

Sucht im Alter

Ein Bericht zur aktuellen Lage in Münster

April 2013

Amt für Gesundheit,
Veterinär- und
Lebensmittelangelegenheiten

Sucht im Alter

Impressum

Herausgeberin:

Stadt Münster, Amt für Gesundheit, Veterinär- und Lebensmittelangelegenheiten

Text:

Dr. Tina Schnabel

Redaktion:

Dr. Norbert Schulze Kalthoff

Dr. Claus Weth

Brigitte Kempe

Druck:

Stadt Münster

Stand: 19.04.2013

Inhaltsverzeichnis

1	Auftrag und Ziel	4
2	Einleitung	5
3	Problemstellung	6
4	Daten	7
5	Einrichtungen der Prävention, Versorgung und Hilfen in Münster	9
6	Bewertung der Versorgungslage in Münster durch Expertinnen und Experten der Sucht-, Kranken- und Altenhilfe:	11
7	Umfrageergebnisse aus der Befragung „Süchte älterer Menschen erkennen und handeln“ – Münster 2012 und Bewertung	14
8	Weitere Stellungnahmen und Anregungen aus der Gesundheitskonferenz.....	23
9	Handlungsempfehlungen für Münster	26
10	Anlagen.....	28

1 Auftrag und Ziel

1.1 SPD-Antrag Süchte älterer Menschen erkennen und handeln!

Die SPD Fraktion hat am 31.01.2012 den Antrag an den Rat Nr. A-R/0006/2012 eingebracht. Am 09.05.2012 hat der Hauptausschuss den Antrag zur weiteren Beratung an die Seniorenvertretung und an den Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Arbeitsförderung verwiesen. Die SPD regt an, einen Bericht vorzulegen, der:

1. einen quantitativen und qualitativen Problemaufriss für die Stadt Münster darstellt,
2. den kommunalen Hilfebedarf umreißt,
3. die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen und Hilfsangebote für Suchtkranke dokumentiert und die Passgenauigkeit von Hilfeangeboten für Seniorinnen und Senioren ermittelt,
4. die zukünftig notwendigen kommunalen Handlungsschritte aufzeigt (insbesondere Aufklärungskampagnen, Schulungen für Angehörige und Pflegende/Betreuende, lokale Therapieeinrichtungen).
5. In die Zusammenarbeit zur Berichterstattung sind die Seniorenvertretung, die Wohlfahrtsverbände, die Einrichtungen der Suchthilfe sowie Ärzte- und Apothekerkammer einzubeziehen. Die Berichterstattung ist geschlechtergerecht auszurichten, insbesondere die Handlungsempfehlungen sind für Frauen und Männer gesondert auszuweisen.

Die Begründung dazu erläutert der Antrag.

1.2 Ziel

Ziel muss es sein, die Suchtproblematik im Alter sichtbar zu machen und Empfehlungen sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zu erarbeiten bzw. zu initiieren. (vgl. auch Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.; DHS)

Die Umsetzung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und erfordert auch auf kommunaler Ebene eine Verantwortlichkeit und ein koordiniertes Zusammenwirken aller Akteure aus der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung, der Suchtkrankenhilfe mit den Beratungsdiensten vor Ort bis hin in die Bereiche von Selbsthilfe und Dienstleistungen der Altenhilfe und Pflege. Daher wird dieser Bericht u. a. auch der Kommunalen Gesundheitskonferenz und der kommunalen Seniorenvertretung zur Beratung, Mitwirkung und Unterstützung vorgelegt.

2 Einleitung

Sucht stammt aus dem Begriff „siechen“ als Leiden an einer Krankheit. Später wurde Sucht in der Fachsprache durch Missbrauch und Abhängigkeit ersetzt, ist jedoch im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sucht“ erhalten geblieben. Man unterscheidet zwischen stoffabhängigen (z. B. Alkohol, Tabletten) und nicht stoffgebundenen Süchten (z. B. Spielsucht, Ess-Sucht, Magersucht). Heute ist der Begriff international klassifiziert (International Classification of Diseases, ICD F10 - ICD F19) im Sinne eines unerlaubten bis hin schädigenden Gebrauches einer bestimmten Substanz mit sozialen, physischen und psychischen Folgen für den Menschen. Hierzu gehören z. B. Entzugerscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzustände und Schweißausbrüche. Abhängigkeit wird heute als Krankheit angesehen. Insbesondere der Missbrauch von Alkohol, Medikamenten, sog. illegalen Drogen und Tabakkonsum können in eine Abhängigkeit führen.

Alkohol und psychoaktive Medikamente können auch im höheren Alter zu Missbrauch und Abhängigkeit und damit auch zu schweren gesundheitlichen Schäden führen. Das Thema bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit, weil die Anzahl der Menschen jenseits des 60. Lebensjahres steigt und weiter wachsen wird. Insgesamt wird mit dieser demografischen Entwicklung ein Anstieg der Fälle von Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankungen im Alter erwartet. Dies gilt auch für die Gruppe älterer Konsumenten von sog. illegalen Drogen, deren Anteil derzeit eher sehr gering ist, auch weil diese Menschen früher sterben. Somit beschäftigt sich dieser Bericht vorrangig mit der Alkohol- und Arzneimittelsucht im Alter.

Das Wegbrechen sozialer Kontakte, Einsamkeit, Gefühle der zunehmenden Wertlosigkeit, Ängste und familiäre Probleme sind häufige Ursachen, die zu Konflikten mit dem Umfeld, zum Rückzug aus der Gesellschaft, zu weiteren gesundheitlichen Einschränkungen, zur Verwahrlosung bis hin zur Depression und Entwicklung von Suchterkrankungen führen können.

3 Problemstellung

Die Personengruppe ab Eintritt in das Rentenalter ist in Bezug auf das Thema Sucht sowohl von der Suchtforschung als auch von der Suchtprävention eine bisher wenig beachtete Zielgruppe. Ein mangelndes Problembewusstsein in der medizinischen und pflegerischen Versorgung z. B. in Bezug auf Medikamentengabe wird immer wieder beobachtet und durch den aktuellen Arzneimittelreport 2011 der BarmerGEK (Kurzfassung S.15 ff), bestätigt. Stationäre Einweisungen werden auch aufgrund multimorbider Erkrankungen selten auf Grund der Diagnose „Sucht“, sondern eher wegen anderer, z. B. psychischer Erkrankungen vorgenommen, obwohl eine manifeste Abhängigkeit das eigentliche Problem darstellt. Sucht spielt sich vielfach „hinter verschlossenen Türen“ ab, wird nicht richtig erkannt bzw. bagatellisiert (vgl. DHS).

In einer Studie von Prof. Dr. Heike Dech (FH für Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung in Berlin) und in einer Stellungnahme der DHS werden folgende eine Suchterkrankung im Alter begünstigende Faktoren benannt:

- Beendigung des Berufslebens, Anpassung an einen neuen Lebensabschnitt
- Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden
- Einsamkeit, Wegfall sozialer Netze
- Verwitwung, Verlust von Freunden und Angehörigen
- unzureichende Freizeitgestaltung
- Heimaufnahme
- Erlernte Hilflosigkeit durch Rollen- oder Kompetenzverlust
- Nachlassende körperliche und intellektuelle Fähigkeiten
- Zunahme von Krankheiten und körperlichen Beschwerden
- zunehmende gedankliche Beschäftigung mit dem Tod

Die Betrachtung der Problemstellung stellt folgende Hypothesen und Fragen in den Vordergrund:

1. Sucht im Alter ist in der Öffentlichkeit ein wenig beachtetes Problem.
2. Fehlen ausreichende Informationsmöglichkeiten über das Krankheitsbild, Hilfesystem, die Diagnostik und Therapieformen?
3. Fehlen zielgruppen- und genderspezifische Konzepte?
4. Gibt es zu wenige niederschwellige Beratungs-/ Informationsangebote?
5. Sind Sucht- und Altenhilfe unzureichend vernetzt und deren Mitarbeiter in diesem speziellen Themengebiet unzureichend qualifiziert?
6. Ist das Hilfesystem von der medizinischen Versorgung bis hin zur Apotheke zu wenig sensibilisiert im Themenfeld Sucht im Alter?

4 Daten

4.1 Alkohol und Medikamente

Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt, dass Frauen nicht mehr als 20 Gramm Alkohol täglich zu sich nehmen sollten. Männer dürfen aufgrund abweichender physiologischer Voraussetzungen mit 30 Gramm etwas mehr trinken. Den WHO Grenzwert haben Frauen nach rund einem halben Liter Bier erreicht, beim Wein schon nach einem Glas. Männern gesteht die WHO etwa 0,75 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein zu. Ein Alkoholgenuss im Rahmen dieser Empfehlung wird als risikoarm eingestuft.

Die DHS schreibt in ihrem Jahrbuch Sucht 2013 zur Frage nach der Mortalität (Sterblichkeitsrate), dass in aktuelle Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen von jährlich etwa 74.000 Todesfällen durch Alkoholkonsum allein (26%) oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol bedingt (74 %) ausgegangen wird. (Quelle: John, U.; Hanke, M. (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. In: Alcohol and Alcoholism, 37(6), 581-585.)

Bezogen auf die Morbidität (Erkrankungsrate) berichtet die DHS, dass eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol im Jahr 2011 als zweithäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 338.400 Behandlungsfällen diagnostiziert wurde.

