Körperpflege ergeben sich bei einem Drittel Probleme, wobei Männer signifikant häufiger betroffen sind.

Die Bewältigung von Anträgen und Formalitäten fällt zunehmend schwerer und bedarf Unterstützung. Ein Wissen über sozialrechtliche Ansprüche fehlt, insbesondere bezüglich Pflegeethemen. Nur ein kleiner Teil der Zielgruppe hatte nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff (bis 31.12.2016) einen Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI.



Ressource: Gelingende Selbstversorgung und Stabilisierung der Wohn- und Lebensverhältnisse:

Ältere Abhängige verfügen über stabilere Lebensverhältnisse als jüngere. Die Meisten leben in gesicherten, über Transferleistungen finanzierten Wohnverhältnissen auf einem bescheidenen Niveau (bezogen auf Ausstattung, Umfeld usw.). Sie sind überwiegend noch in der Lage, sich selbstständig zu versorgen.



Anregungen für die Praxis:

Die Schaffung angepasster Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für bereits gesundheitlich eingeschränkte Drogenabhängige unterhalb des Rentenalters würde eine momentan noch bestehende Lücke innerhalb des Versorgungssystems schließen. Erfahrungen aus dem Bereich der „Jungen Pflege“ können genutzt werden.

Die Suchtberatung sollte Freizeit- und Informationsangebote speziell für die Zielgruppe bereitstellen und dabei entsprechende Faktoren berücksichtigen (z.B. Kino für Menschen mit Hör- und Sehbeeinträchtigung, kostengünstige/-freie Veranstaltungen, Vermittlung ehrenamtlicher Begleitdienste, etc.). Oft wird der Wunsch geäußert, dass diese Freizeitbeschäftigungen in einem drogenfreien Rahmen stattfinden und die Teilnehmer(innen) „auf Sicht clean“ erscheinen sollen. Eigene Freizeitaktivitäten sind auf Barrierefreiheit zu prüfen und ggf. auch Fahrdienste zu organisieren. Ausgehend von Gruppenangeboten können persönliche Vernetzungen befördert und weitere Eigeninitiativen oder gemeinsame Freizeitaktionen angeregt werden (z.B. ein wöchentliches Angebot zum Kochen 40+).

2. Die Zielgruppe „Ältere Drogenabhängige“

2.6 Erwerbstätigkeit, Tagesstruktur, Freizeit

Ein Großteil der Zielgruppe hat gesundheitliche Einschränkungen, die sich schon früh negativ auf die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit auswirken. Häufig gibt es Schwierigkeiten eine Arbeit oder Beschäftigung zu finden. Viele werden aber auch frühzeitig berentet und erhalten ggf. ergänzende Grundsicherung im Alter, so dass kein Anspruch auf Maßnahmen zur Teilhabe am Erwerbsleben mehr besteht.

Das Freizeitverhalten ist eingeschränkt und wenig aktiv. Dabei gibt eine Mehrheit der Betroffenen Schwierigkeiten aufgrund der gesundheitlichen Verfassung, psychischen und/oder körperlichen Belastungen an. Geringe finanzielle Mittel wirken sich zusätzlich einschränkend aus. Viele Hobbies wurden durch den jahrelangen Drogenkonsum nicht mehr gepflegt. Bei einem Drittel der Befragten reduziert sich die Freizeit auf Aktivitäten wie Fernsehen, Lesen und Musik hören.

Das Fehlen einer Erwerbsarbeit und der Mangel an tagesstrukturierenden Aufgaben führen bei knapp drei Viertel der Befragten zu Problemen in der Alltagsgestaltung. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist massiv beeinträchtigt bzw. findet zum Teil gar nicht statt.



Ressource: Sinnstiftende Beschäftigungen / Tagesstruktur:

Einer (geschützten) Beschäftigung nachzugehen, die auch mit gesundheitlichen Einschränkungen vereinbar ist, wird von vielen gewünscht und als wichtig für die Lebenszufriedenheit angesehen.

Nach der Vergaberegulation in der BtMVV müssen Substituierte, die noch mobil genug sind, regelmäßig ihre Wohnung verlassen (täglich bis mindestens einmal wöchentlich), um sich persönlich in der Substitutionspraxis vorzustellen. Dadurch ergibt sich ein „Aktivitäts-Anker“ im Alltag, der zur Tagesstrukturierung beiträgt und noch weiter ausgebaut werden könnte.

NÜTZLICHES



ANHANG ZU „ZIELGRUPPE ÄLTERE DROGENABHÄNGIGE“

- Anlage 1 „Auswirkungen Begleiterkrankungen Opiatkonsum“



WEITERES MATERIAL:

- **Substanzen:** Schulungspräsentation „Suchtsensible Pflege“ zum Download unter: www.paritaet-bayern.de/netzwerk40plus/leitfaden
- **Kognitive Veränderungen:** Präsentation „Demenz / kognitive Störungen in der Suchthilfe“ zum Download unter: www.paritaet-bayern.de/netzwerk40plus/leitfaden
- **Änderung des Konsumverhaltens:** Handout „Stadien der Veränderungsbereitschaft“ zum Download unter: www.paritaet-bayern.de/netzwerk40plus/leitfaden
- **Motivierende Gesprächsführung:** Präsentation „Suchtsensible Pflege II“ zum Download unter: www.paritaet-bayern.de/netzwerk40plus/leitfaden
- **Praxishilfen für die Altenpflege:** SANOPSA Systematisierte Pflegehandlungsempfehlungen zum Umgang mit Suchterkrankten in Altenhilfeeinrichtungen: <http://www.sanopsa.de/internet/projektergebnisse/>
- **Körperliche Erkrankungen:** Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch: https://www.akzept.org/hepatitis_c_fachtag/aktionsbundnis/pdf_13/handbuch_hepatitis_280613.pdf
- **Kognitive Veränderungen:** Bundesweite Adressübersicht von Gedächtnissprechstunden: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/gedaechtnissprechstunden.html>



EMPFEHLUNG:

- Artikel „Alt und Drauf“ in den Nürnberger Nachrichten 2015 unter: <http://www.nordbayern.de/ressorts/alt-und-drauf-1.4250597>

Auch wenn es keine enge Begriffsdefinition des „älteren Menschen“ gibt, adressiert die Altenhilfe vorwiegend Personen, die eine bestimmte Altersgrenze (z.B. 60 oder 65 Jahre) überschritten haben. Dies führt dazu, dass jüngere, „vorgealterte“ Menschen unter Umständen keinen Zugang zu einigen altersspezifischen Angeboten (z.B. gerontopsychiatrischen Diensten) erhalten, obwohl diese Personen oftmals mit ähnlichen Entwicklungsaufgaben der Lebensphase „Alter“ beschäftigt sein dürften.

Als spezifische Herausforderungen des Alterns seien hier zum Beispiel der Umgang mit zunehmenden körperlichen/geistigen Abbauprozessen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit, sowie die Notwendigkeit, sich mit der Endlichkeit des eigenen Lebens auseinanderzusetzen, zu nennen. Aber auch der Aufbau neuer Bewältigungsstrategien (z.B. „Altersgelassenheit“, Entschleunigung, Selektionsentscheidungen), bewusste Lebenszeitgestaltung oder eine bilanzierende Aufarbeitung der eigenen Biografie sind (unter anderem) typisch altersbezogene Themen, die nicht zwangsläufig mit einer kalendarischen Altersgrenze verknüpft werden müssen.

Die Beratung zu und Vermittlung von pflegerischen Hilfen ist eine tragende Säule der Altenhilfearbeit, so dass das Versorgungssystem für Pflegebedürftige (nach SGB XI) im folgenden Kapitel vorgestellt werden soll. Wie bereits dargelegt, muss ergänzend hinzugefügt werden, dass Pflege dennoch nur einen Teilbereich möglicher professioneller Hilfen für „Ältere“ darstellt und insbesondere Angebote zur psychosozialen Begleitung bei alterstypischen Herausforderungen auch für ältere Drogenkonsument(innen) von Bedeutung sein können.

3.1 Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeitsbegriff

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde das finanzielle Risiko, auf Pflege durch Andere angewiesen zu sein, gesetzlich (teilweise) abgesichert. Jede/-r Krankenversicherte untersteht seitdem einer Pflegeversicherungspflicht – gesetzlich Versicherte sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung mitversichert, privat Versicherte müssen eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen. Trotzdem werden durch die Pflegeversicherung in der Regel nicht alle Kosten abgedeckt, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen. Es wird vorausgesetzt, dass auch die Pflegebedürftigen selbst, ihre Angehörigen oder der zuständige Sozialhilfeträger anteilig Kosten übernehmen.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf den Fall der pflegerischen Versorgung von gesetzlich Versicherten. Informationen zur Pflege bei Privatversicherten bietet zum Beispiel die Pflegeberatung des Verbands der privaten Krankenversicherung Compass (► Nützliche Links).

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II völlig neu definiert. Diese Novellierung reagierte nach jahrelangem Reformstau auf den Wunsch einer breiten Fachöffentlichkeit, einen ressourcenorientierteren und ganzheitlichen Pflegebegriff zu entwickeln - weg von der verrichtungsbezogenen „Minutenpflege“. Insbesondere sollten auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen stärker bei der Bedarfserhebung berücksichtigt werden als zuvor.

Seit 2017 ist daher für die Attestierung einer Pflegebedürftigkeit entscheidend, inwieweit Betroffene in ihrer selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt sind – unabhängig davon, ob die zugrundeliegenden Einschränkungen somatischer, kognitiver und/oder psychischer Natur sind.

Für die Zielgruppe älterer Drogenabhängiger ist diese Neudefinition auch deshalb relevant, da durch den stärkeren Teilhabebezug des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch zusätzliche Abgrenzungsfragen für diejenigen Pflegebedürftigen entstanden sind, die gleichzeitig auf Unterstützung aus dem Bereich der Eingliederungshilfe angewiesen sind.

Ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI besteht, ermittelt der Medizinische Dienst der Krankenkassen MDK (für Privatversicherte: Gutachterdienst MEDICPROOF) im Rahmen einer persönlichen Begutachtung und anhand eines speziellen Begutachtungsbogens.

3. Das Versorgungssystem Pflege

Dabei werden Ressourcen zur selbstständigen Lebensführung in sechs unterschiedlichen Bereichen abgefragt:

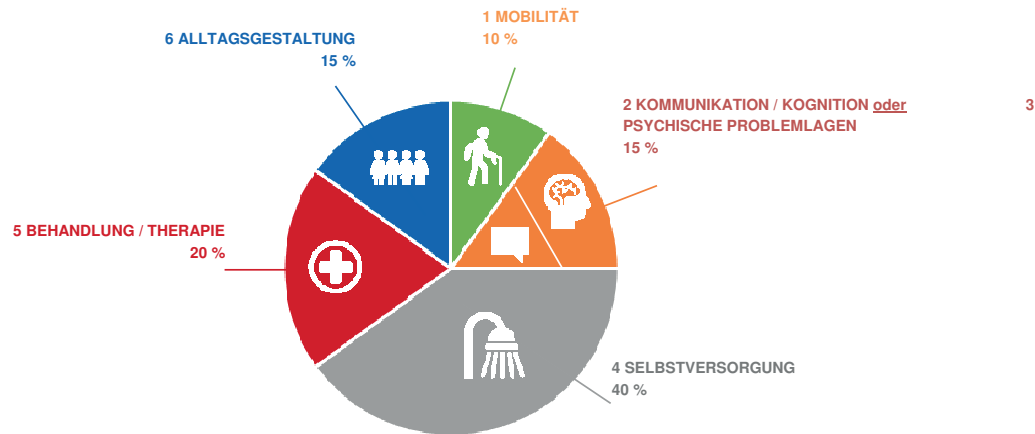


Abbildung 6: Sechs gewichtete Module des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Entscheidend ist dabei, inwieweit in diesen 6 relevanten Lebensbereichen - Mobilität (z.B. Treppensteigen), Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z.B. örtliche und zeitliche Orientierung), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z.B. selbstschädigendes Verhalten), Selbstversorgung (z.B. Körperpflege), Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z.B. Medikation) sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (z.B. Tagesstrukturierung) – **personelle Unterstützung** (nicht: durch ein Hilfsmittel) zur selbstständigen Lebensführung nötig ist. Auch außerhäusliche Aktivitäten und Kompetenzen in der Haushaltsführung werden erhoben, fließen aber nicht direkt in die Bewertung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI mit ein.

Ableitend von dieser Begutachtung kann die Pflegekasse eine Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad (1 bis 5) vornehmen.

Während eines Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung gibt es auch die Möglichkeit einer „Schnelleinstufung“. In diesem Fall werden die entsprechenden Unterlagen direkt von dem Krankenhaus/ der Reha-Einrichtung zum MDK gesandt, um eine Einstufung nach Aktenlage zu beantragen. Ist der Antrag erfolgreich, können bereits Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, noch bevor eine persönliche Begutachtung stattgefunden hat.

Sonderfall Pflegegrad 1: Der Pflegegrad 1 kann als „Vorstufe“ zu den übrigen Pflegegraden verstanden werden. Hier bestehen zwar keine Ansprüche auf Pflegegeldleistungen (► 3.3 Häusliche/Ambulante Pflege), wohl aber auf Sonderleistungen wie etwa die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ► 3.8 (Pflege-)Hilfsmittel) oder auf einen zusätzlichen monatlichen „Entlastungsbetrag“ (► 3.4 Anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag).

i Häufig werden Pflegeleistungen nach einer akuten Verschlechterung des Allgemeinzustands, z.B. nach einem Sturz, beantragt. Die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beinhaltet allerdings auch, dass die pflegerischen Hilfebedarfe längerfristig, mindestens für 6 Monate, bestehen (werden). So kann es passieren, dass etwa nach einem Knochenbruch keine Pflegeleistungen als Anschlussversorgung bewilligt werden. Für diese Fälle können über ärztliche Verordnungen zeitlich befristet pflegerische Krankenkassenleistungen beantragt werden ► 3.7 Medizinische Behandlungspflege/ Häusliche Krankenpflege).

§ Zugehörige SGB XI-Paragrafen: § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit, § 15 Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit, § 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

3.2 Die Pflegebegutachtung

Das Antragsverfahren auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ist ein mehrstufiger und unter Umständen durchaus komplexer Prozess. Insbesondere sollte die persönliche Pflegebegutachtung durch den MDK gut vorbereitet und mit allen Beteiligten durchgesprochen werden. Entscheidend ist, die Situation im Alltag so realitätsnah wie möglich darlegen zu können.

Neben dem Zusammentragen sämtlicher Unterlagen, die die aktuelle medizinisch-pflegerische Situation beschreiben können (Arztbriefe, Dokumentationen über vergangene Krankenhausaufenthalte, Therapien, bereits verwendete Hilfsmittel...) empfiehlt sich, im Vorfeld ein Pflegetagebuch zu führen. Hier kann der ganz gewöhnliche Tagesablauf dokumentiert werden (z.B. über 14 Tage hinweg). Hilfreich ist es, die sechs bzw. acht Module, die später bei der Pflegebegutachtung abgefragt werden, auch bereits bei der Anfertigung des Pflegetagebuchs aufzugreifen.

Für viele Betroffene ist die Offenlegung eigener „Unzulänglichkeiten“ bei der Alltagsbewältigung, das Angewiesensein auf fremde Hilfe oder Gespräche über besonders sensible Bereiche der Selbstversorgung (z.B. Inkontinenz) belastend und höchst schambesetzt und sollte deswegen im Vorfeld der Begutachtung eingehend und in einem geschützten Rahmen thematisiert werden. Ein Antragsverfahren ist nur dann sinnvoll, wenn der/die Klient/-in bereit dazu ist, die möglicherweise bewilligten pflegerischen Hilfen später auch anzunehmen und zur Verbesserung der eigenen Lebenssituation zu nutzen.

