

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim), Petra Crone, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/9605 –**

Sucht im Alter – Aufklärung fördern und Nationale Strategie mit Leben füllen

Vorbemerkung der Fragesteller

Die steigende Lebenserwartung der Deutschen geht erfreulicherweise auch mit mehr gesunden Jahren einher. Immer mehr Deutsche werden ein hohes Alter erreichen. Bereits in 20 Jahren werden rund 30 Prozent der Deutschen über 65 Jahre alt sein. Doch steigt mit der erhöhten Lebenserwartung auch die Prävalenz von „mitalternden“ Krankheiten, die bereits in früheren Lebensjahren bestanden haben sowie von Erkrankungen, die bislang eher mit früheren Lebensphasen in Verbindung gebracht werden. So werden suchtbedingte Krankheitsbilder immer häufiger auch bei älteren und hochaltrigen Menschen festgestellt. Schätzungsweise bis zu zwei Millionen Menschen über 60 Jahren weisen einen problematischen Gebrauch sogenannter psychoaktiver Medikamente auf, wobei hier vor allem Frauen betroffen sind. Bei älteren Männern ist unter anderem der Alkoholgebrauch besonders problematisch, 27 Prozent von ihnen weisen einen suchtgefährdenden Alkoholkonsum auf. Auch im höheren Erwachsenenalter ist die Abhängigkeit und der Missbrauch von Substanzen kein Problem von Randgruppen.

Von der Bundesregierung wurde angekündigt, dass die Sucht im Alter ein Schwerpunkt ihrer Drogen- und Suchtpolitik sein werde. Das ist zu begrüßen. Allerdings sind die in der von der Bundesregierung im Februar 2012 veröffentlichten Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik genannten Maßnahmen zur Sucht im Alter von geringer Zahl und wenig konkret. Zudem wird Sucht im Alter vorwiegend als Teil der Medikamentensucht verstanden. Dieses Verständnis der Problematik greift zu kurz. Sucht kennt keine Altersgrenzen und sollte deshalb einen wichtigen Platz in der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik einnehmen sowie als Querschnittsaufgabe moderner Drogen- und Suchtpolitik begriffen werden.

Vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft besteht Bedarf an einem Ausbau des Hilfs-, Informations- und Beratungsangebots für suchterkrankte ältere Menschen sowie an dem Aufbau von Strukturen, welche effektiv der Sucht im Alter entgegenwirken.

Die Kleine Anfrage dient dazu, über neue Erkenntnisse in diesem Bereich zu informieren und die konkreten Schritte der Bundesregierung zur Verbesserung der Situation süchtiger älterer Menschen in Erfahrung zu bringen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Suchterkrankung kann Menschen jeden Alters treffen. Aufgrund der demographischen Entwicklung hat die Bundesregierung bereits 2008 vorausschauend begonnen, dem Thema Sucht im Alter verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen. Mit einer Sonderauswertung des Bundesgesundheits surveys von 1998 (BGS98) zu Prävalenz, Spektrum und Determinanten des Gebrauchs von Psychopharmaka und Alkohol im Alter wurden zunächst grundlegende Informationen zur Verbreitung von schädlichem Substanzkonsum gewonnen.

Die Analysen zeigten, dass Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch in höheren Altersgruppen seltener ist. Der Gebrauch von Psychopharmaka nimmt hingegen zu. Dies deckt sich mit internationalen Studien. Der insgesamt geringere Anteil Alkoholabhängiger bei den höheren Altersgruppen wird im Wesentlichen auf drei Ursachen zurückgeführt: Wegen der deutlich erhöhten Mortalitätsrate von Alkoholikerinnen und Alkoholikern erreichen weniger Personen ein Alter von 65 Jahren. Personen mit hohem Alkoholkonsum sehen sich häufig veranlasst, ihren Konsum wegen einer verminderten Alkoholtoleranz im Alter zu reduzieren. Schließlich zwingen gesundheitliche Einschränkungen ältere Personen oftmals zum vermehrten Alkoholverzicht oder zur Alkoholreduktion. Dennoch ist zu erwarten, dass allein aufgrund der demographischen Entwicklung die Zahl älterer Menschen mit Alkoholkrankungen zunehmen wird. Die Gründe hierfür liegen zum einen in der wachsenden Zahl älterer Menschen und zum anderen im erheblich gestiegenen Alkoholkonsum der Nachkriegsgenerationen.

Zusätzlich wurde eine repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gefördert. Sie zeigte einen zunehmenden Bedarf an Informationen und Handlungskonzepten der Pflegekräfte im Umgang mit riskant oder abhängig konsumierenden Klientinnen und Klienten auf.

Damit Suchtberatung, Suchthilfe und Altenhilfe sich frühzeitig auf die langfristigen Entwicklungen einstellen, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits im November 2008 ein Fachgespräch durchgeführt und basierend auf den Ergebnissen 2009 einen Förderschwerpunkt zu „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ ausgeschrieben. 2010 wurde mit der Förderung von acht Modellprojekten begonnen (siehe Antwort zu Frage 10).

In der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, die die übergreifende Ausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik für die nächsten Jahre beschreibt, wird das Thema folgerichtig wieder aufgegriffen. Anders als in der Vorbemerkung impliziert, werden die Ziele und Maßnahmen zur Prävention, Beratung und Behandlung von Sucht im Alter in der Nationalen Strategie nicht auf Medikamentenmissbrauch beschränkt. Vielmehr sind sie auf ältere Menschen mit allen Suchterkrankungen ausgerichtet. Daher wurde Sucht im Alter wie andere Querschnittsthemen in der Nationalen Strategie im Abschnitt C I gesondert dargestellt.

1. Welche finanziellen Mittel stellt die Bundesregierung für die Prävention von Sucht im Alter in diesem Jahr zur Verfügung, und welche Mittel sind in den kommenden Jahren geplant?

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt für die gesamte Erwachsenenbevölkerung Maßnahmen zur Prävention von riskantem und schädlichem Alkoholmissbrauch und zur Prävention von Tabakkonsum durch. Die Maßnahmen richten sich auch an ältere Personen. 2012 sind zur Förderung des Nichtrauchens bei Erwachsenen (rauchfrei-Kampagne: www.rauchfrei-info.de) Mittel in Höhe von 800 000 Euro und zur Förderung eines kritischen

Umgangs Erwachsener mit Alkohol (Kenn dein Limit-Kampagne: www.kenn-dein-limit.de) Mittel in Höhe von 885 000 Euro vorgesehen. Die Verteilung der Mittel auf die unterschiedlichen Maßnahmen zur Suchtprävention der BZgA in 2013 und in den Folgejahren ist noch nicht entschieden.

Darüber hinaus stellt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), die vom BMG institutionell gefördert wird, spezifische Aufklärungs- und Informationsmaterialien zum Suchtmittelkonsum für ältere Personen zur Verfügung. Umfassend zu Sucht im Alter informiert zudem die spezielle Internetseite der DHS www.unabhaengig-im-alter.de. Im Jahr 2012 wird über die bestehenden Broschüren hinaus die DHS eine neue Broschüre „Unabhängig im Alter – Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege“ auflegen. Die Bundesregierung plant außerdem, 2013 eine DHS-Fachtagung zum Thema Sucht im Alter zu fördern (siehe auch Antwort zu Frage 3).

2. Welche Kooperationen plant das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit anderen Bundesministerien sowie den Ländern für welche kommenden Projekte zur Prävention von Sucht im Alter in welchem Zeitrahmen?

