

Antrag

der Fraktion der CDU

und

Stellungnahme

**des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren**

Sucht im Alter

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,

I. zu berichten,

1. wie viel Prozent der über 65-jährigen Menschen in Baden-Württemberg ein süchtiges Verhalten aufweisen;
2. welche Süchte (substanztgebundene und nichtsubstanztgebundene) dies schwerpunktmäßig betrifft;
3. ob in diesem Suchtverhalten Unterschiede nach Lebenssituationen (Leben zu Hause oder im Heim, mit oder ohne Partner etc.) festzustellen sind;
4. ob dabei quantitative oder qualitative Unterschiede nach Geschlechtern bestehen;
5. wie sich die Suchtbiografie älterer Menschen statistisch darstellt, d. h. in welchen Zeiträumen bei älteren Menschen süchtiges Verhalten beginnt bzw. ob es bereits in jüngeren Jahren begonnen hat;
6. mit welchen speziellen Maßnahmen in Baden-Württemberg gegenwärtig diesem Thema begegnet wird und welche zukünftigen Maßnahmen sie im Bereich der Prävention und Therapie von Sucht im Alter plant;
7. inwiefern sie die Erkenntnisse der Studie von Dr. M. B. für den Bereich Karlsruhe im Auftrag der Baden-Württemberg Stiftung rezipiert und für die landesweite Arbeit nutzbar macht;

8. welche Projekte zur Erforschung dieses Themas aktuell bestehen bzw. für die Zukunft geplant sind;
9. wie bereits heute bzw. in Zukunft Pflegekräfte für diese Problematik speziell sensibilisiert werden;
10. wie sich in Baden-Württemberg konkret die Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Altenhilfe zum Thema Sucht im Alter gestaltet und wie sie dies unterstützt;

II.

verstärkt den Fokus auf das Thema Sucht im Alter zu lenken und ein entsprechendes Konzept zur Therapie und Prävention von Sucht im Alter vorzulegen.

06.08.2013

Hauk, Dr. Engeser
und Fraktion

Begründung

Sucht im Alter ist ein Thema, das bis vor Kurzem kaum Aufmerksamkeit gefunden hat. Sucht wurde stets mit jungen Menschen in Verbindung gebracht. Doch auch ältere und alte Menschen sind suchtgefährdet. Diese Gefährdung gestaltet sich allerdings häufig anders als die der jüngeren Menschen und wird oft stärker verborgen. Deshalb ist die Sensibilisierung aller Beteiligten von großer Bedeutung. Insbesondere im Bereich der Pflege, aber auch in allen anderen Bereichen, die mit der Gesundheit und der Lebenswelt älterer Menschen in Verbindung stehen, muss ein Bewusstsein für die Problematik der Sucht im Alter geschaffen werden. Denn Sucht im Alter hat nicht zuletzt auch Auswirkungen auf die Gesundheitskosten. Vor allem aber geht es hierbei um die Lebensqualität älterer Menschen und ihre Fähigkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Ziel dieses Antrags ist es deshalb, zum einen die Zahlen und Fakten zur Sucht im Alter, zum anderen die Strategie der Landesregierung zu diesem Thema in Erfahrung zu bringen bzw. die Landesregierung zur Ausarbeitung einer solchen aufzufordern.

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 23. September 2013 Nr. 0141.5/15/15/3922 nimmt das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zum dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen,*

I. zu berichten,

1. wie viel Prozent der über 65-jährigen Menschen in Baden-Württemberg ein süchtiges Verhalten aufweisen;

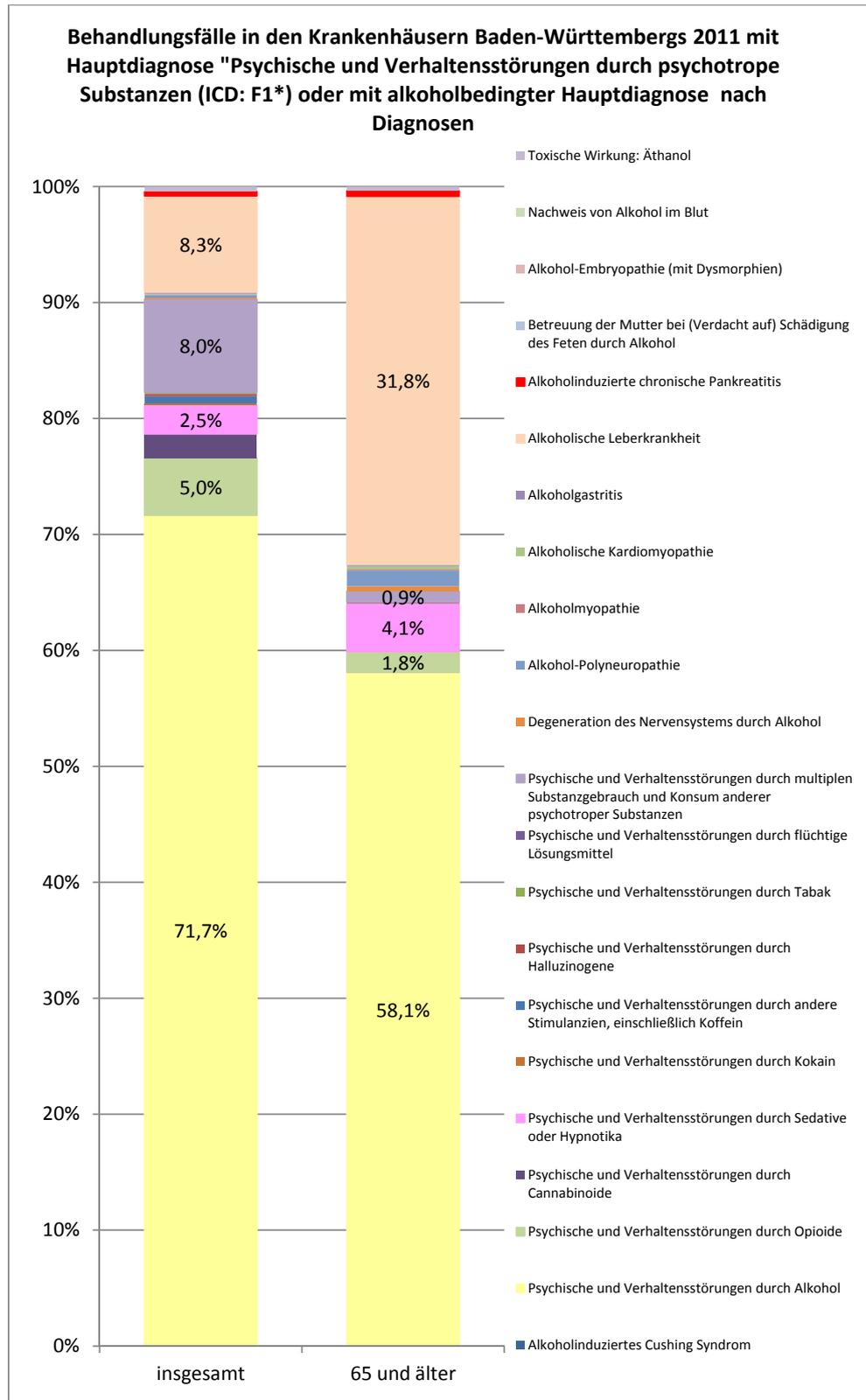
Es gibt keine auf das Land Baden-Württemberg bezogene Erhebung, aus der ablesbar wäre, wie viel Prozent der über 65-Jährigen ein süchtiges Verhalten aufweisen (Prävalenz). Annäherungen an eine Antwort zu Problemprävalenzen lassen sich im Allgemeinen finden, wenn man entweder Daten über suchtasoziierte Problemlagen und Fehlverhalten auswertet oder aber die Inanspruchnahme von Hilfestrukturen erfasst.

