

World Café

„Sucht im Alter – gemeinsam Wege zu wirksamen Hilfen finden“

Dokumentation

Kurzfassung

Veranstaltet von Drogenreferat und Jugend- und Sozialamt der Stadt
Frankfurt am Main am 26. März 2014 im Haus am Dom

Inhalt

I Die Veranstalter

1. Grußwort der Dezernentin Professor Dr. Daniela Birkenfeld.....	03
2. Einführung ins Thema Regina Ernst und Brigitte Henzel.....	05
3. Fachliches Input Sabine Dinges und Dr. Gabriele Scheffler.....	06
4. Die Methode des World Café Michael Schlechtriemen	09

II Die Teilnehmer

1. Lebendiges Ankommen, eigener Bezug zum Thema.....	10
2. Der Gruppenprozess	12
2.1 AG Alle mitnehmen – Angemessene Hilfe für jeden Einzelnen finden	12
2.2 AG Der alte Mensch zwischen Selbstbestimmung und Entmündigung	13
2.3 AG Chancen und Risiken der Vernetzung	15
2.4 AG Hilfemodelle für die Zukunft ohne Scheuklappen und Tabus.....	17
3. Schriftlich fixierte Ergebnisse der Diskussion	19
3.1 Alle mitnehmen – Angemessene Hilfe für jeden Einzelnen finden.....	19
3.2 Der alte Mensch zwischen Selbstbestimmung und Entmündigung	20
3.3 Chancen und Risiken der Vernetzung	21
3.4 Hilfemodelle für die Zukunft ohne Scheuklappen und Tabus	23
4. Das Plenum.....	24
4.1 Resümees der Teilnehmer	24
4.1.1 zu „Was war mir ganz besonders wichtig an gemeinsamen und neuen Erkenntnissen und Ergebnissen?“	24
4.1.2 zu „Woran würden ältere Süchtige merken, dass Sie sich vernetzt haben?“ ..	25
4.1.3 zu „Was müsste passieren, dass Sie sich besser vernetzen?“	26
4.2 Ein erstes Resümee der Veranstalter und Reaktion der Teilnehmer	27
4.3 Antworten von Teilnehmern zu „Wenn Sie einen Wunsch frei hätten – was sollte in Frankfurt als erstes umgesetzt werden?“	28
4.4 Antworten von Teilnehmern zu „Was brauchen Sie, um das Thema weiter voranzutreiben?“	29
5. Resümee der Veranstalter.....	30
6. Reaktion der Gäste	32
7. Dank	33

I Die Veranstalter

1. Grußwort der Dezernentin Professor Dr. Daniela Birkenfeld

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie alle herzlich begrüßen zum World Café „Sucht im Alter – gemeinsam Wege zu wirksamen Hilfen finden“. Wenn ich es richtig sehe, ist die heutige Veranstaltung bis auf den letzten Platz ausgebucht. Das zeugt von Wertschätzung. Gemeinsam wollen wir zeigen, wie wichtig dieses Thema ist, denn Sucht im Alter ist in der Öffentlichkeit häufig mit einem Tabu behaftet. Wir erfinden das Thema nicht neu, sondern befassen uns schon sehr lange damit.

Gesundheitsdezernentin Rosemarie Heilig und ich sind uns einig in dem Ziel, die Lebensqualität der älteren Frankfurter Bürgerinnen und Bürger zu verbessern, die aufgrund von Substanzmittelmissbrauch oder Abhängigkeit unsere Unterstützung benötigen. Die bisherigen Angebote müssen weiter entwickelt werden, so dass wir auch diesen Menschen ausreichende und passgenaue Hilfen zur Verfügung stellen können.

Wenn zum Beispiel gefragt wird, wer am häufigsten Fernsehen schaut, lautet die Antwort meistens: „Die Jugend.“ Schnell sind die Senioren vergessen. Dabei erstreckt sich ihr Fernsehgenuss oft über den ganzen Tag. Fernsehen ist für Ältere, die sich finanziell wenig leisten und die Treppen nicht mehr steigen können, häufig die Hauptverbindung zur Außenwelt. Dieses Verhalten wurde über Jahrzehnte trainiert und im Alter fortgesetzt und verstärkt. Das Alter ist geprägt von Umbruchsituationen – dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, dem alleine zuhause leben. Auf der Suche nach neuer Sinnstiftung kann es schnell passieren, dass sich bestimmte ungesunde Verhaltensweisen verstärken. So hat jeder fünfte einen möglicherweise zum Problem werdenden Tabak-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch.

Auf den problematischen, missbräuchlichen Umgang mit Substanzen bei älteren pflegebedürftigen Personen in Frankfurt wurden wir schon im Jahr 2005 aufmerksam. Im Jahr 2011 tauschten sich dann Fachkräfte aller stationären Frankfurter Einrichtungen zur Abhängigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern aus. In der Diskussion wurde deutlich, dass ihrer Einschätzung nach die Zahl derjenigen, bei denen eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt, zunehmen wird und spezielle Hilfeleistungen in den Einrichtungen fehlen. Im gleichen Jahr wurde das erste Fachforum Offene Altenhilfe Frankfurt veranstaltet. Auch hier wurde herausgearbeitet, dass im ambulanten Bereich insbesondere aufsuchende Angebote für ältere, pflegebedürftige Personen zu entwickeln seien, die unter missbräuchlichem oder abhängigem Konsum von Substanzmitteln leiden.

Sie sehen: Das Thema ist nicht neu – und es ist an der Zeit, es aus den fachspezifischen Ecken herauszuholen und die Sucht im Alter neu und gemeinsam zu denken. Das Drogenreferat und das Jugend- und Sozialamt haben sich deshalb entschlossen, im Rahmen des World Cafés einen fach- und arbeitsfeldübergreifenden Austausch herzustellen. Wir setzen vor allem auf Sie als Experten, dass Sie sich mit Ihrer jeweiligen fachlichen Expertise einbringen. Denn die

Lebensqualität in dieser Stadt hängt davon ab, dass wir nicht nur in Würde, sondern auch gesund altern. Sie alle können dazu beitragen, neue Perspektiven herzustellen und Ideen zu entwickeln, um ältere Frankfurter Bürgerinnen und Bürger zu unterstützen, deren Lebenssituation und Lebensqualität geprägt ist von Sucht. Werfen Sie einen Blick über den Tellerrand, wer weiß, welche bisher ungenutzten Möglichkeiten Sie gemeinsam entdecken. Ich wünsche Ihnen einen anregenden Austausch und gute Gespräche!

Stadträtin Professor Dr. Daniela Birkenfeld

Dezernentin für Soziales, Senioren, Jugend und Recht der Stadt Frankfurt am Main

2. Einführung ins Thema:

Regina Ernst Drogenreferat und Brigitte Henzel Jugend- und Sozialamt

Wie kamen Sie auf die Idee und was verbinden Sie mit einem World Café, will Moderator Michael Schlechtriemen wissen:

Regina Ernst: Es ist die Aufgabe des Drogenreferats, Zielgruppen zu identifizieren, die Suchtprobleme haben. Eine wichtige Gruppe sind Ältere, die selten, beziehungsweise nicht ausreichend als Betroffene wahrgenommen werden und die das differenzierte Suchthilfesystem in Frankfurt kaum oder nur schwer erreicht.

Brigitte Henzel: Das Altenhilfesystem hat das Thema schon länger an uns herangetragen, der Seniorenbeirat beschäftigte sich damit und die Politik. So entstand die Idee, sich mit dem Drogenreferat zusammen zu tun und zielgruppenorientiert gemeinsam zu arbeiten.

Ernst: Das Credo unserer Arbeit ist, dass es nur gemeinsam geht. Die wenigen uns vorliegenden Daten besagen, dass es um Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Altenhilfe und Suchthilfe gehen muss. Sucht ist das eine, sie wahrzunehmen etwas anderes. Wir wollen diejenigen, die direkt mit dem Thema Sucht im Alter befasst sind, zusammenbringen.

Wen haben Sie eingeladen?

Ernst: Menschen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, der Alten- und Suchthilfe, Wissenschaftler, Selbsthilfegruppen, Sozial- und Gesundheitspolitiker, Menschen, die mit dem Thema direkt und indirekt zu tun haben.

Was waren die wichtigsten Gründe, sich mit dem Thema Sucht im Alter qualifiziert auseinanderzusetzen?