Alle Maßnahmen des BMG werden mit den jeweils betroffenen Ressorts abgestimmt. Zum Austausch und zur Vernetzung suchtpreventiver Maßnahmen zwischen Bund und Ländern tagt mindestens einmal jährlich der Nationale Drogen- und Suchtrat sowie zweimal jährlich der BZgA-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention. Konkrete gemeinsame Projekte zu Sucht im Alter plant das BMG derzeit nicht.

Das BMG ist als Gast in der AG Suchthilfe der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) vertreten. Dort wurde das Thema Sucht im Alter auf der letzten Sitzung diskutiert und die Aktivitäten der Bundesregierung vorgestellt. Darüber hinaus greifen verschiedene Länder das Thema der Prävention von Sucht im Alter eigenständig auf.

3. Mit welchen Maßnahmen in welchem Zeitrahmen will die Bundesregierung ihre Informationen über die Ausprägung von Sucht im Alter ausbauen?

2013 wird die DHS eine Fachtagung zu Sucht im Alter durchführen. Damit wird die Fachöffentlichkeit über das Thema detailliert informiert.

Die breite Öffentlichkeit wird über die Internetseite der DHS (www.unabhaengig-im-alter.de) informiert. Diese ist gut etabliert und frequentiert. Zudem hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, in zahlreichen Presseinterviews auf die Problematik hingewiesen, so dass das Thema Sucht im Alter in Presse und Rundfunk derzeit häufig aufgegriffen wird.

4. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Ausprägung der Sucht im Alter?
 - a) Welche Suchtstoffe sind bei älteren Drogenabhängigen in den jeweiligen Altersgruppen relevant?

In den Altersgruppen der 50- bis 59- bzw. 60- bis 64-Jährigen finden sich im vom BMG geförderten Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) positive Antworten zum Konsum für Cannabis, Opiate und Kokain. Dies deckt sich mit den Meldungen der Suchtberatungsstellen im Rahmen der Suchthilfestatistik (www.suchthilfestatistik.de).

- b) Wie haben sich nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Zahl und der Anteil der Medikamentenabhängigen an den über 60-Jährigen in Deutschland in den letzten zehn Jahren entwickelt (untergliedert nach Geschlecht)?

Der Bundesregierung liegen keine gesicherten Erkenntnisse über die Anzahl und den Anteil der Medikamentenabhängigen an den über 60-Jährigen in Deutschland im Verlauf der letzten zehn Jahre vor. Es gibt Hinweise darauf, dass sich die Entwicklungen für unterschiedliche Stoffgruppen unterscheiden. Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass die Prävalenzen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe höher liegen als in der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung.

Auf der Basis der vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten und in diesem Jahr abgeschlossenen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) wird es nach der entsprechenden Datenauswertung möglich sein, den Konsum von Medikamenten mit Suchtpotenzial in der Altersgruppe der über 60- bis 79-Jährigen mit den Konsumdaten aus dem Bundesgesundheitsurvey (BGS98) zu vergleichen.

- c) Wie haben sich nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Zahl und der Anteil der Alkoholsüchtigen an den über 60-Jährigen in Deutschland in den letzten zehn Jahren entwickelt (untergliedert nach Geschlecht)?

Die vom Gesundheitsmonitoring des RKI seit 2007 regelmäßig durchgeführte Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) zeigt, dass im Alter von 60 bis 69 Jahren die Prävalenz von mindestens riskantem Alkoholkonsum bei den Frauen bei ca. 3 Prozent und bei den Männern bei ca. 4 Prozent liegt und ab dem Alter von 70 Jahren dann um 0,5 Prozent bis 1 Prozent sinkt. Diese Zahlen sind in den letzten Jahren stabil geblieben. Für die jüngere Gruppe der 60- bis 64-Jährigen wurde im ESA 2006 eine Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit von 5,4 Prozent der Männer und 0,8 Prozent der Frauen (12-Monatsprävalenz) ermittelt.

Gesicherte Erkenntnisse über die Anzahl und den Anteil der Alkoholabhängigen an den über 60-Jährigen in Deutschland im zeitlichen Verlauf von zehn Jahren liegen der Bundesregierung nicht vor. Auf der Basis der vom RKI durchgeführten und in diesem Jahr abgeschlossenen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) wird es nach der entsprechenden Datenauswertung möglich sein, die Prävalenzen von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen mit den Prävalenzen aus dem Bundesgesundheitsurvey (BGS98) zu vergleichen.

- d) Wie haben sich nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Zahl und der Anteil der Raucher an den über 60-Jährigen in Deutschland in den letzten zehn Jahren entwickelt (untergliedert nach Geschlecht)?

Die Prävalenz des Rauchens unterscheidet sich bei Frauen und Männern, außerdem gibt es Kohorteneffekte. Insgesamt ist das Rauchen in der Bevölkerung rückläufig. Ein detaillierter Vergleich der Gesundheitsberichterstattung der Jahre 2003 und 2009 zeigt, dass in der Altersgruppe ab 65 lediglich bei den Männern ein signifikanter Rückgang von 17,1 Prozent auf 13,7 Prozent festgestellt wurde, bei den Frauen wurde dagegen ein geringer, statistisch jedoch nicht signifikanter Anstieg von 7,0 Prozent auf 8,7 Prozent beobachtet. Erklärt wird dieser Sachverhalt damit, dass die 2009 mindestens 65 Jahre alten Frauen einer Generation entstammen, in der das Rauchen bei Frauen stark zugenommen hat. Da das Rauchen bei Männern und Frauen in der Altersgruppe bis unter 45 Jahren

rückläufig ist, wird in ca. 15 Jahren ein Rückgang des Rauchens auch bei den Frauen im Alter ab 60 Jahren erwartet.

- e) Wie haben sich nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Zahl und der Anteil der pathologischen sowie problematischen Glücksspieler und Glücksspielerinnen an den über 60-Jährigen in Deutschland in den letzten zehn Jahren entwickelt (untergliedert nach Geschlecht)?

Im ESA wurde 2006 und 2009 auch nach Glücksspielverhalten gefragt. Aufgrund der geringen Prävalenzwerte von Personen mit pathologischem und problematischem Glücksspiel lassen sich für diese Altersgruppe jedoch keine Aussagen treffen.

- f) Wie haben sich nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Zahl und der Anteil der Cannabiskonsumenten an den über 50-Jährigen in Deutschland in den letzten zehn Jahren entwickelt (untergliedert nach Geschlecht und Alter)?

Ein Vergleich der ESA-Daten im Verlauf der Jahre zeigt, dass der Anteil der männlichen Cannabis-Konsumenten bei den 50- bis 59-Jährigen von 0,4 Prozent (2000) auf 1,6 Prozent (2009) zugenommen hat. Bei den 60- bis 64-Jährigen liegt die Prävalenz in den Jahren 2006 und 2009 bei 0 Prozent. Bei Frauen variiert der Anteil der Konsumentinnen bei den 50- bis 59-Jährigen von 2000 bis 2009 leicht bei unter 1 Prozent. Bei den 60- bis 64-jährigen Frauen liegt der Anteil bei 0,2 Prozent (2006) und 0,3 Prozent (2009).

- g) Wie haben sich nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Zahl und der Anteil der Opiatabhängigen an den über 50-Jährigen in Deutschland in den letzten zehn Jahren entwickelt (untergliedert nach Geschlecht und Alter)?

Aufgrund der geringen Prävalenzwerte lassen sich in dieser Altersgruppe trotz Erhebung im Rahmen der ESA-Befragungen keine Aussagen zum Opiatkonsum treffen.

- h) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine eventuell höhere Gefährdung älterer Menschen durch Suchterkrankungen, wenn sie sich in prekären sozioökonomischen Situationen befinden?