17,8% der Frauen und 28,4% der Männer in Deutschland über 65 Jahre wird ein Risikoalkoholkonsum, also ein Genuss oberhalb der o. g. Empfehlungen, zugeschrieben, der zu einer Abhängigkeit führen kann. Je höher die Bildungsgruppe umso größer ist der Alkoholmissbrauch. (GBE Bund 2009)

Die DHS schätzt, dass ca. 1 % der Frauen über 60 Jahre und 2-3 % der Männer schwerwiegende Alkoholprobleme haben und mehr als die Hälfte aller Medikamentenverordnungen für Patientinnen und Patienten über 60 Jahre bestimmt sind. Damit sind gerade ältere Menschen von Missbrauch und Nebenwirkungen betroffen.

Nach einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) schätzen Pflegekräfte, dass ca. 14 % der Menschen die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol oder Medikamentenprobleme haben (Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 20.10.2010).

Zum Medikamentenmissbrauch gibt es eine Vielzahl von Beschreibungen und Hinweisen seitens der DHS und der Suchthilfeeinrichtungen. Auch Forschungsberichte machen auf Missstände aufmerksam. Die Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen schätzt, dass es in der BRD ca. 1,4 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängige gibt. Dabei sind im Gegensatz zum Alkoholmissbrauch Frauen häufiger betroffen als Männer. Der Arzneimittelreport 2011 der BarmerGEK beschreibt, dass 20 % der Versicherten, vor allem die älteren, 80% der Arzneimittelmengen verordnet bekommen (Arzneimittelreport 2011 BarmerGEK, Kurzfassung S.11).

Ende der 90er Jahre hatte sich das Gesundheitsamt Münster mit der Thematik „Frauen und Medikamente - Gebrauch oder Missbrauch?“ beschäftigt und einen Gesundheitsbericht dazu erstellt. Dieser Bericht behandelte allerdings das Thema Sucht im Alter nur am Rande.

4.2 Krankenhausfalldaten und Mortalitätsdaten für Münster

Die Krankenhausfalldaten für Münster aus dem Jahr 2010 zeigen keine besonderen Auffälligkeiten, wobei, wie bereits erwähnt, ältere Patientinnen und Patienten mit einer Suchtproblematik vielfach mit einer anderen Diagnose in die stationäre Versorgung eingewiesen werden. Im Jahr 2010 hat es vier Sterbefälle im Alter 80 und älter (2x w und 2x m) klassifiziert im Sinne ICD F10 – F 19, gegeben.

4.3 Beschreibung der Datenlage allgemein

Es gibt bislang nur wenige Studien zur Häufigkeit, Entstehung, Verlauf und Behandlung von Suchtkrankheiten im höheren Lebensalter. Erste Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxisprojekten verschaffen uns jedoch Einblicke in die Situation und zeigen Bedarfe und notwendige Hilfen auf (siehe: Sucht im Alter-Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder Juli 2008; siehe auch DHS und Förderschwerpunkt „Sucht im Alter“, BMG). Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen Duisburg und Düsseldorf haben sich vor wenigen Jahren intensiv mit dieser Thematik auseinander gesetzt, Befragungen durchgeführt, bewertet und Empfehlungen erarbeitet (www.psag-duisburg.de, www.duesseldorf.de/Gesundheitsamt).

Nach Veröffentlichungen der DHS kennt Sucht keine Altersgrenzen. Alkohol, Tabak und psychoaktive Medikamente führen auch im höheren und hohen Lebensalter zu Missbrauch und Abhängigkeit sowie weiteren schweren gesundheitlichen Schäden. Auch bei illegalen Drogen gibt es eine wachsende Gruppe älterer Konsumenten, deren Bedarf an Hilfe und Unterstützung über die Behandlung der Drogenabhängigkeit hinausgeht.

Verbreitung illegaler Drogen (Bevölkerungsbezogene Daten)

Tabelle 1: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Über-40jährigen in den letzten 12 Monaten (Prävalenz = die (relative) Häufigkeit von Krankheitsfällen zu einem bestimmten Zeitpunkt.)

Altersgruppen	40-49	50-59	60-64
Irgendeine illegale Droge	2,4 %	1,1 %	0,3 %
Cannabis	2,3 %	1,1 %	0,1 %

Auf die Darstellung der Daten für "Amphetamine", "Ecstasy", "LSD", "Heroin", "Andere Opiate", "Kokain", "Crack", "Pilze" und "Spice" wurde hier verzichtet. Die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen übersteigt für keine der dargestellten Altersgruppen und Substanzen den Wert 0,4 %. Vielfach sind Prävalenzzahlen in Bevölkerungsumfragen kaum messbar. Der Konsum in den hier dargestellten Altersgruppen ist in der Bevölkerung so wenig verbreitet, dass auch in großen Stichproben keine Konsumenten auftauchen. Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2009 (Pabst et al. 2010)

Diese Untersuchungen zeigen, dass illegale Drogen in der Altersklasse jenseits des 60. Lebensjahres derzeit noch eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Diesem Sachstand folgend haben wir uns im Wesentlichen bei der Datenerhebung und Analyse in Münster auf Missbrauch (Abusus) und Abhängigkeiten von Alkohol und Medikamenten beschränkt.

5 Einrichtungen der Prävention, Versorgung und Hilfen in Münster

5.1 Ambulante Hilfen

5.1.1 Schwerpunkt: Legale Drogen

Caritasverband für die Stadt Münster e.V.

Suchtberatung

Josefstr.2

48151 Münster

Tel. 0251-53 009-341

Fax 0251-53 009-311

E-Mail suchtberatung@caritas-ms.de

www.caritas-ms.de

Diakonie Münster e.V.

Evangelisches Beratungs- und BildungsCentrum GmbH

Suchtberatung

Hörsterplatz 2b, 48147 Münster

Tel. 0251-49 01 50

Fax 0251-49 01 530

Email ebd@diakonie-muenster.de

www.diakonie-muenster.de/pics-downloads/einrichtungen/beratungsdienste/sucht.pdf

5.1.2 Schwerpunkt: Illegale Drogen

Indro e.V.

Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e. V.

Bremer Platz 18-20, 48155 Münster

Tel. 0251-6 01 23

Fax 0251-66 65 80

Email INDROeV@t-online.de

www.indro-online.de/

Drogenhilfe der Stadt Münster - Drobs

Schorlemerstraße 8, 48155 Münster

Tel. 0251-492-51 73

Fax 0251-492-77 82

Email [drobs\(@\)stadt-muenster.de](mailto:drobs(@)stadt-muenster.de)

www.muenster.de/stadt/drogenhilfe/kontakt.html

**Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
Hausärzte (Allgemeinmediziner und Internisten), www.kvwl.de**

5.1.3 Selbsthilfegruppen

Kreuzbund e. V.

Tel. 0251-4 95 63 20

E-Mail info@kreuzbund-dv-muenster.de
www.kreuzbund-dv-muenster.de

Anonyme Alkoholiker

AA-Gruppen in Münster

Tel. 0251-1 92 92

E-Mail AAMuenster@aol.com
www.anonyme-alkoholiker.de

Selbsthilfe-Kontaktstelle Münster

Paritätisches Zentrum, Dahlweg 112, 48153 Münster

Tel. 0251-609 332 30

Fax 0251-618 511 2

E-Mail selbsthilfe-muenster@paritaet-nrw.org
<http://www.selbsthilfe-muenster.de>

5.2 Psychiatrische Kliniken und Ambulanzen mit suchtttherapeutischen Schwerpunkten

LWL-Klinik Münster

Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße 30, 48147 Münster

Tel. 0251-91 555-0

www.lwl-klinik-muenster.de

LWL-Tagesklinik Münster

Suchtmedizinische Tagesklinik

Schwelingstraße 11, 48147 Münster

Universitätsklinikum Münster

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Albert Schweizer Str. 11, 48149 Münster

Tel. 0251-83566-76

Fax 0251-83566-12

Alexianer Krankenhaus

Alexianerweg 9, 48163 Münster

Tel. 02501-9 66 20-0 00

Fax 02501-9 66 20-7 52

5.3 Betreutes Wohnen (mit speziellem Angebot für Suchterkrankte)

Netzwerk Suchthilfe gGmbH

Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit schwerwiegenden, andauernden
Abhängigkeitserkrankungen
Bohlweg 66, 48147 Münster

6 Bewertung der Versorgungslage in Münster durch Expertinnen und Experten der Sucht-, Kranken- und Altenhilfe:

6.1 Drogenhilfe der Stadt Münster

Die Zuständigkeit der städtischen Drogenhilfe wie auch des freien Trägers INDRO e.V. liegt im Erwachsenenbereich bei den Konsument/innen illegaler Drogen. Aktuell sind Konsument/innen illegaler Drogen, die älter als 65 Jahre sind, kein Thema in der Arbeit der Drogenhilfe. Die Altersspanne der Klientel der Drogenhilfe (INDRO e.V. und Drogenhilfe Stadt) wird jedoch zunehmend größer. So war in 2011 der jüngste Klient der Drogenhilfe 13, der älteste opiatabhängige Klient 61 Jahre alt (vgl. Jahresbericht der Drogenhilfe 2011). In Münster sind mit fast 800 Personen, aktuell grob geschätzt 2/3 aller Opiatabhängigen, substituiert. Dieses Ausmaß an Substitution und die damit verbundene regelmäßige Behandlung durch einen Arzt lassen die Lebenserwartung von Heroinkonsumenten im Durchschnitt ansteigen. Diese Entwicklung führt dazu, dass sich die Altenpflegeeinrichtungen mittelfristig konzeptionell auch auf diese Klientel werden einstellen müssen.

Eine Unterbringung in „Spezialeinrichtungen“ (die ersten Einrichtungen entstehen aktuell) mag in Einzelfällen sinnvoll sein, grundsätzlich würde jedoch aus Sicht der Drogenhilfe die Qualifizierung des Pflegepersonals bestehender Einrichtungen der Altenpflege für die Arbeit mit dieser Klientel begrüßt werden.