Ernst: Von diesem Problem sind viele ältere Menschen betroffen. Das Thema liegt in einer absoluten Grauzone. Ältere finden nicht den Weg in Beratungsstellen. Sucht bei Älteren wird häufig lange verleugnet und tabuisiert. Wir möchten für das Thema sensibilisieren und überlegen, wie wir die Zugänge zu dieser Gruppe verbessern können. Denn wenn sie nicht zu uns kommen, müssen wir zu ihnen gehen.

Henzel: Oft ist die Mobilität Älterer eingeschränkt, sie haben ein starkes Schamempfinden, ihr eingeübtes Verhalten hat sich verfestigt und sie sehen keine Notwendigkeit, etwas zu verändern. Wir wollen Menschen erreichen, die wir im Moment nicht erreichen.

Was ist Ihr Ziel, was wollen Sie erreichen?

Ernst: Mein erster großer Wunsch ist damit erfüllt, dass Sie alle da sind und die Kooperation mit dem Jugend- und Sozialamt so gut gelungen ist. Ich wünsche uns allen gute Dialoge und eine gute Verständigung, denn sie sind die Voraussetzung für die Netzbildung der unterschiedlichen Systeme.

Henzel: Experten von Sucht- und Altenhilfe sind anwesend und Vertreterinnen und Vertreter der Politik. Wir werden etwas mitnehmen und den Weg gemeinsam vorangehen.

3. Fachliches Input:

Gabriele Scheffler, Drogenreferat und Sabine Dinges, Jugend- und Sozialamt

Gabriele Scheffler:

Wenn man von Sucht im Alter spricht, muss man schauen, um welche Personen-Gruppe es sich handelt. Zu älteren Menschen mit Suchtproblemen gibt es kaum Daten. Eine aktuelle Studie zu riskantem Alkoholkonsum kommt zu dem Ergebnis, dass bei über 65-Jährigen Männer zu 34 Prozent von Risikokonsum betroffen sind, Frauen zu 18 Prozent. Risikokonsum wird hier anhand der Trinkmenge und Trinkhäufigkeit definiert. Eine repräsentative Befragung in ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen besagt, dass 14 Prozent der älteren Menschen dort nach Einschätzung des Pflegepersonals ein Suchtproblem haben. Bei Alkoholproblemen überwiegt der Männeranteil, bei Medikamentenmissbrauch der Frauenanteil.

Da für uns heute die Frage wichtig ist, wie man ältere Menschen mit Suchtproblemen erreichen kann, haben wir uns für unser Input die Frage gestellt:

Wo leben ältere Menschen mit Suchtproblemen und zu wem haben sie Kontakt?

Da auch hierzu keine Zahlen vorliegen, kann man sich dieser Frage nur annähern, indem man grundsätzlicher fragt: Wo und wie leben ältere Menschen überhaupt und zu wem haben sie Kontakt?

Hierzu wollen wir Ihnen eine kurze Übersicht geben.

Wie viele ältere Menschen gibt es?

20 Prozent der Bundesbürger sind über 65 Jahre alt, das entspricht 16,5 Millionen Menschen. Der Frauenanteil dieser Altersgruppe ist höher und nimmt mit zunehmendem Alter weiter zu, bei den über 74-Jährigen liegt er bei 63 Prozent.

Wo leben ältere Menschen?

Der überwiegende Teil älterer Menschen möchte zu Hause wohnen – und tut dies auch. 93 Prozent der über 65-Jährigen leben in einer normalen Wohnung, sieben Prozent leben in Sonderwohnformen wie betreutem Wohnen, Alten-Wohngemeinschaften oder Pflegeheimen. Auch bei Pflegebedürftigkeit werden knapp 70 Prozent der Betroffenen in der eigenen Wohnung gepflegt.

Wie leben ältere Menschen?

Die meisten älteren Menschen leben mit einem Ehepartner zusammen. Bei den unter 70-Jährigen sind es noch zwei Drittel, bei den über 70-Jährigen sind es mehr als die Hälfte. Die Lebenserwartung der Männer ist geringer. Deshalb ist Verwitwung ein überwiegend weibliches Phänomen. Von den 75- bis 79-jährigen Frauen ist bereits die Hälfte verwitwet. Gerade Witwen, die mit dem Tod des Ehepartners den wichtigsten Ansprechpartner verloren haben, müssen ihre sozialen Beziehungen neu gestalten, um Einsamkeit und soziale Isolation zu vermeiden.

Soziale Kontakte

Familiäre Beziehungen sind für ältere Menschen ausgesprochen wichtig und werden von ihnen sehr geschätzt. Außerfamiliäre Beziehungen sind weniger stark ausgeprägt. Gute familiäre Beziehung haben 80 Prozent der älteren Menschen, die Hälfte von ihnen lebt auch mit den Kindern an einem Ort. Es gibt jedoch eine größere Gruppe von rund 20 Prozent, die sehr wenige bis keine Kontakte hat und von einem großen Risiko sozialer Isolation betroffen ist.

Zusammenfassend kann man sagen: Für die meisten älteren Menschen ist ihr soziales Umfeld sehr wichtig. Sie möchten zu Hause wohnen und schätzen gute familiäre Kontakte. Das heißt, dass Familienmitgliedern, in der Hauptsache Ehepartnern und Kindern, eine wichtige Bedeutung zukommt und auch dem Wohnumfeld, in dem ältere Menschen in der Regel über längere Zeiträume wohnen. Gefährdungspotentiale zeigen sich jedoch, wenn ältere Menschen über wenige soziale Kontakte verfügen oder durch Verwitwung einen wichtigen Ansprechpartner verloren haben.

Sabine Dinges:

Ich möchte Ihnen einen Überblick geben, wo Sie alte Menschen finden können, die Schwierigkeiten mit Suchtmittelmissbrauch oder Abhängigkeit haben. Ich möchte Ihnen zeigen, welche Menschen die alten Personen täglich treffen können. Ich bitte Sie, sich die Frage zu stellen: „Wie ist ein Zugang zu diesen alten Menschen möglich und welche Wege müsste ich gehen, um ihnen Hilfe und Unterstützung anbieten zu können.“

Zunächst: Es gibt nicht den „typischen alten Menschen“ mit Suchtproblem oder einem zumindest fragwürdigen bis missbräuchlichen Konsum von Substanzen. Betroffen kann jede ältere Person sein. Es gibt auch nicht die typische Wohnform, den typischen Wohnort oder typische Stadtteile. Wie wir gehört haben, lebt die überwiegende Anzahl der alten Menschen in der eigenen Wohnung. Manche nutzen die Angebote der Offenen Altenhilfe. Zum Beispiel besuchen sie Veranstaltungen in der Kirchengemeinde. Begegnungen finden statt - mit anderen alten Menschen, mit ehrenamtlich Engagierten, aber auch mit „Professionellen“ – Sozialarbeitern, Seelsorgern usw.

Stellen Sie sich vor: Was denken der Partner, die Nachbarin, der Bekannte vom Seniorentreff, der Pfarrer oder die Sozialarbeiterin, wenn sie sehen oder hören, dass die alte Person mit einer Tasche leerer Bierflaschen häufig bei dem Gang zur Abfalltonne oder gar beim Pfandautomaten anzutreffen ist? Was würden Sie denken und was würden Sie tun? Welche Kontakte gibt es noch?

Die alten Personen gehen zum Sozialamt oder Seniorenrat. Sie lassen sich von Sozialarbeitern und Verwaltungsmitarbeitern zum Beispiel über einen möglichen Heizkostenzuschuss beraten, manchmal auch telefonisch. Der Anruf zieht sich lange hin. Der alte Mensch scheint sehr verwirrt. Was würden Sie als Gesprächspartner denken? Würden Sie auf die Idee kommen, dass die Verwirrtheit etwas mit einem Substanzmittelmissbrauch zu tun haben könnte?

Alte Personen wohnen auch in Seniorenwohnanlagen. Ansprechpartner sind Sozialarbeiterinnen, die einen Hauswirtschaftlichen Dienst oder einen Pflegedienst vermitteln, weil eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.

An dieser Stelle möchte ich Frau Dr. Scheffler bitten, uns etwas zur Pflegebedürftigkeit zu sagen.

Gabriele Scheffler:

Insgesamt sind in Deutschland 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig. Der überwiegende Teil lebt in Privathaushalten und wird von Angehörigen versorgt, häufig von der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner. 70 Prozent werden zu Hause versorgt, 30 Prozent in Pflegeheimen. Von den Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, werden zwei Drittel alleine von Angehörigen versorgt, ein Drittel zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Überwiegend sind sehr alte Menschen von Pflegebedürftigkeit betroffen. Bei den unter 65-Jährigen sind es nur zwei Prozent. Bei den über 90-Jährigen ist es schon jeder zweite.