In allen Altersgruppen bis 64 Jahre ist der Anteil der Raucher umso höher, je niedriger die Bildung ist. Nur in der Altersgruppe ab 65 macht der Bildungshintergrund kaum einen Unterschied. Es wird erwartet, dass in Zukunft zunehmend auch bei älteren Menschen die Bildungsschicht mit dem Rauchen assoziiert sein wird, wie es bereits jetzt bei den unter 65-Jährigen der Fall ist. Menschen mit geringer Bildung haben ein höheres Risiko für prekäre sozioökonomische Situationen. Daher wird erwartet, dass das Risiko Rauchen bei Menschen in prekären sozioökonomischen Situationen in Zukunft häufiger sein wird, als bei Menschen aus höheren Bildungsschichten.

Bei Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- und Spielsucht sind die Zusammenhänge insgesamt zu komplex, um ein erhöhtes Risiko bei älteren Menschen in prekären sozioökonomischen Situationen abzuschätzen. Gesichert ist, dass Alkohol-, Drogen- und Spielsucht sehr häufig zu einem sozialen Abstieg in eine prekäre sozioökonomische Situation führen. Ob umgekehrt prekäre sozioökonomische Situationen bei älteren Menschen eine erhöhte Suchtgefährdung zur Folge haben, ist gegenwärtig nicht einschätzbar. In der Gesamtbevölkerung ist beim Alkohol der Trend zu beobachten, dass bei Männern ab dem Alter von 45 Jahren

und bei den Frauen ab dem Alter von 30 Jahren der Anteil der Risikokonsumenten und -konsumentinnen mit dem Bildungsstatus steigt.

5. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über das geschlechtsspezifische Suchtverhalten von Frauen und Männern über 60 Jahre?
 - a) Welche Gründe sieht die Bundesregierung für die im Drogenbericht der Bundesregierung (2009) festgestellte überdurchschnittlich starke Betroffenheit von Frauen von Medikamentenabhängigkeit?

Unabhängig von der Art der Medikation nehmen Frauen häufiger als Männer Medikamente ein. Dies wird unter anderem durch eine höhere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erklärt. Zudem nimmt die Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln im Alter zu. Da Frauen in den älteren Altersgruppen überrepräsentiert sind, führt allein dies zu einer quantitativ höheren Zahl von Frauen, die medikamentenabhängig sind.

- b) Welche Gründe sieht die Bundesregierung für die im Drogenbericht der Bundesregierung (2009) überdurchschnittlich starke Betroffenheit von Männern von Alkoholsucht?

Männer konsumieren insgesamt häufiger und riskanter Suchtmittel als Frauen. Ausnahme sind hier allein Medikamente mit Suchtpotenzial (vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel; siehe Antwort zu Frage 5a). Es ist davon auszugehen, dass der höhere Suchtmittelkonsum soziokulturell bedingt ist und mit einem höheren Risikoverhalten zusammenhängt. In diesen Gesamtzusammenhang ist auch die häufigere Alkoholabhängigkeit von Männern einzuordnen.

- c) Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung in welchem Zeitrahmen für geschlechtsspezifische Suchtprävention?

Die in der Antwort zu Frage 1 genannten Präventionskampagnen der BZgA sind geschlechtersensibel konzipiert. Dies bedeutet, dass Frauen und Männer mit unterschiedlichen Botschaften angesprochen werden. Auch die Broschüren der DHS gehen geschlechtersensibel auf die Problematik ein. Zudem wird auf die Antwort zu Frage 6b verwiesen.

- d) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über suchtsinduzierte Suizide bei älteren Frauen und Männern?

Der Anteil der suchtsinduzierten Suizide unter älteren Menschen wird derzeit nicht gesondert erfasst. Die Fallzahlen im Bereich illegaler Drogen sind für sinnvolle statistische Auswertungen zu gering. Erst jüngst wird die Bedeutung von Alkoholkonsum für Suizide in der Wissenschaft diskutiert. Verlässliche Daten, insbesondere für die Gruppe der älteren Personen, liegen noch nicht vor.

- e) Welche suchtspezifischen Maßnahmen sieht die Bundesregierung für alleinstehende und verwitwete ältere Menschen vor, die immer häufiger ein problematisches Konsumverhalten aufweisen?

Derzeit plant die Bundesregierung keine spezifischen Maßnahmen für alleinstehende und verwitwete ältere Menschen. Bereits in den bestehenden Informations-, Präventions- und Beratungsangeboten zu Sucht im Alter wird Einsamkeit als möglicher Ursachenfaktor für Suchtmittelkonsum berücksichtigt.

6. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über fehlerhaft dosierte Einnahmen von Medikamenten mit Suchtpotential bei Patienten über 60 Jahren?
 - a) Mit welchen Maßnahmen in welchem Zeitrahmen will die Bundesregierung gefährlichen Fehldosierungen durch Ärztinnen und Ärzte entgegenwirken?

Mit dem aktuellen Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, der in zweiter Auflage für die Jahre 2010 bis 2012 läuft, unterstützt die Bundesregierung eine weitere Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland.

Im Rahmen des Aktionsplans und aus anderen Mitteln der Bundesregierung werden Forschungsvorhaben gefördert, die eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen zum Gegenstand haben. Diese basieren auf Erkenntnissen, die im Rahmen einer von der Bundesregierung geförderten Studie zu potentiell inadäquater Medikation im Alter erlangt wurden (sogenannte Priscusliste) und vielfältige Beachtung gefunden haben.

- b) Mit welchen Maßnahmen in welchem Zeitrahmen will die Bundesregierung Medikamentenmissbrauch durch ältere Menschen entgegenwirken?

In der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik werden im Abschnitt C II beispielhaft geplante Maßnahmen gegen Medikamentenmissbrauch aufgelistet. Insbesondere die Maßnahmen unter Ziel 2, 3 und 4 zielen auf die Vermeidung von Medikamentenmissbrauch älterer Personen. Darüber hinaus ist im Jahr 2012 in einem ersten Schritt vorgesehen, auf dem zielgruppenspezifischen Informationsinternetportal zur Frauengesundheit der BZgA www.frauengesundheitsportal.de einen Informationsbereich zum Themenkomplex „Medikamente“ anzubieten. In einem weiteren Schritt ist geplant, auch auf dem speziell auf die Informationsbedürfnisse von Männern ausgerichteten Internetportal der BZgA www.maennergesundheitsportal.de einen Informationsbereich zum Themenkomplex „Medikamente“ einzurichten.

- c) Mit welchen konkreten Maßnahmen in welchem Zeitrahmen möchte die Bundesregierung eine effektive Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Hausärzten durchsetzen, um Medikamentenabhängigkeit bei älteren Menschen stärker vermeiden zu helfen?

Die Bundesregierung fördert seit 2009 ein Modellprojekt „Ambulanter Entzug benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“. Mit dem Modellprojekt soll gezeigt werden, dass durch diese Kooperation Patientinnen und Patienten, die von Benzodiazepinen bzw. Z-drugs niedrigdosis-abhängig sind, erfolgreich ambulant entzogen werden können. Es werden neue Wege der Zusammenarbeit zwischen Apothekerinnen und Apothekern mit Hausärztinnen und Hausärzten geprüft. Ergebnisse der klinischen Studie sind Ende 2013 zu erwarten. Aufbauend auf den im Projekt gewonnen Erkenntnissen wird im Anschluss eine mögliche Verbreitung der dort erprobten Maßnahmen bewertet.

- d) Was versteht die Bundesregierung unter der verstärkten Verbreitung des überarbeiteten Leitfadens der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände – ABDA für die apothekerliche Praxis „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch“ (Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik), und wie will sie dies unterstützen?