§ Zugehörige SGB XI-Paragrafen: § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

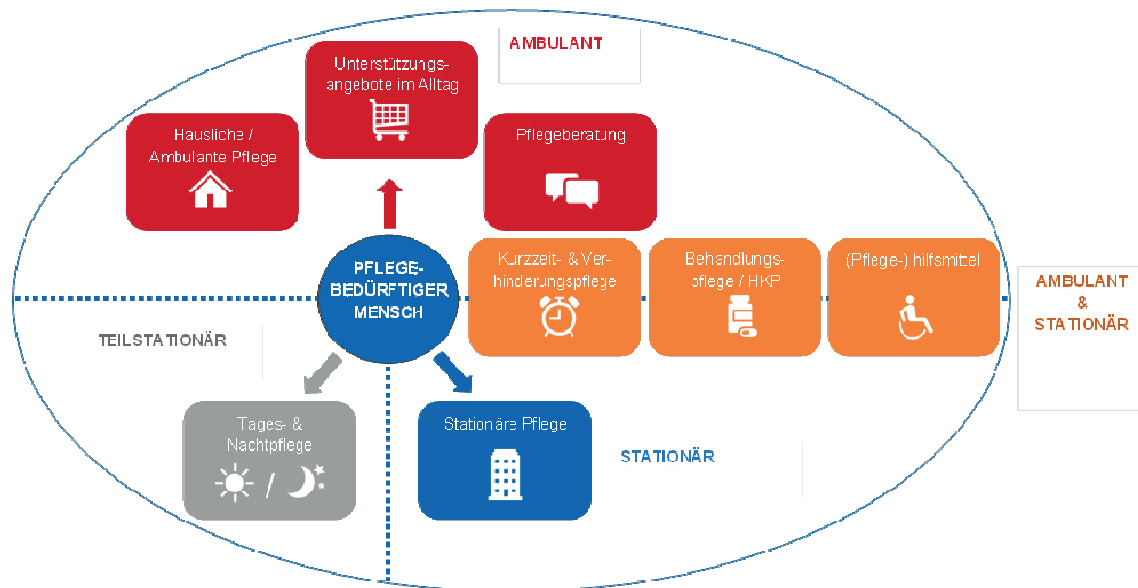


Abbildung 7: Überblick Pflegesystem

3.3 Häusliche / Ambulante Pflege

Häusliche Pflege wird bekanntermaßen für Zuhause lebende Pflegebedürftige erbracht. Wie viel Geld die Pflegekasse dabei zur Verfügung stellt, hängt nicht nur vom Pflegegrad ab, sondern auch davon, ob die oder

3. Das Versorgungssystem Pflege

der Pflegebedürftige von Privatpersonen oder einem professionellen Pflegedienst unterstützt wird.

Wird die Pflege von privaten Pflegepersonen (Angehörige, Vertraute, etc.) übernommen, wird von der Pflegekasse zu deren Entschädigung ein **Pflegegeld** ausbezahlt. Wird ein professioneller Dienst beauftragt, werden deren Leistungen als **Pflegesachleistungen** mit der Pflegekasse abgerechnet. Ein Überblick über die aktuellen Leistungstabellen kann auf den Webseiten des Bundesgesundheitsministeriums abgerufen werden (► [Nützliche Links](#)).

Pflegegeld und Pflegesachleistungen können unter anteiliger Verrechnung auch miteinander kombiniert werden. Neben der „klassischen“ Pflege übernehmen professionelle Pflegedienste zunehmend auch Hilfestellungen im Haushalt oder im Rahmen von Besuchs- und Begleitdiensten (► [3.4 Anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag](#)).

Betreute Wohnformen, in denen separate Miet- und Pflege- bzw. Betreuungsverträge abgeschlossen werden, werden ebenfalls dem ambulanten Bereich zugeordnet. Nicht selten ist der Pflegedienst in derartigen Einrichtungen jedoch trotzdem 24 Stunden vor Ort, so dass die Versorgungssicherheit einer stationären Pflege gleichkommen und daher durchaus eine Alternative für Menschen sein kann, die nicht in ein Pflegeheim umziehen möchten.

Innerhalb ambulant betreuter Wohnangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen gibt es eine große Trägervielfalt mit unterschiedlichsten Pflege- und Betreuungskonzepten. Insbesondere alternative Wohnformen (z.B. Mehrgenerationenhäuser, ambulant betreute Wohngruppen, Quartiersprojekte) haben seit einigen Jahren Hochkonjunktur. Ebenfalls verbreitet sind spezielle ambulant betreute Wohneinheiten, die unmittelbar an ein Pflegeheim angeschlossen sind.

Zahlreiche Webportale bieten hierzu regionale Adressverzeichnisse und weiterführende Erläuterungen an (► [Nützliche Links](#)).

Auch **Pflegeberatungsstellen** sind in der Regel gut in der regionalen Versorgungslandschaft vernetzt und können bei der Suche nach einem geeigneten Platz behilflich sein.

§ Zugehörige SGB XI-Paragrafen: § 36 Pflegesachleistung, § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

3.4 Anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag

Ergänzend zu den regulären ambulanten Pflegeleistungen können Pflegebedürftige aller Pflegegrade „anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag“ (ehemals „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsangebote“) beantragen. Hierfür steht ein monatlicher Entlastungsbetrag von aktuell 125€ zur Verfügung (Stand: Januar 2017).

Als solche niedrigschwelligen zusätzlichen Unterstützungsangebote kommen zum Beispiel

- Einzelbetreuungen und Gruppenangebote
- Haushaltsnahe Dienstleistungen (z.B. Reinigungsarbeiten, Einkaufshilfen,..)
- Begleitungen im Alltag (z.B. zu Ärztinnen/Ärzten; Behördengänge)
- Besuchsdienste, Gespräche, Freizeitangebote

in Betracht.

Die zusätzlichen Leistungen können durch Pflegedienste oder durch einen anderen Träger, der eine dafür notwendige Anerkennung von der zuständigen Landesbehörde (in Bayern: Zentrum Bayern Familie und Soziales, ZBFS) erhalten hat, erbracht werden.

Außerdem kann der monatliche Entlastungsbeitrag zur Aufstockung der Regelleistung oder zur Erstattung von

Eigenanteilen in der Kurzzeit- und teilstationären Pflege (► 3.10. Tages- und Nachtpflege) verwendet werden. Unter bestimmten Voraussetzungen ist es auch möglich, einen Teil der regulären ambulanten Sachleistungen auf solche niedrigschwelligen Unterstützungsleistungen umzuwidmen.

Insbesondere Menschen mit niedrigen Pflegegraden (z.B. Pflegegrad 1), die sich flexible, kleinere Hilfen im Alltag wünschen, können von diesen zusätzlichen Unterstützungsangeboten profitieren. Speziell für die Zielgruppe älterer Drogenabhängiger mit eingeschränkter Mobilität (bzw. Sturzgefahr /-angst) könnten ggf. hierüber auch Begleit- oder Transportdienste zu Substitutionsambulanzen organisiert werden.



Zugehörige SGB XI-Paragrafen: § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 45b Entlastungsbetrag

3.5 Pflegeberatung

Seit 2009 besteht ein Rechtsanspruch auf kostenlose Pflegeberatung durch speziell ausgebildete Fachkräfte. Hierfür wurde das Konzept der Pflegestützpunkte eingerichtet bzw. ausgebaut.

In der bayerischen Pflegeberatungslandschaft sind jedoch sogenannte Fachstellen für pflegende Angehörige und regionale / kommunale Beratungsangebote verbreiteter (► Nützliche Links). Alternativ kann eine geeignete Beratungsstelle direkt bei der Pflegekasse erfragt werden.

Pflegeberatungsstellen informieren nicht nur zu Leistungsansprüchen, sondern können auch konkret bei der Antragsstellung und Vermittlung geeigneter Dienste unterstützen. Meistens werden für Menschen mit eingeschränkter Mobilität auf Wunsch Hausbesuche angeboten.

Auf den Internet-Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit findet sich außerdem ein digitaler Ratgeber („Pflegeleistungshelfer“), mit dessen Hilfe sich ein erster (rechtlich nicht bindender) Überblick über mögliche Ansprüche, Widerrufsberechtigungen und Ähnliches verschafft werden kann (► Nützliche Links).



Zugehörige SGB XI-Paragrafen: § 7 Aufklärung, Auskunft, § 7a Pflegeberatung, § 7c Pflegestützpunkte

3.6 Kurzzeit- und Verhinderungspflege

In der **Kurzzeitpflege** wird ein sonst Zuhause lebender Pflegebedürftiger vorübergehend stationär versorgt. Hiervon wird häufig im Anschluss an eine Krankenhausentlassung Gebrauch gemacht, um die Rückkehr in den eigenen Haushalt vorzubereiten.

Kurzzeitpflege wird unabhängig vom Pflegegrad (2 bis 5) gewährt, aber für höchstens 8 Wochen im Kalenderjahr (Stand: Januar 2017). Auch Menschen ohne Pflegegrad können unter bestimmten Umständen eine Kurzzeitpflege als „Übergangspflege“ in Anspruch nehmen (► 3.7 Medizinische Behandlungspflege / Häusliche Krankenpflege).

Auch bei der **Verhinderungspflege** handelt es sich um eine zeitlich begrenzte stationäre Versorgung, welche aber insbesondere zur Entlastung pflegender Angehöriger gedacht ist, z.B. wenn diese wegen Urlaub, Krankheit o.ä. kurzzeitig als Pflegepersonen verhindert sind.



Zugehörige SGB XI-Paragrafen: § 42 Kurzzeitpflege, § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

3.7 Medizinische Behandlungspflege / Häusliche Krankenpflege

Behandlungspflege ist (im ambulanten Bereich) keine Pflegeleistung nach dem SGB XI, sondern eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), und umfasst ausschließlich medizinische Leistungen, die vom Arzt bzw. der Ärztin verordnet und von Pflegepersonal durchgeführt werden. Darunter fallen Tätigkeiten wie

3. Das Versorgungssystem Pflege

Wundversorgung, Medikamentengabe, usw.

Die Behandlungspflege ist ein Teilbereich der Häuslichen Krankenpflege, die daneben auch (temporäre) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sowie häusliche psychiatrische Krankenpflege (auch: ambulante psychiatrische Pflege APP) und **ambulante Palliativversorgung** beinhaltet.

Da die **häusliche Krankenpflege** eine ärztlich verordnete Krankenkassenleistung ist, muss keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegen. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung dürfen im Gegenteil nur dann (und auch nur für begrenzte Zeit) verordnet werden, wenn keine dauerhafte Pflegebedürftigkeit durch den MDK festgestellt wurde. Seit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes am 01. Januar 2016 kann ggf. auch eine stationäre Kurzzeitpflege von Menschen ohne Pflegestufe als Krankenkassenleistung geltend gemacht werden.



Zugehörige SGB V-Paragrafen: § 37 Häusliche Krankenpflege, § 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

3.8 (Pflege-)Hilfsmittel

Ebenso wird in der Hilfsmittelversorgung unterschieden zwischen Hilfsmitteln (Krankenkassenleistung) und Pflegehilfsmitteln (Pflegekassenleistung). In manchen Fällen hängt die Zuordnung eines Hilfsmittels als Kranken- oder Pflegekassenleistung auch davon ab, ob eine medizinische Indikation zur Verordnung besteht oder nicht.

(Ärztlich verordnete) Hilfsmittel sollen den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern und/oder einer körperlichen Einschränkung vorbeugen oder diese ausgleichen – z.B. Sehhilfen.

Pflegehilfsmittel sollen den Pflegealltag erleichtern und Beschwerden der oder des Pflegebedürftigen lindern – z.B. Lagerungshilfen.



Seit 2017 hat der Gesetzgeber geregelt, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den MDK konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung im Gutachten festgehalten werden. Sofern die oder der Antragssteller(in) diesen Empfehlungen zustimmt, ist kein gesonderter Antrag und keine ärztliche Verordnung mehr nötig, sondern wird direkt mit Eingang des Gutachtens bei der Pflegekasse bearbeitet. Diese Regelung umfasst jedoch nur diejenigen Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die als besonders alltagsrelevant gelten und in speziellen Begutachtungsrichtlinien vordefiniert sind.

Für (verordnete) Hilfsmittel wie auch Pflegehilfsmittel fallen in vielen Fällen Zuzahlungsgebühren an. Meistens können technische Hilfsmittel (z.B. Pflegebett) auch durch die Pflegekasse als Leihgabe kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Auch für technische Hilfen im Haushalt, aber auch Umbaumaßnahmen (z.B. ebenerdige Dusche) werden Zuschüsse als **wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** gewährt. Leben mehrere Anspruchsberechtigte in einem Haushalt, kann dieser Zuschuss bis zu einer gewissen Höchstgrenze zusammengelegt („gepoolt“) werden. Anspruchsberechtigt sind alle Pflegebedürftigen, auch bereits mit Pflegegrad 1.



Zugehörige SGB V-Paragrafen: § 33 Hilfsmittel

Zugehörige SGB XI-Paragrafen: §18 Abs. 6a Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, § 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

3.9 Stationäre Pflege

In einer **vollstationären Pflege** stellt die jeweilige Pflegeeinrichtung den Pflegebedürftigen eine Rund-um-Ver-

sorgung einschließlich Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und Betreuungsangeboten zur Verfügung.

Im Gegensatz zur ambulanten Pflege hat die oder der Pflegebedürftige hier daher keine Möglichkeit, unterschiedliche oder ergänzende Dienste von verschiedenen Anbietern für sich zusammenzustellen. Alle sozialen Versicherungsleistungen in der Pflegeeinrichtung sind über den sogenannten Pflegesatz, der von der Pflegekasse entrichtet wird, abgegolten. Die Höhe des Pflegesatzes ist abhängig vom Pflegegrad der Bewohnerin oder des Bewohners.

Das monatliche Heimentgelt beinhaltet neben dem Pflegesatz jedoch noch weitere fixe Kosten (z.B. für Unterkunft und Verpflegung). Diese müssen von der/dem Pflegebedürftigen selbst (bzw. dem Sozialhilfeträger) als Eigenanteil übernommen werden. Auch wenn Pflegeeinrichtungen prinzipiell unterschiedlich teuer sein können, muss der Eigenanteil innerhalb einer Einrichtung für die Bewohner unabhängig von ihrem Pflegegrad gleich hoch sein („einrichtungseinheitlicher Eigenanteil“).

Einen Sonderfall in der stationären Pflege bilden „Spezialpflegen“ oder „spezialisierte Fachpflegen“. Hier fokussiert sich die Einrichtung (i. d. R. innerhalb eines gesonderten Wohnbereichs) auf eine bestimmte Personengruppe mit spezifischen Bedarfslagen. Klassisch kann dies für gerontopsychiatrische oder Schwerstpflege zur Anwendung kommen, zunehmend werden aber auch seltenere Spezialisierungen gewählt, für die spezielle Pflege- und Betreuungssettings sinnvoll erscheinen (z.B. Pflegebereiche für Muslime, Pflege für Menschen mit Adipositas).

Spezialisierte Fachpflegen für ältere Süchtige sind bislang selten bis kaum anzutreffen, wohl aber „Junge Pflegen“ für jüngere Hilfebedürftige (z.B. unter 60 oder 65 Jahren), die ein geeignetes Äquivalent in der Versorgung pflegebedürftiger, multimorbider Drogenabhängiger darstellen könnten. Konzeptuelle Besonderheiten junger Pflegen können zum Beispiel angepasste Pflege- und Betreuungszeiten (hinsichtlich Tag-/Nachtrhythmus: später zu Bett gehen, länger schlafen) sein – oder Rücksichtnahme auf pluralisierte Lebensstile, spezielle Ernährungsgewohnheiten, Unterstützung bei außerhäuslichen sozialen Aktivitäten, besondere Ausstattungsmerkmale (z.B. W-LAN). Angebote „Junger Pflege“ setzen mitunter auch einen höheren Personalschlüssel für die psychosoziale Betreuung voraus, als dies bei klassischen Pflegewohnbereichen der Fall ist. Mehrere Träger von „Junger Pflege“ betonen zudem, dass eine fachspezifische Qualifizierung ihrer Mitarbeiter/-innen, unter anderem explizit zu Suchtfragen, in ihrer Arbeit einen hohen Stellenwert hat.

§ Zugehörige SGB XI-Paragrafen: § 43 Inhalt der Leistung (vollstationäre Pflege)

3.10. Tages- und Nachtpflege

In Tages- oder Nachtpflegen werden Pflegebedürftige, die eigentlich Zuhause leben, über mehrere Stunden hinweg (nur tagsüber bzw. nur nachts) außerhäuslich in einer Einrichtung gepflegt und betreut. Nachtpflegen sind selten anzutreffen, Tagespflegen haben sich mittlerweile sowohl innerhalb stationärer Heime, als auch als solitäre Einrichtungen in der Versorgungslandschaft etabliert. Üblicherweise beinhalten teilstationäre Angebote neben pflegerischen/medizinischen Hilfen einen Hin- und Rücktransportdienst und die gemeinsame Gestaltung des Tages. Sie werden daher besonders von Menschen mit Demenz nachgefragt, z.B. wenn diese mit (berufstätigen) Angehörigen zusammen leben.