Im Statistischen Landesamt Baden-Württemberg liegen Daten zu den Krankenhauspatienten in Baden-Württemberg nach ausgewählten Diagnosen vor. Ausgewertet wurden Daten von vollstationären Behandlungsfällen und Stundenfällen, die mit der Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-Code: F1*) oder mit einer alkoholbedingten Hauptdiagnose (gemäß Definition vom DIMDI¹) in einem Krankenhaus in Baden-Württemberg behandelt wurden (substanzgebundene Sucht). Die aktuellsten Daten beziehen sich auf das Berichtsjahr 2011. Die Stundenfälle wurden bewusst miteinbezogen, da vor allem im Bereich der Sucht einige Patienten bereits am selben Tag wieder entlassen werden, und daher eine reine Auswertung der vollstationär behandelten Krankenhauspatienten zu kurz greifen würde. Daten zu nichtsubstanzgebundener Sucht liegen nicht vor.

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

¹ DIMDI-Definition von alkoholbedingten Krankenhausfällen (ICD-Code in Klammer):

- Alkoholinduziertes Cushing Syndrom (E244)
- Störungen durch Alkohol (F10*)
- Degeneration des Nervensystems durch Alkohol (G31.2)
- Alkohol-Polyneuropathie (G62.1)
- Alkoholmyopathie (G72.1)
- Alkoholische Kardiomyopathie (I42.6)
- Alkoholgastritis (K29.2)
- Alkoholische Leberkrankheit (K70*)
- Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis (K86.0)
- Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Feten durch Alkohol (O35.4)
- Alkohol-Embryopathie (mit Dismorphien) (Q86.0)
- Nachweis von Alkohol im Blut (R78.0)
- Toxische Wirkung: Äthanol (T51.0)



Bezogen auf die Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren in Baden-Württemberg mussten im Jahr 2011 0,24% dieser Personen wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder wegen einer alkoholbedingten Diagnose in einem Krankenhaus behandelt werden (das entspricht 5.019 Behandlungsfällen). Umgerechnet auf die entsprechende Bevölkerung bedeutet das, dass sich 240 je 100.000 65-Jährige und Ältere einer solchen Behandlung im Krankenhaus unterziehen mussten. Im Jahr 2003 waren es noch 0,19% (d. h. 3.454 Fälle) bzw. 192 je 100.000 65-Jährige und Ältere.

Im Jahr 2011 waren insgesamt 19,5% der Bevölkerung in Baden-Württemberg 65 Jahre alt oder älter. Von den insgesamt 2.132.053 Krankenhausbehandlungsfällen waren 41,9% 65 Jahre alt oder älter (das entspricht 893.979 Fällen). 9,3% aller Krankenhauspatienten, die wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder wegen einer alkoholbedingten Diagnose behandelt wurden, waren 65 Jahre alt oder älter. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung mussten nur 0,56% der 65-jährigen und älteren Krankenhauspatienten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder aufgrund einer alkoholbedingten Diagnose behandelt werden. Ältere Menschen ab 65 Jahren sind daher im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung deutlich unterdurchschnittlich im Zusammenhang mit einer substanzbezogenen Suchterkrankung in stationärer Behandlung, und dies, obwohl diese Altersgruppe mit über 40% erwartungsgemäß einen großen Anteil aller stationären Behandlungsfälle insgesamt stellt.

Aus den Zahlen der Landessuchtstatistik der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ergibt sich, dass im Jahr 2012 von 29.529 Zugängen in die Suchtberatung mit einer eigenen Problematik 719 Zugänge Menschen betrifft, die bei Betreuungsbeginn 65 Jahre oder älter waren. Es wird daher deutlich, dass ältere Menschen nur 2,5% der Zugangszahlen in den Suchtberatungsstellen ausmachen.

Ungeachtet dieser geringen Zahlen bei der stationären Behandlung und in der Suchtberatung ist davon auszugehen, dass deutlich mehr ältere Menschen ein süchtiges Verhalten aufweisen, von denen jedoch nur ein geringer Teil überhaupt wahrgenommen wird.

Zum einen fällt in dieser Altersgruppe die soziale Wahrnehmung von Suchtverhalten am Arbeitsplatz weg. Außerdem wird geselliger Suchtmittelkonsum bei alten Menschen überwiegend mit positiver Lebensqualität assoziiert unter dem Aspekt der sozialen Teilhabe. Im familiären Kontext wird Alkoholmissbrauch stärker als bei jüngeren Menschen tabuisiert, weil Veränderungen der Lebenssituation wie Vereinsamung auch für die Angehörigen häufig stärker angstbesetzt sind.

In vielen Fällen fehlt auch qualifiziertes Wissen um die möglichen Wirkungen eines Alkoholmissbrauchs bei alten Menschen, welcher bis zu dementiellen Störungen führen kann. Häufig werden selbst ernsthafte gesundheitliche Störungen daher eher als altersbedingte Beschwerden denn als alkoholinduzierte Störungen wahrgenommen. Auch für den gerade bei alten Menschen feststellbaren Bereich der Medikamentenabhängigkeit besteht häufig bei den behandelnden Ärzten, sonstigem medizinischen und pflegerischen Personal sowie den Betroffenen und Angehörigen noch kein ausreichendes Problembewusstsein, sodass häufig nicht erkannt wird, welche Beschwerden ggf. durch die (Selbst-)Medikamentierung ausgelöst werden.

Doch selbst wenn die Suchtproblematik erkannt wird, finden Ältere mitunter nur schwer den Weg in das Hilfesystem. Die Suchthilfe ist für viele von ihnen keine „vertraute“ Anlaufadresse. Die Suchtberatung wird bestenfalls bei Alkoholproblemen als kompetent eingeschätzt, aber in aller Regel kaum bei einer problematischen Medikamentennutzung oder gar bei Fragen zu einem altersgerechten Lebensstil und Konsumverhalten. Die abstinenzorientierten Behandlungskonzepte der Suchthilfe sind für alte Menschen nur bedingt von Relevanz, da der Anteil abhängiger Menschen in dieser Altersgruppe deutlich geringer zu sein scheint als bei jüngeren Menschen. Bei alten Menschen geht es stärker um Risikokompetenz und um verantwortlichen Genuss in einer von Beeinträchtigungen und Ängsten geprägten Lebenssituation. Gerade beim Medikamentenmissbrauch ist das Konzept einer reinen Abstinenz in aller Regel nicht sinnvoll umzusetzen – hier ist spezialisierte ärztliche Fachkompetenz erforderlich.