6.2 Sozialamt der Stadt Münster

In verschiedenen ambulant betreuten oder stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben auch Menschen, bei denen als Zweitdiagnose eine Suchterkrankung vorliegt. Im Vordergrund steht aber die Behandlung einer anderen Erkrankung. Anbieter solcher Einrichtungen sind z. B. die Alexianer Münster GmbH und der Förderkreis Sozialpsychiatrie e.V.

Der LWL-Wohnverbund verfügt über eine Wohngruppe für Männer und Frauen, bei denen eine Suchterkrankung vorliegt. Es werden 12 Plätze vorgehalten, einige Bewohner sind über 65 Jahre alt. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe plant eine neue ambulant betreute Wohngruppe an der Weseler Straße in Münster, in der Menschen Aufnahme finden können, bei denen eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt bzw. Menschen mit Doppeldiagnosen (Sucht und Psychosen).

Die Bischof-Hermann-Stiftung bietet das sogenannte „Langzeitwohnen“ an. Hier leben Menschen, die über einen längeren Zeitraum wohnungslos waren und bei denen häufig eine Suchterkrankung vorliegt. Auch hier gibt es keine Altersbegrenzung, so dass einige von ihnen auch älter als 65 Jahre sind.

Spezielle Angebote in den Einrichtungen der Altenpflege für abhängigkeiterkrankte Menschen gibt es derzeit nicht.

In einer Altenpflegeeinrichtung in Münster leben überdurchschnittlich viele Menschen mit einer Suchterkrankung. Dies ist jedoch konzeptionell nicht verankert, sondern Resultat einer langjährigen Entwicklung. Bedürfnisorientiert finden hier im Rahmen der sozialen Betreuung u. a. viele Einzelgespräche statt. Ein spezielles Angebot für suchterkrankte Menschen existiert hier aber nicht. Eine sinnvolle Ergänzung des Angebotes in Münster wird zukünftig eine Einrichtung der Bischof-Hermann-Stiftung darstellen. In der umgebauten Dreifaltigkeitskirche werden zukünftig auch suchtkranke Menschen mit Pflegebedarf aufgenommen und ambulant betreut.

Der Soziale Fachdienst Senioren und Pflege stellte wiederholt fest, dass auch bei Menschen, die über 65 Jahre alt sind, Suchterkrankungen – insbesondere Alkoholer-

krankungen – vorliegen.

Bei fortgeschrittener Abhängigkeitserkrankung (z. B. Korsakowsyndrom), die auch in Einzelfällen mit geringer Pflegebedürftigkeit einhergeht, ist das ambulante Setting oft nicht ausreichend. Dieser Personenkreis benötigt eine feste Tagesstrukturierung wie in stationären Einrichtungen sowie Betreuungspersonal, das täglich darauf achtet, dass diese Menschen sich und ihre Wäsche pflegen sowie geregelte Mahlzeiten zu sich nehmen. Sofern eine stationäre Betreuung zwingend erforderlich ist, greift der Soziale Fachdienst Senioren und Pflege zunächst auf die in Münster vorhandenen Möglichkeiten wie z. B. die Aufnahme im Meckmannshof, im Haus Thomas oder im LWL-Pflegezentrum zurück. Sind hier keine freien Kapazitäten, werden Angebote in der Umgebung genutzt.

Diese sind z. B.

- Maria Veen in Reken,
- Salze Stift in Bad Salzuflen,
- Haus Arca in Nottuln,
- Senioren Wohnpark Weser, Haus Glandorf in Glandorf,
- Altenzentrum St. Augustinus in Nordwalde.

Ein Bedarf für eine gesonderte Beratung von Einrichtungen der Altenpflege wird in einer Stellungnahme des Sozialamtes Münster/ Informationsbüro Pflege nicht gesehen, ebenso wenig die Einrichtung spezieller Wohnformen für ältere Menschen mit Süchten, vielmehr sollte dieser Personenkreis in den vorhandenen Einrichtungen Aufnahme finden. Gegebenenfalls müssten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend fortgebildet werden, um eine bedürfnisorientierte Betreuung leisten zu können.

6.3 Anonyme Alkoholiker Münster

Zusammenfassend kommen die Sprecher (Betroffene und Angehörige) der AA zu dem Ergebnis, dass es bezüglich der Selbsthilfe kein spezifisches Angebot für ältere Suchtkranke geben muss. Es existieren bezogen auf Alter und Geschlecht heterogene Gruppen, es überwiegt bereits die Anzahl der über 50 jährigen. Als problematisch werden zum Einen die Einsamkeit und die, nach wie vor, mangelnde Sensibilität der Öffentlichkeit für das Thema genannt. Zum Anderen wird kritisch angemerkt, dass nach wie vor die mangelnde Schulung /Wissen zum Thema Suchterkrankungen der (Haus-)Ärzeschaft ein Problem sei. Es werde zu wenig geschult und seitens der Ärzteschaft zu selten über Suchterkrankungen aufgeklärt.

6.4 Kreuzbund Diözesanverband Münster e.V.

Zusammengefasst kommt man im Kreuzbund überein, dass kein spezielles Angebot für ältere Suchtkranke in Münster benötigt werde. Verbesserungspotential wird an folgenden Stellen gesehen:

Das Problem der zunehmenden Medikamentenabhängigkeit im Alter sollte offengelegt werden. Suchterkrankte, die in Altenheimen leben, sollten adäquate Beratung und Behandlung erfahren. Hier sollte die Problematik offener thematisiert werden.

Es sei wichtig zu beachten, dass ältere oft zu anderen Tageszeiten aktiv sind als jüngere Menschen, dementsprechend sollten die Angebote zeitlich angepasst werden.

Eine verbreitete Problematik und möglicherweise Ursache von Suchterkrankungen könnte eine mangelnde sinnvolle Freizeitgestaltung im Alter sein.

6.5 Interview mit Dr. Tilmann Fey, Chefarzt Gerontopsychiatrie der LWL-Klinik Münster

Nach einer Einschätzung von Dr. T. Fey entspricht die Zunahme der älteren Patientinnen und Patienten die eine Suchterkrankung aufweisen, der demographischen Entwicklung in Deutschland. Ältere Menschen rechtfertigen ihre Suchterkrankung häufig mit dem Argument, dass das Medikament vom Arzt verschrieben und somit die Einnahme erlaubt sei, oder sehen dies als Lösungsstrategie um „Altersbeschwerden“ besser ertragen zu können. Tatsächlich gibt es nur einen relativ kleinen Anteil an Patientinnen und Patienten, die eine Schmerzmittelabhängigkeit aufweisen. Ein Großteil der abhängigen Älteren konsumiert Benzodiazepine (z. B. Lexotanil, Tranxilium und Valium), wobei es hierfür möglicherweise Risikofaktoren gibt, die eine Verschreibung der Medikamente begünstigen: weibliches Geschlecht, hohes Lebensalter, Heimbewohner/in. Der Anteil der low-dose-Benzodiazepinabhängigen könnte seiner Einschätzung folgend ca. 10-20% der Allgemeinbevölkerung über 65 Jahre betragen (ca. 5 mg Diazepam o. ä. pro Tag).

Folgende Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung /Behandlung älterer Menschen mit Suchterkrankungen wurden von Dr. Fey abgegeben:

- Bei älteren Menschen besteht relativ häufig eine sog. late-onset-Erkrankung, (Eine in Fachkreisen übliche Klassifikation besteht darin, die Betroffenen entsprechend dem Beginn des problematischen Trinkens in „early onset“ – bzw. „late onset“-Trinker zu unterteilen.) Betroffen sind vielfach Menschen aus akademischen Berufen, die ein anderes Beratungs- und Therapieangebot benötigen als die early-onset-Patientinnen und - Patienten. Hier müssen Angebote differenzierter ausgerichtet werden.
- Eine Broschüre oder Internetseite, mit allen Informationen über Hilfen zum Thema in Münster und im Umland für Betroffene, Angehörige und Professionelle, wäre wünschenswert. (ähnlich „Wegweiser Demenz“).
- Es sollte eine Liste der Einrichtungen geben, die Entwöhnungsbehandlungen bei über 65-jährigen durchführen.
- Es besteht weiter Aufklärungsbedarf über die benannte Problematik für Hausärzteschaft, Betroffene, Angehörige.
- Es muss in somatischen Krankenhäusern bei dem Personal ein Bewusstsein für Suchterkrankungen älterer Menschen geschaffen werden.
- Es wären betreute Wohnplätze für ältere polytoxikomane (= vielfach abhängigkeitserkrankte) Menschen wünschenswert, sowie eine Liste der Einrichtungen, die sich prinzipiell zur Aufnahme bereit erklären.

7 Umfrageergebnisse aus der Befragung „Süchte älterer Menschen erkennen und handeln“ – Münster 2012 und Bewertung

Das Gesundheitsamt wurde vom Rat der Stadt Münster mit der Erstellung eines Berichtes zur o. g. Fragestellung beauftragt, der einen qualitativen und quantitativen Problemaufriss geben und mögliche Handlungsempfehlungen für die Stadt Münster beinhalten soll.

Zwischenzeitlich hat sich auch die 21. Landesgesundheitskonferenz NRW mit dem Thema „Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger“ beschäftigt. In der Entschließung vom 22. November 2012 wurde u. a. der Hinweis auf die Notwendigkeit der Beachtung des Aspektes der Medikamentenabhängigkeit im Kontext der Arzneimitteltherapiesicherheit gegeben.