Sabine Dinges:

Die Mitarbeitenden der Dienste können viel in der Wohnung eines alten Menschen sehen, vielleicht auch die vielen Medikamente, die auf dem Fensterbrett stehen. Welcher alte Mensch denkt daran, dass es die vom Hausarzt wohlmeinend verschriebenen Medikamente sein können, die den Gang unsicher machen und verursachen, dass Hinfallen plötzlich zum Alltag gehört? Hätten Sie daran gedacht und würden Sie als Mitarbeiter des hauswirtschaftlichen Dienstes intervenieren? Wie schätzen Sie diese Situation ein? Helfen die Medikamente dem alten Menschen?

Stellen Sie sich eine alte Person vor, die schon lange in einem Altenpflegeheim wohnt. Sie muss die Pflegemitarbeiterinnen fragen, wenn sie ihre Zigaretten haben möchte. Meist bekommt sie nur eine Zigarette ausgehändigt. Was denken Sie? Gibt es andere Möglichkeiten als die Rationierung von Zigaretten?

Ich habe Ihnen einen Überblick darüber gegeben, wo Sie alte Menschen mit Suchtproblemen finden können und einen Einblick, welche Menschen diese alten Personen treffen können. Er sollte dazu dienen diese Frage zu beantworten: „Wie ist ein Zugang zu diesen alten Menschen möglich und welche Wege müsste ich gehen, um ihnen Hilfe und Unterstützung anbieten zu können.“

Mein Eindruck ist, dass Personen mit zunehmendem Alter immer mehr „Professionellen“ begegnen. Die alten Menschen wandern von einer privat geprägten Lebenswelt in eine zunehmend institutionell geprägte Lebenswelt. In einer institutionell geprägten Lebenswelt erscheint der Zugang zu alten Menschen mit Suchtproblemen leichter, aber ist das wirklich so?

Vielen Dank!

4. Die Methode des World Café:

Moderator Michael Schlechtriemen:

Ein World Café erkennen Sie daran, dass nicht einer spricht, sondern alle! Sie sehen also: das World Café hat noch nicht begonnen! Das World Café möchte Sie alle, die sich mit dem Problem „Sucht im Alter“ befassen, zusammenbringen. Das World Café basiert auf dem Gespräch. Wir glauben, wenn wir miteinander reden, können wir das Problem besser verstehen.

Nicht ein Experte hier vorne löst dieses Problem. Nein, Ihre Fachexpertise, Ihre Erfahrung ist gewünscht und gefragt. Wir werden gleich einen vernetzten Dialog herstellen, in dem jeder von Ihnen mit vielen anderen sprechen kann. Darin bereichern wir uns gegenseitig mit unserem Wissen und unserer Erfahrung. Wir lernen miteinander und verstehen die Wirklichkeit neu.

Ich bin gespannt auf das kollektive Wissen, was sich heute hier in dieser Gruppe herauschälen wird. Seien Sie mit mir gespannt auf die gemeinsamen Einsichten und neuen Perspektiven, die wir gewinnen werden. Und auf neue Handlungsmöglichkeiten, die vielleicht sichtbar werden.

Die Idee des World Café ist es, gemeinsame neue Antworten der Gruppe auf Probleme und Fragen deutlich zu machen. Es soll heute hier eine Gemeinschaft des Wissensaustauschs und Lernens entstehen.

Die Ziele:

- Wir haben das Problem „Sucht im Alter“ besser verstanden und miteinander neue Sichtweisen dazu gewonnen
- Die Hürden und Potenziale möglicher Lösungen sind uns deutlicher geworden
- Wir haben Ideen für Handlungsschritte und Projekte zusammengetragen
- All dies soll einer besseren Unterstützung älter werdender Bürgerinnen und Bürger mit Suchtproblemen dienen.

Hier stehen 15 Tische mit fünf bis sechs Stühlen. Es wird vier Gesprächsrunden an diesen Tischen geben, an denen jeweils eine Gastgeberin oder ein Gastgeber sitzt, die / der den Austausch unterstützt. Jeder Tisch ist einem der vier Themen zugeordnet. Notieren Sie wichtige Gedanken auf den Tischdecken. Wenn der Gong ertönt, wechseln Sie bitte den Tisch. Nehmen Sie wichtige Gedanken, die Sie gewonnen haben, mit in die nächste Gesprächsrunde. Auf diese Weise kann fast jeder mit jedem ins Gespräch kommen. Werden Sie eine Wissensgemeinschaft! Im Anschluss an die Gesprächsrunden gibt es ein Plenum, in dem wichtige Erkenntnisse vor allen gesagt und zusammengeführt werden können.

II Die Teilnehmer

1. Lebendiges Ankommen:

Die Leiterin des Drogenreferats Regina Ernst, Brigitte Henzel, die stellvertretende Amtsleiterin des Jugend- und Sozialamtes, und Moderator Michael Schlechtriemen begrüßen die Gäste an der Eingangstür zum World Café im großen Saal des Hauses am Dom. Auf orangen Karten, die sie an Pinnwände heften, notieren die Teilnehmer ihre Antworten auf die Frage: „Meine Verbindung zum Thema Sucht im Alter gemeinsam Wege zu wirksamen Hilfen finden“. Hier folgt eine Auswahl von 21 der insgesamt 45 ausgefüllten Karten:

- Arbeite mit alten Menschen. Häufigere Konfrontation mit Thematik Sucht – kein passendes Angebot in der Stadt!
- Zunehmende Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Suchterkrankungen in unseren Altenpflegeheimen (insbesondere Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten)
- Finanzierung – Medikamente-Suchtmittel-Kleidung
- Langjährige Erfahrung mit alten Menschen in prekären Lebenssituationen: Verwahrlosung, Vereinsamung, Depression und Demenz. Ist Sucht vielleicht eine Ursache dafür?
- Versteckte Süchte und dann Pflege! Langjährige Süchte und dann Alter ?!
- Suchtberatung mit „alten“ Betroffenen und eigene Betroffenheit in der Familie. Entwicklung Sucht im Alter Gewinnspiele
- Seniorenheime rufen hin und wieder in der Beratungsstelle an und bitten um Hilfe, ebenso Angehörige
- Aufgrund meines Arbeitsfeldes sind mir die Nöte und Schwierigkeiten von langjährig Suchtkranken sehr präsent. Wir benötigen dringend mehr wirksame Hilfen!
- Habe als Leiterin einer Entwöhnungsbehandlung den Bezug zur Sucht (TagesReha Frankfurt). Habe als Psychiaterin den Bezug zur Gerontopsychiatrie. Schwerpunkt: Sucht von Alkohol und Medikamenten.
- Von Hause aus Psychiater, der lange klinisch im Bereich Gerontopsychiatrie gearbeitet hat, und dies nun aus der Perspektive des Öffentlichen Gesundheitsdienstes betrachtet und mit weiterentwickeln möchte.
- Als Hausarzt muss ich mich auch mit Alterssuchtproblemen befassen (Benzos + Alkohol).
- Nicht zuletzt aufgrund der guten medizinischen Betreuung werden suchtkranke Menschen immer älter, sodass wir in unserer medizinischen Tätigkeit zunehmend mit Krankheitsbildern konfrontiert werden, die wir aus der Geriatrie kennen.

- 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassene Internistin. Sucht oder Abusus im Alter tauchen meist als „Zufallsbefund“ auf. In aller Regel wird verschwiegen oder geleugnet. Kontakt zum „Heißen Draht“.
- Ältere schwule Männer mit besonderen Lebensstilen und Drogengebrauch zum Sex. Kleine Fluchten. Rausch im Alter nicht vermissbar. Angst vor (Alters-) Heim.
- Ich arbeite in der Suchthilfe, unsere (substituierten) Klienten werden älter und finden schwer adäquaten betreuten Wohnraum. Bestehende Seniorenheime lehnen Aufnahme häufig ab wegen Suchthintergrund.
- Sind die Angebote des Sozialamtes ausreichend und tatsächlich auf die „Betroffenen“ orientiert?
- Ich arbeite in der Suchthilfe auch mit alten Menschen. Finde das sehr positiv. Hätte gerne mehr Ältere bei uns.
- Sucht im Alter – viel Schatten wenig Licht...

