

Fachtag „Unabhängig im Alter – Suchtprobleme gemeinsam lösen“

**des Referats Gesundheit Rehabilitation, Sucht
in Kooperation mit dem Referat Alter, Pflege, Behinderung
des Deutschen Caritasverbandes**

Ergebnisse der Arbeitsgruppen

Bei dem Fachtag fanden drei Arbeitsgruppen statt zu den Themen Alkohol, Medikamente und Illegale Drogen, um die Möglichkeit zur Vertiefung der Themen zu bieten. Die Arbeitsgruppen wurden jeweils von einem(r) Vertreter(in) aus der Suchthilfe und der Altenhilfe geleitet. Anhand von vier Leitfragen wurden Erfahrungen, erlebte Bedarfe, Lösungsansätze und Vorschläge für die Weiterarbeit diskutiert.

Arbeitsgruppe 1: Alkohol – wie viel ist zu viel des Guten?

Moderation

Rudolf Barth, Referent für Psychiatrie und Sucht, DiCV Trier

Hildegard Eynöthen, Referentin für Altenhilfe und Hospizarbeit, DiCV Trier

Zusammenfassung der Ergebnisse

Renate Walter-Hamann, Referatsleitung Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht, DCV Freiburg

Leitfragen zur Diskussion

1. Welche Herausforderungen erleben Sie in Ihrem Arbeitsalltag in Bezug auf das Thema Alkohol?
2. Welchen Unterstützungsbedarf sehen Sie im Umgang mit diesen Herausforderungen?
3. Wie können Altenhilfe und Suchthilfe einen guten Umgang mit diesen Herausforderungen unterstützen?
4. Welche Vorschläge für die konkrete gemeinsame Weiterarbeit an der Thematik haben Sie?

Ergebnisse

1. Welche Erfahrungen im Alltag machen wir / welche Herausforderungen sehen wir?

- Fünf von 300 Bewohner(inne) trinken auf den Festen der Einrichtung so, da sie in ihrem Verhalten auffällig werden; und es sind immer dieselben Personen.
- Im Rahmen von Hausbesuchen werden die Suchtprobleme von einzelnen Personen sehr deutlich: häufige Stürze, Leugnen der Problematik, versteckte Flaschen, Veränderung des Trinkverhaltens nicht möglich.

- Über 60-Jährige kommen vermehrt in die Suchtberatungsstelle. Sie gehen teilweise noch in die stationäre Rehabilitation. Ein anderer Ansatz ist notwendig, wenn die Personen nicht mehr mobil sind und u.U. auch zu verwahrlosen drohen. Die PSB macht zu wenig aufsuchende Arbeit. Die Herausforderung ist, eine Kooperation mit den Pflegediensten und Pflegeheimen zu entwickeln.
- Ca. 11 % der Klient(inn)en der Suchtberatungsstelle sind über 60 Jahre alt. Die Info-Motivationsgruppe und die Ambulante Rehabilitation müssen so gelegt werden, dass diese Klientel noch bei Tageslicht heimkommen.
- Der Zugang für die Suchthilfe in die ambulante und stationäre Pflege wird als schwierig erlebt. Angehörige rufen oft an, weil sie hilflos sind. In den Suchtberatungsstellen fehlt die Möglichkeit der Aufsuchenden Arbeit.
- Der Zugang zu den älteren Personen über 60 Jahre ist nicht einfach.
- Bei der Aufnahme in der stationären Altenhilfe liegen meist keine Diagnosen bezüglich einer Suchterkrankung vor, die Problematik wird erst durch die Verhaltensauffälligkeiten deutlich. Auch die Einrichtungen der Altenhilfe können nicht in die Häuslichkeit gehen, und wir haben keine Screening-Instrumente.
- Die Suchtprobleme werden von den Betroffenen, aber auch von den Angehörigen nach wie vor häufig bagatellisiert.
- Die stationäre Einrichtung ist für die Bewohner(innen) deren Häuslichkeit; wie weit muss die Einrichtung akzeptieren und aushalten, was sich negativ auf die Einrichtung und auf andere Bewohner(innen) auswirkt oder auswirken kann?