Der Leitfaden der Bundesapothekerkammer „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Leitfaden für die apothekerliche Praxis“ wurde im Oktober 2011 in einer überarbeiteten, zweiten Auflage herausgegeben und durch die Bundesapo-

thekerkammer allen interessierten Apotheken zur Verfügung gestellt. Die in der Nationalen Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik angeführte „verstärkte Verbreitung“ bezieht sich auf die Aktivitäten der Bundesapothekerkammer zur Bewerbung des Leitfadens.

- e) Welche Maßnahmen in welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung, um Apotheken, Ärzte und Kliniken bei der Sensibilisierung für das Thema Medikamentenabhängigkeit im Alter zu unterstützen?

Auf die Antwort zu Frage 6c wird verwiesen. Zudem fördert die Bundesregierung ein Projekt des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg (zfp) zur „Fortbildung hausärztlicher Einzelpraxen“. Ziel des Projekts ist es, die Integration von Hausärztinnen und Hausärzten in das Suchthilfesystem entscheidend zu verstärken. Es werden über einen Zeitraum von 24 Monaten Schulungsmaßnahmen für die dem Suchthilfesystem zuweisenden Ärzte und ihre medizinischen Fachangestellten durchgeführt. Dabei werden die flächendeckend etablierten Qualitätszirkel für niedergelassene Hausärzte genutzt, um regelmäßig suchtpsychiatrisch zu informieren. Dadurch soll im Großraum Reutlingen ein niedrigschwelliger, wohnortnaher Zugang und die rasche Einleitung von Hilfsmaßnahmen unter Nutzung des Kommunalen Suchthilfe- und des gerontopsychiatrischen Netzwerkes auch für alte suchtkranke Patienten gewährleistet werden. Ergebnisse werden Anfang 2013 vorliegen. Aufbauend auf den im Projekt gewonnen Erkenntnissen wird im Anschluss eine mögliche Verbreitung der dort erprobten Maßnahmen bewertet.

- f) Inwiefern leistet das vom BMG geförderte Projekt PHAR-MON einen Beitrag zur indikations- und dauergerechten Verordnung von Medikamenten durch die Ärzte, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der bisherigen Erkenntnis, dass überwiegend Klientinnen und Klienten mit einer Opioid- und Alkoholproblematik Medikamente missbrauchen?
- g) Welche Förderung welcher Projekte mit welchem Zeitplan sind im Rahmen des Projektes PHAR-MON vorgesehen?

Die Fragen 6f und 6g werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Projekt PHAR-MON ist ein deutschlandweites Monitoringsystem, das den missbräuchlichen und abhängigen Konsum von Arzneimitteln unter Klientinnen und Klienten ambulanter Suchtberatungsstellen erfasst. Insofern handelt es sich bei den Befragten ausschließlich um Klientinnen und Klienten mit einer Suchtproblematik. Das Projekt ist als Frühwarnsystem konzipiert, um Veränderungen im Bereich des Arzneimittelmisbrauchs schnell zu erkennen und Information an Facheinrichtungen, das BMG sowie an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Sinne der Prävention zu vermitteln. Das Projekt zielt als Ganzes auf die Darstellung der missbräuchlich verwendeten Arzneimittel hinsichtlich der Gebrauchshäufigkeiten einzelner Wirkstoffe, einzelner Wirkstoffgruppen und Arzneimittelgruppen, der Charakterisierung des Arzneimittelmisbrauchs bei Personen mit substanzbezogenen Störungen unter Einbeziehung zugehöriger Konsummuster und Bezugsquellen sowie der Gegenüberstellung der Ergebnisse des aktuellen Berichtsjahres mit der Missbrauchssituation der Vorjahre, um daraus Aussagen über mögliche Trendentwicklungen abzuleiten. Informationen zu und Ergebnisse von PHAR-MON können auf der Homepage des Instituts für Therapieforschung München – www.ift.de/index.php?id=335 – abgerufen werden.

- h) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich des Erwerbs von Medikamenten mit Suchtpotential über das Internet auch ohne Vorlage eines Rezeptes durch ältere Patienten?

Beim legalen Versandhandel mit Arzneimitteln ist der Patient verpflichtet, bei der Bestellung verschreibungspflichtiger Arzneimittel (z. B. auch Arzneimittel mit Suchtpotential wie Schlaf- oder Beruhigungsmittel) das Originalrezept auf dem Postweg an die Apotheke zu übermitteln. Die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Rezept durch eine (Versand-)Apotheke ist nicht zulässig.

Die Überwachung des Versandhandels mit Arzneimitteln ist Aufgabe der Bundesländer. Bei der Überwachung des Postversands von Arzneimitteln aus Drittstaaten werden die Zollbehörden einbezogen. Zudem kontrolliert die Zollverwaltung beim Versandhandel mit Arzneimitteln aus dem EU-Ausland risikoorientiert Sendungen und prüft dabei auch die Einhaltung bestehender Verbote und Beschränkungen des Arzneimittelrechts.

Der Bundesregierung liegen keine Hinweise vor, dass die Arzneimittelabgabe im Wege des legalen Versandes erhöhte Gefahren für die Arzneimittelsicherheit oder den Gesundheitsschutz von Patientinnen und Patienten gegenüber der Arzneimittelabgabe in öffentlichen (Präsenz-)Apotheken in sich birgt.

- i) Wie bewertet die Bundesregierung die elektronische Gesundheitskarte hinsichtlich der Möglichkeit, die individuelle Medikation auf ihr zu vermerken, um so einen Kontrollmechanismus über Medikamentenkombinationen mit Abhängigkeitspotential einzurichten, der einer Medikamentensucht entgegenwirken könnte?

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ermöglicht gemäß § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) neben der Bereitstellung von administrativen Versichertendaten insbesondere auch die Speicherung von medizinischen Angaben zum Patienten, wie beispielsweise notfallrelevante medizinische Informationen sowie Daten, die die Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) unterstützen.

Die Dokumentation der aktuellen Medikationstherapie des Patienten soll unter Beachtung seiner individuellen Erkrankungen und sonstigen medikationsrelevanten Eigenschaften die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie die Apothekerin oder den Apotheker darin unterstützen, die Verschreibung ungeeigneter Medikamente besser zu erkennen, so dass unerwünschte Interaktionen verschiedener Medikamente sowie bestehende medikationsrelevante Kontraindikationen besser berücksichtigt und unerwünschte Arzneimittelwirkungen reduziert werden können.

Die Kenntnis über die aktuelle Medikation des Patienten kann dabei auch die ärztliche Prüfung über Medikationskombinationen mit Abhängigkeitspotenzial unterstützen. Die Bereitstellung medizinischer Informationen wie Daten zur Arzneimitteltherapie mittels der Gesundheitskarte ist für den Patienten freiwillig, so dass auch die beschriebene Prüfung mithilfe der Gesundheitskarte nur über Arzneimittel durchgeführt werden kann, zu deren Speicherung der Patient seine Einwilligung erteilt hat.

Die Einführung der eGK erfolgt schrittweise in mehreren Ausbaustufen. Die erste Ausbaustufe wird ein modernes Versichertenstammdatenmanagement ermöglichen und Leistungserbringern einen Basisdienst zur Nutzung der qualifizierten elektronischen Signatur zur Verfügung stellen. Die Realisierung der medizinischen Anwendungen der eGK ist in den nachfolgenden Ausbaustufen vorgesehen, wobei entsprechend der laufenden Arbeiten zunächst prioritär die Bereitstellung von Notfalldaten, der sichere Datenaustausch zwischen Ärzten

sowie die Migration von neuen Anwendungen am Beispiel der elektronischen Fallakte realisiert werden sollen. Die Dokumentation der aktuellen Arzneimitteltherapie ist dabei Bestandteil des von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit den zuständigen medizinischen Fachverbänden erarbeiteten Notfalldatensatzes und ermöglicht eine erste Information des behandelnden Arztes über die vom Patienten aktuell eingenommenen Arzneimittel.