§ Zugehörige SGB XI-Paragrafen: § 41 Tages- und Nachtpflege



NÜTZLICHES

MATERIAL UND LINKS ZU „VERSORGUNGSSYSTEM PFLEGE“:

- **Pflege bei Privatversicherten:** Pflegeberatung des Verbands der privaten Krankenversicherungen COMPASS: <http://www.compass-pflegeberatung.de/>
- **Übersicht Leistungsansprüche nach SGB XI:** „Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen zum Nachschlagen“ des Bundesgesundheitsministeriums: https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMG/_2656.pdf?__blob=publicationFile&v=25
- **Digitaler Pflegeratgeber:** Interaktiver „Pflegeleistungshelfer“ der Bundesregierung: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/pflegeleistungshelfer.html>
- **Pflegeberatungsstellen vor Ort:** Bayernweite Übersicht Fachstellen pflegende Angehörige: <https://www.stmgp.bayern.de/service/ansprechpartner-und-fachstellen/#Fachstellen-fuer-pflegende-Angehoerige>
- **Städtische Beratungsangebote:**
 - **München:** Fachstellen häusliche Versorgung: <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/FhV.html>, Alten- und Service-Zentren (ASZ) München: <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/ASZ.html>
 - **Nürnberg:** Seniorenamt / Pflegestützpunkt Nürnberg: <https://www.nuernberg.de/internet/seniorenamt/>
 - **Augsburg:** Seniorensachberatung: <http://www.augsburg.de/umwelt-soziales/soziales/senioren/beratung-fuer-senioren-und-angehoerige/>
- **Adressübersichten und Informationen zu unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsangeboten:** Trägerunabhängiges Onlineportal: <https://www.wohnen-im-alter.de/>, AOK-Pflegeheimnavigator: <http://www.aok-pflegeheimnavigator.de/>

4.1 Suchthilfe und Drogenhilfe

In der medizinischen und sozialen Versorgung der Bundesrepublik wirkt die Suchthilfe als ein System unterschiedlichster, weitgehend aufeinander abgestimmter Maßnahmen, das fachliche Hilfe für suchtkranke Menschen bietet.

Die Drogenhilfe ist ein Teil dieses ausdifferenzierten Hilfesystems. Sie wendet sich gezielt an Menschen, die durch den Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen gefährdet, beeinträchtigt oder geschädigt sind. In den vergangenen Jahrzehnten sind Hilfsmodelle und Angebote für verschiedene Zielgruppen entwickelt worden, die möglichst viele Aspekte der Drogenproblematik berücksichtigen.

Die Drogen- und Suchtpolitik basiert in Deutschland auf vier Säulen:

1. Prävention
2. Beratung und Behandlung
3. Überlebenshilfe und Schadensminimierung
4. Repression und Angebotsreduzierung

Die Sucht- und die Drogenhilfe umfasst mit ihren Leistungen die 2. und 3. Säule.

4.2. Akzeptanzorientierte Drogenhilfe

Dass Drogenkonsument(inn)en inzwischen älter werden können, ist ein Erfolg des sich seit den 90er Jahren immer weiter durchsetzenden Ansatzes der akzeptierenden und niedrigschwellig ausgelegten Drogenarbeit. Sie versteht sich als suchtbegleitend. Zunächst geht es um die Bereitstellung wirksamer Überlebenshilfen, um Minimierung des Leidensdrucks und um Schadensbegrenzung. Im günstigen Fall können die Handlungsfähigkeit zurückgewonnen und stockende Kommunikationsprozesse wieder in Gang gebracht werden. Entstanden war diese Vorgehensweise als Reaktion auf die wachsende Notlage vieler (Heroin-)Abhängiger in den 70er und 80er Jahren mit dem Grundgedanken, dass neben den spezifischen suchtherapeutischen Maßnahmen ebenso die Lebens- und Gesunderhaltung der Betroffenen gesichert und die „Normalisierung“ ihrer Lebenssituation angestrebt werden müsse.

Der akzeptanzorientierte Ansatz traut den Konsument(inn)en hinreichend Eigenverantwortung und Handlungskompetenzen zu, er verzichtet auf Appelle und moralische Verurteilung und strebt eine bewertungsfreie, offene Zusammenarbeit an, auch wenn die Betroffenen ihren Konsum nicht aufgeben wollen oder können. Ein Ausstiegswunsch wird von fachlicher Seite jederzeit unterstützt, er ist aber keine Bedingung für die Gewährung von Hilfe. Dies ermöglicht eine sanktionsfreie Kooperation und gesteht den Konsument(inn)en zu, eigene Ziele zu formulieren und Veränderungsmotivationen zu entwickeln.

Die fachliche Zuwendung besteht im Aufbau eines persönlichen Kontakts mit niedrigschwelligen Maßnahmen wie Streetwork, Anlauf- und Aufenthaltsstationen, Substitutionsprogrammen, der Vergabe steriler Spritzenbestecke und der Aufklärung über risikomindernde Konsumformen. So werden die Drogenkonsument(inn)en dort „abgeholt“, wo sie sich gerade in ihrer tatsächlichen Konsumphase bewegen. Es entsteht ein Auffangnetz, das oft erst den Zugang zu weiterführenden Maßnahmen und Angeboten ermöglicht.

4. Das Versorgungssystem Drogenhilfe

4.3. Angebote der Drogenhilfe

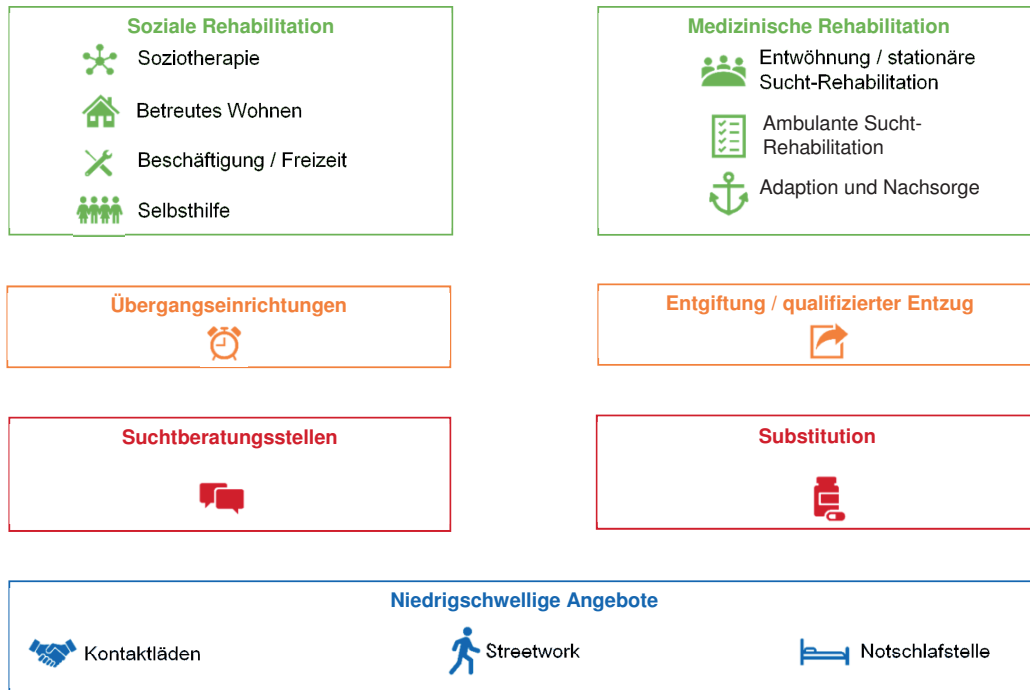


Abbildung 8: Überblick Drogenhilfe-Angebote

Drogenberatungsstellen

Die Angebote der Drogenberatungsstellen richten sich an suchtgefährdete und abhängige Betroffene, an Angehörige und Bezugspersonen, an Fachpersonal und Multiplikator(inn)en. Die Beratung ist kostenlos. Die Beratungsstellen bieten Orientierungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfen. Sie geben Informationen über Ursachen und Entstehungsbedingungen von Sucht, zum Hilfesystem, zu Substanzen, deren Wirkungen und Risiken, sowie zu rechtlichen Aspekten des Drogenkonsums. Zudem leisten sie Motivationsarbeit und helfen bei der Erschließung sowie Kostenbeantragung weiterführender Maßnahmen.

Viele Beratungsstellen bieten auch Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation, zur Nachsorge oder zur Stabilisierung bei Rückfallgefährdung an.

Während einer Substitutionsbehandlung leisten die Dienste begleitend zur suchtmmedizinischen Versorgung die erforderliche psychosoziale Begleitung (PSB).

Kontaktläden

Kontaktläden sind Anlaufstellen für Menschen aus der Drogenszene. Meist werden sie in der Form eines offenen Treffs oder eines Cafés betrieben. Damit bieten sie sich sowohl als zwangloser Treffpunkt, wie auch als Ruhe- und Rückzugsmöglichkeit an. Kontaktläden stellen günstig Getränke, warme Mahlzeiten, Dusch- und Waschmöglichkeiten, gebrauchte Kleidung sowie Telefon und Internet bereit. Wohnungslose können den Kontaktläden als Postadresse nutzen. Zudem gibt es Freizeitangebote.

In angegliederten Räumen können individuelle Beratungs- und Hilfsangebote wahrgenommen werden. Die Mitarbeiter/-innen des Kontaktladens stehen dabei für Gespräche zur Alltagsbewältigung und bei psychischen Krisen zur Verfügung. Sie helfen bei der Substitutionsvermittlung, geben Informationen zu Ausstiegshilfen

oder Infektionskrankheiten und vergeben sterile Spritzen und Zubehör.

Falls nötig, helfen die Betreuer/-innen beim Ausfüllen von Anträgen und Formularen oder bieten persönliche Begleitung zu Ämtern und Behörden an. Im Bedarfsfall leiten sie weiterführende Hilfen ein.

Streetwork

Streetwork zählt zu den aufsuchenden Hilfen. Die Streetworker/-innen sind an einen Kontaktladen oder eine Beratungsstelle angebunden. Sie gehen regelmäßig zu Szenetreffpunkten und suchen vor Ort das persönliche Gespräch mit den Abhängigen. Dabei informieren sie über risikoärmere Konsumformen, geben Safer-Use-Artikel aus und stellen bezogen auf aktuelle Bedarfslagen die Basisangebote der niedrigschwelligen Suchthilfe vor. Die Klientel der offenen Drogenszene ist oft nicht in der Lage, sich selbst Hilfe zu suchen oder kann sich nicht auf anspruchsvollere Behandlungsregeln einlassen. Der persönliche Kontakt mit der/dem Streetworker/-in kann als erste Anlaufstelle Vertrauen schaffen und als möglicher Eintritt ins Hilfesystem dienen.

Notschlafstellen

Die Notschlafstellen der Drogenhilfe stellen Schlafplätze für wohnungslose Abhängige in Krisensituationen bereit. In Bayern gibt es solche Notschlafstellen derzeit in München, Nürnberg und Augsburg. Die Nutzung ist meist kostenlos. Die Aufnahme erfolgt unbürokratisch und ohne Anmeldung. Der Aufenthalt ist aber nur für eine begrenzte Zeit möglich. Während des Aufenthalts ist eine Grundversorgung mit Nahrungsmitteln, Kleidung, Wasch- und Duscmöglichkeiten, Spritzenaustausch und Safer-Use-Artikeln sowie auf Wunsch Kurzberatungen und Kriseninterventionen gewährleistet.

Substitution

In der Substitutionsbehandlung erhalten langjährig abhängige Patient(inn)en kontrolliert medikamentöse Ersatzstoffe anstelle des ursprünglich von ihnen verwendeten „Straßen-Heroin“. Dies dient zur Eindämmung von Entzugserscheinungen und ermöglicht es den Abhängigen, sich von der illegalen Beschaffung von Drogen fernzuhalten.

Die Substitutionsmittel sind pharmazeutisch hergestellte Opioide. Ihre Vergabe unterliegt strenger Überwachung, sie dürfen nur von suchttherapeutisch qualifizierten und zugelassenen Ärzt(inn)en verordnet und i. d. R. unter Sicht vergeben werden.

Ergänzend zur suchtmedizinischen Behandlung erfolgt eine psychosoziale Begleitung (PSB) durch eine Drogenberatungsstelle. Diese leistet begleitende Hilfe bei der Alltagsbewältigung, Lebensplanung und Perspektiventwicklung.

Entgiftung/qualifizierter Entzug

Drogenentgiftungen werden meist stationär in einem Krankenhaus durchgeführt, teilstationäre Entgiftungen sind bei vorliegenden Voraussetzungen ebenfalls möglich. Für Substituierte, die instabil sind, besteht die Möglichkeit einer Beigebrauchsentgiftung.

Unter einem qualifizierten Entzug wird eine fachärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlung verstanden. Sie beginnt mit einer fundierten Diagnostik und der körperlichen Entgiftung, die meist medikamentengestützt durchgeführt wird. Ergänzend zur medizinischen Betreuung erfolgen pflegerische, psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen. Eventuell sind dabei Kriseninterventionen und die Behandlung komorbider Störungen erforderlich. Zum Behandlungsangebot gehören meist auch psychoedukative Elemente zur Aufklärung über das Krankheitsbild und zur Förderung von Veränderungsbereitschaft. Ergänzt wird die Behandlung durch Sport-, Freizeit- und Kreativangebote.

4. Das Versorgungssystem Drogenhilfe

Der Kliniksozialdienst oder eine kooperierende Drogenberatungsstelle klären während des Aufenthalts die soziale Situation ab und erarbeiten eine Perspektive für weiterführende Behandlungsmöglichkeiten.

Übergangseinrichtungen

Hierbei handelt es sich um eine stationäre Überbrückungsmaßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe für Abhängige, die bis zum Beginn einer Entwöhnungsbehandlung Orientierung und einen unterstützenden Rahmen brauchen - etwa nach körperlichem Entzug, Therapieabbruch oder Haftbeendigung. Der Aufenthalt ist zeitlich befristet und dient der Vorbereitung auf weiterführende stationäre oder ambulante Maßnahmen der Suchtbehandlung oder Eingliederungshilfe.

Entwöhnung / stationäre Sucht-Rehabilitation

Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Sucht-Fachklinik ist eine komplexe Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Oberstes Ziel der Maßnahme, die vom Rentenversicherungsträger oder einer Krankenkasse finanziert wird, ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Voraussetzung hierfür ist eine zuvor abgeschlossene Entgiftung von Drogen und Alkohol. Einem medizinischen, psychologischen und sozialen Behandlungskonzept folgend, finden die Klient(inn)en Gelegenheit, sich in Einzel- und Gruppengesprächen mit ihrer Abhängigkeitserkrankung auseinanderzusetzen und ihre Abgrenzungsfähigkeit gegenüber dem Drogenkonsum zu stärken.

Ergänzt wird das vorwiegend psychosoziale Angebot durch Teilnahme an Beschäftigungen im Selbstversorgungs- und Arbeitsbereich der Einrichtung, wie auch durch Sport- und Freizeitmöglichkeiten.

Ambulante Sucht-Rehabilitation

Je nach Indikation kann eine ambulante Sucht-Rehabilitation alternativ zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung oder als anschließende Maßnahme in Betracht kommen. Sie wird durch niedergelassene Therapeut(inn)en oder in Suchtberatungsstellen angeboten. Der Proband verbleibt in seinem häuslichen Umfeld und kann z.B. einer geregelten Arbeit nachgehen. Ziel ist wie bei der stationären Reha die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Adaption und Nachsorge

In unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung folgt eine Adaptionsphase. Sie dient der Sicherung des Behandlungserfolges und der Erprobung des Gelernten unter Alltagsbedingungen. Dabei unterstützt sie den Übergang von der stationären Suchttherapie in die soziale und berufliche Wirklichkeit der Außenwelt. Die Klient(inn)en können sich schrittweise vom geschützten und persönlich eingebundenen Rahmen der stationären Fachklinik lösen, ihre berufliche Belastungsfähigkeit erproben und strukturiert auf ihre neue Perspektive vorbereiten.

Ambulante Nachsorge kann direkt im Anschluss an eine Entwöhnung in Form von Einzelberatung und Gruppenangeboten gewährt werden. Sie wird zudem in betreuten Wohngemeinschaften oder als ambulant betreutes Wohnen angeboten und dient der weiteren Stabilisierung und Abstinenzsicherung.

Stationäre Soziotherapie

Die stationäre Soziotherapie bietet, als Maßnahme der Eingliederungshilfe, chronisch Suchtkranken mit großen Teilhabe-Einschränkungen für einen längeren Zeitraum einen geschützten Rahmen und das Leben in einer Gemeinschaft. Ziele sind, sich zu stabilisieren und im günstigsten Fall anschließend wieder selbständiger bzw. mit weniger Unterstützungsleistungen zu leben.