2. Der Gruppenprozess:

2.1 Am Beispiel einer der Arbeitsgruppen zum Thema „Alle mitnehmen – Angemessene Hilfe für jeden Einzelnen finden“

Teilnehmer:

Anonyme Alkoholiker, Suchtberatungsstelle, ambulanter Pflegedienst, eine Expertin für Spielsucht, eine Dame, die ehrenamtlich bei alkoholfreier Bowle und Plätzchen mit Älteren Rommé spielt.

Die Runde diskutiert

Ältere ehemalige Alkoholiker verschwinden, wir wissen nicht, wo die abbleiben, sagt ein Vertreter der Anonymen Alkoholiker. Ab wann beginnt denn der alte Mensch, fragt der Leiter einer Suchtberatungsstelle. Seine Klienten sind zwischen 17 und 60 Jahre alt, er ist neugierig, ob es die Möglichkeit gibt, das Beratungssystem in Richtung alte Menschen zu optimieren.

Eine Dame ergreift das Wort, sie schult Personal in Spielhallen. Dort tauchen sehr viele alte Menschen „im Doppelpack“ auf, erzählt sie. Seit 1991 ist Spielsucht als Krankheit anerkannt. Wobei sie klarstellt, dass wir Spiele brauchen. Abhängig werden in Spielhallen aber auch ältere Menschen.

Die individuelle Freiheit schätzt die Mitarbeiterin eines Pflegedienstes sehr hoch ein. Sie kommt in Situationen, wo sie eigentlich handeln müsste, und im Zwiespalt steht, ob sie eingreifen soll oder nicht: „Soll ich einer 80-Jährigen, die ihr ganzes Leben lang geraucht hat und auch trinkt, deren Mann tot ist und deren Kinder sich nicht kümmern, das Letzte nehmen, worauf sie sich freut? Wenn ich zu aufdringlich werde, schickt sie mich weg. So finde ich sie wenigstens, wenn sie gefallen ist.“

Eine Teilnehmerin der Runde berichtet, dass ältere Frauen immer mehr vereinsamen: „Es gibt nichts Unchristlicheres als christliche Altenclubs, die lassen niemand Neues mehr rein.“ Ihr fällt auf, dass immer mehr Leute immer mehr Medikamente verschrieben bekommen. Alte Menschen auf Sucht anzusprechen, sei noch problematischer als bei jungen, weil ein großes Schamgefühl dazukomme. Auch vor dem Besuch von Beratungsstellen herrsche riesengroße Angst, nämlich davor, einen Vormund zu bekommen und im eigenen Leben nichts mehr selbst entscheiden zu können.

2.2 Am Beispiel einer der Arbeitsgruppen zum Thema „Nur/auch eine Frage der Haltung – Der alte Mensch zwischen Selbstbestimmung und Entmündigung, zwischen Laissez-faire und fürsorglicher Belagerung“

Teilnehmer:

Ein Arzt, eine Mitarbeiterin des Drogenreferats, ein Mitarbeiter einer Krankenkasse, eine Expertin für suchtmittelabhängige Frauen.

Die Vorrunde hat erarbeitet

- dass ein unkontrollierter Entzug im Heim gefährlich ist
- dass ein Recht auf Rausch auch für alte Menschen gilt
- Nutzen und Schaden individuell abgewogen werden müssen, denn nicht jeder Alkoholmissbrauch führt zu einem Schaden
- Abstinenz nicht zwangsläufig zu mehr Lebensqualität führt
- Suchtberatungsstellen Kooperationspartner für Altenheime sind.

Die Runde diskutiert

Selbstbestimmung im Alter setzt voraus, dass Menschen sich mit dem Alter befassen und darauf vorbereiten, doch dies ist allenfalls in Patientenverfügungen die Realität. Hinzukommt eine „fürsorgliche Belagerung“ durch Töchter und Söhne, die sich manchmal unnötig einmischen, sagt der Arzt.

Der Expertin für suchtmittelabhängige Frauen definiert Abstinenz als Spagat zwischen den Polen Selbstbestimmung und Entmündigung. Die Frage sei – was wollen die Angehörigen und was wollen die Klienten. Benzodiazepine würden verschrieben, damit es einfacher für die Hilfesysteme werde.

Wenn andere dazukommen, die meinen, Älteren etwas vorschreiben zu sollen, ändert sich deren Selbstbestimmung. Angehörige und Pflegekräfte wollten zwar das Beste, aber es münde oft in Ruhigstellung und dem Gefühl, andere Menschen redeten im eigenen Leben mit, sagt die Mitarbeiterin des Drogenreferats.

In der Öffentlichkeit ist das Thema nicht präsent. Komasaufende Jugendliche ja, aber nie, dass die Mutter mal über die Stränge geschlagen hat, sagt der Vertreter der Krankenkasse.

„Total besoffene Alte“ sind in der Arztpraxis die extremste Ausnahme. Wer sein Lebtage gewohnt ist, sein Bier zu trinken, soll es weiter tun, es schadet nicht. Wer jeden Tag besoffen ist, wird sowieso nicht alt, wirft der Arzt ein. Die Suchtexpertin für Frauen widerspricht: bei Drogensüchtigen spricht man schon ab 40 von Alter. Auf der anderen Seite gibt es eine große Gruppe von Menschen, die im Alter beginnt zu trinken, wegen Rente, Tod des Partners, Vereinsamung. Laut Studien solle man im Alter nicht mehr als zehn Gramm Alkohol zu sich nehmen. Das ist unrealistisch, wirft der Arzt ein, der sich eher zu der „Laissez-faire –Abteilung“ bekennt: „Der berühmteste Sohn Frankfurts trank jeden Tag eine Flasche Wein.“ Es

gehe um die Definition von Unbedenklichkeit, sagt die Expertin für Frauensuchtfragen.

Ein Arbeitnehmer soll topfit auf der Arbeit sein, aber ein 70-jähriger Pensionär kann auch mal mehr über die Stränge schlagen, sagt jemand. Es gibt für ihn vielleicht sowieso nichts mehr, wofür es sich lohnt, mit dem Trinken aufzuhören, sagt eine andere. Doch das Recht, sich für das Trinken zu entscheiden, habe auch ein 40-Jähriger. Morgens immer noch einen Pegel zu haben ist für niemanden gut, sagt die Mitarbeiterin des Drogenreferats.

Was sind Kriterien für eine Intervention, will der Vertreter der Krankenkasse wissen. Die Kriterien sind individuell total verschieden, sagt der Gastgeber der Tischrunde. Wenn ein Arbeiter abends seine drei, vier Flaschen Bier trinkt und anderntags funktioniert, kann er auch im Alter ein bis zwei Flaschen Bier trinken. Wenn jemand aber sein ganzes Leben abstinent lebt und erst im Alter anfängt, zwei Flaschen Wein oder vier Flaschen Bier pro Abend zu trinken, kommen die Angehörigen nicht klar damit.

Es ist extrem selten, dass Angehörige den Arzt fragen, was sie mit dem Opa machen sollen, der jeden Abend sturzbesoffen ist, sagt der Arzt.

Es geht um die Auswirkungen, bemerkt die Expertin für suchtmittelabhängige Frauen. Denn mit der besoffenen Oma sind keine Telefonate mehr möglich und sie kann auch nicht mehr auf die Kinder aufpassen.

2.3 Am Beispiel einer der Arbeitsgruppen zum Thema „Es geht nur gemeinsam – Chancen und Risiken der Vernetzung“

Die Teilnehmer:

Der Leiter einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, der Leiter eines Altenpflegeheimes, ein Vertreter des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und ein älterer Herr.