Die Umsetzung der Anwendung zur Bereitstellung von umfassenden medikationsrelevanten Informationen, die auch eine systemunterstützte, automatisierte Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS-Anwendung) ermöglichen soll, ist erst in darauf folgenden Umsetzungsstufen vorgesehen; diesbezügliche Arbeiten wurden von den für die Einführung der eGK und ihrer Anwendungen zuständigen Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und ihrer hierzu nach § 291b SGB V gegründeten Gesellschaft für Telematikanwendungen (gematik) noch nicht aufgenommen.

7. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung Zahl und Anteil der über 60-jährigen Konsumenten im Bereich der illegalen Drogen (nach Geschlecht und Substanz)?
 - a) In welchem Maße und mit welcher regionalen Verteilung in den Bundesländern sind nach Kenntnis der Bundesregierung ältere Opiatabhängige in Substitutionsbehandlungen?
 - b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der gesundheitlichen Situation älterer Drogenabhängiger?
 - c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Erfolge, Ausprägung und Ausmaß der Strategien der Schadensminimierung und der Überlebenshilfe in Bezug auf ältere Drogenabhängige?
 - d) Welche Maßnahmen in welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung im Bereich der Schadensminimierung und Überlebenshilfe im Bereich der älteren Drogenabhängigen?

Die Fragen 7, 7a bis 7d werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aufgrund der geringen Zahl älterer Drogenkonsumenten lassen sich für diese Altersgruppe keine detaillierten statistischen Aussagen treffen. Schätzungen im EU-Projekt SDD-Care (www.sddcare.eu) gingen 2008 von 17 500 bis 29 000 Personen ab 45 Jahre aus, die durch langjährigen Drogenmissbrauch gesundheitlich und sozial geprägt sind.

Zur regionalen Verteilung von älteren Opiatabhängigen in Substitutionsbehandlung nach Bundesländern liegen keine Daten vor. Die Aufteilung von Substitutionspatienten nach Bundesländern kann – unabhängig vom Alter der Patienten – dem jährlichen Bericht zum Substitutionsregister des BfArM und auch dem Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung entnommen werden.

Im Hinblick auf den Erkenntnisstand zur Situation älterer Drogenkonsumierender in Deutschland stützt sich die Bundesregierung im Wesentlichen auf das Sonderkapitel 12 – Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger – des Berichts „DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen 2009“ des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Die gesundheitliche Situation wird im Abschnitt 12.3 (Drogenkonsum, gesundheitliche und soziale Merkmale älterer Drogenabhängiger), die vorhandenen Strategien der Schadensminimierung und Überlebenshilfe werden in Abschnitt 12.4.2 (Gesundheits- und sozialpolitische Handhabung) dargestellt. Im Abschnitt 12.4 (Behandlung, Administration und Pflege von älteren Drogenabhängigen) werden

die bestehenden Möglichkeiten der politische Regulierungen und Strategien beschrieben.

Die Bundesregierung hat im Rahmen des EU-Projekts SDD-Care eine vertiefte Analyse der Situation älterer Drogenabhängiger vor allem in den Städten Frankfurt und Berlin gefördert und die Fachtagungen intensiv begleitet, die im Rahmen dieses Projekts mit Präsentationen modellhafter Ansätze zur Versorgung älterer Drogenabhängiger stattfanden.

Auch vor dem Hintergrund, dass über 230 Einrichtungen (Beratungsstellen, ambulante und stationäre Behandlungseinrichtungen) in Deutschland angeben, Angebote für ältere Drogenabhängige bereitzuhalten (www.dhs.de/web/einrichtungssuche/index.php) wird die Bundesregierung die Entwicklung spezieller Angebote für ältere Drogenabhängige weiterhin mit Aufmerksamkeit beobachten.

8. Welche Chancen sieht die Bundesregierung hinsichtlich der Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten und der Chance auf Eingliederung älterer Drogenabhängiger mit sozialen und gesundheitlichen Problemen in Gesellschaft und Arbeitsmarkt?
 - a) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die soziale und wirtschaftliche Situation von älteren Drogenabhängigen?

Im Sonderkapitel 12 des REITOX-Berichts 2009 (siehe Antwort zu den Fragen 7, 7a bis 7d) wird über die soziale und wirtschaftliche Situation von älteren Drogenabhängigen informiert und die Nutzung vorhandener geeigneter Maßnahmen zur Integration älterer Drogenabhängiger dargestellt.

- b) Welche Maßnahmen in welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung, um die Integration von älteren Drogenabhängigen in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt zu unterstützen?

Aufgabe der Grundsicherungsstellen ist es, erwerbsfähige Leistungsberechtigte bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit zu unterstützen. Bei der Betreuung von Personen mit multiplen Problemlagen spielt das beschäftigungsorientierte Fallmanagement eine zentrale Rolle. Darüber hinausgehende spezielle Maßnahmen zur Integration von älteren Drogenabhängigen in den Arbeitsmarkt plant die Bundesregierung nicht.

- c) In welchem Maße sind Verordnungen von Soziotherapien bei Suchterkrankungen möglich?
 - d) Unterstützt die Bundesregierung die u. a. vom Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. geforderte Ausweitung des Indikationskatalogs für Soziotherapien bei Suchterkrankungen im Alter?

Die Fragen 8c und 8d werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Verordnung von Soziotherapie richtet sich nach § 37a SGB V in Verbindung mit den Soziotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat entsprechend § 37a Absatz 2 Nummer 1 SGB V in seinen Soziotherapierichtlinien Näheres zu den Krankheitsbildern bestimmt, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist, sowie zu den Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind. Über Ausweitungen des Indikationskataloges entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss.

- e) Welche Maßnahmen in welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung, um Arbeitsagenturen, Sozialämter und andere Behörden für die Problematik von Sucht im Alter zu sensibilisieren und in die Lage zu versetzen, Hilfe anzubieten oder an geeignete Hilfsangebote verweisen zu können?

Um das Ziel einer Eingliederung in Arbeit zu erreichen, können neben arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen auch kommunale Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II – wie beispielsweise die Suchtberatung – zum Einsatz kommen. Hiermit stehen den Grundsicherungsstellen geeignete Handlungsspielräume zur Bearbeitung möglicher Suchtproblematiken zur Verfügung.

Die Bundesregierung hat mit dem Abschlussbericht der vom BMG geförderten Studie „Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Erarbeitung von Empfehlungen für das weitere Vorgehen“ (siehe: www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Abschlussbericht_Aeltere_Drogenabhaengige_100_501_Drogenbeauftragte.pdf) eine umfassende Grundlage zur Verfügung gestellt, die wertvolle Hinweise für Kommunen bietet, um notwendige Veränderungsprozesse in der Praxis einzuleiten.

Da die Durchführung der Sozialhilfe eine Länderaufgabe ist, plant die Bundesregierung keine die Sozialämter einbeziehenden Maßnahmen im Sinne der Fragestellung.

- f) Inwiefern sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, das Problemfeld „Sucht im Alter“ in der Aus- und Fortbildung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stärker als bisher zu berücksichtigen?

Die Bundesregierung weist zunächst darauf hin, dass der Bund nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes nur die Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen hat. Die Fort- und Weiterbildung fällt in die Zuständigkeit der Länder und wurde von diesen auf die Kammern übertragen.