2. welche Süchte (substanzgebundene und nichtsubstanzgebundene) dies schwerpunktmäßig betrifft;

Bei fast sechs von zehn Behandlungsfällen von 65-jährigen und älteren Patienten, die im Jahr 2011 aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder aufgrund einer alkoholbedingten Diagnose in einem Krankenhaus in Baden-Württemberg behandelt werden mussten, war ein übermäßiger Alkoholkonsum der Grund (58,1 %, ICD-Code: F10*). Nahezu ein Drittel aller 65-Jährigen und Älteren, die eine alkoholbedingte Diagnose erhalten haben oder aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen behandelt werden musste, mussten aufgrund einer alkoholischen Leberkrankheit, die sich erst nach mehrjährigem und intensivem Alkoholkonsum einstellt, behandelt werden (31,8 %, ICD-Code: K70*). Die 65-Jährigen und Älteren mussten sich damit prozentual gesehen viermal so häufig einer Krankenhausbehandlung wegen einer alkoholischen Leberkrankheit unterziehen wie Patienten aller Altersklassen (8,3 %).

Im Vergleich zu 2003 hat sich der Anteil der 65-jährigen und älteren Patienten mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ oder mit einer alkoholbedingten Diagnose, die aufgrund von Störungen durch übermäßigem Alkoholkonsum behandelt werden mussten, um 4,1 Prozentpunkte reduziert. Der Anteil, der aufgrund einer alkoholischen Leberkrankheit behandelt werden musste, hat sich seit 2003 hingegen deutlich um 6,5 Prozentpunkte erhöht.

Angaben zur nichtsubstanzgebundenen Sucht liegen aus der amtlichen Statistik nicht vor.

Auch aus der Landessuchtstatistik der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen gibt es Hinweise darauf, mit welchen Problemen sich ältere Menschen an die Suchtberatung wenden. Zu beachten ist, dass hier Mehrfachnennungen der Diagnosen möglich sind, sodass die Summe der Einzeldiagnosen die Gesamtzahl der Beratungsfälle übersteigt.

Einzeldiagnose	Altersstufen	
	65 +	
F10 Alkohol	609	
F11 Opiode		
	Heroin	1
	Methadon	0
	Buprenorphin	0
	andere opiathaltige Mittel	5
F12 Cannabinoide	2	
F13 Sedativa/ Hypnotika		
	Barbiturate	3
	Benzodiazepine	17
	andere Seditiva/Hyponotika	8
F14 Kokain		
	Kokain	2
F15 Stimulanzien		
	Amphetamine	0
	andere Stimulantien	0
F16 Halluzinogene		
	LSD	0
	Mescaline	0

Einzeldiagnose		Altersstufen
		65 +
F17 Tabak		126
Essstörungen (F50)	Anorexia nervosa	23
	Bulimia nervosa	2
	Essattacken bei and. psych. Störungen	1
	andere nicht näher bezeichnete Störung	0
Missbrauch von Substanzen ohne Abh.potenzial (F55)	Antidepressiva	4
	Laxantia	1
	Analegetika	2
Pathologisches Spielen (F63)	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	21
	Kleines Spiel der Spielbank	1
	Großes Spiel der Spielbank	2
	Wetten	1
	Andere	2
Gesamt		719

Der Schwerpunkt liegt hier mit 609 Fällen bei alkoholassoziierten Problemlagen (F10), gefolgt von Tabak (F17) mit 126 Fällen. Die stoffungebundenen Süchte wie Essstörungen und pathologisches Spielen werden in 53 Fällen diagnostiziert. Auffällig ist die geringe Nennung bei Sedativa/Hypnotika (F13). Dies macht deutlich, dass die Problematik der Medikamentenabhängigkeit bei älteren Menschen offenbar kaum in den Suchtberatungsstellen auftaucht. Andererseits gibt es in der Suchtstatistik aber auch Trends, die vermutlich schon in Kürze auch die Gruppe der über 65-Jährigen betreffen könnten: So hat sich in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen die Zahl der Menschen mit problematischem Cannabiskonsum innerhalb von 5 Jahren von 105 auf jetzt 215 mehr als verdoppelt.

3. ob in diesem Suchtverhalten Unterschiede nach Lebenssituationen (Leben zu Hause oder im Heim, mit oder ohne Partner etc.) festzustellen sind;

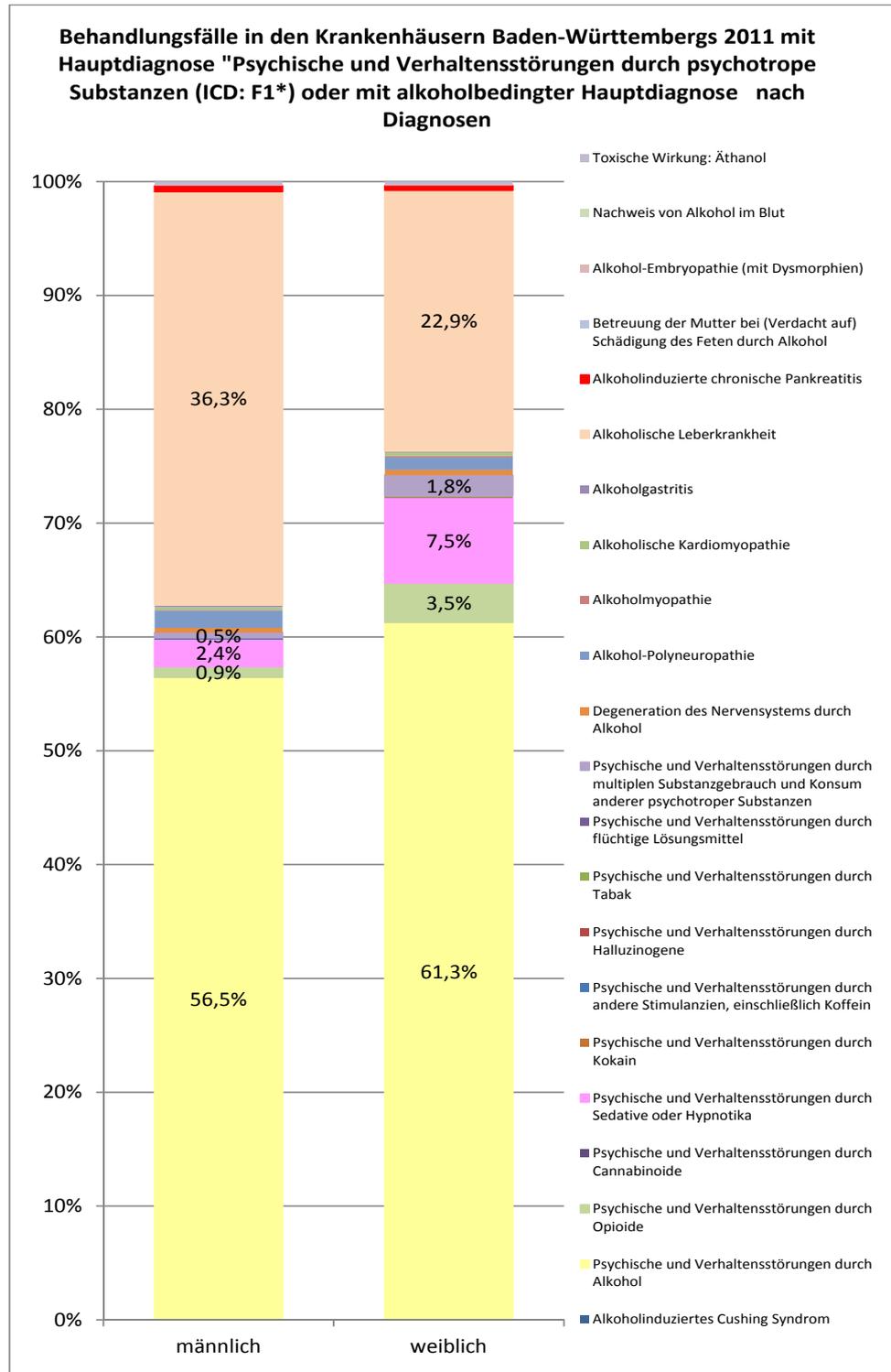
Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen gibt auf ihrer Homepage an, dass beim Eintritt in ein Alten- oder Pflegeheim bei 19,3 % der Männer und bei 3,8 % der Frauen eine Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmissbrauch vorliegen (www.unabhängig-im-alter.de, abgerufen am 5. September 2013).