[http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/LGK_2012 - Entschlie ung 20121120.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/LGK_2012_-_Entschlie_ung_20121120.pdf) Seite 8)

Zur Erstellung des Berichtes haben wir Daten aus diversen Anbietern der der Sucht-, Kranken- und Altenhilfe in Münster erhoben. Insgesamt nahmen vier psychiatrische Fachkliniken und fünf Beratungsstellen an der Umfrage des Gesundheitsamtes teil. Zudem beteiligten sich 23 niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte sowie Fachärzte für Psychiatrie/ Psychotherapie oder Nervenheilkunde aus Münster an der Umfrage.

Die vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes entwickelten und verwendeten Fragebögen finden sich in der Anlage.

Die folgenden Definitionen liegen u. a. den nachfolgenden Daten zugrunde:

Unter **(Suchtmittel-)Missbrauch** allgemein versteht sich der Gebrauch einer Sache in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht, und zwar in qualitativer und/oder quantitativer Hinsicht. Unter Suchtmittelmisbrauch (= Abusus) ist daher ein erhöhter Konsum zu verstehen, der zu körperlichen, psychischen und sozialen Schäden führt. Vom Suchtmittelmisbrauch gibt es fließende Übergänge zur Suchtmittelabhängigkeit.

Nach dem ICD 10 (= Internationale Klassifikation psychischer Störungen) soll eine Diagnose **„Abhängigkeitssyndrom bzw. Abhängigkeit“** nur dann gestellt werden, wenn bei einer betroffenen Person während des letzten Jahres mindestens drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

- a) Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren.
- b) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels.
- c) Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- d) Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.
- e) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- f) Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art).

7.1 Ergebnisse und Bewertung

7.1.1 Beratungsstellen und Fachkliniken (relevante Ergebnisse)

Beratungsstellen	gesamt	Frauen	Männer
Erstkontakte gesamt	49	33	16
Primäres Suchtmittel Alkohol	46	31	15
Opiatkonsum	1	1	0
Abhängigkeit/Missbrauch von Sedativa	2	1	1

Die weit überwiegenden Anlässe zum Aufsuchen einer Beratungsstelle stehen im Zusammenhang mit dem Suchtmittel Alkohol. Frauen nutzen das Angebot etwa doppelt so häufig wie Männer.

Menschen mit Abhängigkeitserkrankung, die sich ambulant in einer Klinik in MS vorgestellt haben (Erstkontakte)	gesamt	Frauen	Männer
Primäres Suchtmittel Alkohol	121	55	66
Opiatkonsum	1	0	1
Abhängigkeit/Missbrauch von Sedativa	10	9	1

Auch hier dominieren alkoholbedingte Anlässe, wobei keine eindeutige signifikante Geschlechterdifferenz bei der Nutzung der Krankenhausambulanzen zu erkennen ist.

7.1.2 Arztpraxen

Geschätzte Gesamtzahl der Menschen, die in 2011 in hausärztlichen oder psychiatrischen Fachpraxen betreut wurden	Anzahl Praxen Ges.: 23
bis 500	2
500-999	4
1000-1499	2
1500-1899	2
1900-2499	3
2500-3500	4
3500-4500	5
4500-7000	1

Die Gesamtzahl der betreuten Patienten in den rückgemeldeten Arztpraxen ist sehr unterschiedlich, so dass kein Mittelwert oder eine andere verlässliche Statistikzahl als Bezugsgröße zur Berechnung von absoluten Zahlen zu Grunde gelegt werden kann.

Geschätzte Prozentzahlen der Menschen, die 65 Jahre oder älter sind (Vergleichsgröße: Alle Patientinnen und Patienten)	Anzahl Praxen
< 10%	2
10%	2
20%	6
30%	3
40%	3
50%	6
60%	1

Als Näherungswert kann davon ausgegangen werden, dass etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten der teilnehmenden Praxen über 65 Jahre alt ist.

Geschätzte Prozentzahl der Menschen, die 65 Jahre oder älter sind und einen Alkohol-Abusus betreiben () = Abhängigkeit liegt vor	Anzahl Praxen Ges.: 22
<=1%	3 (10)
2%	3 (3)
3-5%	8 (4)
7-10%	3 (4)
12-15%	3
> 20%	2 (1)

In dieser und den nachfolgenden Tabellen werden die Zahlen für Abusus (= Missbrauch) und Abhängigkeit (Zahlenwert in Klammern) zusammen dargestellt, da eine differenziertere Betrachtung im Rahmen der Zielsetzung des Berichtes nicht erforderlich erscheint.

Im Mittel werden von den Praxisleitungen angenommen, dass etwa 3-5 % der Patientinnen und Patienten, die über 65 J. alt sind, einen Missbrauch und etwa die Hälfte davon eine manifeste Abhängigkeit aufweisen. Die Bandbreite ist allerdings groß. Zwei Praxen gaben an, dass nach ihrer Einschätzung mehr als ein Fünftel ihrer Patientinnen und Patienten über 65 einen Alkoholabusus betreiben.

Geschätzte Prozentzahl der Patienten, die 65 Jahre oder älter sind und einen Schmerzmittel-Abusus betreiben () = Abhängigkeit liegt vor	Anzahl Praxen Ges.: 20
<=1%	2 (3)
2%	2 (2)
4-5%	9 (8)
7-10%	2 (7)
15%	2
18-20%	3

Durchschnittlich wird bei etwa 5 % der Patientinnen und Patienten in den teilnehmenden Praxen ein Schmerzmittelabusus angenommen. Aber auch hier findet sich eine große Bandbreite. In drei Praxen geht man davon aus, dass fast ein Fünftel der Patientinnen und Patienten den genannten Abusus betreiben.

Geschätzte Prozentzahl der Patienten, die 65 Jahre oder älter sind und einen Sedativa-Abusus betreiben () = Abhängigkeit liegt vor Sedativa = Beruhigungsmittel (z. B. Benzodiazepine)	Anzahl Praxen Ges.: 21
<=1%	3 (6)
2%	3 (4)
3-5%	9 (5)
7-10%	1 (3)
15%	3 (2)
> 20%	2 (1)

Bei Beruhigungsmitteln sieht die Situation vergleichbar aus. Auch hier muss von 3-5% der Patienten ausgegangen werden, die im Alter von über 65 J. einen Beruhigungsmittelabusus betreiben oder schon eine Abhängigkeit aufweisen.

7.2 Kommentare und Anmerkungen der Institutionen

7.2.1 Frage: Wo besteht (bezogen auf > 65-jährige und den Gender-Aspekt) Ihrer Meinung nach eine Unterversorgung, welche weiteren ambulanten/stationären oder rehabilitativen Versorgungslücken gibt es? (Frage 5 im Formular)

EOS-Klinik:

Niedrigschwellige, altersgemäße Beratungsangebote müssen ausgebaut werden, um die Behandlungsbereitschaft zu erhöhen.

Teilstationäre psychotherapeutische Behandlungsangebote für medikamentabhängige Senioren müssen geschaffen werden.

DROBS:

Die Altersspanne der Klientel der Drogenhilfe (Indro e. V. u. Drogenhilfe der Stadt

MS) wird größer. So war in 2011 der älteste Klient der Drogenhilfe 61 Jahre alt. Perspektivisch werden sich die Altenhilfeeinrichtungen konzeptionell auf diese Klientel einstellen müssen.

INDRO e. V.:

Das höchste Alter der Nutzer/innen unserer niedrighschwelligen Angebote - u. a. Konsumraum - liegt bei 55 Jahren. Da viele schwer erkrankt sind, wird es in Zukunft sicherlich notwendig werden, über geeignete Pflegemaßnahmen bei Opiat-/Methadonabhängigkeit (z. T. polyvalent) nachzudenken.

Diakonie Suchtberatung:

Problematisch ist es für lebensältere Menschen, die einer privaten Krankenkasse angehören, eine stationäre Entgiftung bzw. stationäre Entwöhnungsbehandlung zu bekommen, da die Privaten Krankenkassen Sucht i. d. R. aus ihrem Leistungskatalog ausgeschlossen haben.

Lebensjüngere haben bei privater Krankenversicherung zumindest noch die Möglichkeit der stationären Entwöhnung über die Rentenversicherung.

Caritas Suchtberatung:

Die Fragestellung sollte Bestandteil von Leistungsvereinbarungsgesprächen und Qualitätsdialogen sein.

7.2.2 Frage: Haben Sie weitere Anregungen oder Handlungsempfehlungen zur Verbesserung von Beratungsangeboten, Vernetzung von Angeboten, Selbsthilfegruppen oder Stärkung von ehrenamtlicher Tätigkeit? (Frage 6 im Formular)

Diakonie Suchtberatung:

Oft fehlen für lebensältere Menschen „unter 80“ soziale Netzwerke und Treffmöglichkeiten außerhalb des Suchtbereiches.

Auch Betätigungsmöglichkeiten inkl. ehrenamtlicher Tätigkeit sind oft schwer für ältere Menschen zu finden. Hierfür sind kreative Ideensammlung, Realisierungsbemühungen und Informationsweitergabe nötig.

7.2.3 Frage: Gibt es Indizien dafür, dass es eine stationäre oder ambulante Unterversorgung in Münster gibt?

Beratungsstellen:

In Münster gibt es 4 große Beratungsstellen für Menschen mit Suchterkrankungen, zudem 3 große Selbsthilfegruppen und 3 psychiatrische Kliniken mit Ambulanzen, die teilweise gezielt, teilweise unter anderem Menschen mit Suchterkrankungen beraten. Hinweise für eine Unterversorgung werden nicht gegeben.

Ambulant betreutes Wohnen:

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe plant eine neue ambulant betreute Wohngruppe an der Weseler Straße, in der Menschen Aufnahme finden können, bei denen eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt bzw. Menschen mit Doppeldiagnosen (Sucht

und Psychosen).