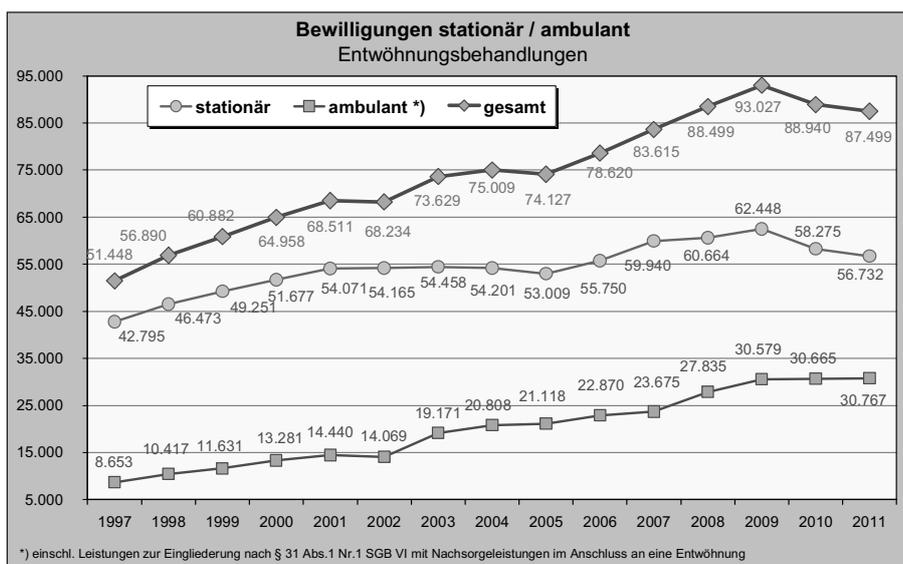
Was die bundesrechtlichen Regelungen betrifft, so zielt die Ausbildung sowohl von Ärzten wie auch von Psychologischen Psychotherapeuten auf die Vermittlung umfassender Kompetenzen zur Ausübung des jeweiligen Berufs ab. Sie umfasst daher die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Feststellung der unterschiedlichsten Krankheitsbilder sowie ihrer Behandlung bei Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen. Allerdings regelt der Bund nur die Mindestanforderungen an die Ausbildung und lässt den Hochschulen bzw. staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten Spielräume zur konkreten Ausgestaltung der Ausbildungen. Inhaltliche Spezifizierungen dieser allgemeinen Vorgaben erfolgen daher üblicherweise durch die Curricula der Länder bzw. die Hochschulen oder einzelne Ausbildungsinstitute. Die Bundesregierung geht davon aus, dass diese entsprechend der Aufgabenstellung der Berufe in ausreichendem Umfang auch die Thematik der „Sucht“ umfassen.

Weitergehende Regelungen, die sich auf vertiefte Kompetenzen insbesondere im Bereich „Sucht im Alter“ erstrecken, fallen in die Zuständigkeit der Kammern.

- g) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Entwicklung der Bewilligungsquoten von Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Suchterkrankungen älterer Menschen ab 55 Jahren im Verlauf der letzten zehn Jahre (nach Geschlecht und Alter)?

Die nachfolgende Grafik stellt die Entwicklung bei den Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2011 unabhängig vom Alter der Versicherten dar. Grundsätzlich ist eine kontinuierliche Steigerung der Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung zu verzeichnen. Ausgenommen sind die Jahre 2005 und ab 2010, bei denen als Folge eines allgemeinen Antragsrückgangs auch ein Rückgang der Bewilligungszahlen zu verzeichnen ist.

Entwicklung der Bewilligungen bei Entwöhnungsbehandlungen in den Jahren 1997 bis 2011 (Deutsche Rentenversicherung)



Gesonderte Zahlen zur Entwicklung der Entwöhnungsbehandlungen bei Versicherten der Rentenversicherung ab dem 55. Lebensjahr liegen der Bundesregierung nicht vor.

- h) Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit der Durchführung eines Modellprojektes zur Förderung der mobilen Rehabilitation mit einer Erweiterung der Gruppe für ältere Menschen mit Suchterkrankungen, wie es das Diakonische Werk fordert?

Über die Durchführung von Modellvorhaben entscheiden die Krankenkassen und ihre Verbände nach den in § 63 ff. SGB V genannten Voraussetzungen.

- i) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, inwiefern mit Hilfe von Rehabilitationsmaßnahmen Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und der Einzug in Alten- und Pflegeheime verhindert werden können?

Der Bundesregierung liegen hierüber keine statistischen Angaben vor.

- j) Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit einer Aufstockung der in § 43a SGB XI genannten Beiträge für pflege- und betreuungsbedürftige Suchterkrankte zur Sicherung der Teilhabe in der Gesellschaft?

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht die Beiträge nach § 43a SGB XI anzuhöhen.

9. Wie schätzt die Bundesregierung die bestehenden Informations- und Beratungsangebote für ältere Drogenabhängige ein?
- Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die bestehenden Informations- und Beratungsangebote für ältere Drogenabhängige in den Bundesländern?
 - Welche Informations- und Beratungsangebote für ältere Drogenabhängige unterstützt die Bundesregierung mit welchem finanziellen Volumen?
 - Mit welchen Maßnahmen in welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung einen Ausbau der Informations- und Beratungsangebote für ältere Drogenabhängige?
 - Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der bundesweiten Nutzung von Hilfsangeboten und Suchtberatungsstellen durch Menschen über 60 Jahre – auch in Relation zu dem Anteil der Sucht-erkrankten im Alter über 60 Jahren in der Gesamtbevölkerung?

Die Fragen 9a bis 9d werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung geht aufgrund der erwähnten Berichte (siehe Antworten zu den Fragen 7 und 8) davon aus, dass die derzeitigen Informations- und Beratungsangebote für ältere Drogenabhängige ausreichend sind. Über die erwähnte Förderung einer vertieften Analyse der Situation in Deutschland im Rahmen des EU-Projekts SDD-Care wurden speziell für ältere Drogenabhängige keine weiteren Informations- und Beratungsangebote gefördert, da bereits über 230 Einrichtungen spezielle Angebote bereithalten.

- Sieht sie hier weiteren Handlungsbedarf, um die aktive Inanspruchnahme der Angebote und die Informiertheit über die jeweilige lokale Infrastruktur zu fördern?

Nein.

- Inwiefern plant die Bundesregierung eine Stärkung der Informations- und Beratungsangebote für ältere Drogenabhängige und deren Angehörige im Rahmen der Pflegestützpunkte, der Lokalen Bündnisse für Familie und der Mehrgenerationenhäuser?

Nach § 92c SGB XI richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Auf die konkrete Ausgestaltung der Pflegestützpunkte und deren Beratungsarbeit hat die Bundesregierung keinen Einfluss.

Die Initiative „Lokale Bündnisse für Familie“ ist eine Initiative, mit der Zusammenschlüsse strategischer Partner auf lokaler und regionaler Ebene unterstützt werden. Arbeitsschwerpunkt der „Lokalen Bündnisse für Familie“ ist die Entwicklung und Umsetzung konkreter Lösungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, insbesondere der flexiblen und verlässlichen Kinderbetreuung im Kindergarten- und Schulalter. Die „Lokalen Bündnisse“ sind nicht als Beratungsstellen für Einzelberatungen konzipiert.

Mehrgenerationenhäuser halten eine Vielzahl von Informations- und Beratungsangeboten bereit, die – je nach Herkunftstyp und Arbeitsschwerpunkt des jeweiligen Mehrgenerationenhauses – sehr unterschiedlich sein können. Im Rahmen des Aktionsprogramms Mehrgenerationenhäuser II entwickeln sie ins-

besondere Angebote in den vier Schwerpunktthemen des Programms: Alter und Pflege, Integration und Bildung, Haushaltsnahe Dienstleistungen und Freiwilliges Engagement und orientieren sich dabei am Bedarf vor Ort. Der generationenübergreifende Ansatz soll dabei – als quasi „Alleinstellungsmerkmal“ der Mehrgenerationenhäuser – eine prägende Rolle spielen.