Betreutes Wohnen

Die Unterstützung und Begleitung in ambulant betreuten Wohnformen – einzeln oder in einer Wohngemeinschaft – sind Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen oder solchen, die von Behinderung bedroht sind. Es handelt sich dabei um eine längerfristige, auf den individuellen Hilfebedarf abgestimmte Unterstützung und Begleitung. Ziel ist ein möglichst selbstbestimmtes und eigenständiges Leben. Die Leistungen umfassen u.a. Hilfe beim Umgang mit Behörden, Anleitung zur Haushaltsführung, Umgang mit Geld, Beiträge zur Tagesstruktur und Freizeitgestaltung. Dazu kommen Hilfen bei der Arbeitssuche bzw. der Entwicklung einer Beschäftigungsperspektive, beim Aufbau sozialer Kontakte, der Begleitung zu Fachärzten und zu spezifischen Hilfen wie Schuldner- oder Rechtsberatung.

Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitangebote

Spezielle Arbeits- und Beschäftigungsprojekte der Drogenhilfe bieten die Möglichkeit, nach längeren beruflichen Pausen passende Tätigkeiten zu finden und Schlüsselqualifikationen (wieder) zu erlangen. Die tagesstrukturierende Beschäftigung und berufliche Qualifizierung in Kombination mit Beratungsangeboten trägt zur Verbesserung der Lebenssituation und der Zufriedenheit bei und kann zu einer weiteren Stabilisierung führen.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen richten sich an Süchtige, die Unterstützung bei der Aufrechterhaltung ihrer abstinenten Lebensweise durch andere Betroffene suchen. Für Drogenabhängige bieten Gruppen der „Narcotics Anonymous“ ein spezifisches Angebot. Informationen über das vielfältige Angebot verschiedenster Gruppen erhält man bei regionalen Kontakt- und Informationsstellen der Selbsthilfe oder bei einer Suchtberatungsstelle.



NÜTZLICHES

ANHANG ZUM „VERSORGUNGSSYSTEM DROGENHILFE“:

- Anlage 2: „Informationen zur Substitutionsbehandlung für Pflegeberufe“



WEITERES MATERIAL

Nummer der bundesweiten Drogenhotline:

01805 313031 - rund um die Uhr Hilfe und Beratung zum Thema Drogen und Sucht

(0,14 Euro /Min. aus dem Festnetz) Oder über: <http://www.sucht-und-drogen-hotline.de/>

- Nationale Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen <https://www.nakos.de/>
- Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der Bayerischen Akademie für Suchtfragen: http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/161013_GesamtSubstleifaden_final.pdf
- Adresslisten der Drogenhilfe in München, Nürnberg, Augsburg zum Download unter: www.paritaet-bayern.de/netzwerk40plus/leitfaden

5. Versorgungssituationen und Versorgungshindernisse

5.1 Ambulante Versorgung und Zugang

Viele ältere drogenabhängige Menschen nehmen keine Unterstützungsleistungen der Suchthilfe in Anspruch. Ein weiterer Teil der Zielgruppe kommt mit niedrigschwiligen Hilfeangeboten aus. Bei beginnender Pflegebedürftigkeit stehen diese „Älteren“ zunächst vor derselben Herausforderung, wie auch der überwiegende Teil der Bevölkerung. Sie müssen mit der sich verändernden Lebenssituation und den Einschränkungen im Alltag klar kommen und ggf. pflegerische Hilfen in Anspruch nehmen. Systembedingte Hindernisse ergeben sich nicht.

Wenn bereits umfangreichere Unterstützungsleistungen zur Teilhabe, d.h. Eingliederungshilfe in Form von intensiv unterstützendem betreuten Einzelwohnen, in Anspruch genommen werden und dann erstmalig ein Pflegebedarf entsteht, kann die Versorgung an der Schnittstelle (Drogen-)Sucht und Alter/Pflege zunächst weitgehend und ohne größere Probleme umgesetzt werden. Sofern eigener Wohnraum vorhanden ist, können Leistungen aus den unterschiedlichen Hilfesystemen in der Regel gut aufeinander abgestimmt werden. Auch ambulant betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften kann mit Leistungen ambulanter Pflegedienste problemlos verzahnt werden. An dieser Kombinierbarkeit ändern auch die gesetzlichen Änderungen in der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe ab 2017 nichts.

Für Klient(inn)en, die ambulant betreut werden möchten, dazu aber ein barrierefreies Wohnumfeld benötigen, gibt es derzeit in Bayern nur wenige Angebote - wie z.B. ein als Wohngemeinschaft organisiertes Haus von Condrops e.V. in München für über 40-Jährige mit zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen. Die Verbindung der sozialen Teilhabeleistung mit zugeschalteten ambulanten Pflegeleistungen funktioniert auch hier weitgehend problemlos. Die Herausforderungen für die betreuenden Fachkräfte der Suchthilfe nehmen zu, wenn sich der Pflegebedarf im Verlauf stark erhöht, wenn sich die gesundheitliche Situation rasant verschlechtert oder auch, wenn Hospizleistungen notwendig werden.

Ungeachtet der grundsätzlich guten sozialrechtlichen Kombinierbarkeit der ambulanten Leistungen treffen in diesen Wohnformen derzeit Fachkräfte aufeinander, die relativ wenig über das jeweils andere Versorgungssystem und über deren Perspektive auf die Zielgruppe und das jeweilige Handlungsspektrum wissen. Von großer praktischer Relevanz ist für Pflegekräfte z.B. das Thema Substitution, der dazugehörige betäubungsmittelrechtliche Handlungsrahmen sowie pharmakologischen Spezifika. Allgemein sind Berührungängste und Unsicherheit auf Seiten der Pflegekräfte im Umgang mit drogenabhängigen Menschen festzustellen.

Auf der anderen Seite können die Fachkräfte aus der Suchthilfe z.B. nicht immer unterscheiden, welche Symptome dem abhängigen Verhalten und welche den altersbedingten Abbauprozessen geschuldet sind. Alter war und ist bislang an vielen Stellen in der Suchthilfe nach wie vor kein Gegenstand professioneller Bearbeitung. Altersbilder werden nicht reflektiert und als fachliche Grundlage in die Betreuungskonzepte eingebaut. Die Folgen können auch hier Berührungängste mit dem Thema Alter und das Fehlen von Handlungsstrategien sein.



Fallbeispiel 1, Herr W. 48 Jahre, Ex-User Heroin, alkoholabhängig

Der Zugang zu Herrn W. erfolgte über eine Mitarbeiterin eines Kontaktladens. Bei Aufnahme des Case Managements (CM) für den mobilitätseingeschränkten W. war seine Wohnung schwer vermüllt, er war verschuldet und es häufte sich unerledigte Post. Herr W. litt unter den Auswirkungen seiner Polyneuropathie und an alkoholbedingten zerebralen Krampfanfällen. Eine Stabilisierung des Wohn-, Gesundheits- und Lebensumfelds konnte durch Zuschaltung eines Hilfsdienstes für Menschen in besonderen Lebenslagen und weiterführender Begleitung durch

die aufsuchende Case Managerin erreicht werden. Er sucht nun regelmäßig Ärzte auf und bearbeitet mit Unterstützung seine Behördenangelegenheiten. Die Schulden konnten zwischen zeitlich bis auf ein Minimum reduziert werden. Durch Zuschaltung eines Pflegedienstes hat Herr W. nun die Instandhaltung seines Haushaltes im Griff. Die ambulante Begleitung von W. durch das CM erfolgt kontinuierlich und mit etwa zwei Stunden wöchentlich. Die Überleitung in das Betreute Einzelwohnen ist auf Dauer angedacht und wird vorbereitet.

In verschiedenen Studien und Bedarfserhebungen zur Lebenssituation älterer Drogenabhängiger werden u.a. die löchrigen sozialen Netzwerke beschrieben. Häufig nehmen im Alter sogar die Kontakte zur Drogenszene ab und es erhöht sich der Grad an Isolation und Einsamkeit. Niedrigschwellige Kontaktangebote wirken hier unterstützend, solange die drogenabhängigen Menschen keine Mobilitätseinschränkungen haben. Diese Hilfsangebote haben durchaus im Blick, wenn ihre Besucher/-innen über längere Zeit fernbleiben, können aber aufgrund ihrer Struktur und personellen Ausstattung nur sporadisch aufsuchende Unterstützung leisten. D.h. die Defizite in der Selbstversorgung können aufgedeckt und kurzfristig auch eine materielle Hilfe (z.B. Versorgung mit Lebensmitteln) geleistet werden. Nicht möglich ist aber, den langsamen oder zeitweisen Verlust von selbständiger Lebensführung schrittweise durch direkte Leistungen auszugleichen.

Weder das Versorgungssystem der Suchthilfe noch der Altenhilfe verfügen über interdisziplinäre Leistungsbausteine, die diese aufsuchende, stabilisierende und im weiteren Verlauf der Hilfebeziehung auch vermittelnde und koordinierende Funktion wahrnehmen (können). Zwar existieren eine Reihe niedrigschwelliger, zugehender „Geronto“-Angebote, deren Inanspruchnahme ist jedoch üblicherweise an kalendarischen Altersschwellen (z.B. ab 65 Jahren) orientiert und somit für weite Teile der „vorgealterten“, jüngeren Klientel nicht erreichbar. Auch kann davon ausgegangen werden, dass hier nur im Ausnahmefall Schnittstellenkompetenzen zum Thema „Drogensucht“ vorhanden sind. Ebenso werden allgemeine Sozialdienste i. d. R. nur schwer Zugang zu den Betroffenen finden und versuchen, sich Unterstützung von Stellen der Drogenhilfe oder in der Sozialpsychiatrie zu holen.

Benötigt werden Stellen, die bei isoliert lebenden und mobilitätseingeschränkten Drogenabhängigen im Rahmen eines niedrigschwelligen Zugangs Versorgungslücken schließen und weitere Unterstützungsmaßnahmen vermitteln – als Brücke fungieren.

5.2 Übergänge zwischen den Hilfesystemen

Am Knotenpunkt „Drogensucht und Alter/Pflege“ laufen unterschiedlichste Fachhilfen zusammen. Nicht selten kann es aufgrund sich plötzlich verschlechternder Situationen notwendig sein, sehr schnell in ein anderes Hilfesystem zu wechseln. Notwendig ist bei der Gestaltung von solchen Übergängen ein hohes Maß an Schnittstellen-Know-How, eine Kenntnis der Versorgungslandschaften und ihrer Möglichkeiten, v.a. aber umfangreiches Wissen zur (Sozial-)Gesetzgebung.

Die Sozial- und Gesundheitssysteme haben in Kenntnis der Schnittstellenprobleme an vielen Stellen entsprechende Funktionen ausgebildet, die mit diesen anspruchsvollen Belegungs- oder Überleitungsaufgaben betraut sind – Kliniksozialdienste, Pflegeüberleitungen, Beratungsstellen etc. Diese Stellen stoßen jedoch bei der Vermittlung älterer Drogenkonsument(inn)en mitunter an Grenzen - etwa, wenn Wissen aus fachfremden Bereichen (z.B. zu Substitution) benötigt wird. Auch wird die Vermittlung in weiterversorgende Einrichtungen oftmals durch eine mangelnde Aufnahmebereitschaft traditioneller Hilfeangebote erschwert. Die Lösung wird nicht selten bei spezialisierten Einrichtungen gesucht, die es so aber gar nicht gibt.

5. Versorgungssituationen und Versorgungshindernisse



Fallbeispiel 2, Herr N. 44 Jahre, substituiert

Der Kontakt zu Herrn N. erfolgte über die Anfrage durch eine Kliniksozialdienstmitarbeiterin an das „Netzwerk 40+“. Gesucht wurde eine Anschlussversorgung bis zur Wiederaufnahme in der Klinik zur anstehenden Hüft-OP in 4-6 Monaten. Herr N. sei vor einigen Monaten in ihr Krankenhaus eingeliefert worden. Er hatte kurz zuvor nach dem plötzlichen Tod seiner Frau seinen Wohnsitz verloren. Infizierte Abszesse in der Leiste machten die Entfernung des Hüftgelenks nötig, der Einsatz eines künstlichen Ersatzgelenks konnte aus medizinischen Gründen nicht unmittelbar erfolgen. Wenige Tage nach dem operativen Eingriff wurde Herr N., durch die Gelenkentnahme unfähig zu stehen und somit auf einen Rollstuhl angewiesen, „im Flügelhemd“ und mit unverheilten Wunden polizeilich abgeführt, inhaftiert – und kurz darauf aufgrund von Haftunfähigkeit ohne weitere Anschlussvermittlung wieder entlassen. Im Rahmen einer erneuten Krankenhauseinweisung konnte die pflegerische und medizinische Grundversorgung wieder aufgenommen werden. Da der Einsatz des künstlichen Hüftgelenks erst in 4-6 Monaten erfolgen wird, benötigt Herr N. eine stationäre Übergangslösung, in der sowohl die nötigen Pflegehilfen (Unterstützung beim Waschen, Anziehen, Toilettengang) zur Verfügung stehen, als auch die Substitutionsbehandlung und Begleitung seiner Suchterkrankung fortgeführt werden kann. Sowohl im Stadtgebiet wie auch im regionalen Großraum findet sich keine stationäre Einrichtung aus Sucht-, Alten-, Wohnungslosenhilfe oder anderer Fachbereiche, die die Versorgung übernehmen möchte. Die zuständige Kliniksozialdienstmitarbeiterin berichtet „...bei einer Einrichtung ist der Pflegebedarf Aufnahme- und die Drogensucht Ausschlusskriterium, bei der nächsten ist es genau umgekehrt.“ Ein Schnellantrag auf Pflegeleistungen wurde abgelehnt, so dass ein Widerspruchsverfahren eingeleitet werden musste. Die Unklarheit darüber, wie die erforderlichen Pflegeleistungen finanziert werden können, erschwert die Vermittlung in eine Altenpflegeeinrichtung. Auf intensivste Vermittlungsbemühen folgend ist ein Pflegeheim zwischenzeitlich bereit, Herrn N. unter kontinuierlicher Begleitung durch das Case Management innerhalb ihres „junge Pflege“ Wohnbereichs für die Dauer der Finanzierung einer Kurzzeit- oder Übergangspflege aufzunehmen. Ein alternatives Wohnprojekt mit 24-Stunden-Versorgungssicherheit ist möglicherweise bereit, Herrn N. im Anschluss daran die Möglichkeit zu geben, sich auf die Anmietung einer zeitlich befristeten Gästewohnung zu bewerben. Herr N. ist zudem bereit, einen Entzug zu machen und auf eine Schmerztherapie umzusteigen, um den Ausschlussfaktor Substitution außer Kraft zu setzen. Des Weiteren wird eine gesetzliche Betreuung angeregt. In Aussicht ist nun eine Kurzzeitpflege im Einzugsbereich der Klinik, sowie anschließend eine vorgezogene Aufnahme im behandelnden Krankenhaus zur Vorbereitung auf die anstehende Hüft-OP.

5.3 Stationäre Versorgung

Eklatante Versorgungsdefizite können insbesondere dort auftreten, wo stationäre Dauer- oder Kurzzeitpflegeplätze und/oder eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung benötigt werden. Unter Umständen vergehen mehrere Wochen, bis die Vermittlung in eine geeignete Einrichtung gelingt. Das Angebot, Projektmitarbeiter/-innen bzw. ein Casemanagement flankierend in die Betreuung mit einzubinden, kann ein Türöffner sein, jedoch nicht immer alle Bedenken bei aufnehmenden Einrichtungen

zerstreuen. Besondere Erschwernisse in der Vermittlung treten in Fällen auf, in denen sich Klient(inn)en in Substitutionsbehandlung befanden und/oder Unsicherheit darüber herrschte, ob ein akuter pflegerischer Unterstützungsbedarf länger als 6 Monate bestehen wird (wodurch erst ein Anspruch auf Pflegekassenleistungen entsteht). Verschärft wird die Situation, wenn Betroffene weder einen festen Wohnsitz noch Angehörige haben, die dort unterstützend einspringen könnten, wo keine nahtlose Anschlussversorgung sichergestellt werden kann.