Anbieter weiterer ambulanter Einrichtungen sind z. B. die Alexianer Münster GmbH und der Förderkreis Sozialpsychiatrie e.V.

Stationär betreutes Wohnen:

LWL-Wohnverbund: Wohngruppe für Männer und Frauen, bei denen eine Suchterkrankung vorliegt, 12 Plätze. Menschen, die älter als 65 Jahre sind, gehen zunächst in das LWL-Pflegezentrum (Ernst-Kirchner-Haus, Kinderhauser Str. 92). Dieses bietet vollstationäre Pflege im Sinne des SGB XI auch für Menschen mit erhöhtem psychosozialen Hilfebedarf.

Weitere Hinweise auf einen zusätzlichen spezifischen Bedarf für stationäre Einrichtungen des betreuten Wohnens werden von den Anbietern nicht gegeben. Zur Versorgungslage wird auf Kapitel 6.2 verwiesen.

Angebote der Altenhilfe

Spezielle Angebote in den Einrichtungen der Altenpflege für abhängigkeiterkrankte Menschen gibt es derzeit nicht.

In einer Altenpflegeeinrichtung in Münster leben überdurchschnittlich viele Menschen mit einer Suchterkrankung (Ev. Altenhilfezentrum Meckmannshof, Meckmannweg 74). Dies ist jedoch konzeptionell nicht verankert, sondern Resultat einer langjährigen Entwicklung. Bedürfnisorientiert finden hier im Rahmen der sozialen Betreuung u. a. viele Einzelgespräche statt. Ein spezielles Angebot für suchterkrankte Menschen existiert hier aber nicht.

Im Haus Thomas, dessen Träger die Alexianer Münster GmbH ist, leben ältere Menschen, die geistig oder psychisch behindert sind. Psychische Behinderungen stehen häufiger im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung.

Eine sinnvolle Ergänzung des Angebotes in Münster wird eine neue Einrichtung der Bischof-Hermann-Stiftung darstellen. Derzeit wird die frühere Dreifaltigkeitskirche umgebaut, in der zukünftig auch suchtkranke Menschen mit Pflegebedarf aufgenommen und ambulant betreut werden.

7.2.4 Frage: Gibt es Indizien dafür, dass es zu wenig qualifiziertes Personal oder zu wenige Fortbildungen für diesen Themenbereich gibt?

Fortbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Caritas GmbH bietet z. B. eine Veranstaltung zum Thema „Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtverhalten“ an.

Beim DPWV NRW besteht die Möglichkeit, sich zum "Suchtberater" ausbilden zu lassen.

Auch die Alexianer GmbH schult ihr Personal hinsichtlich der Abhängigkeitserkrankungen von Bewohnern. Hier wird der „Basiskurs Sucht“ ebenso angeboten wie der „Basiskurs Psychiatrie“, bei dem sich ein Modul mit Abhängigkeitserkrankungen beschäftigt.

Zahlreiche Fortbildungen werden über die LWL-Koordinationsstelle Sucht angeboten. Themen sind u. a. Sucht und Medizin, Sucht und Recht, geistige Behinderung und

Sucht, Ressourcenaktivierung und Suchttherapie, Psychosoziale Betreuung Substituierter.

Im Juni 2012 fand die Aktionswoche "Sucht hat immer eine Geschichte" statt. In diesem Rahmen hatte die Caritas eine Veranstaltung für Pflegedienste zum Thema "Sucht im Alter" angeboten, die mangels Interesse ausfallen musste. Herr Dr. Fey (Chefarzt Gerontopsychiatrie der LWL Klinik Münster) hielt einen Vortrag zum gleichen Thema, der an alle Interessierten gerichtet war, und leider nur mit sehr geringer Besucherzahl stattfand.

7.2.5 Frage: Gibt es Indizien dafür, dass die Wartezeiten für eine Beratung oder Behandlung zu lang sind?

Caritas Suchtberatung Münster

Jeden Montag gibt es eine offene Sprechstunde, ein erster Kontakt kann innerhalb einer Woche stattfinden. Von dort oder über telefonische Anmeldung wird ein Erstgespräch in einer der Caritas Beratungsstellen vereinbart. Die Caritas ist ebenfalls bei den Anträgen auf ambulante Rehabilitation, ärztliche Gutachten und Sozialberichte behilflich.

Die Klientin/der Klient bleibt während dieser Zeit, bis zur stationären oder Rehabilitation weiterhin in Einzelgesprächen angebunden und erhält dann zeitnah nach der Kostenzusage in einer Therapiegruppe einen Aufnahmetermin; d. h. die Kontinuität der Beratung bleibt in jedem Fall für den Klienten/die Klientin durchgehend gewahrt.

7.2.6 Frage: Liegen die Probleme vielleicht eher in der privathaushaltlichen Versorgung?

Das Wegbrechen sozialer Kontakte, Einsamkeit, Gefühle der Wertlosigkeit, Ängste, familiäre Probleme sind Ursachen, die zu Konflikten mit dem Umfeld, zum Rückzug aus der Gesellschaft, zu weiteren gesundheitlichen Einschränkungen, zur Verwahrlosung bis hin zur Depression und Entwicklung von Suchterkrankungen führen können.

Zu dieser Frage trafen keine Rückmeldungen ein. Offensichtlich liegen dem angesprochenen Personenkreis bzw. den angesprochenen Institutionen keine Daten oder Erfahrungen zu diesem Thema vor.

Bezüglich der theoretischen Annahmen wird auf die Ausführungen im Kapitel 3 verwiesen.

7.2.7 Frage: Wie ist die Polypharmazie im Alter zu bewerten, trägt dies zur Suchtentwicklung bei?

Ein mangelndes Problembewusstsein in der medizinischen und pflegerischen Versorgung z. B. in Bezug auf Medikamentengabe wird immer wieder beobachtet und durch den aktuellen Arzneimittelreport 2011 der BarmerGEK (Kurzfassung S.15 ff) bestätigt.

Es wird in dem genannten Bericht auch beschrieben, dass 20% der Versicherten, vor allem die älteren, 80% der Arzneimittelmengen verordnet bekommen (Kurzfassung S.11).

Wie oben bereits erwähnt, hat sich die Landesgesundheitskonferenz NRW in ihrer

Entschießung zur Arzneimitteltherapiesicherheit vom November 2012 ebenfalls des Themas angenommen.

Antworten zu diesem Themenfeld gingen bei der "Münsterumfrage" nicht ein.

7.3 Zusammenfassende Bewertung der Umfrage

Die DHS schreibt zu der Problematik von „Missbrauch und Abhängigkeit im Alter“:

"Hauptziel ist es, Suchtmittel konsumierenden Frauen und Männern im höheren und hohen Lebensalter, den Zugang zu fachgerechter Beratung und Behandlung zu erleichtern. Die weitgehende Ausklammerung des Themas in Öffentlichkeit, Medien, Politik, Wissenschaft und Forschung muss aufgehoben werden.

Zum Hintergrund: Suchtprobleme sind auch im höheren und hohen Lebensalter weit verbreitet: Mehr als 2 Mio. ältere Männer und Frauen rauchen, bis zu 400.000 sind von einem Alkoholproblem betroffen und bei 1 bis 2 Mio. Menschen weist der Gebrauch psychoaktiver Medikamente zumindest Gewohnheitscharakter auf. In den Einrichtungen der Suchthilfe sind ältere Männer und Frauen jedoch nur selten anzutreffen. Im Jahr 2004 waren von insgesamt rund 250.000 Betreuten, deren Beratung und Behandlung dokumentiert wurde, nur rund 12.400 im Seniorenalter. Damit erhält nur ein sehr kleiner Teil der Betroffenen angemessene fachliche Hilfe."

Die Ergebnisse der Umfrage "Sucht im Alter" für Münster stellen aufgrund der geringen Datenmenge kein statistisch repräsentatives Ergebnis für die Stadt dar. Es besteht eine relativ hohe Streubreite der Zahlen, die von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Kliniken und Beratungsstellen in Münster angegeben wurden. Dies dürfte mit Schwerpunktbildungen, sozialräumlicher Lage und/oder vertraglich geregelter Ausrichtung der Leistungsanbieter begründet sein. Die Rücklaufquote der Fragebögen von Beratungsstellen und Kliniken war 100%, so dass hier verlässliche Aussagen möglich sind. Der Rücklauf aus den Praxen (21 % der Angefragten) war jedoch relativ gering.

Insgesamt verfügt Münster nach hiesiger Expertenmeinung über eine gute suchtmmedizinische Versorgung. Die Wartezeiten für Beratungen sind kurz, die Einrichtungen jedoch oftmals nicht speziell auf die Altersgruppe jenseits des 65. Lebensjahres ausgerichtet. Es gibt z.B. keine Seniorenheime, die auf ältere suchtkranke Menschen spezialisiert sind, bisher werden suchtkranke Menschen in vorhandene Strukturen mehr oder weniger gut integriert. Bis dato existieren keine offiziellen Vernetzungsstrukturen zwischen Alten- und Suchthilfesystemen. Angebote zu Fortbildungen in diesem Bereich sind zwar vorhanden, die Annahme dieser Angebote scheint jedoch gering zu sein.