2. Welchen Unterstützungsbedarf sehen wir?

- Wenn die älteren und alten Suchtkranken aus dem System der Suchthilfe fallen, kommen sie häufig in die Gerontopsychiatrie und werden dort häufig mit dementen Personen gleichgesetzt.
→ Ärzte/Ärztinnen und Fachkliniken müsste mehr Sensibilität und mehr Wissen erreicht werden, damit ältere und alte Suchtkranke nicht mehr abgeschoben werden.
- Dort, wo sich ältere und alte Menschen aufhalten, müsste mehr Mut gegeben sein, schwierige Sachverhalte offen und motivierend anzusprechen, z.B. die Auswirkungen durch Alkoholkonsum. Hier hätten die Ärzte eine wichtige Aufgabe (Was nehme ich wahr?).
- Das Personal in den Einrichtungen der Altenhilfe bräuchte mehr Hilfestellungen:
→ Wie gehen wir mit Suchtproblemen in der Einrichtung um (nicht nur im Einzelfall, sondern grundsätzlich)?
→ Gibt es hierfür ein Konzept in der Einrichtung
→ Welche guten Lösungen können für alle Beteiligten gefunden werden?
- Über die Einzelfallhilfe hinaus ist die strukturelle Verankerung des Themas wichtig, z.B. in den Ausbildungscurricula der Altenpflegesschulen. Ein Versuch der Suchtberatungsstelle, hier in eine Kooperation zu kommen, war nicht erfolgreich, da der Bedarf für eine Ergänzung der Curricula nicht gesehen wurde.
- Personen aus der Wohnungslosenhilfe, die in die Einrichtungen der Altenhilfe kommen, sind meist jünger, aber aufgrund des langen Konsums oft krank und pflege- bedürftig.
→ Spannungen zwischen den verschiedenen Bewohnergruppen; hier müssten andere Lösungen gefunden werden (Betreutes Wohnen, eigene Abteilung in der stationären Einrichtung).

- Die Suchtberatungsstelle ist mit den „anderen“ Ratsuchenden bereits ausgelastet. Es müssten mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, um ältere und alte Menschen systematischer in den verschiedenen Settings anzusprechen und u.a. mit den Einrichtungen der Altenhilfe zusammenzuarbeiten.
→ Mehr Projektmittel, mehr Zeit notwendig!
- Das Konzept für die Einrichtungen der Altenhilfe müsste auch eine ethische Dimension berücksichtigen: wann sollen die Suchtprobleme angesprochen werden und wann nicht? Wann besteht Handlungsbedarf?
- Notwendig ist auch die Klärung rechtlicher Fragen:
 - Darf ich in einer stationären Einrichtung überhaupt „wegschauen“ (Selbst- und Fremdgefährdung?)
 - Dürfen wir Alkohol wegnehmen?
 - Dürfen wir im Auftrag der Angehörigen/Betreuer handeln, die sich wünschen, dass wir den alten Menschen quasi „trockenlegen“?

3. Was kann gemeinsam von Altenhilfe und Suchthilfe geleistet werden?

- Beratung für Mitarbeiter(innen) in Einrichtungen der Altenhilfe
- „Neutralität der Suchthilfe“ im Konfliktfall, wenn in der Einrichtung der Altenhilfe viele Interessen aufeinandertreffen
- Schulung / Qualifizierung für beide Arbeitsfelder
- Auch die Suchthilfe weiß wenig über die Altenhilfe, daher ggfs. gemeinsame Schulungen und Qualifizierung
- Beide Arbeitsfelder müssen für die notwendigen Ressourcen in der Altenhilfe und in der Suchthilfe eintreten. Sonst besteht die Gefahr, dass nur punktuelle und kurzfristige Kooperationen entstehen. Eine nachhaltige Perspektive muss möglich sein!
- Gute sachliche Information aus der Suchthilfe zu den Problemen des Suchtmittelkonsums im Alter
→ Frühere Erreichbarkeit über die Zusammenarbeit mit Altentreffs prüfen
- Information über mögliche Handlungskonzepte, die je nach Setting unterschiedlich sein müssen (angepasst an die Bedingungen des jeweiligen Settings)
- Mehr Möglichkeiten des fachlichen Austauschs schaffen.

4. Konkrete Vorschläge zur weiteren Bearbeitung

- Zeitliche Ressourcen für die Zusammenarbeit schaffen
- Gemeinsame Maßnahmen planen
- Gegenseitige Qualifizierung planen, Differenzierung zwischen Orts- und diözesaner Ebene beachten
- Im DCV soll ein gemeinsames Positionspapier zum Thema Sucht und Alter entwickelt werden
- Im DCV soll ein gemeinsames Konzept entwickelt werden für Schulungen in Einrichtungen der Altenhilfe

Aber: keine Anordnung, sondern Angebot!

- Fernziel müsste sein, „Experten-Standards für Sucht im Alter“ zu entwickeln“, die mit GKV und vdek verhandelt werden
- Vertreter(innen) der Alten- und der Suchthilfe sollen ermuntert werden, das Thema jeweils in die eigenen Gremien einzubringen
- Für das Thema auf der Orts- und DiCV-Ebene gemeinsam/fachbereichsübergreifend (Altenhilfe/Suchthilfe) eintreten
- Auf DiCV-Ebene soll geklärt werden, ob entsprechende Projekte initiiert werden können.
- Die Problematik geht über die Arbeitsfelder Altenhilfe und Suchthilfe weit hinaus: der DCV soll prüfen,
 - ob und wie weitere relevante Akteure (z.B. Ärzteschaft) einbezogen werden können
 - welche politischen Zugänge für die Vermittlung des Themas genutzt werden können.
 - Verbündete suchen!

Arbeitsgruppe 2: Medikamente – wo liegen Licht- und Schattenseiten?

Moderation

Monika Gerhardinger, Fachambulanz für Suchtprobleme Regensburg
Roswitha M. Straßer, Referentin für stationäre Altenhilfe, DiCV Regensburg

Zusammenfassung der Ergebnisse

Claudia Brinner, Referentin Referat Alter, Pflege, Behinderung, DCV Freiburg

Leitfragen zur Diskussion

1. Welche Herausforderungen erleben Sie in Ihrem Arbeitsalltag in Bezug auf das Thema Medikamente?
2. Welchen Unterstützungsbedarf sehen Sie im Umgang mit diesen Herausforderungen?
3. Wie können Altenhilfe und Suchthilfe einen guten Umgang mit diesen Herausforderungen unterstützen?
4. Welche Vorschläge für die konkrete gemeinsame Weiterarbeit an der Thematik haben Sie?

Ergebnisse

1. Herausforderungen/Erfahrungen

Die Teilnehmenden berichten von folgenden Herausforderungen, die sie insbesondere im Hinblick auf die Vielzahl gleichzeitig verordneter Medikamente (Polypharmazie) in ihrem Arbeitsalltag erleben:

- Ärzte sind mit der Vielzahl der Patienten überfordert, z.B. werden Schmerzmittel ohne klare Indikation scheinbar unreflektiert über einen längeren Zeitraum verordnet.
- Häufig verordnen mehrere Ärzte ohne voneinander zu wissen; Hausarzt und Facharzt kommunizieren häufig nicht miteinander. Nur bei Vorliegen einer Überweisung durch den Hausarzt erhält dieser in der Regel einen Bericht des Facharztes.

- Abhängigkeit von Medikamenten betrifft mehr Frauen (ca. 2/3) als Männer (ca. 1/3).
- Medikamentenabhängige nehmen die Suchtselbsthilfe (z.B. Kreuzbund) kaum in Anspruch und treten auch selten in der Suchtberatung in Erscheinung. Wenn, dann eher nach stationärer Entgiftung oder durch ärztliche Überweisung, was ohnedies sehr selten vorkommt.
- Medikamentenabhängigkeit wird nicht als Sucht im klassischen Sinn empfunden, weil der Arzt sie verordnet hat und damit wird es schon seine Richtigkeit haben. Hinzu kommt, dass Medikamente gebraucht werden, um den Alltag bewältigen zu können.
- Die Abhängigkeitsgefährdung und Potenzierung ist vielen nicht bewusst, denn die ärztliche Verordnung gibt Sicherheit. Die Einnahme nach Bedarf kann eine Eigendynamik entwickeln und zum Teil dazu führen, dass die Dosis unkontrolliert gesteigert wird.
- Fehlendes Problembewusstsein führt dazu, dass Betroffene schwer zu erreichen sind und es schwierig ist, sie zu einer Änderung ihrer Medikamenteneinnahme zu motivieren. Aber auch bei vorhandener Einsicht in die Abhängigkeitsgefährdung ist die Motivation oft gering, denn die Furcht, dass die Symptome zurückkommen, ist groß. Der Entzug ist heftiger und dauert länger als bei Alkohol. Reha wird kaum in Anspruch genommen.
- Nadelöhr ist die ärztliche Beratung, durch die ein Bewusstsein und Verständnis für die Problematik geschaffen werden könnte.
- Insbesondere im stationären Bereich stellen strukturelle Gegebenheiten bzw. unflexible Rahmenbedingungen wie feste Schlafenszeiten, fehlende Angebote am Abend zur Unterhaltung oder eine unzureichende Personalbesetzung eine zusätzliche Herausforderung dar.

2. Bedarfe

Im Umgang mit den genannten Herausforderungen wird folgender Unterstützungsbedarf gesehen:

- Zur Sensibilisierung für das Thema sollte im Rahmen bereits bestehender Prophylaxen eine Suchtprophylaxe etabliert und zum Standard entwickelt werden. Als Ansatzpunkte dafür werden genannt:
 - regelmäßige Überprüfung der Medikation;
 - Screening: Erhebung des status quo, ausführliche Anamnese, Vor- und Begleiterkrankungen, Laborparameter;
 - alternative Verfahren zum Umgang mit Schmerzen, z.B. Entspannungsverfahren, Genusstraining erlernen;
 - Bestandsaufnahme in anderen Bereichen durchführen, z.B. Lebensthemen, Lebensumstände, Lebenszufriedenheit ermitteln;
 - Ressourcen, z.B. Angehörige sind mit im Boot und wissen um die Gefährdung; Mix zwischen Selbsthilfe und Profis
 - In Kontakt gehen und Kontakt halten, z.B. die Suchtprophylaxe mit anderen Prophylaxen "mitlaufen" lassen;
 - Personal sensibilisieren und befähigen, die Prophylaxe in den Blick zu nehmen;
- Finanzierung von Projekten, Nachhaltigkeit sichern.
- Gendersensibilität fördern.

3. Lösungen

Für einen guten Umgang mit den Herausforderungen werden nachfolgende Lösungsansätze genannt:

- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Ärzten: Weiterleitung des Facharztberichtes an den Hausarzt auch ohne Überweisung möglich, sofern der/die Patient/in damit einverstanden ist.
- Gesundheitskarte (kommt eventuell): Mehrfachverordnungen, Arztberichte könnten auf diese Weise transparenter werden; ein kritischer Punkt bei der Speicherung personenbezogener Gesundheitsdaten ist jedoch die Gewährleistung des Datenschutzes.
- Die Mitarbeit des Patienten ist wichtig. Eine Umstellung der Medikamente klappt nur, wenn der Patient damit einverstanden ist. Eine Einflussnahme ist im stationären Bereich ggf. leichter. Berichtet wird, dass die Pflege (z.B. Lagerung, Ernährung) durch Medikamentenreduktion einfacher geworden sei.
- Alternativen suchen und erarbeiten. Dazu sind viele Ideen gefragt, z.B. die alternative Behandlung von Schlafstörungen, Veränderung des Umfelds. Alternative Maßnahmen sind jedoch ambivalent zu bewerten, denn allein reichen sie ggf. im Hinblick auf mögliche Entzugserscheinungen nicht aus, um die Lebensqualität zu verbessern.
- Strukturelle Umstellungen und Anpassung der Rahmenbedingungen erfordern ein Umdenken und sind Managementaufgaben; z.B. in der Altenhilfe die „Politik“ im Haus ändern (vgl. Ziffer 1: Erfahrungen mit unflexiblen Rahmenbedingungen) und alternative Ideen entwickeln. Mit den Ärzten stärker zusammenarbeiten.
- Suchtprophylaxe (vgl. Ausführungen unter Ziffer 2, Bedarfe)
- Bundeseinheitlicher Medikationsplan: ab 1.6.2016 gesetzliche Vorgabe¹. Versicherte haben Anspruch auf einen Medikationsplan mit Informationen zur Einnahme, Indikation und Wirkung der Medikamente. Die Selbstmedikation sollte mit erfasst und der Plan auf freiwilliger Basis bei jedem Arztbesuch vorgelegt werden. Voraussetzung ist, dass der Patient eigenverantwortlich handelt.
- Verantwortungsvolle Verordnung: wichtig ist die ärztliche Aufklärung der Patienten. Die 4 K-Regeln² der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen sollten als Aushang in den Praxen hängen.
- „Gesundheitsmanager“ in Arztpraxen einstellen; diese entlasten Ärzte und übernehmen die Beratung und Begleitung von Patienten; sie haben in der Regel einen besseren Überblick über spezifische Hilfsangebote vor Ort.