Die Vorrunde hat erarbeitet:

- Das Bürgermeister-Gräf-Haus hält stationäre Plätze für süchtige Pflegebedürftige vor
- Ein Austausch darüber, was dort passiert, ist spannend
- Interne Vernetzung innerhalb des Trägers ist erforderlich
- Jeder ist selbst bestimmt, darf sich zu Tode trinken

Die Runde diskutiert:

Es bestehen eventuell Unterschiede zwischen Süchtigen, die illegale Substanzen konsumieren im Alter, und Sucht im Alter, die daraus entsteht, dass Vereinsamte zu Alkohol und /oder Tabletten greifen. Wie selbstbestimmt kann ein alter süchtiger Mensch sein? Holt ihm die Pflegerin Bier beim Kiosk um die Ecke? (Klinikleiter)

Das Wissen über illegale und legale Süchte muss in die Altenhilfe reingetragen werden. (Heimleiter)

Theoretisch müssten Menschen, die im Alter süchtig werden, einen höheren therapeutischen Erfolg haben, weil sie ihr Leben lang stabil waren und viel mehr Ressourcen haben als jemand, der süchtig alt wird. Wer süchtig alt wird, war chronisch krank, chronisch abhängig, da müssten andere therapeutische Schwerpunkte gesetzt werden als bei jemandem, der im Alter süchtig wird. Dabei gilt: Freiheit ist das höchste Gut. Nur weil jemand alt wird, darf man ihn nicht bevormunden. Über Vernetzung könnte in Einrichtungen ein bestimmtes Bewusstsein hineingetragen werden, verbunden mit der Hoffnung, dass wer erst im Alter süchtig wird, viel leichter davon wekommt. Je nachdem mit welchem Zugang man zu Patienten kommt, kann man sie erreichen, mehr als man glaubt. (Klinikleiter)

Der Autonomiebegriff ist in der Altenhilfe stark im Bewusstsein. Pflegende haben oft ein Helfersyndrom. Es besteht ein Spannungsbogen zwischen Autonomie und Fürsorge, der bewusst gelebt werden sollte. Fürsorge bedeutet aufzuzeigen: ‚ich nehme wahr, Du hast ein Suchtproblem, es gibt Wege heraus, wir können sie Dir eröffnen‘. Alles, was über diesen Ansatz hinausgeht, ist Bevormunden. Man muss den Schaden und den Nutzen, vom Alkohol wegzukommen, etwa bei manifesten anderen Schäden in den letzten zwei Lebensmonaten, sehr individuell ansehen und abwägen. In jedem Fall ist es sträflich zu sagen: ‚Dein Trinken geht uns nichts an‘. (Heimleiter)

Auf Institutionen übertragen, bedeutet dies eine Begegnung auf Augenhöhe. Suchtmediziner und Altenheime sollten gegenseitig ihre Probleme wahrnehmen. (Klinikleiter)

Das Projekt im Bürgermeister-Gräf-Haus ist toll. Aber ich weiß nicht, ob es der richtige Weg ist. Wir sollten uns nicht auf einige wenige Institutionen spezialisieren, sondern die Kompetenz, mit Suchtfragen umgehen zu können, muss breit in die Altenhilfe, wir müssen Kompetenz in unsere Häuser holen, die Mitarbeiter schulen, Netzwerke schaffen, in denen wir zusammenarbeiten bis hin zu stationären Bereichen. Suchtkranke sind stigmatisiert, es ist ein ethisches Problem, wenn das wie ein Stempel auf einem Haus draufsteht. (Heimleiter)

Es wäre ideal, eine Ghettoisierung zu verhindern und Betroffene nicht in eine Spezialeinrichtung abzuschieben. Es gibt betreute Wohngemeinschaften, aber mit dem Ziel, die Menschen für ein normales Leben zu stabilisieren. Wir brauchen also nicht spezialisierte Orte, sondern wir müssen verschiedene Orte spezialisieren. (Klinikleiter)

In Kooperation mit Kliniken vermitteln wir den Umgang mit Altersverwirrten in der Patientenversorgung. Kompetenz ist keine Einbahnstraße. (Heimleiter)

Wir sollten gegenseitig hospitieren, um Ängste abzubauen. Wir sollten eine Fachkraft für Suchthematik in der Einrichtung haben, die vor Ort die Lage sondiert, und in Kontakt mit der Suchthilfe steht. Das sollten wir systematisch angehen und mit ein, zwei Partnern ausprobieren. Wir müssen von der Suchthilfe mit großen Ohren lernen, was denn vor Ort geleistet werden kann. Uns fehlt die Kenntnis der Suchthilfestrukturen, wo denn den Menschen geholfen werden kann. (Vertreter des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes)

2.4 Am Beispiel einer der Arbeitsgruppen zum Thema „Alte Menschen – Hilfemodelle für die Zukunft ohne Scheuklappen und Tabus“

Die Teilnehmer: Ein Vertreter der Altenhilfe, der Geschäftsführer eines Altenpflegeheimes, ein Vertreter einer Suchtberatungsstelle.

Die Vorrunde hat erarbeitet:

- Macht es Sinn, beim Thema Sucht in alte und weniger alte Betroffene zu differenzieren?
- Sind Hilfsmodelle für Jüngere auf Ältere zu übertragen?
- Wo ist die Grenze zwischen Jung und Alt? 65 plus?

Die Runde diskutiert:

Suchtmittelverhalten trifft Junge wie Alte. Nach unserer Erfahrung ist die Versorgung für Jüngere strukturell besser angelegt als für Ältere. Es ist die Frage, ob Hilfsmodelle übertragbar sind. (Altenhilfe)

Es ist eine Frage der Ausbildung. (Suchtberatungsstelle)

Wir haben eine segmentierte Zuständigkeit: Hausärzte, Fachärzte, Pflege, eine Konsiliar-Struktur gibt es nicht, jeder arbeitet in seiner Käseschachtel. Ältere nehmen Medikamente, Abführmittel, trinken Bier, schauen Fernsehen, bestellen eine Sache nach der anderen. Es besteht kein Bewusstsein mehr, dass Alte ihr Suchtverhalten ändern. Man fragt sich, für was noch. (Altenhilfe)

Wohnte Helmut Schmidt bei uns, keiner käme auf die Idee, ihm das Rauchen abzugewöhnen. Aber: Es gibt die unwissentlich Suchtmittelabhängigen, die brav ihre Medikamente einnehmen. Und nach der Rente in ein tiefes Loch fallen, ich bin allein, es ist egal, wann ich aufstehe, egal, wann ich mein Bier trinke. Es nagt am Selbstwertgefühl pflegebedürftig zu werden, ich habe keine Achtung mehr vor mir, lasse die Dinge laufen! Viele Menschen werden mit dieser Situation nicht fertig. Wir dürfen sie gesellschaftlich nicht alleine lassen. Wir sollten Altwerden als Lernprozess begreifen und mit Verlusten, räumlichen Veränderungen, chronischen Krankheiten umgehen lernen. Dafür müssen wir ein Bewusstsein schaffen. (Geschäftsführer Altenheim)

Viele gestehen sich insgeheim ein, es ist Mist, zu trinken, aber keiner zieht sie raus. Räume, Alternativen zu entwickeln, gibt es im Alter nicht. Wir müssen Hilfsmöglichkeiten zeigen und schaffen. (Altenhilfe)

Es ist auch die fehlende Zeit des Pflegepersonals. Man kann das Thema vielleicht spielerisch aufgreifen mit Schunkelliedern, das geht vielleicht auch ehrenamtlich. Angehörige sind hilflos, sagen, mein Vater trinkt, soll ich ihm die Flasche wegnehmen? Manchmal, wenn Heime anrufen, entsteht der Eindruck, das Problem darf nicht nach draußen dringen. (Suchtberatungsstelle)

Für ein reguläres Pflegeheim ist das imageschädigend. Zum Teil kommt in den Pflegeheimen die Sucht erst raus. Manche haben auch dort Zulieferer. Die Frage ist,

gibt es einen Raum, auszuhandeln, wie viel es sein darf, dass der Pegel stimmt und wie wenig, dass es noch Lebensqualität gibt? (Altenhilfe)

Der einzige Ansatz wäre zu vermitteln, was hättest Du für einen Gewinn, wenn Du weniger trinkst. (Geschäftsführer Altenheim)

Eine hohe Sensibilität und eine hohe kommunikative Kompetenz sind erforderlich. (Altenhilfe)

Es gibt keine Lebensqualität, wenn ich abhängig bin. (Suchtberatungsstelle)

3. Schriftlich fixierte Ergebnisse aus den Diskussionen im Gruppenprozess

3.1 Die wichtigsten Gedanken der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Thema „Alle mitnehmen – Angemessene Hilfe für jeden Einzelnen finden“

Ärzte sind wichtige Vertrauenspersonen. Über den Notdienst haben sie darüber hinaus Zugang zu Älteren mit Suchtproblemen. Ärzte müssen zum Thema Medikamentenabhängigkeit geschult werden. Auch Pflegekassen, Pflegekräfte und Begegnungszentren sollten Informationen über die Dosierung und Verträglichkeit von Medikamenten vermitteln. Stationäre Bereiche und Hausärzte sollten besser kooperieren. Angehörige müssen informiert werden.