Es ist davon auszugehen, dass die protektiven Faktoren und die Risikofaktoren bezüglich Sucht im Alter im Wesentlichen vergleichbar sind mit denen bezüglich Sucht allgemein, sodass ein stabiles soziales Umfeld eher vor einer Suchterkrankung schützt. Allerdings sind ältere Menschen gegenüber den sozialen Wirkungen einer Suchterkrankung oft empfindlicher als jüngere: Schuld- und Schamgefühle führen eher zu einem sozialen Rückzug, der wiederum zu erhöhtem Suchtmittelkonsum führt.

Im Rahmen der Studie „Die Versorgung älterer Suchtkranker im Stadt- und Landkreis Karlsruhe“ von Dr. Martin Beutel aus dem Jahr 2011 wurden repräsentative Daten für den Stadt- und Landkreis Karlsruhe erhoben. Demnach steht in Alten- und Pflegeheimen die Medikamentenabhängigkeit im Vordergrund. Personal der Altenpflege sieht zu 82 % „häufig“ oder „sehr häufig“ Suchtprobleme im Zusammenhang mit Schmerzmitteln, zu 77 % bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Alkohol und Medikamente spielen als Suchtmittel eine Rolle, soweit die Patienten zu Hause leben. Hausärzte sehen am häufigsten Schlaf- und Beruhigungsmittel als Suchtproblem, am zweithäufigsten Nikotin, dicht gefolgt von Alkohol.

4. ob dabei quantitative oder qualitative Unterschiede nach Geschlechtern bestehen;

Es können Angaben zu den männlichen und weiblichen Krankenhausbehandlungsfällen, die aufgrund einer Hauptdiagnose aus der Diagnosehauptgruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ oder aufgrund einer alkoholbedingten Diagnose behandelt wurden, gemacht werden.



Im Jahr 2011 waren 65,9 % aller 65-jährigen und älteren Patienten, die aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder aufgrund einer alkoholbedingten Diagnose in einem Krankenhaus in Baden-Württemberg behandelt werden mussten, männlichen Geschlechts. Bezogen auf alle Altersgruppen waren 71,8 % der Patienten, die aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotropische Substanzen behandelt werden mussten, Männer. Bei 56,5 % der männlichen 65-Jährigen und Älteren, die wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung oder einer alkoholbedingten Diagnose in einem Krankenhaus in Baden-Württemberg im Jahr 2011 behandelt werden mussten, waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol der Grund (ICD-Code: F10*). Bei den Frauen lag der Anteil mit 61,3 % um 4,8 Prozentpunkte höher. Am zweithäufigsten wurde die Diagnose „Alkoholische Leberkrankheit“ (ICD-Code: K70*) gestellt: Hiervon waren 36,3 % der über 64-jährigen Männer und 22,9 % der über 64-jährigen Frauen, die wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung oder einer alkoholbedingten Diagnose in einem Krankenhaus behandelt werden mussten, betroffen. 65-jährige und ältere Frauen hingegen müssen prozentual gesehen deutlich häufiger als Männer in dieser Altersgruppe aufgrund von übermäßigem Konsum von schlafauslösenden oder beruhigenden Medikamenten behandelt werden (7,5 % vs. 2,4 %, ICD-Code: F13*).

Im Vergleich zu den Patienten jeden Alters liegt der Anteil bei den männlichen wie auch bei den weiblichen 65-jährigen und älteren Patienten mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ oder einer alkoholbedingten Diagnose, die aufgrund einer alkoholischen Leberkrankheit behandelt werden mussten, viermal- bzw. dreimal so hoch (männlich: 36,3 % vs. 8,3 %; weiblich: 22,9 % vs. 8,5 %, ICD-Code: K70*), aufgrund von schlafauslösenden oder beruhigenden Medikamenten jeweils fast doppelt so hoch (männlich: 2,4 % vs. 1,5 %; weiblich: 7,5 % vs. 4,9 %, ICD-Code: F13*). Bei den wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen oder wegen einer alkoholbedingten Erkrankung behandelten Patienten mussten im Jahr 2011 prozentual gesehen weniger ältere Männer und Frauen wegen übermäßigem Alkoholkonsums behandelt werden als Männer und Frauen über alle Altersgruppen hinweg (männlich: 56,5 % vs. 71,5 %; weiblich: 61,3 % vs. 72,0 %, ICD-Code: F10*). Außerdem „missbrauchen“ ältere Patienten deutlich seltener mehrere psychotrope Substanzen (männlich: 0,5 % vs. 8,4 %; weiblich: 1,8 % vs. 7,1 %, ICD-Code: F19*).

5. wie sich die Suchtbiografie älterer Menschen statistisch darstellt, d. h. in welchen Zeiträumen bei älteren Menschen süchtiges Verhalten beginnt bzw. ob es bereits in jüngeren Jahren zugenommen hat;

Das höhere Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl neuer Situationen, auf die sich der Einzelne einstellen muss. Zu leisten sind beispielsweise die Anpassung an den Ruhestand und somit in der Regel auch an ein vermindertes Einkommen, eine Neugestaltung des Tagesablaufes, ein Zurechtkommen mit dem Nachlassen der Kräfte und der Gesundheit sowie Trauerarbeit beim Tod von Ehe- oder Lebenspartner/in bzw. Lebensgefährtin/Lebensgefährten, Verwandten und Freunden; Fähigkeiten und Kompetenzen ändern sich.