Der Themenkomplex „Sucht“ liegt dementsprechend außerhalb des Programmkonzepts und steht daher nicht im Fokus der geförderten Aktivitäten der Häuser. Sofern die Mehrgenerationenhäuser im Rahmen ihrer Bedarfsanalyse allerdings einen Bedarf an Informations- und Beratungsangeboten für ältere Drogenabhängige ermitteln sollten, können sie auch hier entsprechende Angebote entwickeln. Erkenntnisse dazu liegen aus den genannten Gründen nicht vor.

10. Mit welchen Maßnahmen in welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung eine Stärkung der Suchtselbsthilfe?
 - a) Mit welchen Maßnahmen in welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung eine Stärkung der Selbsthilfe speziell für ältere alleinstehende und verwitwete Menschen?

Die Selbsthilfeförderung der öffentlichen Hand ist keine gesetzlich festgeschriebene Pflichtaufgabe, sondern fällt in den Bereich der freiwilligen Leistungen. Dennoch hat das BMG seit dem Jahr 1987 die Möglichkeit im Rahmen von Projektförderungen Zuwendungen als Zuschüsse zur Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe und zur Förderung von Maßnahmen zur selbstbestimmten Lebensgestaltung behinderter Menschen zu vergeben. Die Maßnahmen berücksichtigen ein breites Spektrum unterschiedlicher Krankheitsbilder und Behinderungsarten einschließlich der in diesen Bereichen tätigen Selbsthilfeverbände. Außerdem werden aktuelle Fragen der Weiterentwicklung der Selbsthilfe, wie z. B. Qualitätssicherung, Erleichterung von Zugängen zur Zielgruppe und Zielgruppenorientierung der Selbsthilfeangebote aufgegriffen. Dabei ist eine klare Fokussierung auf gesundheitliche Fragestellungen vorgesehen. Konkrete Maßnahmen für die oben genannte Zielgruppe werden derzeit nicht durchgeführt bzw. sind nicht geplant.

- b) Wird das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die 2009 gestoppte Förderung der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) wieder im Rahmen der Projektförderung unterstützen?
 - c) Inwiefern plant die Bundesregierung eine stärkere Unterstützung der NAKOS?

Die Fragen 10b und 10c werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Arbeitsschwerpunkt der nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) liegt nach eigenen Aussagen überwiegend im gesundheitlichen Bereich. Vor diesem Hintergrund sowie der Tatsache, dass die bisherige Förderung von NAKOS durch das BMFSFJ stets eine ressort- und projektbezogene Förderung gewesen ist, die nicht auf Dauer angelegt war und aus grundsätzlichen Erwägungen nicht als institutionelle Förderung betrieben werden sollte und konnte, plant das BMFSFJ keine weitere Förderung von NAKOS.

- d) Inwiefern plant die Bundesregierung – analog zum Modellprojekt „Brücken bauen – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe“ – auch die Unterstützung von Selbsthilfeprojekten und Verbänden der Suchtselbsthilfe im Bereich von Sucht im Alter?
- e) Mit welchen finanziellen Mitteln unterstützt die Bundesregierung die Verbände der Suchtselbsthilfe in diesem Jahr, und welche Unterstützung ist in den kommenden Jahren geplant?

Die Fragen 10d und 10e werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf Antrag der fünf großen Suchtselbsthilfeverbände (die Vereine Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Blaues Kreuz in Deutschland, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund) fördert das BMG das Projekt „Chancen nahtlos nutzen – Suchtselbsthilfe als aktiver Partner (CNN)“ aus dem Haushaltstitel „Modellmaßnahmen und Forschungsvorhaben auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs“. Ziel ist es, die Qualität der Suchtselbsthilfe insgesamt dadurch zu verbessern, dass berufliche Suchthilfe und Suchtrehabilitation in ihren Konzepten und in ihrem konkreten Handeln die Suchtselbsthilfe regelhaft einbeziehen. Für CNN ist eine Zuwendung von insgesamt bis zu 96 250 Euro für den Bewilligungszeitraum vom Juli 2011 bis September 2012 bewilligt worden; davon entfallen bis zu 48 107 Euro auf das Jahr 2012.

Auch über den Haushaltstitel „Zuschüsse und Beiträge an zentrale Einrichtungen und Verbände des Gesundheitswesens“ besteht im BMG die Möglichkeit, Maßnahmen im Bereich der gesundheitlichen Selbsthilfe zu fördern. Hier stehen im laufenden Haushaltsjahr 1,948 Mio. Euro für Zuwendungen und Zuschüsse zur Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe zur Verfügung. Diese Mittel werden in aller Regel nur an bundesweit tätigen Organisationen der Selbsthilfe im Rahmen von Projektförderungen vergeben. In der Haushaltsaufstellung für das Jahr 2013 sind Mittel in ähnlicher Größenordnung beantragt.

- 11. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung in den bisherigen Modellprojekten zur Sucht im Alter gewonnen, und welche neuen Maßnahmen sind aufgrund dieser Erkenntnisse in welchem Zeitrahmen geplant?
 - a) Wie soll die gemeinsame Arbeit von Alten- und Suchthilfe künftig im Detail aussehen?
 - b) In welcher Hinsicht wurde der Aspekt der Zusammenarbeit bei den Modellprojekten konkret aufgenommen?

Die Fragen 11, 11a und 11b werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das BMG fördert seit Oktober 2010 acht zweijährige Modellprojekte zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Sucht- und Altenhilfe. Ziel ist es, die Sensibilität für und das Wissen über Suchtgefahren und Suchterkrankungen in der Alten- und Suchthilfe zu steigern. Zentraler Baustein der Modellprojekte ist die Förderung einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe, die auf gegenseitigem Voneinander-Lernen und einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften aufbaut. Schon in der Bekanntmachung wurde deshalb als Voraussetzung die gemeinsame Antragstellung von Alten- und Suchthilfe benannt.

Im Rahmen der Projekte werden z. B. bedarfsgerechte gemeinsame Fortbildungen für Fachkräfte der Alten- und Suchthilfe und Curricula für die Ausbildung konzipiert und erprobt. Für die tägliche Arbeit ist vorgesehen, Strukturen zur gegenseitigen Beratung zu schaffen und gemeinsame Fallbesprechungen durch-

zuführen. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Projekten sind unter www.unabhaengig-im-alter.de einsehbar. Nach Abschluss der Projekte werden Instrumente für eine verbesserte Zusammenarbeit von Alten- und Suchthilfe vorliegen.

- c) Wie sieht der Zeitplan für das Modellprojekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ hinsichtlich der Förderung und Evaluierung aus, und welche Erkenntnisse konnten hier bereits gewonnen werden?

Auf die Antwort zu Frage 6c wird verwiesen.

- d) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Einnahme von Benzodiazepinen und anderen Psychopharmaka durch Menschen in Altenpflegeeinrichtungen?

Im Rahmen der in der Antwort zu Frage 6a genannten Forschungsvorhaben, die die potentiell inadäquate Medikation von Menschen in Alten- und Pflegeheimen betrachten, werden unter anderem auch aktuelle Erkenntnisse über die Einnahme von Benzodiazepinen und anderen Psychopharmaka erlangt werden, sowie über die Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion des Anteils unangemessener Medikation bei älteren Patienten in Alten- und Pflegeheimen.

Gemäß der vom BMG geförderten repräsentativen Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen geben knapp 80 Prozent der befragten stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen an, dass es in ihren Einrichtungen Bewohner bzw. zu Pflegenden mit Suchtproblemen (Medikamente und Alkohol) gibt. Nach Einschätzung der Pflegenden sind im Mittel 7 Prozent der Klientinnen und Klienten in den stationären Pflegeeinrichtungen medikamentenabhängig.