Die Frage ist: Wo gelingt ein Zugang zu den betroffenen Menschen? Eher im stationären oder eher im ambulanten Bereich? In jedem Fall sind umfassende Hilfemöglichkeiten im stationären Bereich wichtig. Öffentlichkeitsarbeit könnte ein Schlüssel sein, um Sucht im Alter zu enttabuisieren und über Beratungsangebote zu informieren. Da Menschen in Umbruchsituationen besonders gefährdet sind, könnten zudem beispielsweise betriebliche Beratungsangebote auf den Eintritt ins Rentenalter vorbereiten. Auch Einsamkeit fördert Sucht, hier gilt es, Angebote für vereinsamte alte Menschen zu schaffen. In der Nachbarschaft sollte niemand wegschauen, sondern alte Menschen mit auffälligem Suchtmittelgebrauch ansprechen. Allerdings ist ein Merkmal von Sucht, dass Betroffene nicht einsichtig sind und bei Partnern oft eine Co-Abhängigkeit besteht.

Wie wird eigentlich Alter bei Suchtkranken definiert? Zum Teil sind Suchtkranke schon mit 50 Jahren alt. Kontakt zu solchen alten Süchtigen besteht. Aber es gibt auch Menschen, die erst im Alter süchtig werden. Generell ist die Frage, ob Sucht auch zugelassen werden kann und ob überhaupt jeder Betroffene erreicht werden muss. Angemessene Hilfe kann auch „kontrollierten Konsum“ bedeuten und damit Hilfe zum selbstbestimmten Leben.

Handlungsoptionen sind: Therapieangebote zu verbessern, auch im Hinblick darauf, dass Beratungsstellen bei manchen Älteren Angst vor Entmündigung auslösen. Da es zwischen Altenhilfe und Drogenhilfe kaum Durchlässigkeit gibt, müssen Fachkräfte sensibilisiert und fortgebildet werden, damit sich die beiden Hilfesysteme strukturell besser kennenlernen und zusammenarbeiten können. Hilfe für Multiplikatoren von Seiten der Drogenhilfe ist nötig. Ein Runder Tisch, der ein Hilfsangebot von Anfang an mit allen Beteiligten ausarbeitet und dabei finanzielle, medizinische und beraterische Aspekte abklopft, wäre ein möglicher erster Schritt. In jedem Fall ist eine Anschubfinanzierung vonnöten, um ausreichend Zeit für Beratung zu ermöglichen.

3.2 Wichtige Überlegungen zum Thema „Nur/auch eine Frage der Haltung – Der alte Mensch zwischen Selbstbestimmung und Entmündigung, zwischen Laissez-faire und fürsorglicher Belagerung“

Was passiert, wenn augenscheinlich wird, dass ein alter Mensch süchtig ist? Zunächst ist es notwendig, Sucht in Bezug auf alte Menschen zu definieren und dafür auch einen gesellschaftlichen Konsens zu finden. Dabei gilt es zu bedenken, dass viele Gründe zu Sucht bei alten Menschen führen können: Neben Einsamkeit können dies auch der Tod des Partners oder der Partnerin und Krankheiten sein. Oftmals gibt es für Ältere nichts mehr, wofür es sich lohnt aufzuhören, sei es mit dem Rauchen, dem Trinken, Glücksspielen, exzessivem Teleshopping oder der Einnahme von Medikamenten, die die Stimmung aufhellen oder beruhigen sollen. Abstinenz bedeutet nicht unbedingt eine gesteigerte Lebensqualität für Ältere.

Die Frage ist: Wann besteht Interventionsbedarf und wie sollte er erfolgen. Dabei ist generell die Reglementierung durch Finanzen zu bedenken. Stationäre Aufenthalte werden zuweilen mit Zwang und fürsorglicher Belagerung verbunden und stehen dem eher mit Selbstbestimmung verknüpften Leben zuhause gegenüber. Beim Abwägen, worin individuell der Nutzen und worin der Schaden besteht, können Eigen- und Fremdgefährdung als Kriterien dienen, dem eigenen freien Willen Grenzen zu setzen. Es gibt aber auch einen „akzeptablen“ Konsum und auch Selbstbeschädigung ist erlaubt. Wenn es also gilt, zwischen Selbstbestimmtheit als höchstem Gut und Hilfsangeboten zu entscheiden, sollten generell die Betroffenen zuerst einbezogen werden. Respekt vor dem Individuum gilt auch in der Sucht als ein zentraler Ausgangspunkt.

Handlungsoptionen könnten sein, soziale und gesellschaftliche Voraussetzungen zu schaffen, damit Süchte weniger intensiv gelebt werden müssen. Dabei ist zu bedenken, dass sowohl die „Drei-Minuten-Medizin“ als auch die „Drei-Minuten-Pflege“ kontraproduktiv sind. Mehr Zeit für Fortbildung für Ärzte und Pfleger wäre eine Handlungsoption. Auch für ambulante Pflegedienste wären Schulungen in Suchtberatung eine Option. Altenpflegeheime sind ebenfalls nicht auf Suchtkranke vorbereitet, Wissen muss dort hineingetragen werden. Alltagsbegleiter in Suchthilfe auszubilden ist eine weitere Handlungsoption. Ein Ethiknetzwerk zum Themenkreis Drogen und Sucht und ein Netzwerk aus verschiedenen Kooperationspartnern, auch mit Kliniken und Ärzten könnte hilfreich sein. Der Datenschutz muss gewährleistet sein. Unter den gegenwärtigen Bedingungen stellt sich die Frage, ob es für Pflegekräfte und Angehörige zumutbar ist, schwer Suchtkranke zu betreuen? Mut zur Ansprache, lautet ein Tipp. Und aufsuchende Suchtberatung sowohl in der Wohnung als auch am Pflegebett zu initiieren.

3.3 Die wichtigsten Gedanken zu „Es geht nur gemeinsam – Chancen und Risiken der Vernetzung“

Ältere Süchtige sind nicht im Blick. Wer Sucht wahrnimmt, muss etwas tun und hat ein Problem, weil eine Maschinerie in Gang gesetzt werden muss. Ältere Süchtige sind zudem oft nicht mehr so mobil und fallen weniger auf. Doch mit 65 geht die Sucht nicht in Rente. Das hat die Suchthilfe lange verdrängt. Ihre Konzepte sind auf jüngere Altersgruppen ausgerichtet. Außerdem hat die Suchthilfe bisher eine Komm-Struktur. Es gibt zwar auch Dienste, die Ältere zu Suchthilfeeinrichtungen bringen könnten. Doch ein Zugang zu Betroffenen ist sowieso nicht über das Thema Sucht zu finden. In jedem Fall ist zu unterscheiden zwischen Suchtkranken, die alt werden und Alten, die süchtig werden.

Eine Schnittmenge muss hergestellt werden zwischen der Diagnose und Versorgung durch den Hausarzt sowie Suchthilfe und Altenhilfe, um überhaupt Anzeichen von Sucht erkennen zu können. Allerdings sind viele Ältere gar nicht beim Arzt, sondern kaufen Medikamente direkt in der Apotheke und im Internet. Es stellt sich auch die Frage: Sollte man 70/80-Jährige lassen, lohnt sich eine Therapie noch? Und wie sollte sie erfolgen, eher ambulant? Ein Paradigmenwechsel ist erforderlich, nämlich Sucht als normalen Vorgang und nicht als seltene Sondersituation zu betrachten. In keinem Fall dürfen Betroffene stigmatisiert werden. Auch Angehörige müssen als erste Ansprechpartner ins Hilfenetz eingebunden sein. Zurzeit haben die einzelnen Fachbereiche noch einen Tunnelblick und die Hilfesysteme zeichnen sich durch unterschiedliche Kulturen aus.

Was muss geschehen? Versorgungslücken sollten ausfindig gemacht und geschlossen werden. Das Personal in Altenheimen braucht Orientierung und Kenntnisse in Suchtfragen. Das ist umso wichtiger als sich Seniorenpflegeheime im Zuge der Inklusion auf andere Bedarfsgruppen wie Menschen mit Behinderungen und Süchten einstellen müssen. Dafür brauchen sie spezialisierte Kräfte vor Ort.

Konkrete Handlungsoptionen können sein, das Thema Sucht bereits in die Ausbildung von Altenpflegerinnen und -pflegern zu integrieren. Und generell eine bessere Transparenz herzustellen, wer was macht. Zum Beispiel durch gegenseitige Hospitationen und fachliche Seitenwechsel. Auch für Krisensituationen, beispielsweise die Frage, was für Schwerstabhängige nach dem Pflegeheim kommt, tut Vernetzung gut. Dabei gilt: Wissen muss zwischen den Systemen auf Augenhöhe ausgetauscht werden.