Mitunter werden Trinkgewohnheiten mitgebracht, durch die geänderte Tagesstruktur ändert sich jedoch oft der Konsum bzw. die Konsummenge. Alkohol und Medikamente werden im Alter, bedingt durch den verlangsamten Stoffwechsel, den erhöhten Körperfettanteil und den geringeren Anteil an Wasser im älteren Organismus langsamer abgebaut. Geringere Mengen Alkohol führen also schon zur Trunkenheit, was eine Toleranzentwicklung vermindert. Werden die aus jüngeren Jahren gewohnten Dosen beibehalten, kann durch die körperliche Veränderung schleichend eine Sucht entstehen.

Besonders ältere Frauen sind gefährdet, durch die Risikofaktoren „Verlust des Ehegatten/Lebensgefährten“ und „Einsamkeit“ in eine Abhängigkeit zu geraten. Ungünstige Lebensereignisse gehen bei 81 % der Menschen, die in späterem Alter eine Abhängigkeit entwickeln, der Suchterkrankung voraus (Schnoz, Domenic et al. 2006, Alter und Sucht – Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich).

Es gibt auch ältere Suchtkranke, die bereits in jungen Jahren eine Abhängigkeits-erkrankung entwickelt haben. Bei dieser Gruppe ist die Lebenserwartung geringer, oftmals wird kein hohes Alter erreicht. So wird davon ausgegangen, dass sog. „early-onset-Abhängige“ selten älter als 65 Jahre werden (Zeman, Peter 2009, Sucht im Alter, Informationsdienst Altersfragen, Heft 3, 2009, S. 10 bis 14. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin). Allerdings verbessert sich die medizinische Betreuung beispielsweise in der Substitution stetig, sodass dies eine Steigerung des Anteils bei älteren Bevölkerungsgruppen zur Folge haben kann.

Zur Suchtbiografie älterer Menschen lassen sich aus der Landessuchtstatistik der ambulanten Suchtthilfeeinrichtungen nur bedingt Hinweise ziehen. Unter der Annahme, dass ein dokumentierter Störungsbeginn in den Altersstufen ab 60 Jahren logischerweise nur Menschen betreffen kann, die schon in diesen Altersstufen sind, wird deutlich, dass nur bei einem sehr kleinen Teil dieser Betroffenen die Störung erst in der Altersstufe ab 60 Jahren beginnt: Bei Menschen mit Alkoholproblemen ist nur in 71 Fällen ein Störungsbeginn erst im Alter von 60 bis 64 Jahren und in 42 Fällen im Alter ab 65 Jahren zu verzeichnen. Das wären etwa 7 % bzw. 6 % der in diesen Altersgruppen dokumentierten Betreuungen. Bei Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen/Medikamenten ist der Störungsbeginn ganz überwiegend zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, nur vereinzelt auch zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr. In den Altersstufen ab dem 60. Lebensjahr sind in der Suchtstatistik gar keine Nennungen zu einem Störungsbeginn mehr vorhanden. Bei Menschen mit pathologischem Spielverhalten liegt dagegen in relativ mehr Fällen der Störungsbeginn im Alter von über 60 Jahren: In 11 % bzw. 18 % der Betreuungen war hier der Störungsbeginn in der Altersstufe zwischen 60 und 64 Jahren bzw. bei über 65 Jahren.

6. mit welchen speziellen Maßnahmen in Baden-Württemberg gegenwärtig diesem Thema begegnet wird und welche zukünftigen Maßnahmen sie im Bereich der Prävention und Therapie von Sucht im Alter plant;

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl älterer Menschen, die von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit betroffen sind, in den nächsten Jahren vermutlich stark zunehmen. Die damit einhergehenden Folgeerkrankungen betreffen demnach eine große Bevölkerungsgruppe und stellen ein ernst zu nehmendes individuelles, aber auch gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Problem dar.

Zumeist werden Abhängigkeiten von älteren Menschen im Verborgenen gelebt oder stillschweigend von den Angehörigen hingenommen. Zwei vorherrschende Grundhaltungen sind prägend für eine relative Tatenlosigkeit hinsichtlich einer Prävention: Zum einen besteht sowohl im professionellen Umfeld wie auch bei Angehörigen eine große Scheu, über abhängiges Verhalten mit den Betroffenen zu sprechen, und zum anderen hält sich beharrlich die Fehleinschätzung, dass Veränderungen von Lebensgewohnheiten im Alter nicht möglich seien.

Eine wirksame Prävention muss also zum einen das unmittelbare Umfeld des älteren Menschen vom Angehörigen bis zum professionellen Hilfeleister in die Lage versetzen, ein abhängiges Verhalten zu erkennen und hierauf in einem komplexen Hilfesystem adäquat zu reagieren. Zum anderen ist es auch entscheidend, ältere Menschen selbst gezielt über die Problematik aufzuklären und sie vor allem davon zu überzeugen, dass ein abhängigkeitsfreies Leben auch im Alter möglich und erstrebenswert ist.

Um der Suchtprävention in Baden-Württemberg zu mehr Durchschlagskraft zu verhelfen, hat das Sozialministerium im Jahr 2010 die „Arbeitsgruppe Suchtprävention“ eingesetzt. In ihr wirken sämtliche Körperschaften, Verbände und Ressorts mit, die mit der Wahrnehmung von Aufgaben in der Suchtprävention beauftragt sind. Sie hat die Aufgabe, Empfehlungen für die Suchtprävention in Baden-Württemberg zu verabschieden, die dann als fundierte Grundlage für suchtpolitische Entscheidungen dienen. Durch den Einsatz dieser Arbeitsgruppe soll auch ein breiter gesellschaftlicher Konsens hinsichtlich künftiger Maßnahmen hergestellt werden, weil nur dadurch eine tragfähige Umsetzung vor Ort möglich ist. Im Jahr 2010 wurde in der AG Suchtprävention das „Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg“ entwickelt, in dem insbesondere auch für Entscheidungsträger im kommunalen Bereich die Ursachen der Entwick-

lung von Abhängigkeitserkrankungen sowie sinnvolle Präventionsmaßnahmen in konzentrierter Form zusammengestellt sind. Ergänzend hierzu hat die AG Suchtprävention Ende 2011 Empfehlungen zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg beschlossen. Diese erläutern wichtige Strukturvorgaben, die für die Wirksamkeit der Prävention von Alkoholmissbrauch entscheidend sind.

Aktueller Schwerpunkt dieser AG Suchtprävention ist das Thema „Sucht im Alter“. So wird die nächste Sitzung der AG, die am 14. Oktober 2013 stattfindet, sich mit bestehenden Projekten und Forschungsergebnissen auseinandersetzen und ein weiteres Vorgehen beschließen.