- e) Wenn die Bundesregierung bereits feststellt, dass ein Bedarf an niedrigschwelligen und dezentralen Angeboten beim Entzug von benzodiazepin-abhängigen Patienten notwendig ist, welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung konkret in welchem Zeitrahmen nach dem Auslaufen des Modellprojekts im November dieses Jahres?

Auf die Antwort zu Frage 6c wird verwiesen.

- f) Wie sieht der Zeitplan für die Modellprojekte zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Sucht- und Altenhilfe hinsichtlich der Förderung und Evaluierung aus, und welche Erkenntnisse konnten hier bereits gewonnen werden?
- g) Wann laufen die acht Projektmodelle zur „Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Sucht- und Altenhilfe“ jeweils konkret aus, und sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit einer Anschlussfinanzierung bei ausgewählten Projekten?
- h) Welche Pläne verfolgt die Bundesregierung nach dem Auslaufen der Modellprojekte zur „Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Sucht- und Altenhilfe“?
- i) Wie erfolgreich ist nach Ansicht der Bundesregierung die Kooperation zwischen Altenhilfe und Suchthilfe, und mit welchen Maßnahmen in welchem Zeitrahmen (über die bestehende Modellprojekte hinaus) will die Bundesregierung eine Verbesserung der Kooperation unterstützen?

Die Fragen 11f bis 11i werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die acht Modellprojekte zu Sucht im Alter (siehe Antwort zu den Fragen 11a und 11b) enden je nach Projektstart zwischen Ende September und Mitte Dezember 2012.

Wie bereits in der öffentlichen Bekanntmachung des BMG zum Thema „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ vom 9. März 2010 angekündigt, plant das BMG die bisherigen acht Modellprojekte bei der Implementierung und Verstetigung ihrer Maßnahmen durch eine Anschlussförderung zu unterstützen. Ziel dieser einjährigen Verstetigungs- und Implementierungsphase ist es, das Erreichte dauerhaft auch ohne Bundesförderung vor Ort zu etablieren und zu sichern. Hierfür stehen rund 470 000 Euro zur Verfügung. Aufgrund der bisherigen positiven Erfahrungen und Projektpräsentationen wird für alle Projekte die Grundvoraussetzung für diese weitere Projektphase gesehen. Daher sind alle acht laufenden Modellvorhaben der ersten Förderphase dazu eingeladen, bis zum 15. Juli 2012 ein spezifisches Konzept vorzulegen, welches auf die Verhältnisse und Möglichkeiten vor Ort zur Verstetigung zugeschnitten ist. Über die konkrete Förderung wird abhängig von der Qualität der Anträge entschieden.

Allen Modellvorhaben ist gemeinsam, dass Curricula entwickelt, Schulungen durchgeführt und diese Schulungen evaluiert werden. Außerdem wurden Leitlinien als Orientierungshilfe für die Praxis entwickelt, die auf ihre Alltagstauglichkeit getestet werden. Die Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe gestaltet sich innerhalb der Modellprojekte gut. Weitere Aussagen können erst nach Abschluss der Projekte und Auswertung der Abschlussberichte getroffen werden.

- j) Welche Maßnahmen in welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung als Konsequenz aus dem 2009 vom BMG geförderten Projekt „Ältere Drogenabhängige in Deutschland“?

Auf die Antworten zu den Fragen 8e und 9, 9a bis 9d wird verwiesen.

- k) Sind wissenschaftliche Evaluationen der einzelnen Modellprojekte zur Sucht im Alter von der Bundesregierung vorgesehen?

Wenn ja, wann wird jeweils mit Ergebnissen gerechnet?

Wenn nein, warum nicht?

Alle acht Modellprojekte zu Sucht im Alter beinhalten eine Binnenevaluation. Die Evaluationsergebnisse werden im Rahmen der jeweiligen Abschlussberichte vorliegen.

- l) Welche neuen Modellprojekte zum Thema Alter und Sucht sowie weitere im Rahmen der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik mit welchem finanziellen Volumen plant die Bundesregierung in welchem Zeitrahmen?

Auf die Antworten zu den Fragen 11f bis 11i wird verwiesen.

12. Inwiefern sind die suchtpolitischen Maßnahmen des BMG zu Sucht im Alter mit den Aktivitäten des BMFSFJ und einer seniorenpolitischen Strategie abgestimmt?

Bei der Erstellung der Nationalen Strategie ist das BMFSFJ eingebunden worden, die Schwerpunkte und Ziele sind abgestimmt worden. Die Entwicklung des Förderschwerpunkts zu „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ ist mit Beteiligung des BMFSFJ erfolgt. Das BMFSFJ wird in die Ergebnissicherung der Maßnahme eingebunden.

13. Inwiefern wird das Thema Sucht im Alter in der von der Bundesregierung seit zwei Jahren angekündigten Präventionsstrategie berücksichtigt, und wann ist mit dieser nun tatsächlich zu rechnen?

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Sucht im Alter ist Gegenstand der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Diese ist in ihrer Zielsetzung und in ihren Vorhaben Teil der allgemeinen Präventionsstrategie, die derzeit vom BMG erarbeitet und in der laufenden Legislaturperiode vorgestellt wird.

14. Welche Rolle spielt das Thema Sucht im Alter in der seniorenpolitischen Strategie des BMFSFJ?

In der Seniorenpolitik geht es neben einer gesundheitsbewussten Lebensweise mit körperlicher Bewegung, ausgewogener Ernährung usw. auch um mentale Strategien, die durch Aktivierung und Partizipation dienende Maßnahmen unterstützt werden. Zu nennen sind hier etwa der für alle Altersgruppen offene Bundesfreiwilligendienst, die vielfältigen Möglichkeiten der Mehrgenerationenhäuser, spezifische Sportangebote für bisher bewegungsungewohnte Menschen wie Hochaltrige oder Demenzkranke. Empowerment unterstützt Selbstbewusstsein, schafft Wissen, fördert die Einbindung in soziale Netze und kann damit auch die Voraussetzungen für Suchtvorbeugung bereichern.

Mit der Unterstützung pflegender Angehöriger unter anderem über die Arbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, dem Angebot an Information und Austausch durch das Internetportal des BMFSFJ „Wegweiser Demenz (www.wegweiser-demenz.de) und der in der Demografiestrategie der Bundesregierung verankerten „Allianz für Menschen mit Demenz“ trägt das BMFSFJ dazu bei, psychosoziale Krisen in Krankheits- und Pflegesituationen zu vermeiden, die Suchtverhalten den Weg bahnen könnten.

15. Welche konkreten Maßnahmen mit welchem Zeitrahmen plant die Bundesregierung, um die wissenschaftliche Forschung im Bereich Alter und Sucht zu fördern?

Wissenschaftliche Forschung im Bereich Alter und Sucht adressiert die Bundesregierung im Rahmen der Hightech-Strategie für Deutschland mit dem Zukunftsprojekt „Auch im Alter ein selbstbestimmtes Leben führen“. Darin zielt die Handlungslinie „Älter werden bei guter Gesundheit“ unter anderem auf die Stärkung von Forschung, die Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung älterer Menschen und damit ihrer stärkeren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben generiert. Im Aktionsplan zur Hightech-Strategie sind die geplanten Meilensteine zur Umsetzung der Zukunftsprojekte aufgeführt. Entsprechende Aktivitäten zur Förderung der Versorgungsforschung sind in den Jahren 2012 und 2013 vorgesehen, bei denen auch Anträge für Forschung zu Alter und Sucht eingereicht werden können.

Zudem wird auf die Antwort zu Frage 11k verwiesen.