Schwierig dabei: Bei Vernetzung muss die Fallzuständigkeit deutlich geklärt sein, sonst drohen Menschen verlorenzugehen. Institutionelle Zugänge müssen in jedem Fall individuell erfolgen, der Spannungsbogen zwischen Autonomie und Fürsorge sollte bewusst gelebt werden. Für die Pflege in Heimen mit Suchtmittelabhängigen sind zudem extra Ressourcen nötig. Doch der Geldtopf ist klein. Wer bekommt was und wieviel – lauten Fragen. Weil nur für Pflegeheimbewohner mit Demenz Geld zur Verfügung gestellt wird, nicht aber für Süchtige, besteht das Risiko, dass Altenhilfeeinrichtungen mit Suchtschwerpunkt finanzielle Probleme bekommen. Dagegen steht das Plädoyer, nicht spezialisierte Orte zu schaffen, wo die Gefahr der Ghettoisierung droht, sondern verschiedene Orte zu spezialisieren. Dazu ist eine

interne Vernetzung innerhalb des Trägers nötig, die sowohl Zeit als auch Moderation benötigt. Ein konkreter Handlungsvorschlag: Ein World Café intern bei einem großen Träger zu veranstalten.

3.4 Die wichtigsten Überlegungen zum Thema „Alte Menschen – Hilfemodelle für die Zukunft ohne Scheuklappen und Tabus“

Täglich taucht pro Arztpraxis mindestens ein älterer Mensch mit Missbrauchspotenzial auf. Hausärzte müssen daher sensibilisiert und besser qualifiziert werden, um Sucht wahrzunehmen und anzusprechen. Andererseits verschreiben Hausärzte auch teilweise unreflektiert Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) und müssen dieses Verschreibungsverhalten verändern. Ärzte können im Hilfesystem als Multiplikatoren wirken.

Die Gründe für riskanten Konsum werden auch in Zukunft mit denen von heute identisch sein: Einsamkeit, sich nutzlos fühlen, Schmerzen haben. Hilfemodelle ohne Scheuklappen zu entwickeln bedeutet, auf Augenhöhe abzulesen, was der alte Mensch braucht, will, kann und verträgt. Im Umgang mit süchtigen alten Menschen bestehen Berührungängste. Ambulante Pflegedienste stoßen an Grenzen der Akzeptanz. Es gilt, eine Gefährdungsanalyse vorzunehmen und Risikogruppen zu identifizieren. Hilfreich ist es auch, Ansprechpartner zu definieren, wenn Suchtprobleme auffallen.

Was tun? Prävention heißt im Fall Älterer mit Suchtproblemen Krisenprophylaxe. Beispielsweise Altwerden als Lebensaufgabe und Lernprozess zu verstehen, der in bestimmten Situationen durch aufsuchende niedrigschwellige Beratung unterstützt werden muss. Das Hilfsmodell muss auf einem würdevollen Umgang mit dem Alter basieren und die Lebensweise und Verhaltensauffälligkeiten des Klienten akzeptieren. Unterschiedliche Ansätze für unterschiedliche soziale Gruppen sind nötig. Altersspezifische Analysen müssen vorgenommen, verschiedene Präventionsebenen umgesetzt werden.

Hilfemodelle für die Zukunft ohne Tabus umzusetzen kann auch heißen, lieber gemeinsam als alleine zu trinken, Raum für Sex und Rausch auch im Alter zu geben, Konsumräume in Altenheimen einzurichten und substitutionsgestützte Heime zu initiieren. Sogar die Frage nach einem Hausdealer wird aufgeworfen.

Alternativen zur Sucht sind andere Lebensperspektiven. Also beispielsweise mit einem mehrgenerativen Ansatz das Zusammenleben aller Altersgruppen in der Gesellschaft zu fördern.

Hilfemodelle zu finden, die auch in Zukunft greifen, heißt auch, Zuständigkeiten und Finanzierungsmodelle zusammenzuführen, einen intensiven Kontakt zu den zuständigen Sozialräthäusern zu pflegen und ein multiprofessionelles Netzwerk aufzubauen und dabei die Selbstbestimmung alter Menschen zu berücksichtigen. Mehr aufsuchende Hilfen anzubieten und weniger Komm-Struktur vorzuhalten ist ratsam.

4. Das Plenum

4.1 Resümees der Teilnehmer

4.1.1 zur Frage „Was war mir ganz besonders wichtig an gemeinsamen und neuen Erkenntnissen und Ergebnissen?“

1. Statement:

Am 1. Tisch haben wir mehr Fragen zum Thema formuliert als Antworten. Wir haben festgestellt: „Sucht ist ein normales Phänomen“. Es gibt „keine gemeinsame Definition von Sucht“. Die einzelnen Institutionen pflegen keine Kultur der Vernetzung, jeder arbeitet in seinem Bereich.

2. Statement:

Für mich ist das Thema Verantwortung wichtig: Wie handelt man verantwortlich und wer sollte verantwortlich handeln. Häufig ist es ein Wegschauen – dann besteht auch keine Notwendigkeit, zu intervenieren.

3. Statement:

Ich halte die Fortbildung von Sozialbezirksvorstehern und Sozialpflegern, die direkt am Menschen sind, für wichtig. Eine Gesprächsführungsschulung zu erlernen, um Gespräche auf Augenhöhe und mit Respekt voreinander zu führen, nicht besser-wisserisch. Dann ist auch für die Vernetzung etwas getan.

4. Statement

Wir haben „Süchtige, die Alt werden“ und „Alte, die süchtig werden“ unterschieden. Durch Hospitationen kann Kompetenz auf Augenhöhe und nicht als Einbahnstraße zwischen Altenhilfeeinrichtungen und Suchthilfe ausgetauscht werden. So bauen wir Ängste ab und vernetzen uns besser.

4.1.2. zur Frage „Woran würden ältere Süchtige merken, dass Sie sich vernetzt haben“

1. Statement:

Es gibt erste Ansätze, wo man an dem Thema arbeitet. Das Thema braucht Raum und Wertschätzung.

2. Statement:

Wenn es den ersten Konsumraum im Altenheim gibt.

3. Statement:

Wenn die Definition von Suchtmittelabhängigkeit für das Alter neu justiert ist. Wenn es Substitution für alte Süchtige gibt, ob für Alkohol oder illegale Substanzen. Wenn es eine Akzeptanz für selbstbestimmten Konsum auch bei Alten gibt und Hilfe nur die erhalten, die es wünschen.

4. Statement:

Jede Einrichtung bräuchte spezialisierte Mitarbeiter. Wir wollen keine Ghettoisierung. Freiheit haben wir als höchstes Gut definiert: Alte Menschen, die süchtig sind, sind extrem gefährdet, was ihre Freiheit angeht. Durch Helfende und durch ruhigstellende Medikamente ist die Freiheit am stärksten gefährdet. Ich fordere Selbstbestimmung auch für Ältere und ich bin der Meinung, wir müssen besonders helfen, weil es alte Menschen sind. Hilfestellungen sind im Alter besonders zeitaufwendig. Die Zeit, die wir immer weniger haben, spielt eine wesentliche Rolle. Es gibt viele durch den Arzt verursachte Abhängigkeiten. Es sind auch die Ärzte selbst, die manchmal viel zu schnell verschreiben. Hier braucht man Wachheit.

5. Statement:

Es sind zusätzliche Mittel nötig. Pflegeheime brauchen Expertise in Sucht, Suchteinrichtungen brauchen Expertise für Pflegebedürftige, da braucht es Finanzmittel, die wir nicht haben.

4.1.3. zu der Frage: „Was müsste passieren, dass Sie sich besser vernetzen“?

1. Statement:

Dass man sich kennt und weiß, was für Angebote es gibt.

2. Statement:

Klienten merken es daran, dass wir nicht alles selbst machen, sondern mit anderen zusammen.

3. Statement:

Selbsthilfegruppen im Altersheim.

4. Statement:

Wir sprechen alle für die, für die wir uns zuständig fühlen. So besteht die große Gefahr, das Ganze zum Selbstzweck zu machen. Wir sollten interdisziplinär Fallbezogen zusammenarbeiten und die Betroffenen und ihre Angehörigen einbeziehen.

5. Statement:

Für uns ist es schwierig, Drogenhilfe zu durchschauen. Gut wäre eine Übersicht, wer in Frankfurt alles unterwegs ist, um Hilfemöglichkeiten für Ältere mit Suchtproblemen zu finden.

4.2 Erstes Resümee der Veranstalter:

Regina Ernst Drogenreferat: Es muss Raum geben, um Befürchtungen, die mit Vernetzung zusammenhängen, zu benennen. Der Austausch von Adressen ist organisierbar. Meine Hypothese ist: Dadurch allein findet Vernetzung aber nicht statt.