Möglicherweise ist das ein Grund dafür, dass sich den Antworten aus der Umfrage nicht entnehmen lässt, dass es bereits gender- oder migrationsspezifische Angebote in Münster gibt (s. Antworten zur Frage 7.2.4). Hier muss allerdings zwischen dem präventiven und dem kurativen Bereich differenziert werden. Im präventiven Bereich werden spezielle Zielgruppen angesprochen. Hier sind spezifische Ansätze grundsätzlich vielversprechend. Das Wagnis liegt eher darin, dass die Gruppengrößen aufgrund der hohen Spezifität (Differenzierungskriterien: Sucht, Alter, Geschlecht und Migrationsvorgeschichte) zu klein werden, um längerfristig einigermaßen tragfähig zu sein. Im kurativen Bereich dominiert ohnehin der individuelle Ansatz (Einzelberatung und/oder Einzeltherapie), so dass individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht, Migrationsvorgeschichte etc. selbstverständlich voll umfänglich berücksichtigt werden

können.

Genderspezifisch gibt es allerdings besondere Aspekte zu berücksichtigen:

Frauen und Männer unterscheiden sich häufig bezüglich Ursachen und Verläufen von Suchterkrankungen sowie hinsichtlich ihrer bevorzugten Suchtmittel und komorbiden Störungen (zusätzliche Begleiterkrankungen).

Komorbide Störungen, z. B. Depression, Angst-, Posttraumatische Belastungsstörung, treten bei suchtkranken Frauen häufiger auf (Lieb & Isensee, 2002). Die verfügbaren epidemiologischen Daten zu den verschiedenen Abhängigkeiten können je nach den unterschiedlichen Erhebungsformen und Veröffentlichungen schwanken, zudem finden sich kaum Daten über Menschen mit Suchterkrankungen, die älter als 65 Jahre sind.

Alkohol (Kraus & Augustin, 2001): Für das Jahr 2000 wurden 1,5 Millionen Alkoholabhängige geschätzt. Die Ergebnisse zeigen eine 12-Monats-Prävalenz von 1,3% bei den Frauen und 4,8% bei den Männern.

Nach wie vor trinken Männer deutlich mehr Alkohol als Frauen und weisen riskantere Konsummuster auf. Dennoch ist bei Frauen seit Jahren ein steigender Alkoholkonsum zu beobachten. Ein Vergleich europäischer Studien zum Alkoholkonsum von Frauen deutet zudem darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen dem Leben in gesellschaftlich weniger anerkannten Rollen (z. B. in Deutschland alleinstehende, berufstätige Frauen) und einem hohen Alkoholkonsum besteht (Gmel, Bloomfield, Ahlström, Choquet & Lecomte, 2000).

Medikamente (Kraus & Augustin, 2001): Frauen nehmen bis zu zweimal häufiger als Männer psychoaktive Medikamente ein. Die 12-Monats-Prävalenz für Medikamentenabhängigkeit (hier: Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz-, Anregungsmittel und Appetitzügler) beträgt 3,2% der weiblichen Wohnbevölkerung sowie rund 2,5% der männlichen. Sie steigt mit zunehmendem Alter. Von den mind. 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen sind ca. 1,1 Millionen von Beruhigungs- und Schlafmitteln aus der Benzodiazepingruppe abhängig (Glaeske, 2003).

Eine geschlechtsspezifisch ausgerichtete Therapie bietet – mutmaßlich – auch für Menschen jenseits des 65. Lebensjahres Vor- und Nachteile. In einer Studie (C. Zenker, 2009, „Gender in der Suchtarbeit“) wurde nachgewiesen, dass:

- Frauen, gerade zu Beginn, Behandlungen mit anderen Frauen und durch Therapeutinnen ablehnen.
- Männer soziale Fähigkeiten besonders gut in gemischtgeschlechtlichen Gruppen entwickeln
- Männer besonders von strukturierten Gruppen, die auf Kognition zielen und gültige Überzeugungen vermitteln profitieren (z. B. AA)
- Frauen eher von wenig strukturierten Gruppen, die Gefühlsbearbeitung integrieren sowie Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit stärken, profitieren

„Geschlechtergerechte Suchtarbeit stellt sicher, dass Frauen und Männer in ihren Erfahrungen und Bedürfnissen gleichberechtigt behandelt werden und gleichermaßen ernst genommen und kompetent unterstützt sind. Deshalb verbessert geschlechtergerechte Suchtarbeit den Zugang zum Hilfeangebot und erhöht dessen Wirksamkeit“. (zitiert nach www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/leitfaden_maenner.PDF, April 2006).

An dieser Stelle gilt es jedoch folgendes zu beachten:

1. Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen sollten primär Stoff-bezogen sein, da sich die Ursachen, Verlaufsformen und Konsummuster bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit oftmals stark unterscheiden.
2. Angesichts der relativ kleinen Menge der für diesen Bericht erhobenen Daten ist noch nicht absehbar, ob zum jetzigen Zeitpunkt eine geschlechtsspezifische Ausrichtung der Suchtbehandlung möglich ist, d. h., ob es ausreichend behandlungswillige Frauen und Männer in Münster gibt, die älter als 65 Jahre sind und unter der gleichen Abhängigkeitsform (Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit) leiden.

Eine geschlechtsspezifische Ausrichtung bleibt generell bei der Erarbeitung von Zielen, Maßnahmen und Umsetzung im Fokus der Aktivitäten.

Auf die Frage „Wie ist die Polypharmazie im Alter zu bewerten, trägt dies dazu bei?“ (Frage 7.2.7), gab es leider keine Antwort. Hier muss offensichtlich noch ein Problembewusstsein in den Fachkreisen geweckt werden, da unumstritten eine Mehrfachmedikation (insbesondere bei Schmerzmitteln und Psychopharmaka) das Risiko für die Entstehung einer Abhängigkeit erhöht.

Es werden zu folgenden Themen Anregungen seitens der Experten im Einzelnen erteilt:

- Spezielle Beratungs- und Therapieangebote für ältere Menschen, differenziert nach early onset- und late onset-Betroffenen.
- Informationen bzw. Übersicht über Hilfen zum Thema in Münster und im Umland für Betroffene, Angehörige und Professionelle mit Listen von Kliniken, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen
- Schulung über benannte Problematik für die Hausärzteschaft, für Personal im Pflegebereich und in der Suchthilfe; Wissenstransfer und Vernetzung der Professionellen.
- Weiterentwicklung der Versorgung mit Blick auf die derzeitige und zukünftige Problematik, insbesondere betreute Wohnplätze für ältere suchtkranke Menschen

8 Weitere Stellungnahmen und Anregungen aus der Gesundheitskonferenz

Kommunale Seniorenvertretung

Die Kommunale Seniorenvertretung Münster (KSVM) wird den aufgezeigten Handlungsempfehlungen im Bericht zur aktuellen Lage in Münster insbesondere hinsichtlich der "Verbesserten Prävention durch mehr Öffentlichkeitsarbeit" (s. u. 9.1) folgen und unterstützt das Vorhaben Informationsangebote an für Senioren gut erreichbaren Orten anzubieten, Vorträge in Senioreneinrichtungen zu halten und Presseartikel in Medien zu veröffentlichen, die von Senioren genutzt werden. Dazu wird die KSVM eine enge Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen und dem Gesundheitsamt suchen.

Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Die Vertreterin der Apothekerkammer in der Gesundheitskonferenz wies darauf hin, dass vor allem Frauen oft ungewollt in eine Medikamentenabhängigkeit geraten, da teilweise Informationen über die abhängig machenden Eigenschaften von Schlaf-, Schmerz- und Abführmitteln fehlen. Sie legte besonderen Wert auf präventive Arbeit

bei Frauen ab dem 55. Lebensjahr.

Ärzttekammer Westfalen-Lippe

Die Beratungskommission „Sucht und Drogen“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe begrüßt die Initiative der Stadt Münster, sich mit dem Thema „Sucht im Alter“ auseinanderzusetzen. Allerdings vertritt die Beratungskommission die Ansicht, dass die spezielle Problematik der Suchtentwicklung im Alter durch einen suchtspezifischen Bericht allein nicht ausreichend differenziert erfasst wird.

Suchtentwicklungen bei älteren Patientinnen und Patienten sind häufig nicht ein primäres Problem, sondern eine – wenn auch dysfunktionale – Coping Strategie zur Bewältigung von Einsamkeit, Angst und Leiden.

Deshalb ist die Beratungskommission der Ansicht, dass die Situation älterer Menschen in einer Kommune umfassender aufgegriffen und angegangen werden sollte. Es sollte dabei auch um die Beschreibung und Benennung der sozialen und strukturellen Situation der betroffenen Personengruppe (Menschen ab 65) gehen (als Stichworte seien hier genannt: „Teilhabe“, „Altersarmut“, „Isolation“ usw.) Es stelle sich die Frage, ob die Informationen des vorgelegten Berichts nicht eher Bestandteil bzw. ein Aspekt des umfassenderen Seniorenberichts der Seniorenvertretung in Münster sein sollten. Hier wurde ja bereits, wie in anderen Kommunen auch, ein stadtteilbezogener, quartiers- bzw. gemeinwesenbezogener Ansatz gewählt, unter dem auch das Thema „Sucht im Alter“ konkreter betrachtet werden kann.

Strukturelle und gesellschaftliche Probleme könnten nicht (alleine) durch die Ärzteschaft gelöst werden. Es sei erforderlich, das Thema „Sucht und Missbrauch“ bereits im Vorfeld der Entstehung einer Suchterkrankung anzugehen (Stichwort: Prävention im Alter).

Nach Ansicht der Beratungskommission ist eine Kooperation des gesamten Unterstützungs- und Hilfesystems für die in Rede stehende Altersgruppe notwendig. Ein wirksames Hilfesystem solle sich nicht nur auf suchtspezifische Aspekte begrenzen.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) leiste seit Jahren durch verschiedene Aktivitäten ihren Beitrag, um das Thema „Sucht“ zu entstigmatisieren. Dabei seien nicht nur die Patienten und Patientinnen betroffen, sondern häufig auch ihre Behandler und Behandlerinnen. So scheine der Hinweis auf das mangelnde Problembewusstsein in der medizinischen und pflegerischen Versorgung (Pkt. 7.2.7) zu kurz gegriffen.

Als eine Handlungsstrategie sei vorstellbar, das Thema „Sucht“ als Standardthema in der Aus- und Fortbildung von Gesundheits- und Sozialberufen zu etablieren.

Die ÄKWL biete seit Jahren regelmäßig sowohl für ihre Mitglieder als auch für medizinische Fachangestellte und andere Interessierte entsprechende Veranstaltungen an. Eine besondere Zielgruppe, z. B. bei der nächsten Veranstaltung im Rahmen der Fortbildungswoche auf Borkum, seien die Hausärzte und Hausärztinnen.

Als Handlungsempfehlung für Münster schlägt die ÄKWL ergänzend und in Konkretisierung der bereits formulierten Vorschläge vor, gemeinsam modellhaft ein Fortbildungsmodul für die verschiedenen Berufsgruppen zu entwickeln und dabei das jeweils vorhandene spezifische Wissen zu nutzen.

Die Beratungskommission „Sucht und Drogen“ stehe dafür gerne unterstützend zur

Verfügung.

Gesundheitskonferenz

Von verschiedenen Mitgliedern der Gesundheitskonferenz wurden folgende Hinweise zur weiteren Planung gegeben:

- Als **Zielgruppen** für Präventionsmaßnahmen sollten Menschen von 55 bis 65 Jahren, 66 bis 75 und über 75 Jahre ins Auge gefasst werden. Zum Einen sollte man früh genug anfangen, um den Einstieg in die Sucht im Alter zu verhindern, zum Anderen bestehen in den genannten Altersgruppen sehr unterschiedliche Probleme, die auch unterschiedlich angegangen werden müssen.
- Einerseits muss man „**Sucht**“ **differenzieren**, weil Sucht nicht gleich Sucht ist und andererseits
- muss der **Stigmatisierung der Sucht im Alter** entgegen gewirkt werden. Das Thema muss im medizinischen und pflegerischen Bereich bewusst wahrgenommen und bearbeitet werden.
- Als Mitglieder für den einzurichtenden **Arbeitskreis** der Gesundheitskonferenz werden empfohlen bzw. benannt:
 - o TelefonSeelsorge
 - o Krisenhilfe
 - o Fachhochschule Münster, FB Sozialwesen, LB Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin, Frau Prof. Gläseker
 - o Ärztekammer und gleichzeitig Gerontopsychiatrische Beratung, Frau Oberfeld
 - o AWO Modellprojekt „Sucht und geistige Behinderung“, Frau Kretschmann-Weelink
 - o Vertreter/in der ambulanten Pflegedienste
- Die Verwaltung wurde gebeten zu prüfen, ob eine Teilnahme an einem Förderprojekt des Bundes in Betracht kommt.

9 Handlungsempfehlungen für Münster

Nachfolgende Handlungsempfehlungen sollen dazu dienen, die o. g. Anregungen aufzugreifen und langfristig ein Konzept zur Verbesserung der suchtmmedizinischen Versorgung älterer Menschen in Münster zu entwickeln. Sie sollen helfen, dem Missbrauch und der Abhängigkeit von Suchtmitteln auch im höheren Lebensalter wirkungsvoll zu begegnen. Dabei gilt es in erster Linie, durch Suchtprävention und Gesundheitsförderung ein kritisches Bewusstsein gegenüber Suchtmitteln in der Bevölkerung zu erzeugen ("primäre Prävention").

Des Weiteren soll die Qualität der vorhandenen Angebote der Suchtkrankenhilfe gesichert bzw. verbessert und zielgruppenspezifische Maßnahmen gefördert werden.

Hierbei muss beachtet werden, dass die vorhandenen und neu zu entwickelnden Maßnahmen behindertengerecht und barrierefrei sind, zudem sollte auf eine geschlechtsspezifische Ausrichtung der Angebote Wert gelegt werden.

Diese Handlungsempfehlungen wenden sich grundsätzlich an alle Verantwortlichen in Politik und Verwaltung, an die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sowie an Dienste der Gesundheitsförderung und -hilfe. Die Konkretisierung soll federführend durch die unter 9.2 benannte Projektgruppe geplant und umgesetzt werden.

Auf eine praxisnahe Evaluation suchtpreventiver und Suchthilfe-Angebote sollte zum Zwecke der Qualitätssicherung künftig verstärkt Wert gelegt werden. Dabei kann die angebotene Mitarbeit der Fachhochschule sehr hilfreich sein.

9.1 Verbesserte Prävention durch mehr Öffentlichkeitsarbeit

- Öffentlichkeitsarbeit weiterentwickeln, d. h. institutionsübergreifende Informationsangebote schaffen, an für Senioren gut erreichbaren, wohnortnahen Orten und Zeiten, barrierefrei und multimedial
- Vorträge in Senioreneinrichtungen, Kirchengemeinden und Volkshochschule
- Presseartikel besonders in Medien, die von Senioren genutzt werden

Auf Vorschlag der Kommunalen Seniorenvertretung wird das Thema „Sucht im Alter“ das Schwerpunktthema der Veranstaltung „Gesund & aktiv – älter werden in Münster“ am 24.10.2013, 14.30 -17.30 Uhr im Gesundheitshaus.

Erläuterung

In Münster existiert ein recht gut ausgebautes Netz ambulanter und stationärer Suchthilfen; dies bestätigen viele der vor Ort tätigen Beratungsstellen, Kliniken und Experten der Suchthilfe. Trotzdem erkranken immer wieder auch ältere Menschen an Abhängigkeitserkrankungen oder bleiben über lange Zeit unbehandelt. Die Umfrage zeigt, dass ältere betroffene Menschen oder deren Angehörige, auf den herkömmlichen Wegen der Suchthilfe nur unzureichend erreicht werden und solche Angebote Betroffenen und Angehörigen oft zu wenig bekannt sind.

Daher muss die Problematik bekannter und der Öffentlichkeit zugänglicher gemacht werden. Öffentliche Informationsveranstaltungen und die Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial (z. B. Info-Broschüren oder Webseiten) tragen zu einer erhöhten Aufmerksamkeit der Bevölkerung bei.

Informationen zu allen Fragen der Beratungsmöglichkeiten, der Suchtentwicklung

und Behandlungsoptionen im Alter sollten zur Verfügung gestellt werden, möglicherweise bestehende Zugangsbarrieren (wie z. B. lediglich per Internet verfügbare Informationen) müssen aufgedeckt werden.

Um die Betreuung und Versorgung älterer Menschen mit Suchterkrankung nachhaltig zu verbessern, sollte neben den gesundheitlichen Problemen für die Betroffenen, auch auf die gesellschaftspolitische Relevanz des Themas hingewiesen werden.

Diese Handlungsempfehlung kann nur unter Mitwirkung aller in der Suchtprävention und Suchthilfe tätigen Institutionen und Personen gelingen. Vorhandene Netzwerkstrukturen sollen zur Umsetzung der Handlungsempfehlung genutzt und motiviert werden. Eine wichtige Rolle wird dabei die Psychiatriekoordination des Gesundheitsamtes übernehmen.

9.2 Krankheitsverständnis und Sensibilität bei Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten wecken bzw. fördern

- Einrichtung eines Arbeitskreises der Gesundheitskonferenz aus Mitgliedern der vorhandenen Arbeitsgruppe "Suchtprävention" sowie den Akteuren aus dem Bereich der Suchthilfe/-versorgung und Selbsthilfe, die sich mit Fragen der Weiterentwicklung von Angeboten für ältere suchtkranke Menschen beschäftigt, ein Konzept zur besseren Information und Schulung von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten entwickelt und an der Umsetzung mitwirkt. Als weitere Mitglieder sollen die unter Punkt 8 genannten Expertinnen und Experten eingeladen werden.
- Im Rahmen der kommunalen Aufgabe psychosoziale Betreuung, Suchthilfe und -beratung vorzuhalten, übernehmen die Träger subsidiär Leistungen in diesem Bereich. Mit der Diakonie Münster und dem Caritasverband Münster existieren solche Leistungsvereinbarungen. Die Stadt Münster gewährt dem Träger der Suchtberatungsstelle als Gegenleistung eine finanzielle Vergütung. Die Ziele im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung umfassen u. a. auch die Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots zur Suchtprävention und -hilfe im Alter, die Unterstützung bei der Stärkung der Suchtselbsthilfepotentiale, sowie die Bereitstellung und Anpassung der Präventions- und Hilfeangebote.

Vor dem Hintergrund dieser Leistungsvereinbarung streben wir auch in Bezug auf das Thema Sucht im Alter eine Weiterentwicklung der Kooperation an. Hier böte sich die Möglichkeit der Einrichtung eines spezifischen Beratungsangebotes oder auch die Weitervermittlung von Hilfsangeboten an.

Erläuterung

Im Arbeitskreis sollen dann die einzelnen Handlungsempfehlungen operationalisiert und deren schrittweise Umsetzung begleitet werden. Der damit verbundene Beteiligungs- und Vernetzungsprozess wird mit dazu beitragen, das Thema „Sucht im Alter“ in Münster präsenter zu machen und die Angebotsvielfalt zu erhöhen. Dabei soll auch die Berücksichtigung geschlechts- und migrationsspezifischer Aspekte gefördert werden. Der Arbeitskreis wird sich auch mit der Frage befassen, ob Projektmittel des Bundes beantragt werden können.

9.3 Über gemeindenahe Angebote für Betroffene, Angehörige und Helfer informieren und deren Kooperation bzw. Vernetzung fördern

- Auflistung vorhandener professioneller Hilfe-Strukturen, z. B. durch das Erstellen einer Informationsbroschüre mit einer Übersicht über Institutionen mit unterschiedlichen Angeboten und deren Kontaktadressen (Federführung: Gesundheitsamt unter Einbeziehung der relevanten Akteure und Strukturen im Stadtgebiet)
- Förderung der Kooperation der Sucht- und Altenhilfe, z. B. im Rahmen einer ge-

meinsamen Fortbildungsveranstaltung für Fachkräfte aus beiden Bereichen (Federation: Geschäftsstellen der Gesundheits- und Pflegekonferenz)

Erläuterung

Die Erstellung einer barrierefreien Kontaktadressen-Liste mit Überblick über alle bestehenden Angebotsstrukturen in Münster mit dem Ziel einer optimalen Verknüpfung bestehender Beratungs- und Hilfemöglichkeiten erleichtert Betroffenen, deren Angehörigen aber auch den professionellen Helfern eine effiziente Suche nach Hilfeangeboten und erscheint daher sinnvoll. Inhaltlich sollten folgende Institutionen mit aufgenommen werden: ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der Tagespflege, Betreutes Wohnen, Träger der offenen Altenarbeit, stationäre Altenhilfe, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, spez. Stationen in Krankenhäusern, Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes, gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer, Betreuungsvereine, Soziale Dienste, Einrichtungen der Suchthilfe und Selbsthilfegruppen.

Möglichkeiten der Kooperation und des Wissenstransfers bieten sich beispielsweise auch in Qualitätszirkeln, Fallkolloquien und gemeinsamen, fachübergreifenden Fortbildungsveranstaltungen. Es ist notwendig, dass neben einem behandelnden Hausarzt auch die Möglichkeit einer fachärztlichen und einer psychotherapeutischen Behandlung dieser Menschen gegeben ist.

Im Sinne einer guten Vernetzung sollten Einrichtungen der Sucht- und der Altenhilfe enger zusammen arbeiten und Schnittstellen definiert werden. Fachkräfte aus allen Bereichen müssen ausreichend qualifiziert sein, um dieser vernetzten Aufgabenstellung gerecht werden zu können. Aufgabe und Ziel der Fachkräftequalifizierung sollte ein gegenseitiger Wissensaustausch zwischen den Expertinnen und Experten der jeweiligen Einrichtungen aus Sucht- und Altenhilfe sein. Hierzu könnten sich Seminare, aber auch regelmäßige Qualitätszirkel und Supervisionen eignen, nicht nur um fachliches Wissen, sondern auch um konzeptionelles Knowhow auszutauschen. Regelmäßige Fortbildungen im eigenen Arbeitsbereich und Wissenstransfer zu den Kooperationspartnern würde die Möglichkeiten der Weiterbildung multiplizieren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zusätzlich fördern.

10 Anlagen

Fragebogen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Ratsantrag: Süchte älterer Menschen erkennen und handeln!

- Fragebogen für Beratungsstellen-

Name der Institution:

1. **Erstkontakt:** Wie hoch war die Anzahl der Menschen ab dem 65. Lebensjahr, die sich aufgrund einer Sucht- Problematik erstmalig im Jahr 2011 in Ihrer Institution beraten ließen?

	Gesamt	Männlich	Weiblich
Alkoholabhängigkeit:			
Opiatabhängigkeit:			
Sedativaabhängigkeit*:			
Multiple Substanzabh.*2:			

2. **Abhängigkeit:** Wie hoch war die Anzahl der medikamenten- und/oder alkoholabhängigen Menschen, die 65 Jahre oder älter sind und in Ihrer Institution beraten wurden, im Jahr 2011? (2. Kontakt oder öfter, unabhängig vom Zeitpunkt des Erstkontaktes)

	Gesamt	Männlich	Weiblich
Alkoholabhängigkeit:			
Opiatabhängigkeit:			
Sedativaabhängigkeit*:			
Mult. Substanzabh.*2:			

3. **Missbrauch:** Wie hoch war die Anzahl der Menschen, die 65 Jahre oder älter sind und Medikamente und/oder Alkohol missbräuchlich konsumieren?

	Gesamt	Männlich	Weiblich
Alkoholmissbrauch:			
Opiatmissbrauch:			
Sedativamissbrauch:			
Mult.Substanzmissbr.			

*Sedativaabhängigkeit: Abhängigkeit von Benzodiazepinen oder Hypnotika

*2Multiple Substanzabhängigkeit: Abhängigkeit von mindestens 2 unterschied. Stoffen

4. Gibt es in Ihrer Einrichtung spezielle ambulante, stationäre oder rehabilitative Konzepte und Angebote für >65- jährige Patienten?

Nein ☐

Ja ☐ wenn ja welche?

Sind diese Konzepte gender- spezifisch ausgerichtet?

Nein ☐

Ja ☐

5. Wo besteht (bezogen auf >65-jährige und den Gender- Aspekt) Ihrer Meinung nach eine Unterversorgung, welche weiteren ambulanten/ stationären oder rehabilitativen Versorgungslücken gibt es?
6. Haben Sie weitere Anregungen oder Handlungsempfehlungen zur Verbesserung von Beratungsangeboten, Vernetzungen von Angeboten, Selbsthilfegruppen oder Stärkung von ehrenamtlichen Tätigkeiten?

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Münster dankt für Ihre Unterstützung!

Hr. Korn/ Fr. Dr. Schnabel

- Fragebogen für Kliniken -

Name der Institution:

1. **Erstkontakt:** Wie hoch war die Anzahl der Patienten/innen ab dem 65. Lebensjahr, die sich aufgrund einer Sucht- Problematik erstmalig im Jahr 2011 in Ihrer Institution ambulant oder stationär beraten oder behandeln ließen?

Ambulant:

	Gesamt	Männlich	Weiblich
ICD 10 F10:			
ICD 10 F11:			
ICD 10 F13:			
ICD 10 F19:			

Stationär:

	Gesamt	Männlich	Weiblich
ICD 10 F10:			
ICD 10 F11:			
ICD 10 F13:			
ICD 10 F19:			

2. **Abhängigkeit:** Wie hoch war die Anzahl der medikamenten- und/oder alkoholabhängigen Patienten, die 65 Jahre oder älter sind und in Ihrer Institution **ambulant** oder **stationär** behandelt wurden, im Jahr 2011? (2. Kontakt oder öfter, unabhängig vom Zeitpunkt des Erstkontaktes)

Ambulant:

	Gesamt	Männlich	Weiblich
ICD 10 F10.2:			
ICD 10 F11.2:			
ICD 10 F13.2:			
ICD 10 F19.2:			

Stationär:

	Gesamt	Männlich	Weiblich
ICD 10 F10.2:			
ICD 10 F11.2:			
ICD 10 F13.2:			
ICD 10 F19.2:			

3. **Missbrauch:** Wie hoch war die Anzahl der **ambulant** oder **stationär** behandelten Patienten, die 65 Jahre oder älter sind und Medikamente und/oder Alkohol missbräuchlich konsumieren?

Ambulant:

	Gesamt	Männlich	Weiblich
ICD 10 F10.1:			
ICD 10 F11.1:			
ICD 10 F13.1:			
ICD 10 F19.1:			

Stationär:

	Gesamt	Männlich	Weiblich
ICD 10 F10.1:			
ICD 10 F11.1:			
ICD 10 F13.1:			
ICD 10 F19.1:			

4. Gibt es in Ihrer Einrichtung spezielle ambulante, stationäre oder rehabilitative Konzepte und Angebote für >65- jährige Patienten?

Nein ☐

Ja ☐ wenn ja welche?

Sind diese Konzepte gender- spezifisch ausgerichtet?

Nein ☐

Ja ☐

5. Wo besteht (bezogen auf >65-jährige und den Gender- Aspekt) Ihrer Meinung nach eine Unterversorgung, welche weiteren ambulanten/ stationären oder rehabilitativen Versorgungslücken gibt es?

6. Haben Sie weitere Anregungen oder Handlungsempfehlungen zur Verbesserung von Beratungsangeboten, Vernetzungen von Angeboten, Selbsthilfegruppen oder Stärkung von ehrenamtlichen Tätigkeiten?

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Münster dankt für Ihre Unterstützung!

Hr. Korn/ Fr. Dr. Schnabel

- Fragebogen -

Namen der an der Umfrage beteiligten **ärztlichen Kollegen**:

Facharztrichtung:

Bitte beachten Sie, dass sich die von Ihnen genannten Zahlen lediglich **auf das Jahr 2011** beziehen sollen!

1. Wie hoch schätzen Sie die Prozentzahl ihrer Patienten die 65 Jahre oder älter sind?
2. Wie hoch schätzen Sie die Prozentzahl ihrer Patienten die 65 Jahre oder älter sind und...
 - a) einen Alkohol- Abusus betreiben?
 - b) eine Alkohol- Abhängigkeit aufweisen?
3. Wie hoch schätzen Sie die Prozentzahl ihrer Patienten die 65 Jahre oder älter sind und...
 - a) einen Schmerzmittel- Abusus betreiben?
 - b) eine Schmerzmittel- Abhängigkeit aufweisen?

4. Wie hoch schätzen Sie die Prozentzahl ihrer Patienten die 65 Jahre oder älter sind und...
- a) einen Sedativa- Abusus betreiben?
 - b) eine Sedativa- Abhängigkeit aufweisen?

5. Anmerkungen/Anregungen:

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Münster dankt Ihnen für Ihre Bemühungen und Kooperation!

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. med. T. Schnabel

Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie

Abteilungsleitung Sozialpsychiatrischer Dienst

Psychiatriekoordination