Die Baden-Württemberg Stiftung führt seit 2010 das landesweite Programm „Sucht im Alter“ durch. Im Rahmen des Programms wurden elf Modellprojekte zur Erprobung unterschiedlicher Präventionsansätze ausgewählt. Neben der Aufklärung der Öffentlichkeit über das Thema ist es auch ein Anliegen des Programms, an der Schnittstelle von Alten- und Suchthilfe zu arbeiten, so z. B. durch Qualifizierungsmaßnahmen der im jeweiligen Hilfesystem Beschäftigten. Zum Teil wurden von den einzelnen Projektträgern nutzbare Materialien erstellt, die zum Download auf der Internetseite der Baden-Württemberg Stiftung eingestellt sind. Das Programm wird von Professor Karl Mann vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Die Ergebnisse werden bis Ende 2013 erwartet und sollen dann im Rahmen einer Abschlussveranstaltung der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Bei einigen Projekten zeigt sich bereits jetzt, dass sie über den Förderzeitraum hinaus Bestand haben, wie z. B. das Gesprächscafé 55+ Villingen Schwenningen, eine strukturell verankerte Lehrveranstaltung im Ausbildungsprogramm der Altenpflegeschule im Schwarzwald-Baar-Kreis, oder das Netzwerk „Sucht im Alter“ im Landkreis Karlsruhe – um nur einige zu nennen. Außerdem plant die Baden-Württemberg Stiftung bereits jetzt ein Programm „Sucht im Alter 2“, zu dem auf Grundlage der Ergebnisse und Empfehlungen aus dem laufenden Programm ein Konzept entwickelt werden soll.

Auch die kommunalen Suchtbeauftragten in den Stadt- und Landkreisen befassen sich bereits seit vielen Jahren mit der Thematik Sucht im Alter und befördern eine schnittstellenübergreifende Arbeit in den jeweiligen kommunalen Suchthilfenetzwerken. Bereits in den 1990er-Jahren hatte das Sozialministerium im Rahmen der „Initiative zur Suchtprophylaxe“ als eines von vier Schwerpunktthemen „Sucht im Alter“ identifiziert und die Erarbeitung von Materialien insbesondere zur Schulung von Pflegekräften in Auftrag gegeben. Zu dem Thema wurde ein landesweites Symposium durchgeführt.

Diese Entwicklung setzt sich bis heute stetig fort. So wurden in zahlreichen Kreisen im Rahmen des aktuellen Projekts der Baden-Württemberg Stiftung Strukturen auf- bzw. ausgebaut, die sich mit dieser Fragestellung vertieft auseinandersetzen. Insbesondere ambulante Dienste konnten für eine Mitarbeit gewonnen werden. Beispielhaft verwiesen werden kann hier auf den Ostalbkreis, wo „Sucht im Alter“ seit vielen Jahren einen Schwerpunkt in der Suchthilfe darstellt und Maßnahmen regelmäßig zwischen den Psychosozialen Beratungsstellen sowie der Altenhilfefachberatung und dem Suchtbeauftragten des Kreises koordiniert werden.

Die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe sind derzeit ganz überwiegend organisiert als Informations- und Beratungsstellen in einer „Kommstruktur“, für deren Funktionieren die unterschiedlichsten Varianten sozialer Problemwahrnehmung wichtig sind. Bei älteren Menschen nach dem Berufsleben tritt eine strukturierte soziale Problemwahrnehmung aber in aller Regel erst wieder dann ein, wenn ambulante oder stationäre pflegerische Leistungen erforderlich werden. Es ist daher eine versorgungspolitische Herausforderung, wie den Risiken wachsender Suchtprobleme alter Menschen außerhalb der Altenhilfe begegnet werden soll. Wichtige Bausteine hierbei könnten die Stärkung ambulanter und eben auch aufsuchender psychosozialer Hilfen ebenso wie eine entsprechende Qualifizierung medizinischer Versorgungsstrukturen sein. In jedem Fall wird es notwendig werden, neue Behandlungs- und Interventionskonzepte für ältere Menschen zu entwickeln, die deren Lebenssituation und Risikoperspektive gerecht werden. Solche Behandlungskonzepte sollten zudem auch verstärkt auf ambulante Behandlungsangebote setzen, um so die Integration von neuen Verhaltensweisen in den normalen Lebensalltag stärker zu gewährleisten.

Auch die Landesstelle für Suchtfragen hat das Thema „Sucht im Alter“ in der Öffentlichkeitsarbeit und durch gezielte Multiplikatoren-Schulungen fortwährend thematisiert. 2006 fand ein Presse-Expertengespräch statt. 2007 und 2009 wurde jeweils ein Multiplikatoren-Seminar durchgeführt. 2009 war dies begleitet mit einem Video-Projekt, wo betroffene ältere Menschen zu Wort kommen. Seither kann dieser Filmbeitrag bei der Landesstelle von den Fachstellen, Selbsthilfegruppen oder anderen Institutionen zur Bearbeitung des Themas oder für Veranstaltungen ausgeliehen werden. Aktuell wird von der Landesstelle in diesem Jahr anlässlich des Tags des älteren Menschen am 1. Oktober erneut ein Presse-Expertengespräch zum Thema „Suchtgefahren im Alter“ am 30. September 2013 durchgeführt.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) BW e. V. beschäftigt sich seit langem mit dem Thema Alkohol. Am 16. November 2013 erfolgt hierzu unter finanzieller Förderung des Sozialministeriums Baden-Württemberg im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Ernährung im Alter“ eine Fortbildungsveranstaltung für Multiplikatoren primär aus dem ambulanten Bereich, wie z. B. engagierte Bürgerinnen und Bürger, Organisatoren von Seniorentreffen auf kommunaler und kirchlicher Ebene, Seniorenräte und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste.

7. inwiefern sie die Erkenntnisse der Studie von Dr. M. B. für den Bereich Karlsruhe im Auftrag der Baden-Württemberg Stiftung rezipiert und für die landesweite Arbeit nutzbar macht;

Die genannte Studie von Dr. Martin Beutel trägt den Titel „Die Versorgung älterer Suchtkranker im Stadt- und Landkreis Karlsruhe“ und wurde im Rahmen des bereits dargestellten Förderprogramms der Baden-Württemberg Stiftung „Sucht im Alter“ durch das Diakonische Werk Baden in Auftrag gegeben. Sie liefert Erkenntnisse über die Versorgungssituation älterer Menschen mit Suchtproblemen in Karlsruhe. Die Studie ist über das Diakonische Werk Baden erhältlich. Im Frühjahr 2011 wurden alle Einrichtungen der Altenhilfe und der Suchthilfe im Stadt- und Landkreis Karlsruhe sowie die hausärztlich tätigen Ärzte in der Stadt Karlsruhe per Fragebogen befragt. Von den 249 Einrichtungen der Altenhilfe (Pfleheim, Tagespflege, Pflegedienst, betreutes Wohnen) antworteten 23 %. Von 11 Einrichtungen der Suchthilfe antworteten alle, von 116 Hausärzten 27 %.