1. Reaktion der Teilnehmer:

Durch Vernetzung weiß man mehr voneinander, kann sich besser abstimmen, wird größer. Ich sehe den Gewinn von Vernetzung.

2. Reaktion:

Wenn wir über Sucht besser Bescheid wissen, besteht das Risiko, dann auch mehr Hingucken zu müssen.

3. Reaktion:

Die Suchthilfe muss sich mit dem Thema Alter befassen. Das ist genauso tabu wie umgekehrt.

4.3 Moderator Michael Schlechtriemen fragt die Teilnehmer: „Wenn Sie einen Wunsch hätten, was soll in dieser Stadt als Erstes umgesetzt werden?“

Die Antworten:

Mehr Präsenz in den Medien und mehr Aufklärung über das Thema Sucht im Alter. Es wäre gut, jemanden anrufen und ein akutes Problem besprechen zu können. Niedrigschwellige Angebote fehlen und die Kooperation mit Hausärzten sollte sich bessern. Eine Liste wäre hilfreich, auf der vermerkt ist, wer was wo tut. In der Pflegehelferausbildung sollten auch Suchthelfer ausgebildet und Ehrenamtliche sollten zum Thema Sucht geschult werden. Eine finanzielle Basis ist wichtig, um sich den nötigen Raum für gemeinsame Hilfen nehmen zu können. Kostenträgerübergreifende Projekte sollten initiiert werden, Altenheime sollten Projekte auch außerhalb der Pflegeversicherung bezahlen können. Eine Beratungsstelle sollte eröffnen, die niedrigschwellig und relativ zieloffen agiert, speziell für ältere Menschen, die Zuhause leben. Sie soll aber auch als Ansprechpartner für Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Altenhilfeeinrichtungen dienen.

4.4 „Was brauchen Sie, um das Thema weiter voranzutreiben?“, fragt die Leiterin des Drogenreferates Regina Ernst das Plenum

Die Antworten:

Gut wäre es, das Altern besser zu lernen und Älteren das Altwerden beizubringen. Außerdem macht die Stadt eine hervorragende Suchtarbeit, aber sie schreibt sich das nicht auf die Fahne, es gibt zu wenig Außenwirkung in der Öffentlichkeit. Auch die Kultur, eine Bürgerstadt zu sein, sollte zur Versorgung von Älteren mit Suchtproblemen genutzt und werbewirksam nach außen getragen werden. Zwei bis drei Modellprojekte in der Stadt, in denen Träger aus unterschiedlichen Systemen miteinander ein Konzept und eine Vorgehensweise entwickeln und realisieren, wäre einer der nächsten Schritte. Allerdings besteht die Gefahr, dass bei Modellprojekten Ansätze verlorengehen. Unterschiedliche Pfade für unterschiedliche Klienten in der Suchtarbeit müssen generell erhalten bleiben. Hilfreich wäre auch ein Rahmenkonzept mit gemeinsamen Zielen, an dem interdisziplinär möglichst viele mitwirken, auch Träger und Wohlfahrtsverbände, nicht nur städtische Ämter. Eine Projektgruppe zwischen verschiedenen Ämtern sollte den Vernetzungsprozess zwischen Alten- und Suchthilfe institutionalisieren. Multiplikatoren aus Referaten, Ämtern und Institutionen sollten geschult werden. Mitarbeiter der Altenhilfe sollten sich zu Suchtfragen fortbilden und Mitarbeiter der Suchthilfe zu Themen des Alterns.

5. Resümee der Veranstalter

Regina Ernst, Leiterin Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main:

Ich fand die Dialoge an den Tischen beeindruckend. Die vierte Sequenz des World Cafés habe ich von außen beobachtet, alle redeten angeregt und konzentriert miteinander. Wie großartig, dass Menschen aus den unterschiedlichen Berufsfeldern so miteinander ins Gespräch kommen. Mein zweiter Eindruck: Wir hatten nicht nur mit unterschiedlichen Menschen und Berufen, sondern auch mit unterschiedlichen Berufskulturen zu tun. Heute war der Auftakt, sich kennenzulernen und sich zu verständigen. Die Drogenhilfe arbeitet bereits jetzt ausgesprochen vernetzt, weil die Behandlung und Weiterentwicklung des Themas ganz unterschiedliche berufliche Disziplinen braucht. Unser nächster Schritt wird sein, Ihnen vertiefende oder weitere Einblicke in das Drogenhilfesystem anzubieten. Auf welche Weise müssen wir noch klären. Wir können Ihnen gerne Informationsbroschüren zur Verfügung stellen, aber es macht einen Unterschied, Einrichtungen und ihre Vertreter persönlich und vor Ort kennenzulernen und nachfragen zu können. Vorstellbar ist zum Beispiel, dass wir regelmäßig regionale Treffen der Träger zum Kennenlernen ihrer jeweiligen Arbeit organisieren. Für mich war die Veranstaltung heute der Beginn eines Prozesses. Die Auswertung der Tagung nimmt eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe vor, die Themen gewichten und priorisieren und das Ergebnis publizieren wird.

Brigitte Henzel, stellvertretende Leiterin Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt am Main:

Unsere Erwartung war, dass Fachkräfte miteinander und mit der Politik ins Gespräch kommen. Ich bin froh, dass dies gelang. Ich nehme mit, dass wir die Vernetzung befördern sollen, dafür gab es ganz deutliche Zeichen. Und es gibt eine Menge, worüber wir reden und zu gemeinsamen Einschätzungen kommen können: nicht zu bevormunden und sensibel hinzugucken, wo der betroffene Mensch steht, beispielsweise. Und wir sollen die Systeme besser aufeinander abstimmen, Kompetenzteams in Einrichtungen holen und die Ämter darin fördern, kluge Wege zu gehen mit den Menschen, die jetzt sensibilisiert sind. Im Kinderschutz ist Frankfurt Klasse, in der Altersuchthilfe fehlt der gemeinsame Blick. Wir müssen Kriterien für eine Gefährdungsanalyse erarbeiten wann man eingreifen muss, die Stigmatisierung muss aufhören, und wir müssen das Thema rausholen aus der Tabuzone. Die Betroffenen selbst müssen wissen, wohin sie gehen können. Wir müssen die Öffentlichkeitsarbeit fördern und die Vernetzung.

Regina Ernst:

Die Aufbruchsstimmung soll nicht zur Bauchlandung werden. Sich kennenzulernen ist bereits ein großer Schritt. Jetzt gilt es, verbindliche Strukturen zu schaffen und Maßnahmen anzubieten, damit beide Bereiche bessere Einblicke in die jeweils anderen Arbeitsfelder gewinnen können. Es gibt dafür keine zusätzlichen Mittel, aber wir haben auch jetzt Möglichkeiten, etwas Vernünftiges auf die Beine zu

stellen, in einem weiteren Schritt vor allem durch Fortbildungen in beiden Systemen.

6. Moderator Michael Schlechtriemen fragt nach Reaktionen des Plenums:

„Wie belastbar ist das System“, will jemand wissen, „was steht hinter den Adressen, zum Beispiel wie hoch ist die Mitarbeiterzahl, wie hoch ist die Anzahl der Plätze und ist die Stelle rund um die Uhr erreichbar“?

„Wenn wir eine Sozialraumanalyse zu Sucht im Alter machen, würde da reinfallen, was es an Einrichtungen gibt, und wo die Bedarfe sind“, meldet sich jemand anderes zu Wort.

„Zur Medizin muss es eine Schnittstelle geben, an wen kann sich ein Älterer wenden, der weiter versorgt werden soll, und wie geht es weiter für Menschen in Pflegeeinrichtungen“, lautet eine weitere Reaktion.

7. Dank:

Mit vielem Dank für die Beiträge und dem Versprechen, eine Bewertung und Einschätzung des World Cafés vorzunehmen, verabschieden sich Brigitte Henzel und Regina Ernst: „Sie hören von uns.“

Alle 84 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des World Café Sucht im Alter erhalten zum Abschied eine schön verpackte von der Integrativen Drogenhilfe e.V. entworfene Praline. Sie zeigt zwei rosafarbene Puzzleteile, die durch ein drittes blaues in der Mitte miteinander verbunden sind. Ein wohlschmeckender Ausdruck für die Verbindung zweier Systeme.

Dokumentation

Susanne Schmidt-Lüer - Journalistin Hunsrückstraße 12 Hofheim am Taunus