4. Weiterarbeit

Für die gemeinsame Weiterarbeit an der Thematik werden folgende Vorschläge gemacht:

- Grundsätzliche Anregung: den Suchtbegriff rausnehmen und eher einen gesundheitsbewussten Umgang mit Medikamenten zum Thema machen.
- Caritas sollte sich in der Fort- und Weiterbildung engagieren und gemeinsam mit der Altenhilfe, Suchthilfe und Selbsthilfe vor Ort regionale Angebote entwickeln.
- DCV: an Ärzte wenden. Vernetzung von Medizin - Altenhilfe - Suchtberatung und Selbsthilfe auf oberer Ebene thematisieren und am Thema dranbleiben. Arbeitskreise initiieren.
- Zusammenarbeit mit Ärzten. Gespräch mit kassenärztlicher Vereinigung, Schnittstelle zwischen Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus. Unterstützung bei der Informations- und Aufklärungsarbeit; z.B. will die KV ein Infoblatt des Kreuzbundes in ihren Verteiler aufnehmen. Der Projektflyer der Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme Regensburg wurde durch die KV verbreitet.

¹ Nähere Informationen zum Bundeseinheitlichen Medikationsplan: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/05/02/apotheker-und-arzte-sind-sich-einig>

² Die 4 K's stehen für: Klare Indikation, Korrekte Dosierung, Kurze Anwendung, kein abruptes Absetzen

- Zeit und Raum finden für ambulante und stationäre Einrichtungen. Strukturell verbinden und vernetzen, z.B. sollte es in jeder Einrichtung eine/n Ansprechpartner/in für Suchtfragen geben.
- Verhandlung mit Krankenkassen: Kostenübernahme von alternativen Leistungen, z.B. Krankengymnastik, Massagen....
- Expertenstandard Sucht: angeregt wird, einen eigenen Standard zu entwickeln, der als fester Bestandteil in bestehende Standards einbezogen wird. Sucht ist als Erkrankung anerkannt (vgl. Ausführungen unter Ziffer 2, Bedarfe).
- Aufnahme in die Pflegeaus- und Weiterbildung; regelmäßiger persönlicher Kontakt zur Suchtberatung / Selbsthilfe, z.B. für Ansprechpartner für Suchtfragen.
- Praktika ermöglichen in einer Suchtberatungsstelle und umgekehrt für Mitarbeiter der Suchthilfe in einer Altenhilfeeinrichtung.
- Im Rahmen der Quartiersarbeit/Sozialraumarbeit aufsuchende Hilfen (z.B. Sozialarbeit, Suchtselbsthilfe) und Beratung anbieten; nicht in der Komm-Struktur verharren.
- Angehörigenarbeit und Vernetzung mit Betreuern / Bevollmächtigten.

Arbeitsgruppe 3: Illegale Drogen – welcher Hilfebedarf besteht?

Moderation

Joachim Messer, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Frankfurt; Franko Gammara, Ambulanter Pflegedienst der Caritas Frankfurt am Main Süd

Zusammenfassung der Ergebnisse

Dr. Daniela Ruf, Referentin Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht, DCV Freiburg

Leitfragen zur Diskussion

1. Welche Herausforderungen erleben Sie in Ihrem Arbeitsalltag in Bezug auf die Versorgung von Konsument(inn)en illegaler Drogen?
2. Welchen Unterstützungsbedarf sehen Sie im Umgang mit diesen Herausforderungen?
3. Wie können Altenhilfe und Suchthilfe einen guten Umgang mit diesen Herausforderungen unterstützen?
4. Welche Vorschläge für die konkrete gemeinsame Weiterarbeit an der Thematik haben Sie?

Ergebnisse

1. Zielgruppe

- Die Lebenserwartung von Drogenabhängigen ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen.
- Allerdings bleibt der jahrzehntelange Suchtmittelkonsum nicht folgenlos, viele Konsument(inn)en von illegalen Drogen altern sehr viel früher, eine Voralterung von etwa 20 Jahren lässt sich feststellen.

- Im Zuge dieses Alterungsprozesses tritt auch Pflegebedürftigkeit früher auf, in einigen Fällen bereits mit 45 Jahren.
- Es handelt sich um „early onset“/chronisch suchtkranke Patient(inn)en mit einer Abhängigkeitsdauer von über 20 Jahren.
- Meist sind es Substituierte, da diese älter werden als nicht substituierte Patient(inn)en.
- Es geht v.a. um Opiatabhängige mit einem polyvalenten Drogenkonsum, Amphetamine spielen in dieser Gruppe kaum eine Rolle.

2. Fragen

- Was passiert mit chronisch Mehrfachabhängigen bei Pflegebedarf: Integration in Regelangebote oder Spezialeinrichtungen?
- Es gibt wenig Spezialeinrichtungen: Wo sind diese Menschen? Psychiatrie?

3. Herausforderungen

- Es braucht eine Vielfalt an Angeboten: Wo möglich, sollte eine Einbindung in vorhandene Strukturen erfolgen, das hat allerdings Grenzen; es gibt bisher wenig Erfahrungen mit Integration in Regelversorgung.
- Ein Altenheim bräuchte Kooperationspartner(innen) in der Suchthilfe zur Unterstützung. Für sie kommt ausschließlich eine stabil substituierte Klientel ohne Beigebrauch in Frage, damit es funktionieren kann. Das Personal benötigt Schulung und müsste es sich zutrauen.
- Substituierte wollen solange es eben geht in ihrer eigenen Wohnung bleiben und nehmen eher ambulante Angebote in Anspruch. Auch in diesen Fällen sollte eine kontinuierliche Zusammenarbeit Pflege/Suchthilfe etabliert werden.
- Es gibt leider immer noch Berührungsängste der Mitarbeiter(innen) im Pflegebereich, z.B. Angst vor HIV, da es in ihrer Ausbildung oft kein Thema ist.
- Es braucht ambulante Pflegedienste, die sich auf eine Kooperation einlassen, sie müssen aber auch wissen, worauf sie sich einlassen, Probleme dürfen nicht verharmlost werden.
- Pflege hat andere gesetzliche Vorgaben als z.B. Betreutes Wohnen. Die Form der Finanzierung (keine Abrechnung nach Stunden) muss zwingend für eine erfolgreiche Kooperation beachtet werden; Pflegedienst muss kostendeckend arbeiten.
- Es braucht für ältere meist auch mobilitätseingeschränkten Suchtkranke barrierefreie Einrichtungen und für die Pflegeverrichtungen geeignete sanitäre Einrichtungen sowie ggf. Krankbetten.

4. Lösungen

- Kooperationspartner in der Region müssen aktiv gesucht werden, sonst bleibt jeder mit dem Problem alleine.
- Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Pflege ist kein Selbstläufer, die unterschiedlichen Denkmuster „Fürsorge“ versus „Suchttherapie“ müssen für jeden konkreten Fall in gemeinsames Handeln umgesetzt werden. Fazit: Die Zusammenarbeit muss hergestellt und gepflegt werden.

- Es braucht gegenseitige Fortbildung.
- Unterschiedliche Herangehensweise an den Menschen/unterschiedliche Vorgehensweisen müssen thematisiert werden: Ethische Fallbesprechungen können dazu beitragen, suchttherapeutische und pflegerische Haltungen in Einklang zu bringen; es braucht Entscheidungen, die beide mittragen können.
- Möglichkeiten und Grenzen müssen ausgelotet werden: Was kann Pflege/ Sozialarbeit leisten, was kann sie nicht leisten?
- Gemeinsame Fallbesprechungen sollten in regelmäßigen Abständen stattfinden.
- Die Struktur der Zusammenarbeit muss geklärt werden, z.B. über eine Kooperationsvereinbarung: Es muss genau festgelegt werden, wer wann was macht; dies ist einmal zu klären, aber weiterhin kontinuierlich personenzentriert anzupassen; Grenzen müssen erkannt und akzeptiert werden.
- Eine gute Kooperation ist für beide Seiten entlastend.
- Gemeinsame Standards, die refinanziert sind, sollten implementiert werden.
- Weitere Kooperationspartner sollten eingebunden werden (z.B. med. System, Betroffenenvertretungen, ...).
- Das Thema muss in Gremien eingebracht werden, es darf nicht bei einmaligen Veranstaltungen bleiben.

5. Weiterarbeit

- Informationstransfer sollte gefördert werden: Good practice, z.B. bestehende Kooperationsvereinbarungen, sollten zur Adaption vor Ort verfügbar gemacht werden.
- Austausch sollte ermöglicht werden.
- Finanzierung sollte im Rahmen bestehender Möglichkeiten, SGB XII und SGB V, ausgelotet werden; Möglichkeiten zu Modellfinanzierungen sollten geprüft werden.
- Fortbildungsangebote für beide Seiten sollten geschaffen werden: Bestehenden Angebote sollten quantitativ und qualitativ weiterentwickelt werden.
- Thema Sucht sollte in die Ausbildung für Pflegekräfte integriert werden, Thema Pflege in die Ausbildung von Sozialarbeiter(inne)n.