In der Praxis der Altenpflege spielen Suchterkrankungen eine erhebliche Rolle. Die meisten Pflegenden werden „häufig“ oder „sehr häufig“ mit Suchtproblemen konfrontiert. Dabei hat in der stationären Altenhilfe die Medikamentenabhängigkeit die größte Bedeutung. Alkohol und Nikotin spielen als Suchtproblem nur dort eine wesentliche Rolle, wo Menschen in ihrer gewohnten Umgebung oder in der Tagespflege betreut werden. Suchterkrankungen beeinträchtigen nach den Beobachtungen des Personals in der Altenpflege die Lebensqualität und die Selbstständigkeit der Betroffenen erheblich. Der Betreuungsaufwand steigt, durch psychische Veränderungen (Unruhe, Depression, Aggression) wird die Betreuung schwieriger. Nur 15 % der in der Altenhilfe Tätigen meinen, sie könnten mit Suchtproblemen gut umgehen. Die meisten wollen sich mit den Suchtproblemen ihrer Betreuten auseinandersetzen, es fällt ihnen jedoch schwer, ein Suchtverhalten anzusprechen. Fast 40 % geben an, die Sucht auch dann nicht anzusprechen, wenn es klare Hinweise gibt. Am häufigsten wendet sich das Personal der Altenhilfe bei Suchtproblemen an den Hausarzt (80 %), am zweithäufigsten sprechen sie Angehörige an (70 %), eine direkte Vermittlung an die Suchtberatung erfolgt selten.

Hausärzte sprechen bei Suchtproblemen am ehesten mit den Betroffenen, am zweithäufigsten mit den Angehörigen. Über ein Drittel der Hausärzte vermitteln nie an eine Suchtberatung und leiten nie eine Therapie für die Suchterkrankung ein. Fast 20 % der Hausärzte sind der Ansicht, dass eine Therapie im Alter nicht mehr hilft. Die Mitarbeitenden der Suchthilfe halten Sucht im Alter für ein wichtiges Thema. Dennoch kommen gerade in den Beratungsstellen ältere Menschen noch selten an.

Die Studie hat vor allem gezeigt, dass die Hilfesysteme Altenpflege und Hausärzte auf der einen Seite und Suchthilfe auf der anderen Seite weitgehend getrennt voneinander bestehen. Obwohl in der Region Karlsruhe alle Angebote moderner Alten- und Suchtkrankenhilfe vorgehalten werden, ist die Zusammenarbeit bisher noch gering.

Die Ergebnisse dieser Studie sowie die der anderen Modellprojekte werden derzeit von der Baden-Württemberg Stiftung zusammengestellt und von Prof. Mann vom ZI Mannheim wissenschaftlich ausgewertet. Sie sollen im Rahmen der Abschlussveranstaltung anschließend der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Herr Dr. Beutel wird die Ergebnisse seiner Studie außerdem in der nächsten Sitzung der AG Suchtprävention beim Sozialministerium Baden-Württemberg am 14. Oktober 2013 vorstellen. In der Sitzung soll das weitere Vorgehen zum Themenschwerpunkt „Sucht im Alter“ interdisziplinär diskutiert werden. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf der Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Hilfesysteme wie Altenhilfe und Suchthilfe und auch den betreuenden Hausärzten liegen, denen eine Schlüsselrolle zukommt. Außerdem gilt es, aufsuchende Angebote zu stärken, weil es älteren Menschen oft nicht leicht fällt, selbst in die Beratungsstelle zu gehen. Deutlich muss auch werden, dass im höheren Alter nicht in jedem Fall die Abstinenz das primäre Ziel der Maßnahmen ist, sondern die Erhöhung der Lebensqualität, was durchaus auch Methoden wie „Kontrolliertes Trinken“ umschließen kann.

8. welche Projekte zur Erforschung dieses Themas aktuell bestehen bzw. für die Zukunft geplant sind;

Zukünftige Maßnahmen sollten auf einer fundierten Auswertung der zahlreichen Projektergebnisse sowohl im Förderprogramm der Baden-Württemberg Stiftung als auch der auf Bundesebene von 2010 bis 2012 durchgeführten 8 Modellprojekte erfolgen.

Besonderes Augenmerk legt das Sozialministerium Baden-Württemberg hierbei auf das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte ABDA-Projekt „Ambulanter Entzug von Benzodiazepinen in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ unter der Leitung von Herrn Dr. Ernst Pallenbach, das nach 3,5-jähriger Laufzeit vor Kurzem abgeschlossen wurde. Dabei ging es um niedrigschwellige Hilfe für zahlreiche, überwiegend alte Menschen, die langfristig Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, davon abhängig geworden sind und – meist unwissentlich – unter schwerwiegenden Nebenwirkungen und damit verbundenen Einbußen ihrer Lebensqualität leiden. Benzodiazepine und die sog. „Z-Substanzen“ (Zopiclon, Zolpidem) werden entgegen den Therapieempfehlungen häufig über lange Zeiträume regelmäßig eingenommen und führen bei vielen Menschen zu Abhängigkeit. Bundesweit geht man von etwa 1,2 Millionen Benzodiazepin-Abhängigen aus.

Mit dem Modellprojekt wurde eine bislang kaum praktizierte, niedrigschwellige Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker erprobt. Der Arzt steuert die Behandlung, der Apotheker berät den Arzt und den Patienten in Absprache mit dem Arzt und begleitet somit die ärztliche Therapie durch wiederholte, motivierende Beratungsgespräche mit dem Patienten. Die Evaluation des Modellprojektes erfolgte durch das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg.

Die Mehrzahl der eingeschlossenen Patienten war deutlich über 70 Jahre alt, die älteste Patientin sogar 96 Jahre alt. Der Frauenanteil bei Arzneimittelabhängigkeit liegt bei etwa 70 Prozent. Rund drei Viertel der eingeschlossenen Patienten konnten ihr Präparat erfolgreich absetzen oder ihre Dosis signifikant reduzieren. Neben der Lebensqualität der betroffenen Patienten wird damit die Arzneimitteltherapie-Sicherheit verbessert. Zudem sind durch Reduktion von Folgekosten (Verringerung von Sturzgefahr und Frakturen) mittelfristig Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem zu erwarten.

Das Sozialministerium Baden-Württemberg steht in Kontakt zu dem verantwortlichen Projektleiter Dr. Ernst Pallenbach, um die Möglichkeiten für eine Weiterentwicklung dieser Ansätze zur Vorbeugung und Reduzierung der Medikamentenabhängigkeit im Alter auszuloten.

9. wie bereits heute bzw. in Zukunft Pflegekräfte für diese Problematik speziell sensibilisiert werden;

Bei Menschen, die in Heimen leben und eine Suchtproblematik entwickeln oder auch mitbringen – teils bekanntermaßen, teils versteckt – ist es Aufgabe einer guten fachlichen Begleitung des Fachpersonals, die Signale wahrzunehmen: Indizien wie Alkoholgeruch zu unterschiedlichen Zeiten oder leere Flaschen, verwachsene Sprache, unkontrollierte Motorik, Stürze, ungepflegtes Aussehen, mangelnde Mitwirkung, Isolierungsstrategien und vieles andere mehr können Hinweis für eine Suchtproblematik sein. Vereinzelt, spezielle Heimangebote richten sich an Personen mit einer bekannten Suchtproblematik und entwickeln Konzeptionen, die für diese Klientel in besonderem Maß geeignet sind.