Es stellt sich auch hier die Frage, welche „Geronto“-Angebote derzeit überhaupt für die stark pflegebedürftige Klientel im mittleren Lebensalter erreichbar sind. Nach den Erfahrungen im Projekt fühlen sich viele klassische Pflegeheime nicht unmittelbar „zuständig“ für die jüngeren, abhängigkeitskranken Klient(inn)en, wenngleich stationäre Pflegeangebote für einige der Menschen zumindest zeitweise dringend gebraucht würden. Dazu kommen die auch in einer Bedarfsstudie ermittelten Sorgen von Altenhilfemitarbeiter(inn)en hinsichtlich eines vermuteten erhöhten Aggressivitäts-/Kriminalitätspotentials, eines unbekanntem Infektionsstatus oder unzureichender suchthilfefachlicher Ausbildung. Ungeklärte Finanzierungsfragen und/oder ein erhöhter Organisationsaufwand, insbesondere im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, sind weitere potentielle Erschwernisse bei der Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Die Struktur sozialer Hilfesysteme ist darauf ausgerichtet, dass im stationären Setting sämtliche Unterstützungsmaßnahmen aus einer Hand angeboten werden – die zuständige Einrichtung also weitestgehend die alleinige Fachverantwortung für die interdisziplinäre Versorgung übernimmt. Das scheint zu einem zentralen Versorgungshindernis zu werden, wenn die Bedarfe an sowohl Eingliederungs- als auch Pflegehilfen hoch oder fluktuierend sind. An dieser Grundstruktur ändert sich auch durch das neue Bundesteilhabegesetz und die damit verbundene Aufhebung der Trennung von ambulant und stationär nichts.

Die Möglichkeiten, in stationären Einrichtungen externe Fachdienste hinzuschalten, sind limitiert. Die Einstellung suchthilfespezifischer Fachkräfte ist aufgrund der geringen Zahl an Klient(inn)en in der stationären Altenpflege auch keine realistische Option. Umgekehrt gilt das ähnlich für stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die schnell an ihre Grenzen stoßen, wenn sie mit hohem Pflegebedarf konfrontiert werden. Schwer vorstellbar ist aufgrund der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen die Entwicklung neuer stationärer oder alternativer Angebote, die eine 24-Stunden-Präsenz gewährleisten können. Diese Einschränkungen widersprechen dem, was sich in der praktischen Begleitung älterer Drogenkonsument(inn)en als erfolgreich und zielgruppengerecht erwiesen hat: ein vernetztes, interdisziplinäres Fachwissen an der Schnittstelle „(Drogen-)Sucht und Pflege“.

Zusammengefasst können einige Merkmale, die bei der (älteren) Klientel gehäuft auftreten, in traditionellen, vorwiegend stationären Angeboten der relevanten Hilfesysteme wechselseitig Aufnahme- und Ausschlusskriterium gleichzeitig sein. Dies führt im ungünstigsten Fall dazu, dass sich augenscheinlich keine der benötigten Institutionen und Fachdienste mehr vorrangig für die Versorgung „zuständig“ oder fachlich geeignet fühlt.

Die kleine Personengruppe die sich in diesem Versorgungsparadoxon befindet, hat der Erfahrung nach hohe und akute Hilfebedarfe, die sowohl kurz-, mittel- als auch langfristiger Natur sein können. Für diese Menschen müssen weitere und insbesondere schnellere Wege zu adäquaten Unterstützungsleistungen gebnet werden.

5. Versorgungssituationen und Versorgungshindernisse

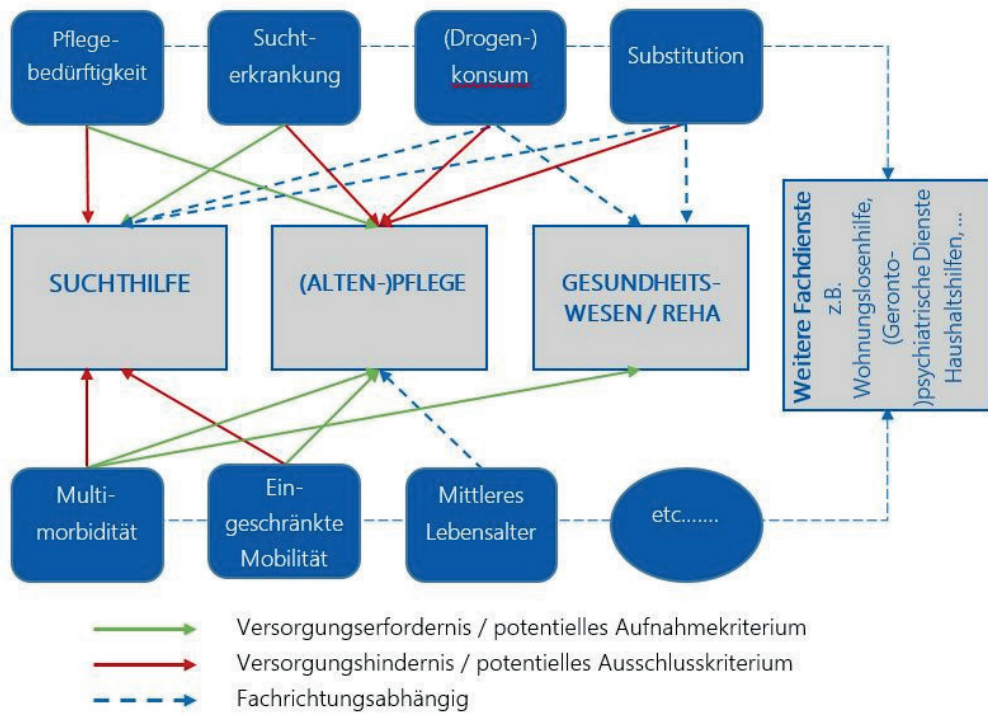


Abbildung 9: Potentielle Versorgungserfordernisse und -hindernisse in relevanten Hilfesystemen

6. Netzwerkbasierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation

Dort, wo ein komplexer Hilfebedarf auf unflexible Hilfsangebote trifft, gelingt die Versorgung oft nur über Umwege und unter intensiven Vermittlungsbemühungen. Zur Überwindung dieser Probleme in der Versorgung braucht es einerseits veränderte, geöffnete oder neue, bedarfsgerechte Angebote. Benötigt wird andererseits speziell geschultes Fachpersonal, das eine Lotsenfunktion übernimmt – im Einzelfall und als verbindlicher Ansprechperson für alle relevanten Beteiligten im Versorgungssystem, das sich als Netzwerk organisiert. So können besondere Bedarfskonstellationen und Wünsche älterer, pflegebedürftiger, drogenabhängiger Menschen begleitet und gleichzeitig darauf hingewirkt werden, dass sich spezialisierte und regelhafte Hilfestrukturen für die Betroffenen öffnen.

6.1 Netzwerkstruktur und Koordination

Auf Suchterkrankungen und ihre Auswirkungen in der jeweiligen Lebenssituation kann erfolgreich nur mit einem breiten Spektrum von Behandlungs-, Betreuungs- und Vernetzungsmaßnahmen eingegangen werden. Bei älteren drogenabhängigen Menschen gilt das ganz besonders. Hier treffen Gesundheits- und Teilhabe-Bedarfe von Abhängigkeitskranken auf alterstypische Hilfebedarfe. Es treffen Organisationen und Fachkräfte zusammen, die bislang noch wenige Berührungspunkte hatten. „Sucht im Alter“ mag in Bezug auf Alkohol- und Medikamentenmissbrauch über die Grenzen von Hilfesystemen hinweg bereits breitere Aufmerksamkeit erfahren haben, die Arbeit mit Konsument(inn)en illegaler Drogen ist in der Altenhilfe aber ein Nischenthema. Da es sich in Versorgungsbereichen wie der stationären Pflege um (noch) sehr geringe Fallzahlen handelt, sind die Fachkräfte aktuell kaum vom Thema betroffen und es werden dementsprechend auch nur wenige Zeitressourcen zur Bearbeitung des Themas aufgewendet.

Dies wurde in einer wissenschaftlichen Bedarfsanalyse im Rahmen des Projektes Netzwerk 40+ bestätigt (Zusammenfassung im Anhang). Lediglich 8 % der befragten Altenhilfemitarbeiter/-innen gaben dort an, zum Befragungszeitpunkt drogenabhängige Menschen zu versorgen. Der prozentuale Anteil dieser Personengruppe an ihrem gesamten Patient(inn)enstamm wurde mit 1 % beziffert. In der Suchthilfe hingegen meldeten 62 % der befragten Mitarbeiter/-innen zurück, aktuell Drogensüchtige zu begleiten, die zusätzliche alters- bzw. pflegebezogene Hilfebedarfe hatten. Nach Einschätzung der Befragten in der Suchthilfe bräuchte fast jede/-r fünfte Klient/-in (17 %) sowohl alten- als auch suchthilfebezogene fachliche Begleitung.

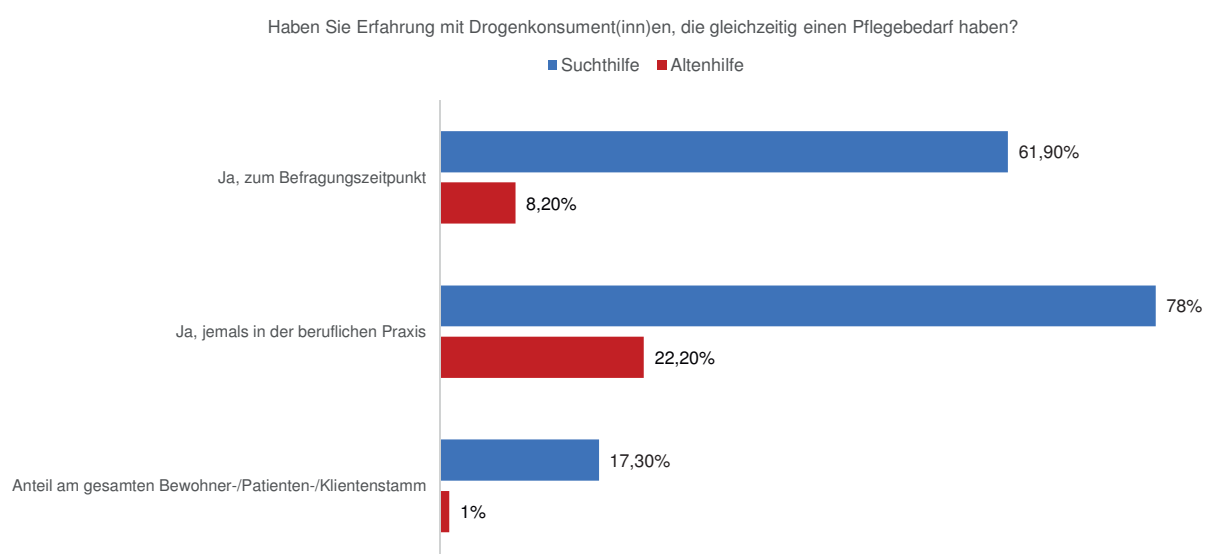


Abbildung 10: Versorgungssituation in Sucht- und Altenhilfe

6. Netzwerkbasierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation

Die Suchthilfe hat Versorgungsnetzwerke entwickelt, um auf die Komplexität der Problemlagen suchtkrankender Menschen bedarfsgerecht reagieren zu können. Eine schlichte Erweiterung der bestehenden Netzwerke der Suchthilfe durch Einbindung aller Akteure aus der Altenhilfe/Pflege ist aufgrund der unterschiedlichen fachlichen Betroffenheit beim Thema Drogenabhängigkeit nicht sinnvoll und schon zahlenmäßig nicht machbar. Jede regionale Vernetzungsaktivität zur Versorgung älterer Drogenabhängiger muss diese Unterschiede berücksichtigen.

Aus den Erfahrungen der Projekte zum Netzwerk 40+ lassen sich idealtypisch zwei Netzwerkformen unterscheiden:

- eine „fallbezogene“ Vernetzung, deren Kontakte über eine zentrale Ansprech- und Vermittlungsinstanz vermittelt sind und die sich punktuell in der jeweiligen Kooperation im Einzelfall realisiert sowie
- eine „institutionelle“ Vernetzung, basierend auf einer Gremienstruktur mit regelmäßigen Treffen und gemeinsamen Aktivitäten.

Aus einer „fallbezogenen“ Vernetzung kann sich im Laufe der Kooperation und/oder bei einer Erhöhung der Fallzahlen ein „institutionelles“ Netzwerk entwickeln. Beide Formen benötigen eine Instanz, die Verantwortung für die Zielgruppe übernimmt und mit Ressourcen für Vernetzungsaktivitäten ausgestattet ist.

6.2 (Potentielle) Netzwerkpartner

Neben Trägern und Einrichtungen aus den beiden zentralen Hilfesystemen – Altenhilfe und Suchthilfe – können aufgrund der komplexen Bedarfs-, Bedürfnis- und Problemlagen älterer, drogenabhängiger Menschen auch weitere Leistungssysteme mit älteren Drogenabhängigen Berührungspunkte haben, da altersunspezifische Charakteristika die Menschen in der Zielgruppe ebenso kennzeichnen können - so etwa gehäufte Komorbiditäten mit Hepatitis- und HIV-Infektionen, Doppeldiagnosen mit psychiatrischen Störungen oder instabile Wohnverhältnisse. Vor diesem Hintergrund können auch die Wohnungslosen-, Aidshilfe oder Psychiatrie Impulse für die Verbesserung der Versorgung geben. Besondere Bedeutung haben in der konkreten Praxis Kontakte zu Berufsgruppen bzw. Funktionsträgern, die selbst mit Belegungs- oder Überleitungsaufgaben betraut sind – im speziellen Mitarbeiter/-innen aus Kliniksozialdiensten, aus der Pflegeüberleitung oder aus Beratungsstellen.

Eine im Netzwerk 40+ entwickelte „Netzwerkkarte“ (Abbildung 11) kann als beispielhafte Grundlage für Überlegungen zu potentiellen Netzwerkpartnern in unterschiedlichen Hilfesystemen dienen.

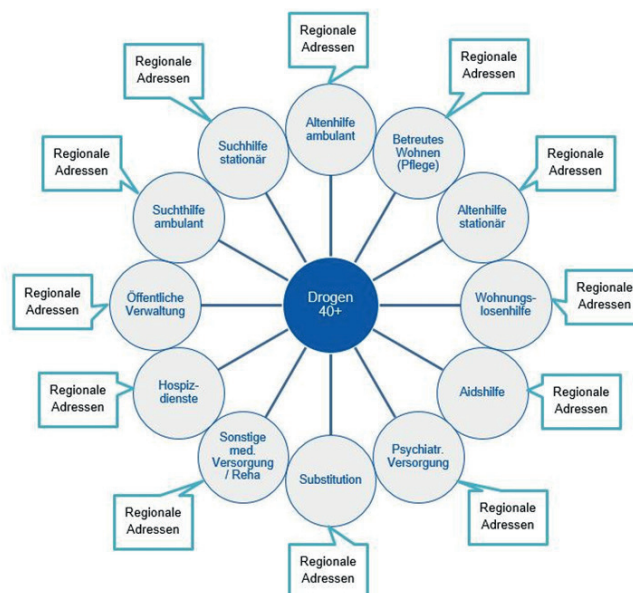


Abbildung 11: Netzwerkkarte 40+

6. Netzwerkbasierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation

Die Netzwerkkarte verweist darüber hinaus auf den für das Funktionieren des Netzwerks benötigten zentralen Knotenpunkt in der Mitte. Das kann die fallbezogen ansprechbare und vermittelnde Stelle sein und/oder eine das Netzwerk-Gremium führende Instanz.

6.3 Netzwerkaktivitäten und Inhalte

Es gibt keinen „Königsweg“ für die Struktur und das inhaltliche Programm eines Netzwerks zur Verbesserung der Versorgung älterer Drogenabhängiger. Ein Netzwerk wird erst durch das Zusammenwirken seiner Akteure belebt und entwickelt daher immer eine eigene Dynamik. Die regionale Versorgungslandschaft gibt zudem unterschiedliche Bedarfe, Möglichkeiten und Grenzen vor, die die Inhalte und Schwerpunktsetzung in der Netzwerkarbeit beeinflussen.

Innerhalb der Projektlaufzeit von „Netzwerk 40+“ wurden mit den zusätzlichen Projektressourcen an den drei Standorten verschiedene Maßnahmen der Netzwerkarbeit, zur Behebung von Schnittstellenproblemen und Versorgungsdefiziten initiiert und durchgeführt. Die Maßnahmen können folgenden Bereichen zugeordnet werden:

- Kontakt und Informationsaustausch
- Wissenstransfer und Sensibilisierung
- Niedrigschwellige aufsuchende Hilfe, bedarfsgerechte Überleitung und Fachberatung
- Planungs- und Konzeptarbeit

6.3.1 Kontakt und Informationsaustausch

Information nach innen

Sofern sich ein „institutionelles“ Netzwerk ausgebildet hat, dienen Netzwerktreffen dem gegenseitigen Informationsaustausch zu zielgruppenrelevanten Aktivitäten, zu fachlichen Entwicklungen und über die Vorstellung von best practice. In Nürnberg wurde im Rahmen des Projektes ein regelmäßiges Treffen (3 x jährlich) etabliert mit Vertreter(inne)n aus Suchtberatungsstellen, regionalen stationären Entzugseinrichtungen, Substitutionspraxen, stationären und ambulanten Altenhilfeangeboten, dem Gesundheitsamt und der gerontopsychiatrischen Fachkoordination des Bezirks Mittelfranken.

Als Material zum Download finden sich unter: www.paritaet-bayern.de/netzwerk40plus/leitfaden auszugswise Produkte dieser Austausch- und Informationsarbeit:

- Adressübersichten der Netzwerkteilnehmenden und relevanter Akteure verschiedener Versorgungssysteme,
- Übersicht mit Links für zielgruppenrelevante medizinische Behandlungsmöglichkeiten,
- im Projekt erarbeitete Kurzinformationen wie z.B. Informationen zur Substitution für Pflegekräfte,
- Rundbriefe (Newsletter) von mudra e.V. zum Thema 40+.

Information nach außen

Da in einem Netzwerk immer nur ein Teil der für die Zielgruppe relevanten Versorgungsfachkräfte vertreten sein wird, ist die Informationsweitergabe über das Netzwerk hinaus eine wichtige Aufgabe. Zum Beispiel:

- Auftritte in themenrelevanten Fachveranstaltungen und in örtlichen Arbeitsgremien
 - o städtische Pflegekonferenz,
 - o Fachtage von Einrichtungen der offenen Altenhilfe,
 - o quartiersbezogene Arbeitsgemeinschaften zu Menschen im Alter,

6. Netzwerkbasierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation

- o Veranstaltung des Stadtseñior(inn)enrates,
- o bayerischer Betreuungsgerichtstag (Gestaltung eines Workshops)
- o Teilnahme am AK Gerontopsychiatrie;
- Vorstellung im Arbeitskreis Sucht und themenbezogenen Unterarbeitskreisen (Drogen, Psycho-soziale Begleitung, Qualitätszirkel Substitution etc.);
- Ausrichten einer „Kompetenzbörse“, mit welcher dem in der Bedarfsstudie am häufigsten geäußerten Wunsch nachgekommen werden kann, persönliche Ansprechpartner/-innen aus den jeweiligen Versorgungsbereichen kennenzulernen;
- Information der Fachwelt in der Breite (Publikation von Forschungsergebnissen, Beitrag zum Sammelband „Was brauchen ältere Drogenabhängige“; Artikel im Bayerischen Ärzteblatt), zu finden auf der Homepage.

Eine derartige Präsenz in den verschiedenen Versorgungssystemen ist zeitlich aufwändig und nur mit zusätzlichen Ressourcen zu bewältigen. Sie ist aber die erste und wesentliche Voraussetzung für Kooperationen in konkreten Fallkonstellationen.

6.3.2 Wissenstransfer und Sensibilisierung

Die Bedarfsstudie hat Hinweise auf den Fortbildungsbedarf in den Systemen von Suchthilfe und Altenhilfe gegeben. Im Projekt sind daraufhin entsprechende Konzepte entwickelt und Schulungen angeboten worden.

Allgemeine Grundlagenschulungen

- für Mitarbeiter/-innen aus Altenhilfe und Pflege zu Sucht und Drogen (ausführliche Powerpoint-Präsentation zur Fortbildung „Suchtsensible Pflege I und II“ auf der Homepage);
- für Mitarbeiter/-innen aus der Suchthilfe
 - zu typischen altersspezifischen Veränderungen und Erkrankungen, um z.B. beobachtbare oder geschilderte (Alters-)Symptome nicht nur dem Konsum, sondern auch gesundheitlichen Veränderungen zuordnen zu können (durchgeführt von einem kooperierenden Pflegedienst) oder
 - zu Leistungen der Pflegeversicherung (durchgeführt von der städtischen Pflegeberatungsstelle).

Fachveranstaltungen zu Spezialthemen

Im Laufe der Netzwerkarbeit und in den allgemeinen Schulungen haben sich spezifische Fragestellungen ergeben, die in Fachveranstaltungen bearbeitet wurden:

- „Demenz/kognitive Störungen in der Suchthilfe“, Fortbildung für Mitarbeiter/-innen aus der Suchthilfe (Powerpoint-Präsentation auf der Homepage); mindestens sollten Suchtberater/-innen Wissen über spezielle Anlaufstellen, wie „Gedächtnissprechstunden“, verfügen und zur Diagnostik dorthin vermitteln;
- „Hospizarbeit“, Fortbildung eines Hospizdienstes für Mitarbeiter/-innen aus der Suchthilfe;
- „Tod und Sterben“, angeleiteter Austausch von Fachkräften aus der Suchthilfe;

Aus diesen Fachveranstaltungen haben sich weitere Themen zur gemeinsamen Bearbeitung ergeben:

- „Schmerzmedikation bei Opiatabhängigen“
- „Substitution in der Pflege“, als Angebot für Ärzte/Ärztinnen zur betäubungsmittelrechtlichen und fachlichen „Einweisung“ von Beauftragten zur Vergabe des Substituts.

6. Netzwerkbasierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation

6.3.3 Niedrigschwellige aufsuchende Hilfe, bedarfsgerechte Überleitung und Fachberatung – Casemanagement 40+

Die Analyse von Einzelfällen im Netzwerkprojekt hat aufgezeigt, dass die Versorgungssysteme der Suchthilfe, der Altenhilfe und des Gesundheitssystems in komplexen Bedarfskonstellationen nur schwer in der Lage sind, adäquat zu reagieren. Eine gute fachliche Information, der organisierte Austausch der professionell Beteiligten und die gegenseitige Sensibilisierung sind zur Bewältigung der problematischen Situationen zwar hilfreich, aber bei weitem nicht ausreichend. In den nicht seltenen Fällen gefühlter Nicht-Zuständigkeit für die pflegebedürftigen Drogenabhängigen im „mittleren“ Alter geht es um die Unterstützung der beteiligten Akteure bei der Verantwortungsübernahme oder darum, diese Verantwortung gleich an eine beauftragte Stelle zu delegieren. Leisten kann dies ein Casemanagement 40+ als Vermittlungsinstanz, als Ansprechperson und damit als zentraler Knotenpunkt eines Netzwerks.

Das Casemanagement 40+ wird an den Projektstandorten Nürnberg und München parallel zu den Netzwerkprojekten durchgeführt und erprobt. In Augsburg gab es diese zusätzliche Ressource nicht, aber es wurde die Erfahrung gemacht, dass bei gelungenen Vermittlungen oder Überleitungsprozessen der Projektmitarbeiter dieselben Rollen eines Casemanagement eingenommen hat.

Es handelt sich um drei Rollen bzw. Funktionen.

Zunächst adressiert das Casemanagement über 40-jährige Drogenabhängige, die aufgrund ihrer Mobilitätseinschränkungen von weiten Teilen der geläufigen Suchthilfeangebote abgeschnitten sind, bei denen die Grundversorgung gefährdet ist und zusätzlich ein Vermittlungsbedarf an fachübergreifenden Hilfen besteht. Im Vergleich zu klassischen Beratungsangeboten findet die Einzelfallhilfe vor Ort, also bei den Menschen zu Hause statt. Das Angebot ist niedrigschwellig und es bedarf keiner vorherigen Antragstellung auf Kostenübernahme. Die sehr unterschiedlichen Problemlagen bedingen auch sehr unterschiedliche Betreuungsintensitäten und -inhalte. Ziel ist, Versorgungslücken durch unmittelbare Unterstützung zu schließen, z.B. durch die Beantragung zustehender (materieller) Leistungen, und nach Möglichkeit alle Voraussetzungen zu schaffen, die zum Erhalt des eigenen Wohnraums und zur Annahme weiterführender Angebote dienen. Die Anbahnung bzw. Vermittlung dieser Angebote ist der logische „letzte“ Schritt in dieser Funktion.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Übernahme einer Brückenfunktion beim Übergang zwischen verschiedenen Versorgungssettings (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt) und die Unterstützung bei der Vermittlung in weiterversorgende Einrichtungen (z.B. Kurzzeitpflege in Pflegeheimen) oder der Vermittlung und Koordination ambulanter Pflegeleistungen. Die große Nachfrage nach dieser Funktion in München und in Nürnberg im vergangenen Jahr macht deutlich, dass für die komplexe Hilfeplanung und -koordination vor Ort und für die Gestaltung der Übergänge zwischen den Leistungssystemen (Krankenhaus, Reha, Betreutes Wohnen, etc.) fachgerechte Angebote und Personal benötigt werden, die bislang im Suchthilfesystem nicht vorhanden waren.

Die dritte Funktion kann mit dem Begriff „Fachberatung“ beschrieben werden. Das Casemanagement wird von aufnehmenden und abgebenden Einrichtungen oder in Konfliktsituationen hinzugezogen, um mit der zielgruppenspezifischen Expertise, den Kenntnissen zur Versorgungslandschaft über die Netzwerkfähigkeit und auch mit der zeitlichen Ressource Unterstützung zu leisten. Beispielsweise kann das die Teilnahme an Fallbesprechungen oder -konferenzen sein, wenn die Weiterversorgung einer Klientin nach der Kurzzeitpflege geplant wird. Es kann sich um die Information einer Einrichtung zu den betäubungsmittelrechtlichen Bestimmungen bei einer Substitution handeln oder um die kollegiale Beratung der Betreuungskräfte bei einem Konflikt mit einer konsumierenden Bewohnerin einer Senior(inn)en-Wohnanlage.

6. Netzwerkbasierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation

Ziel ist die kollegiale Unterstützung über die Institutionsgrenzen hinaus. Gleichzeitig wird die Aufnahmebereitschaft bei den Versorgungseinrichtungen erhöht. Die Unterstützung im Einzelfall ebnet die Wege für weitergehende Kooperationen der Institutionen. Die interdisziplinäre Fachqualität wird verbessert – Kernanliegen der Netzwerkarbeit.

6.3.4 Planung und Konzeptarbeit

Die erheblichen Eintrittsbarrieren in die Versorgung für die kleine Gruppe der stark pflegebedürftigen drogenabhängigen Menschen zeigen auch einen Handlungsbedarf auf, der über Vernetzung alleine und auch über die Unterstützung durch ein Casemanagement nicht zu bewältigen ist. Um einen Aufbau neuer und refinanzierbarer Angebote, die die derzeit bestehenden Versorgungslücken schließen können, wird man auf absehbare Zeit, wenn die Zahlen der älteren und pflegebedürftigen drogenabhängigen Menschen weiter steigt, nicht herkommen. Dieser Entwicklung und Umsetzung von Angeboten wird aus den Ergebnissen der Projekte heraus eine ebenso entscheidende Bedeutung beigemessen, wie dem Aufbrechen festgefahrener Vorstellungen darüber, welche Hilfesysteme für welche Zielgruppen „zuständig“ sind, um den Klient(inn)en die „Regelangebote“ besser zugänglich zu machen.

Bei dieser Planungs- und Konzeptarbeit innerhalb des Vernetzungssystems werden die Einzelfallebene und die strukturelle Ebene miteinander verknüpft. Auf Basis der Rückmeldungen von Versorgungsdefiziten und zum mittel- und langfristigen Bedarf können Überlegungen angestellt werden, wie bedarfsgerechte Versorgungskonzepte für die heterogene Zielgruppe konkret umgesetzt werden können.

Wie die „Normalbevölkerung“ auch, wünschen sich ältere drogenabhängige Menschen, möglichst lange selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden leben zu können. Im Optimalfall sollte diesem Wunsch mit der Bereitstellung interdisziplinärer ambulanter (Intensiv-) Angebote begegnet werden. Das entspricht auch der gesetzgeberischen Intention bei der Schaffung des Bundesteilhabegesetzes, das sich hierbei eng an die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen anlehnt. Der selbstbestimmten eigenen Häuslichkeit ist auf Wunsch der Leistungsberechtigten vom Leistungsträger immer Vorrang zu geben.

Aufgrund der gesetzlichen Veränderungen bei der Pflegeversicherung ist mit einer Zunahme von älteren Drogenabhängigen zu rechnen, die einen Pflegegrad erhalten werden. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird die Abgrenzung von Pflege- und Teilhabe- bzw. Eingliederungshilfebedarf erschweren. Daher sind konzeptionelle Überlegungen für sozialrechtlich abgesicherte Kombinationen von Teilhabe- und Pflegeleistungen zur selbständigen Lebensführung anzustellen.

Wegen der sozialrechtlichen Umbruchsituation in den Bereichen der Pflege und der Eingliederungshilfe ist es derzeit auch nicht einfach, die Angebote von quartier- und sozialraumbezogenen Senior(inn)ennetzwerken für die Zielgruppe zu erschließen. Für viele ältere Drogenabhängige können solche Quartierkonzepte die genau passenden Maßnahmen-Pakete darstellen. Kernpunkte dieser Konzepte sind einerseits der gemeindenahen und barrierefreie private Wohnraum und andererseits die Zurverfügungstellung von niedrigschwelligen Pflege- und Betreuungsleistungen, die Sicherheit geben und in Krisensituationen sowie bei Bedarf jederzeit abzurufen sind.

Aufgrund oben beschriebener erhöhter Praxisrelevanz ist anzunehmen, dass Suchthilfeträger (derzeit noch) eine tendenziell größere Bereitschaft zur Ausgestaltung spezialisierter Angebote haben, als Einrichtungen der Altenhilfe. Es ist auch fraglich, ob die Altenhilfe durch die leistungsrechtlichen Veränderungen in den Pflegestärkungsgesetzen für spezialisierte Konzepte und spezifische Zielgruppen wie in der „Jungen Pflege“ überhaupt noch Spielräume haben wird. Unabhängig von der Schaffung von Spezialangeboten wird man weiterhin daran arbeiten müssen, für Menschen mit sehr hohen Pflege- und Betreuungsbedarfen auch stationäre Lebensplätze in beiden Hilfesystemen zugänglich zu gestalten.

6. Netzwerkbasierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation

Die Analysen und die gemachten Erfahrungen in den Projekten haben gezeigt, dass die Zuspitzung auf ein Entweder-Oder von „Spezialangebot“ und „Regelangebot“ der Heterogenität der Zielgruppe älterer drogenabhängiger Menschen und der Komplexität ihrer unterschiedlichen Hilfebedarfe nicht gerecht wird. So wird ein Regelangebot Pflegeheim, das Leistungen und eine Versorgungsstruktur für fast ausschließlich hochalt-rige Menschen bereithält, ohne konzeptionelle Änderungen nicht in der Lage sein, dem drogenabhängigen Menschen im mittleren Alter eine bedarfsgerechte Leistung zu bieten. Und für ein oder zwei mögliche Bewohner/-innen im Jahr wird dieses Pflegeheim aber nur schwer zu bewegen sein, aufwändige Änderungen vorzunehmen. Ähnliches gilt für alle Versorgungssysteme und beteiligten Akteure.

Diesem Entweder-Oder ist deshalb eine mehrdimensionale Strategie entgegen zu setzen:

- über die Vernetzungsstrukturen weiter an einer Öffnung der tradierten Versorgungssysteme zu arbeiten (über Information, Wissenstransfer und Sensibilisierung),
- die sozialrechtlichen Möglichkeiten für passgenauere neue Maßnahmen-Pakete in der Suchthilfe und in der Altenhilfe auszuloten und diese umzusetzen und
- zu investieren in die Ressource Casemanagement 40+, die von Anfang an eine Verbesserung der Qualität der Versorgung in Einzelfällen erzielt und im Netzwerk zukunftsgerichtet an der Weiterentwicklung der Versorgung arbeiten kann.



NÜTZLICHES

ANHANG ZU „NETZWERKBASIERTE LÖSUNGSANSÄTZE“:

- Anlage 4: „Netzwerk 40+: Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe zur Versorgung älterer Drogengebraucher in Bayern“



WEITERES MATERIAL

Diverse Materialien aus dem Netzwerkprojekt zum Download unter:
www.paritaet-bayern.de/netzwerk40plus/leitfaden



EMPFEHLUNG

Schmid, Schu, Vogt (2012). Motivational Case Management: Ein Manual für die Suchthilfe (Case Management in der Praxis). Verlag Medhochzwei.

Quellenverzeichnis

Bolz & Löhner (2012). Konzeptvorschlag zur Verbesserung der Lebensqualität und Versorgung älterer drogenabhängiger Menschen. mudra Dogenhilfe Nürnberg

DHS (2016). Jahrbuch Sucht

Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung (2016)

Dürsteler-MacFarland, Schmid, Vogel (2010). Ältere OpiatkonsumentInnen in Substitutionsbehandlung. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis (42). Heft 3 (2010).

Fuhrmann (2005/2009). Umfrage zur Situation älterer Opiatkonsumenten in München. Condrops München

Rumpf & Kiefer (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch; in SUCHT, 57 (1)

Schäffler, Thym, Stubican, Bolz, Braasch, Körner, Kolb, Fuhrmann (2017). Netzwerk 40+: Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe zur Versorgung älterer Drogengebraucher – eine zweiteilige Studie zur Ermittlung der Quote einer Klientel mit Doppelbelastung (Alter in der Suchthilfe, Sucht in der Altenhilfe) sowie der Bedarfe von Mitarbeitern beider Hilfesysteme. Thiemes Suchttherapie

Schmid, Schu, Vogt (2012). Motivational Case Management: Ein Manual für die Suchthilfe (Case Management in der Praxis). Verlag Medhochzwei.

Tretter (2008). Suchtmedizin kompakt. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Vogt, Eppler, Ohms, Stiehr, Kaucher (2010). Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Abschlussbericht einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt am Main: Bundesministerium für Gesundheit.

Vogt (2011). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Wolter (2011). Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

ANLAGE 1: Auswirkungen / Begleiterkrankungen Opiatkonsum Netzwerkprojekt 40+

Die am häufigsten konsumierte Substanz, aus der Gruppe der Opiate, ist das Morphinderivat Heroin. Durch die illegale Produktion enthält Straßenheroin Streckmittel und einen unkalkulierbaren Wirkstoffgehalt. Das größte akute Risiko beim Konsum ist deshalb die Überdosierung mit Todesfolge durch Atemlähmung. Die gebräuchlichste Konsumform ist das intravenöse Injizieren; seltener wird Heroin auf Folie geraucht oder geschnupft. Die Wirkung setzt schnell ein (lipophil) und bewirkt eine extreme Euphorie, Analgesie und Sedierung und hält ca. 4-5 Stunden an. Entzugserscheinungen treten bereits nach wenigen Stunden auf (u.a. Haut blass und kalt, Pupillen geweitet, Gelenkschmerzen, Krämpfe). Die langfristigen Folgen hängen auch mit dem i.d.R. bestehenden **Mischkonsum** (Nikotin, Alkohol, Benzodiazepine, Amphetamine,...) und den Folgen des Lebens in der **Illegalität** zusammen. Im Durchschnitt weisen ältere Betroffene 2,5 körperliche und 1,5 psychische Erkrankungen auf.

Zähne: Karies, Zahnverlust, Kieferabszesse, Zahnfleischentzündungen; Gebissprothese

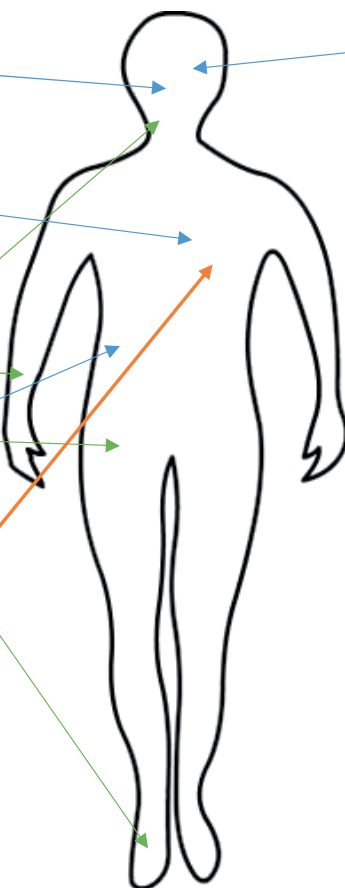
Lunge: COPD, Emphysem, Asthma, Pneumonien

Spritzenabszesse + Phlegmone/ postthrombotisches Syndrom, Venenentzündungen-, verhärtungen

Leber: Leberzirrhose durch HEP C und/oder Alkoholkonsum

Herz-Kreislauf-System: Endokarditis, Thrombosen, Trikuspidal-, Herzinsuffizienz, Ödeme, Blutdruckschwankungen, selten: Infarkte/ Aneurysma bei Amphetamin-, Kokainkonsum

Gerontopsychiatrische Erkrankungen: v.a. Depression, Ängste, Essstörungen, Psychosen Erhöhtes Risiko für (vaskuläre) Demenzen und kognitive Störungen (früherer Beginn)



HNO: Nasenschleimhautläsion (nasaler Konsum), Entzündungen, Z.n. Trommelfelltrauma

Intoxikation: Pupillenverengung

Haut: Kontaktekzeme, Brandwunden, Impetigo contagiosa, Mykosen, Krätze, schlechte Wundheilung...

Immunsystem: Schwächung, auch durch Fehl- und Mangelernährung

Schmerzempfinden: dieses ist reduziert, so dass Schmerz als Warnsignal für

Krankheitssymptome ausfällt

Infektionskrankheiten:

Hepatitis, v.a. HEP C, selten HIV, erhöhtes Risiko für TBC

Internistische Erkrankungen:

Verstopfung / Darmverschluss (bei Substitution), Gastritis, Nierenversagen, Harnwegsinfekte, Harnverhalt

Neurologische Erkrankungen:

Kopfschmerzen, Epilepsie (häufig entzugsbedingt), PNP (v.a. bei D.m. + Alkoholkonsum), Nervendruckläsionen (nach Einschlafen unter Benzodiazepinkonsum),

ANLAGE 2: Informationen zur Substitutionsbehandlung für Pflegeberufe – Stand Januar 2017

Erstellt im Netzwerkprojekt 40+ (gefördert vom bayerischen Gesundheitsministerium)

Substitution ist die Behandlung einer Opiatabhängigkeit in Form einer ärztlich überwachten Vergabe medikamentöser Ersatzstoffe, zur Verhinderung von Entzugserscheinungen. Substitutionsmittel sind pharmazeutisch hergestellte Opioide, die nur von suchtherapeutisch qualifizierten und zugelassenen Ärztinnen/Ärzten verordnet werden dürfen. In Bayern beläuft sich die Zahl der Substituierten auf ca. 8000. Die Behandlung unterliegt einer zentralen Meldepflicht.

Vorteile und Ziele: Studien belegen eindeutig die Wirksamkeit und Sicherheit der Substitutionsbehandlung (z.B. www.premos-studie.de). Positive Effekte sind:

- Sicherung des (gesünderen) Überlebens; Infektions- und Krankheitsprophylaxe
- Verbesserung der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen
- Senkung der Kriminalitätsrate; Möglichkeit zu einem stabileren Leben in Legalität
- Berufliche Integration und soziale Teilhabe

Die Ziele sind individuell zu entwickeln; bzgl. Konsum können diese von Stabilisierung bis zum Erreichen der Abstinenz von Suchtmitteln variieren. Bei älteren Drogenabhängigen ist jedoch meist von einer lebenslangen Substitution auszugehen, um z.B. folgende Ziele zu erreichen:

- Reduktion von Beigebruch (insbesondere von Opiaten, Benzodiazepinen und Alkohol)
- Reduzierung der Folgeschäden und Behandlung der Begleiterkrankungen
- Verbesserung der Lebensqualität und soziale Integration
- Altern in Würde

Gesetzlicher Rahmen: Die Substitutionsmittel unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Verschreibung und Vergabe der Vergabeverordnung (BtMVV) und den BUB-Richtlinien.

Ablauf: Vor Beginn einer Behandlung erfolgt eine ausführliche Anamnese bzgl. der Suchtvorgeschichte, des körperlichen Zustandes, der psychiatrischen Begleiterkrankungen, des sozialen Status, der Biografie und der Zukunftsvorstellungen. Daraufhin wird ein Behandlungsvertrag mit der Ärztin / dem Arzt geschlossen. Begleitend zur medizinischen Versorgung muss ein Nachweis über eine psychosoziale Begleitung (PSB), z.B. durch eine Suchtberatungsstelle, erbracht werden.

Die Medikation erfolgt täglich (meist zu festen Vergabezeiten) durch die/den behandelnde/-n Ärztin/Arzt, deren Vertretung, durch das Personal einer Substitutionsambulanz oder einer Apotheke. Jedoch darf auch weiteres, eigens von Ärztin/Arzt unterwiesenes und qualifiziertes Personal die Vergabe übernehmen. Die Kontrolle und Verantwortung bleibt dabei weiterhin bei der/dem Ärztin/Arzt, und es ist erforderlich, die/den Substituierte/n mindestens einmal wöchentlich zu sehen.

Es werden Kontrollen auf unerlaubten schädlichen Konsum (Beigebruch) von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen durchgeführt (über Urin-/Speichel-/Blut-/Atemalkohol-Tests). Bei positiven Testergebnissen kann von ärztlicher Seite eine (stationäre) Entgiftung von diesen Substanzen verlangt werden. Wenn alle Interventionsstrategien keine ausreichende Stabilität erzielen, kann auch eine Entlassung aus der Substitutionsbehandlung erfolgen.

Unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. stabile „Beigebruchs-Freiheit“ ist die Mitnahme des Substituts (take-home) für maximal 7 Tage und zur selbständigen Einnahme möglich.

Patientinnen/Patienten: Mehr als die Hälfte der Substituierten sind ältere Abhängige in Dauermedikation.

Viele leiden an zahlreichen Folgeerscheinungen, sind gesundheitlich beeinträchtigt und deutlich vorgealtert.

Vergabe: Um die erwünschte Wirkung zu erreichen, ist unbedingt auf die sachgerechte Einnahme der Medikamente zu achten (siehe Tabelle). Damit Missbrauch und eine Gefährdungen für Dritte vermieden werden, erfolgt die Vergabe unter Sicht. Bei Subutex handelt es sich z.B. um eine Sublingual-Tablette, die sich erst nach ca. 5-10 Min. im Mund auflöst; ein (heimliches) Ausspucken einer unaufgelösten Tablette sollte verhindert werden. Bei Anzeichen für eine Intoxikation der Patient(inn)en (Auffälligkeiten z.B. beim Gehen, Reden oder im Blick) und/oder positivem Atemalkoholtest ist die Vergabe des Substituts vorerst zu verweigern und ärztliche Rücksprache zu halten.

Nebenwirkungen: Substitutionsmittel können Nebenwirkungen erzeugen (siehe Tabelle). Die körperliche und psychische Abhängigkeit von diesen Substitutionsmitteln bleibt bestehen. Bei einer Verzögerung in der Verabreichung, z.B. durch einen ungeplanten stationären Aufenthalt, oder einer Dosisverringerung können schwere Entzugerscheinungen auftreten. Ein gutes Schnittstellenmanagement zwischen Substitutionspraxis/ Pflegedienst/ Pflegeheim und/oder Klinik ist dringend erforderlich, um eine nahtlose Medikation zu gewährleisten. Mit unkalkulierbaren Nebenwirkungen und dem Risiko einer Atemlähmung muss bei Beigebrauch gerechnet werden. Missbräuchlich intravenöser Konsum von Substituten kann zu Gefäßschädigungen führen. Im Alter ist bei Beschwerden auch an unerwünschte Interaktionen mit anderen verordneten Medikamenten zu denken. Diese können die Wirksamkeit des Substituts beeinträchtigen. Klagen über starkes Verlangen nach Drogen, über Entzugssymptome oder Schmerzen sind ernst zu nehmen. Es sollte unbedingt Rücksprache mit der/dem Substitutionsärztin/-arzt gehalten werden, da sonst das Risiko für eine Selbstmedikation erhöht ist. <http://www.interaktionsdatenbank.de/>

Verschreibungs- und Aufbewahrungspraxis: Unberechtigter Besitz, unberechtigter Transport oder Handel sind strafbar; eine unzugängliche Aufbewahrung des Betäubungsmittels muss jederzeit gewährleistet sein. Substitutionsmittel sind verschreibungs- und verkehrsfähig. Die BtMVV sieht vor, dass vom Arzt beauftragtes medizinisches, pharmazeutisches oder in staatlich anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe tätiges und dafür ausgebildetes Personal zum unmittelbaren Verbrauch das Substitut vergeben darf. Das Rezept für den Sichtbezug von Substitutionsmitteln („S“) darf nur von Ärzt(in)en oder dazu autorisiertem Personal in der Apotheke eingelöst werden. Eine Verordnung mit der Kennzeichnung („SZ“) rezeptiert ein Substitut für 2 Tage (Wochenend-Regelung). Diese kann auch für nicht take-home fähige Patient(inn)en ausgestellt werden.

Nachweisführung: Medikamenten-Zu- und Abgänge müssen wie andere BTM, patientenbezogen dokumentiert werden.

Aufbewahrungspflicht: 3 Jahre ab der letzten Eintragung! Informationen und Formblätter zur Dokumentation stehen auf den Seiten der Bundesopiumstelle zur Verfügung.

http://www.bfarm.de/DE/Service/Formulare/functions/Bundesopiumstelle/BtM/_node.html

Aktuell wird an einer Novellierung der BtMVV gearbeitet, die den Besonderheiten im Alter und bei Pflegebedarf Rechnung tragen soll (Stand Januar 2017). <http://www.dgsuchtmedizin.de/>

Quellen: <https://www.gesetze-im-internet.de/btmv1998/BJNR008000998.html>

http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/161013_GesamtSubstleifaden_final.pdf

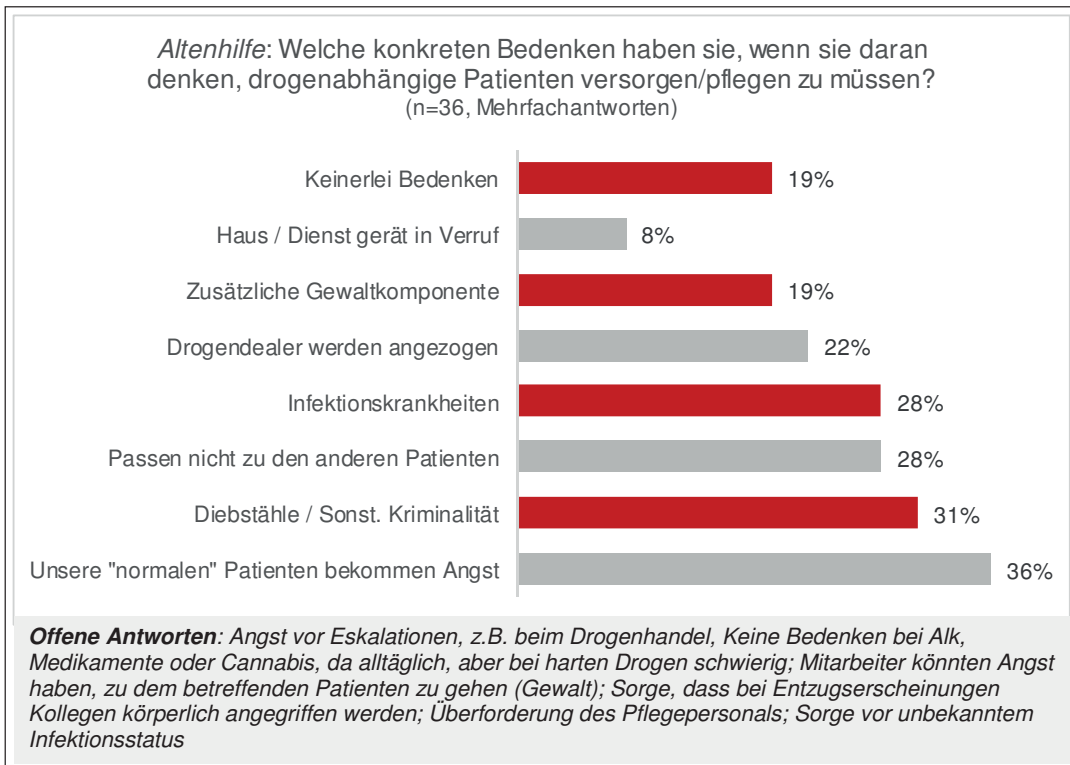
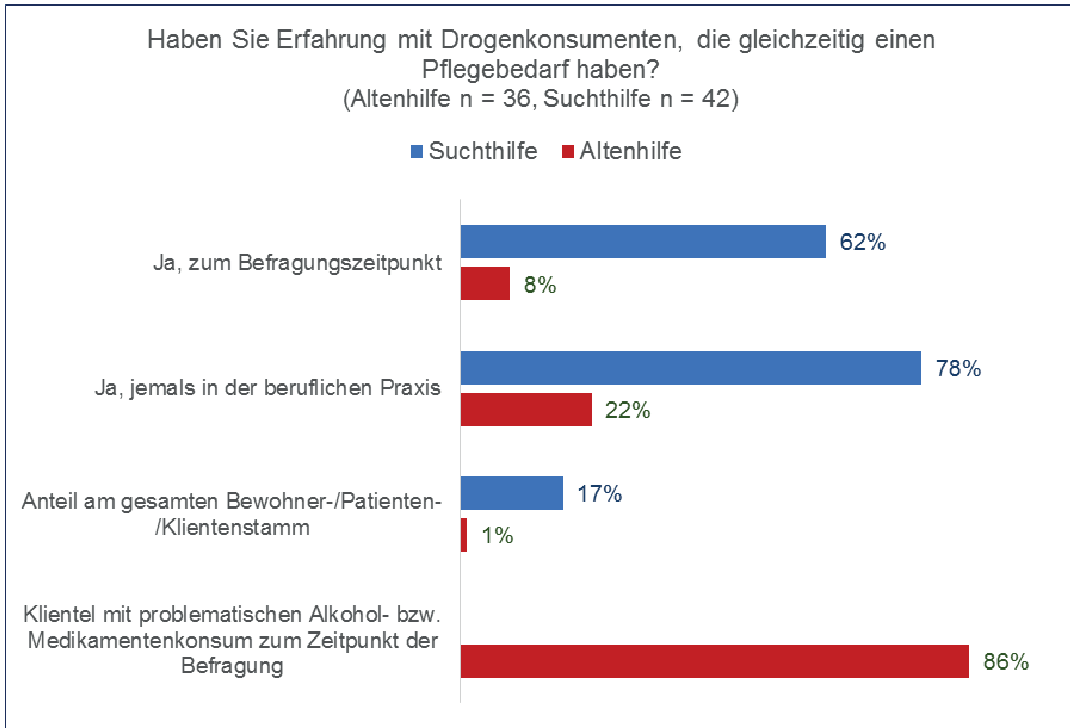
ANLAGE 3: „Substitution Wirkstoffabelle“

Allgemein wirken Substituted schmerzlindernd, reduzieren den Suchtdruck und verhindern für 24-36 Stunden das Auftreten von Entzugerscheinungen; jedoch wird KAUM drogen typische Rauschwirkung erzeugt. Auf die sachgerechte Einnahme ist unbedingt zu achten. Der Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen birgt große Risiken!

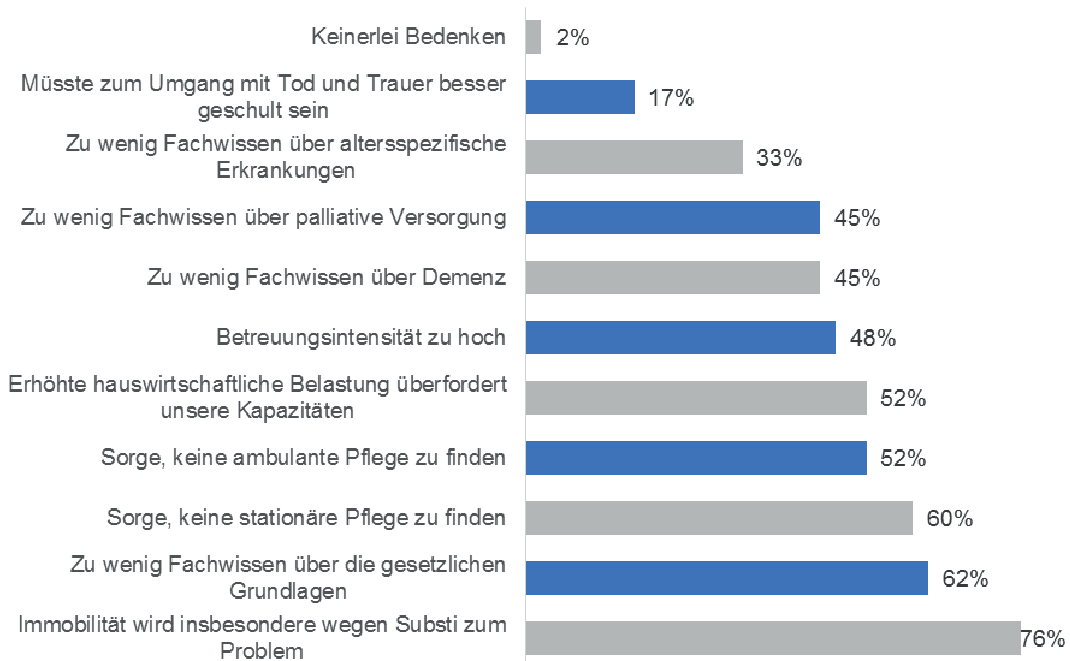
Wirkstoff	Markenname; Anwendung	Wirkung	Nebenwirkungen / Risiken	Vorteile
Methadon- Hydrochlorid- Facemat; Wirkdauer: ø 25 Std.	1. als fertige Trinklösung + Saft / Sirup (gegen bitteren Geschmack; Achtung bei Diabetes!) 2. Methadict® = Tablette; 1. + 2. zur tägl. oralen Einnahme	stark wirksames Schmerzmittel; leicht euphorisierend und sedierend; Abhängigkeit (sowohl körperlich als auch psychisch) bleibt bestehen.	Schlaflosigkeit; Verwirrtheit; trockener Mund; Schwitzen; Verstopfung; Übelkeit; Libido-Verlust; Juckreiz; bei Überdosierung oder i.v.-Konsum: Gefahr d. Atemstillstands!	Nebenwirkungen treten eher selten auf
Levomethadon- hydrochlorid; Wirkdauer: ø 36 Std.	L-Polamidon = Trinklösung; tägliche orale Einnahme	doppelt so stark wie Methadon; starke Abhängigkeit (sowohl körperlich als auch psychisch) bleibt bestehen.	Schlaflosigkeit; Schwitzen; Verstopfung; Magenbeschwerden; Depressionen! Suchtdruck trotz hoher Dosis; bei Überdosierung: Gefahr d. Atemstillstands!	evtl. besser verträglich bei Multimorbidität, kardiolog. Problemen, chronischen Schmerzen, Einnahme von Psychopharmaka; Dosis-Anpassung bei reduziertem Allgemein-Zustand erforderlich!
Buprenorphin -Hydrochlorid; Wirkdauer: bis zu 48 Std.	Subutex® = Sublingualtablette oral/ langsam unter der Zunge zergehen lassen; NICHT schlucken, sonst Verkürzung der Wirkdauer	kaum sedierend; stimmungsaufhellend; antipsychotische Komponente; Abhängigkeit bleibt bestehen.	bei schwerer Leberschädigung evtl. kontra-indiziert (Metabolisierung); Wachheit / Klarheit wird nicht von allen Patient*innen toleriert!	Patient*in wacher und klarer; nur geringer Einfluss auf QT-Zeit; weniger Nebenwirkungen; weniger toxisch; geringeres Risiko für Überdosierung; Einnahme auch im 2-Tagesintervall möglich
Naloxon + Buprenorphin; Wirkdauer: ø48 Std.	Suboxone® = Sublingualtablette mit Antagonist Naloxon; bei intravenösem/nasalem Konsum setzt Entzug ein	siehe Subutex®	siehe Subutex®	siehe Subutex®; vermindert einen Missbrauch bzgl. der Applikationsform
Morphinsulfat / retardierte Form; Wirkdauer: ø24 Std.	Subsitol® = Retard-Kapseln; tägl. orale Einnahme; die Pellets in der Kapsel müssen unzerkaut/ unzerkleinert eingenommen werden, sonst besteht Lebensgefahr!	analgetisierend und angstlösend; ähnlich wirksam wie Methadon; Abhängigkeit bleibt bestehen. Achtung! Urinkontrolle zeigt positiv auf Opiate an	Appetitverlust; Stimmungsschwankungen; Miosis; Kopfschmerzen; Obstipation; Unverträglichkeitsreaktionen möglich; geringeres Schwitzen als bei Methadon und L-Polamidon.	Reduktion d. Suchtdrucks, seltenere Interaktion mit anderen Medikamenten; psychische Stabilisierung; keine QT-Zeitverlängerung; höhere Zufriedenheit u. Lebensqualität; sehr teuer!
Diamorphin ; Wirkdauer: 6 bis 8 Std.	„Originalstoffvergabe“ intravenös; mehrfach tägliche i.v.-Gabe nötig (bis zu 3 Injektionen pro Tag);	stark analgetisierend; sedierend; euphorisierend; ähnelt der Heroin-Wirkung; Abhängigkeit bleibt bestehen.	deutlich kürzere Wirkdauer; hohe Kosten durch die erforderliche häufige und IMMER überwachte Vergabe	für Schwereabhängige, die mit den anderen Substitutionsmitteln nicht zurechtkommen; nur in wenigen Städten Deutschlands in eigens dafür zugelassenen Einrichtungen erhältlich

Es bestehen regionale Unterschiede, welche Medikamente bevorzugt eingesetzt werden. In Nürnberg ist keine Originalstoffvergabe mit Diamorphin möglich.

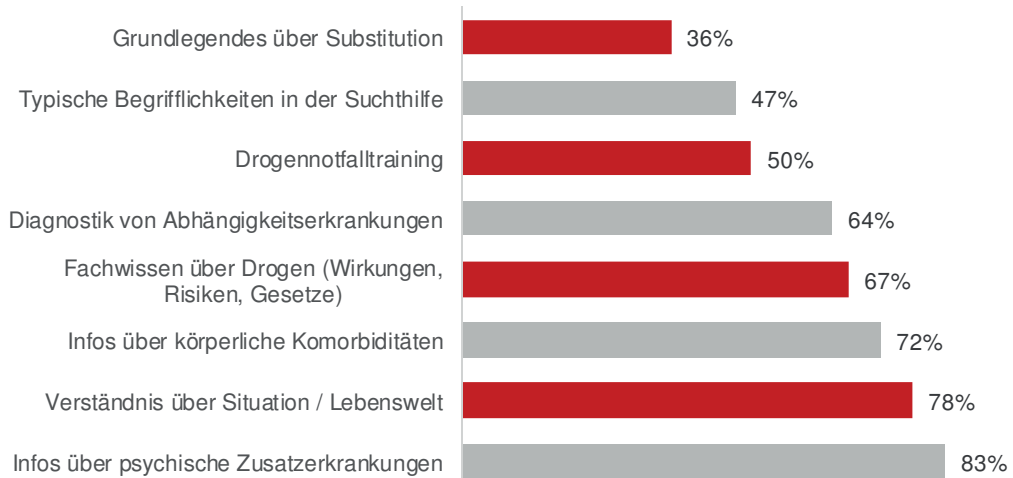
ANLAGE 4: Studienergebnisauszug aus: Schäffler, Thym, Stubican, Bolz, Braasch, Körner, Kolb, Fuhrmann (2017). „Netzwerk 40+: Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe zur Versorgung älterer Drogengebraucher in Bayern - eine zweiteilige Studie zur Ermittlung der Quote einer Klientel mit Doppelbelastung (Alter in der Suchthilfe, Sucht in der Altenhilfe) sowie der Bedarfe von Mitarbeitern beider Hilfesysteme“

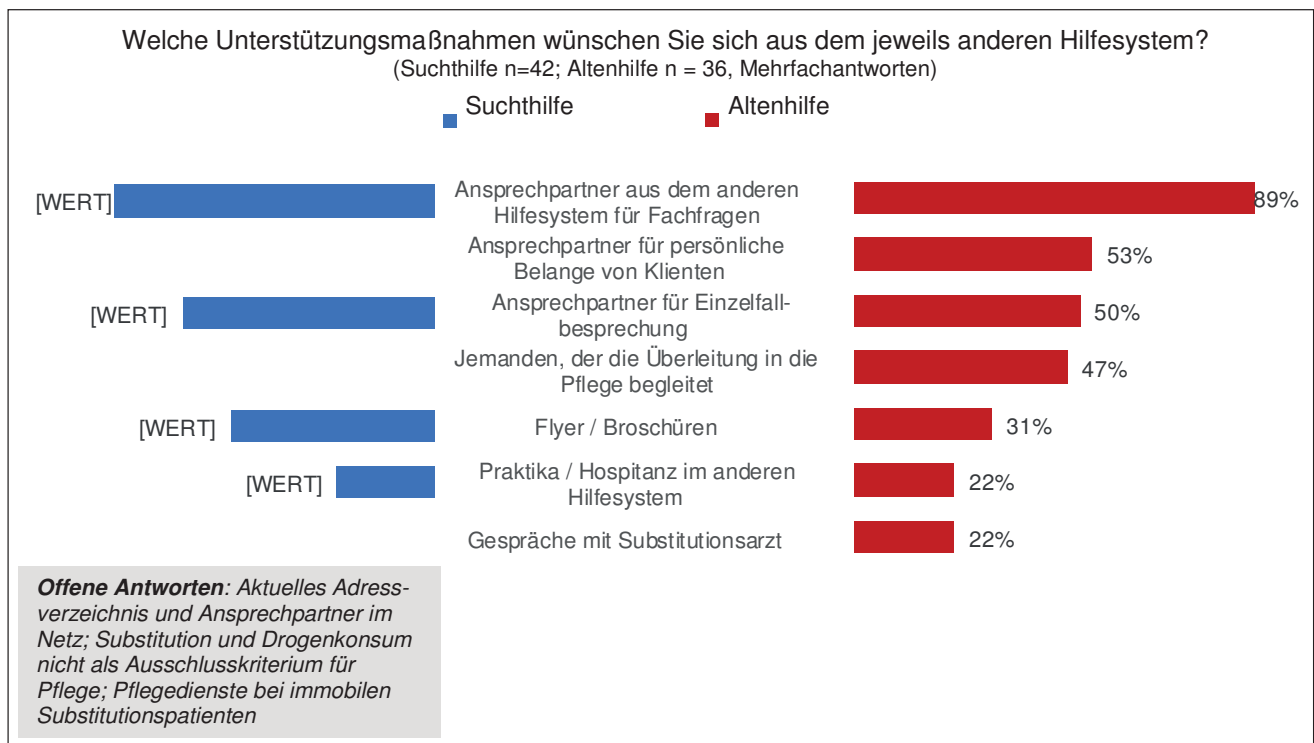
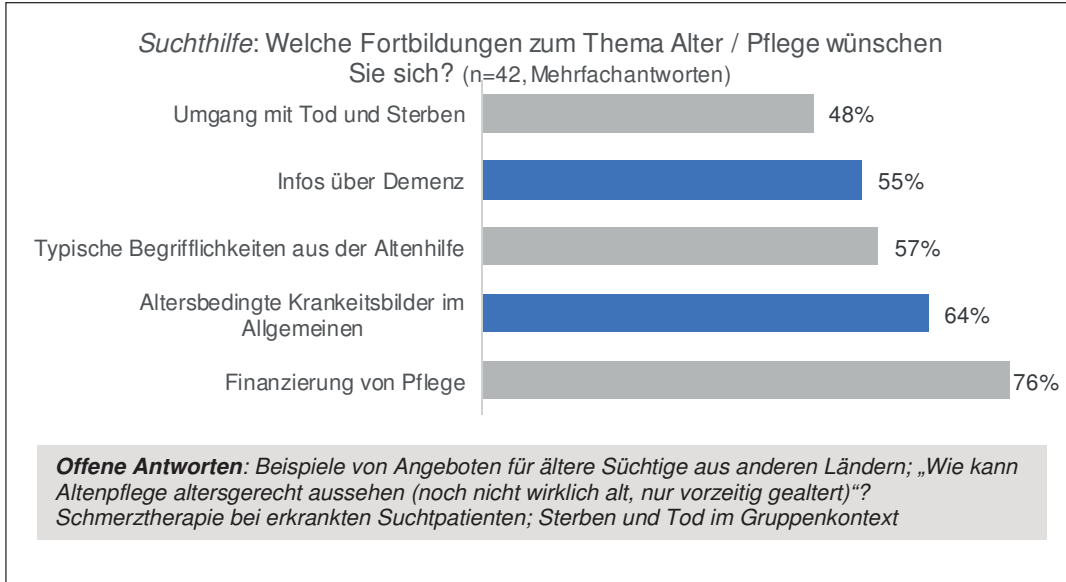


Suchthilfe: Welche konkreten Bedenken haben Sie, wenn Sie daran denken, ältere bzw. durch altersbedingte Schwierigkeiten belastete Klientel versorgen zu müssen? (n=42, Mehrfachantworten)



Altenhilfe: Welche Fortbildungen zum Thema Sucht wünschen Sie sich? (n=36, Mehrfachantworten)







DER PARITÄTISCHE
BAYERN



Con drobs
Wir helfen.



mudra
drogenhilfe



drogenhilfe
schwaben

PARITÄTISCHER
LANDESVBAND BAYERN
Charles-de-Gaulle-Straße 4
81737 München

www.paritaet-bayern.de

Condrobs e.V.
Heißstraße 134
80797 München

www.condrobs.de

mudra Drogenhilfe
Ludwigstraße 61
90402 Nürnberg

www.mudra-online.de

Drogenhilfe Schwaben
Jesuitengasse 9
86152 Augsburg

www.drogenhilfe-schwaben.de