Wichtigste Vorbeugung zur Erkennung konkreter Risikopotenziale ist eine gute fachliche Ausbildung und Weiterbildung des Pflegepersonals, die auf die regelhaften, aber auch untypischen Lebenssituationen von Menschen im Alter oder mit Behinderungen, die in Heimen leben, vorbereiten; hierzu gehört eben auch Suchtverhalten, das sich aus der Biografie ergeben könnte oder aktuell entwickelt. Personelle Mindestanforderungen zur erforderlichen Fachlichkeit regelt die Heim-PersV (Bund) zur Eignung der Beschäftigten oder Ausschlussgründe. In § 8 ist darüber hinaus die Pflicht des Heims geregelt, Heimleitung und Beschäftigten Gelegenheit zur Teilnahme an berufsbegleitender Fort- und Weiterbildung und Nachqualifikation zu geben.

Im Rahmen der heimaufsichtsrechtlichen regelhaften und anlassbezogenen Überprüfung von Heimen kann u. U. bei verschiedenen Themenbereichen ein solches Risiko indiziell mit erfasst werden; etwa bei der Abfrage zu Einzelbetreuung oder weiterer psychosozialer Betreuung, bei der Biografiearbeit und deren Auswertung, bei Fragen zur Orientierung des Bewohners (zur Person, zum Ort, zur Zeit und zur Situation und ob er seine Wünsche und Bedürfnisse äußern kann), zur Mobilität oder zu Haut- und Pflegezustand. Liegen nach Einschätzung der überprüfenden Pflegefachkraft bei der Pflegevisite der Heimaufsicht unerklärliche Defizite vor, kann eine Nachfrage zu den Ursachen auch helfen, Suchtverhalten aufzudecken, das vor Ort (noch) nicht gesehen wurde.

Bedingt dadurch, dass die Altenpflegeausbildung in Lernbereichen bzw. Lernfeldern unterrichtet wird, ist die Krankheitslehre kein eigenständiges Fach. Somit fließt die Sucht in der Altenpflege in den Lernbereich 1 „Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege“ als Lernfeld 1.3 „Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen“ im Psychiatrieteil mit ein. Im dritten Lehrjahr sind 20 Stunden dafür vorgesehen. Diese umfassen inhaltlich die Themen Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, Nootropika und Tranquilizer) sowie Abhängigkeit (Sucht, Epidemiologie, Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alkoholabhängigkeit im Alter, Medikamentenabhängigkeit im Alter, Umgang mit Abhängigkeit). Dieser Stundensatz wird teilweise auch überschritten, darf aber nicht unterschritten werden. Die Schülerinnen und Schüler sind somit im Grundsatz für dieses Thema sensibilisiert.

Im Hinblick auf die steigende Bedeutung des Themas bleibt zu prüfen, in welcher Form Sucht im Alter noch stärker als Pflichtbestandteil in die Ausbildungscurricula von Pflegekräften integriert werden kann. Den Ergebnissen der Studie von Dr. Martin Beutel folgend sollten hierbei insbesondere auch die Zusammenarbeit mit der Suchthilfe und die Gesprächsführungskompetenz der Pflegekräfte mit den Betroffenen und Angehörigen zum Thema Sucht gezielt gestärkt werden. Wichtiges Ziel hierbei ist es, der Tabuisierung des Themas bei allen Beteiligten entgegenzuwirken.

Hierbei gilt es auch, den vielfach von stationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe geäußerten Druck durch die Ökonomisierung des Pflegesektors zu begegnen, denn eine zielorientierte Auseinandersetzung mit suchtkranken älteren Menschen braucht Zeit.

10. wie sich in Baden-Württemberg konkret die Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Altenhilfe zum Thema Sucht im Alter gestaltet und wie sie dies unterstützt;

Zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Heimbewohnern führt die Landesregierung ein Modellprojekt durch. Neben dem Aufbau von Ärztenetzwerken von Haus- und Fachärzten und anderen Maßnahmen liegt ein besonderer Schwerpunkt dabei auf der Verbesserung von Kommunikation und Kooperation zwischen den Ärzten und dem Heimpersonal. Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen in Geriatrie und Gerontopsychiatrie wie auch Team- und Fallbesprechungen mit den behandelnden Ärzten zu allen medizinischen Problemen der Heimbewohner, also auch zu einer bestehenden Suchtproblematik werden durchgeführt. Hierdurch wird eine weitere Sensibilisierung wie auch eine Erhöhung der Handlungssicherheit auch der Pflegekräfte in den Pflegeeinrichtungen erwartet. Dies wird sich günstig auch auf die Versorgung dort lebender suchtkranker Menschen auswirken.

Auf Landesebene ist es erforderlich, das Thema in den spezifischen Gremien Sucht und Alter in einem strukturierten Dialog einzugrenzen und ggf. projekthaft zu bearbeiten und konzeptionell zu entwickeln anhand von demografischen, behandlungsspezifischen, leistungsrechtlichen, organisatorischen und finanzierungsrelevanten Fragen. Dies geschieht beispielsweise in der AG Suchtprävention, welche sich auch mit der Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Altenhilfe und den Hausärzten befassen wird.

Konzepte zur ambulanten und stationären Beratung und Behandlung liegen der Suchthilfe vor. Entwöhnungsbehandlungen älterer Menschen haben die gleichen Erfolgsaussichten wie bei Jüngeren und Menschen mittleren Alters. Zum Teil werden die Aussichten sogar positiver eingeschätzt. Damit diese Konzepte zum Einsatz kommen können, müssen Hindernisse wie die Erreichbarkeit der älteren Menschen und deren Angehörige und die Ressourcenfrage bewältigt werden. Zur Erreichbarkeit älterer Menschen sind nicht nur die versorgungsrelevanten Einrichtungen der Sucht- und Altenhilfe wichtig, sondern ebenso eine ausreichende und dauerhafte Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit, damit das schambehaftete Thema aus der Tabuzone herausgeholt werden kann.

II.

verstärkt den Fokus auf das Thema Sucht im Alter zu lenken und ein entsprechendes Konzept zur Therapie und Prävention von Sucht im Alter vorzulegen.

Die Landesregierung ist sich der Bedeutung des Themas „Sucht im Alter“ bewusst und berücksichtigt dies schon jetzt im Rahmen ihres Suchtpräventionskonzeptes. Es ist wichtig, dass alle suchtpreventiven Maßnahmen aufeinander und mit den verantwortlichen Akteuren abgestimmt werden. Deshalb hält es die Landesregierung für sinnvoll, zunächst in der AG Suchtprävention mit den Fachleuten und Partnern im Suchtbereich im offenen Dialog zu einem Konsens über weitere suchtpreventive Maßnahmen im Alter zu gelangen, um daraus konkrete Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

Die Erstellung therapeutischer Konzepte ist Aufgabe der wissenschaftlichen Fachverbände auf der Grundlage suchtherapeutischer Forschung, ihre Umsetzung Aufgabe der stationären und ambulanten Suchthilfe. Dort, wo die Landesregierung im Bereich der Suchthilfe planend oder koordinierend wirkt, ist sie natürlich schon jetzt und auch weiterhin bestrebt, die Erkenntnisse des fachlichen Diskurses zu berücksichtigen und darauf hinzuwirken, das Thema „Sucht im Alter“ angemessen zu berücksichtigen.

Altpeter

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren