

Inhalt

Das Expertenforum Altersalkoholismus des Kantons Zürich

Dr. med. Thomas Meyer 3

Einstellungen zu Alkoholproblemen und zum Umgang mit ihnen in Altersheimen

Dr. phil. Richard Müller 5

Zusammenfassung 5

Wichtigste Ergebnisse der Befragung 5

Folgerung 6

1. Ziele der geplanten Studie 7

2. Zum Hintergrund der Studie 7

2.1 *Wie viel trinken alte Menschen?* 7

2.2 *Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei älteren Menschen* 9

2.3 *Psychosoziale Risikofaktoren für Alkoholmissbrauch bei älteren Menschen* 10

2.4 *Alkohol im Altersheim* 10

2.5 *Der positive Nutzen des Alkoholkonsums im Alter* 11

2.6 *Ist Alkohol das Lebenselixier des Alters?* 11

2.7 *Die Reaktion der sozialen Umwelt auf abweichendes Trinken Betagter* 12

3. Methodik 13

3.1 *Befragungsart* 13

3.2 *Zielpopulation und erreichte Ausschöpfung* 13

3.3 *Fragebogen* 15

3.4 *Ablauf der Befragung* 15

3.5 *Auswertung* 16

4. Ergebnisse 16

4.1 *Problemwahrnehmung* 16

4.2 *Institutionelle Regeln* 18

4.3 *Reaktion bei Regelverletzungen* 20

4.4 *Alkoholprobleme im Altersheim – wie sich Probleme äussern* 21

4.5 *Die wahrgenommenen Folgen des übermässigen Trinkens* 22

4.6 *Die Grenze des Tolerierbaren* 23

4.7 *Generelle Haltung gegenüber Altersheimbewohnern und -bewohnerinnen mit Alkoholproblemen* 23

4.8 *Die Handlungsoptionen bei Alkoholproblemen von Altersheimbewohnern und -bewohnerinnen* 27

4.9 *Hauptschwierigkeiten im Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen, die Alkoholprobleme haben* 28

4.10 *Die erforderliche Qualifikation der Mitarbeitenden in Altersheimen hinsichtlich der Betreuung Suchtkranker* 29

4.11 *Ethische Fragen in der Betreuung von alten Menschen mit Suchtproblemen* 30

Literatur 34

Expertenforum Altersalkoholismus

Dr. med. Thomas Meyer 35

Das Expertenforum Altersalkoholismus des Kantons Zürich*

Altersfragen werden in der jüngeren Vergangenheit sowohl in der Laienpresse als auch in Fachpublikationen vermehrt thematisiert. Im Zusammenhang mit epidemiologischen als auch mit gesellschaftlichen Entwicklungen gewinnt dabei auch die Frage des Alkoholkonsums bei älteren und alten Menschen zunehmend an Bedeutung. In der 2006 vom Verwaltungsrat verabschiedeten Strategie der Forel Klinik wurde deshalb der Altersalkoholismus als eines der künftigen Schwerpunktthemen benannt.

In der Folge initiierte die Forel Klinik 2007 die Gründung des Expertenforums Altersalkoholismus des Kantons Zürich. Dieses interdisziplinär und interinstitutionell zusammengesetzte Gremium (Teilnehmerliste im Anhang) versucht seither, die Behandlung älterer Menschen mit Alkoholproblemen zu verbessern. Es geht darum, die Gefährdung älterer Menschen mit Alkoholproblemen und missbräuchlichem Konsum rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Dabei haben sich gewisse Leitgedanken herauskristallisiert:

- Hohe Bedeutung der lebensfeld- und gemeindenahen Behandlung
- Hohe Bedeutung des Subsidiaritätsprinzips (Hausärzte, Spitex, Pflegefachleute in Kranken- und Pflegeheimen vor Spezialisten)
- Wichtigkeit aufsuchender psychiatrischer Unterstützung
- Hoher Bedarf an konsiliarärztlichen Angeboten (Geriatric, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin)
- Primat von Kranken- und Pflegeheimen vor psychiatrischen Subspezialeinrichtungen (Vermeidung von Ghettoisierung)
- Wichtigkeit von Fort- und Weiterbildung, Supervision und Balintgruppen für Hausärzte und Spitex- und Pflegeheim-MitarbeiterInnen.
- Bedeutung von Gesundheitsförderung und zielgruppenspezifischer Prävention bei älteren Menschen mit Alkoholproblemen

Bei der Auseinandersetzung mit allfälligen Versorgungslücken hat sich – wie in der einschlägigen Literatur bestens bekannt – gezeigt, dass «Altersalkoholiker» nicht etwa eine Einheit bilden, sondern nach Problemstellung und Vorgeschichte in Untergruppen unterteilt werden können, die je unterschiedliche Interventionsansätze erfordern. In Verfeinerung der üblichen Einteilungen geht das Expertenforum von folgender Klassifikation aus¹:

1) *Early onset drinkers* (Alt gewordene, chronische Alkoholiker)

Meist polymorbide Patientengruppe, oft mit lang dauernder sozialer Desintegration, oft mit langer psychiatrischer und suchttherapeutischer Anamnese, gewissermassen therapierefraktäre Alkoholabhängige. Therapeutische Massnahmen stehen unter dem Leitgedanken von Schadensbegrenzung, Erhaltung von Würde und (eingeschränkter) Autonomie.

2) *Late onset drinkers* (Späte Problemmanifestation)

a) *Symptomatische Form*: Bei dieser Gruppe handelt es sich um einen sekundären oder symptomatischen Alkoholismus bei einer zu Grunde liegenden somatischen oder psychiatrischen Erkrankung (z.B. Demenz oder Depression). Die integrale Behandlung unter Berücksichtigung des Grundleidens hat hier Vorrang und ist i.d.R. eine ärztliche (somatisch-psychiatrische) Aufgabe.

b) *Subakute, maladaptive Form*: Alkoholismus als Ausdruck eines misslungenen Übergangs ins dritte Lebensalter (häufig nach Pensionierung auftretend) im Sinne einer untauglichen Selbstmedikation. Therapeutisch stehen bei dieser Gruppe Frühinterventionen beraterischer oder therapeutischer Art im Vordergrund (Einzel- und/oder Gruppe), weil auf Patientenseite oft eine hohe Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit besteht. Die Behandlungsergebnisse

* Autor Dr. med. Thomas Meyer, Chefarzt Forel Klinik

¹ Meyer, T., Willmann, B. (2008), Altersalkoholismus – Eine Bestandesaufnahme, Zürcher Expertenforum für Altersalkoholismus, unveröffentlicht

sind teilweise besser als bei Erwachsenen im jüngeren und mittleren Lebensalter². Auf psychiatrische Aspekte (u.a. Notwendigkeit einer Pharmakotherapie, psychiatrische Folgeprobleme wie Affektlabilität, Enthemmung, Depression, Suizidalität, Phobien, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, wahnhaft Tendenzen, Rückzugsverhalten, Verwahrlosung, gestörte Fahrtüchtigkeit) ist zu achten³.

- c) *Akute reaktive Form*: Alkoholproblem nach einschneidenden, negativen Lebensereignissen (Partnerverlust, Erkrankung, etc.). Ähnliche Patientenmerkmale wie bei der subakuten maladaptiven Form. Therapeutisch sind u.a. ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote, u.U. auch halbstationäre oder stationäre fachklinische Angebote geeignet.

Bei der Planung und Umsetzung künftiger Versorgungsangebote gilt es, sowohl die genannten Leitgedanken, als auch die sehr heterogenen beschriebenen Zielgruppen im Auge zu behalten.

Vor diesem Hintergrund hat das Expertenforum eine Reihe von Projekten initiiert.

Dazu gehören:

- *Konzeptsichtung*: Es wurden sämtliche Konzepte des Kantons Zürich der letzten zehn Jahre gesichtet, die sich in irgendeiner Form mit der der Versorgung älterer psychiatrischer Patienten mit Suchtproblemen befassten⁴. Aus dieser Konzeptsichtung wurden Handlungsfelder für künftige Massnahmen zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen mit Alkoholproblemen abgeleitet.
- *Screeninginstrumente*: Es wurde eine Sichtung international anerkannter Screeninginstrumente zur Identifizierung von älteren Menschen mit Alkoholproblemen vorgenommen. Diese Instrumente sollen künftig insbesondere ärztlichen Grundversorgern zur Verfügung gestellt werden.
- *Checkliste für Hausärzte*: Ärztlichen Grundversorgern, die bekanntlich häufig erste Anlaufstelle bei problematischem Alkoholkonsum im Alter sind, soll eine Checkliste zum problemadäquaten Vorgehen zur Verfügung gestellt werden.
- *Homepage*: Die Planung einer Homepage (www.altersalkoholismus.ch) ist in Bearbeitung. Darauf soll Fachleuten an der Front eine Synopsis des aktuellen Wissens zum Thema Altersalkoholismus einfach und in geordneter Form zugänglich gemacht werden.
- *Broschürenprojekt*: Zur Verbesserung der Früherfassung und -intervention ist unter Federführung der ZüFAM (Zürcher Fachstelle für Alkohol- und Drogenprobleme) die Konzipierung einer Broschüre für Betroffene, Angehörige und das involvierte Fachpersonal (Spitex und Mitarbeiterinnen von Alters- und Pflegeheimen) geplant. Dabei sollen in einer Begleitforschung die Auswirkungen solcher Broschürenkampagnen untersucht werden.
- *Studie Richard Müller*: Im Wissen darum, dass sich in Alters- und Pflegeheimen eine erhebliche Zahl von Personen mit problematischem Alkoholkonsum aufhält, hat die Forel Klinik bei Richard Müller, dem ehemaligen Direktor der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme in Lausanne, den Auftrag zu einer gesamtschweizerischen Erhebung der Praxis im Umgang mit Alkohol in Alters- und Pflegeheimen in Auftrag gegeben. Diese Studie wird im vorliegenden Band wiedergegeben.

Das Expertenforum Altersalkoholismus des Kantons Zürich hat keine offizielle Trägerschaft, sondern ist ein informeller Zusammenschluss von Vertretern verschiedenster Institutionen, die in ihrer Alltagsarbeit mit älteren und alten Menschen, damit auch mit Alkoholproblemen im Alter, konfrontiert sind. Es sollen die bestehenden Versorgungsstrukturen optimiert werden und gleichzeitig den Betroffenen ein grösstmögliches Mass an Lebensqualität, Autonomie und Würde gewährleistet werden.

² Schnoz, D. et al. (2006), Alter und Sucht, Forschungsbericht aus dem ISGF Nr. 0221/2006

³ Harald Klingemann & Richard Müller (2007), Alkoholprobleme im Alter – biographische Übergänge und Suchtverläufe, Referat an der SAG Tagung «Suchtmittelmissbrauch im Alter» Olten, 9. März 2007

⁴ Meyer, T., Willmann, B. (2008), Altersalkoholismus – Eine Bestandesaufnahme, Zürcher Expertenforum für Altersalkoholismus, unveröffentlicht

Einstellungen zu Alkoholproblemen und zum Umgang mit ihnen in Altersheimen*

Zusammenfassung

Eine elektronische Befragung in Alters- und Pflegeheimen in der deutschen und französischsprachigen Schweiz soll Auskunft über Einstellungen zu Alkoholproblemen und zum Umgang mit ihnen geben. Hintergrund der Befragung ist der Sachverhalt, dass mit der demografischen Entwicklung sich die Alkoholproblematik im höheren Alter akzentuiert. Dazu kommt, dass die Einstellungen gegenüber alten Menschen mit Suchtproblemen ambivalent sind, d.h. zwischen Laisser faire und Paternalismus pendeln und zudem Hinweise vorliegen, dass das Altenhilfssystem und das Suchthilfesystem nicht optimal zusammenarbeiten und nicht optimal auf die Problemlage reagieren.

Zielpersonen der Umfrage waren leitende Personen von Alters- und Pflegeheimen. Insgesamt konnten 2100 E-Mail-Adressen von entsprechenden Institutionen gefunden und angeschrieben werden. Von diesen öffnete rund die Hälfte der angesprochenen Einrichtungen das Mail trotz zweimaliger Anmahnung nicht. Von den Beantwortern/Beantworerinnen berichteten 64 Einrichtungen, dass sie dem Kriterium «Alters- und Pflegeheim» nicht entsprechen. Von den verbleibenden Adressen beantworteten 557 den Fragebogen. Diese Anzahl darf wohl als verkleinertes Abbild der Gesamtheit betrachtet werden, so dass die Ergebnisse mehr oder weniger auch für die Gesamtheit gültig sind.

Wichtigste Ergebnisse der Befragung

- Alkoholprobleme sind in Einrichtungen der Altenhilfe in der Wahrnehmung der Befragten zumeist kein dringendes, weil kaum häufiges Phänomen. Die geringe Häufigkeit wird mit der demografischen Zusammensetzung der Klientel erklärt (hohes Alter, weiblich). Angesprochen auf die Dunkelziffer, meint immerhin ein Drittel der Befragten, dass Alkoholprobleme in Altersheimen wohl häufiger seien als angenommen.
- Die Haltung gegenüber dem Alkoholkonsum in Einrichtungen der Altenhilfe ist uneinheitlich. Strikte Konsumverbote gibt es nur selten. Zwar wird Bewohnern und Bewohnerinnen zumeist Autonomie hinsichtlich des Alkoholkonsums zugestanden, doch zugleich wird diese Autonomie häufig auf spezifische Situationen (zum Essen, bei Festlichkeiten) eingeschränkt.
- Es besteht eine relativ hohe Toleranz gegenüber dem Konsum, so lange die Folgen des Alkoholgebrauchs nicht störend wirken. Die Toleranz ist abhängig vom Grad der Störung des Alltags; damit wird eine Grenze überschritten, Massnahmen scheinen den Befragten erforderlich.
- Alkoholprobleme äussern sich gemäss den Befragten in erster Linie auf der Ebene von Konflikten mit Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen sowie mit dem Personal; in zweiter Linie manifestieren sie sich auf der Ebene der Hygiene. Von manchen Befragten wird auch der pflegerische Mehraufwand bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit Alkoholproblemen erwähnt.
- Die Diagnose «Suchterkrankung» schliesst die Aufnahme in ein Altersheim in den meisten Fällen nicht aus.
- Es ist gemäss der Mehrheit der Befragten, besser ältere Suchtkranke in normalen Altenhilfeeinrichtungen zu behandeln, um sie nicht zu stigmatisieren. Erst nach Misserfolgen soll die Behandlung in einer Fachklinik erfolgen.

* Autor Dr. phil. Richard Müller, ehem. Direktor schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). Das Manuskript wurde von Peter Eggli, Forschungsleiter Forel Klinik, und Barbara Steiger, Co-Leiterin Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) kritisch gesichtet. Wir danken ihnen für die wertvollen Anregungen.

- In den meisten Fällen wird eine Alkoholproblematik gegenüber einem Heimbewohner oder einer Heimbewohnerin direkt angesprochen. Doch es gibt nur bedingt ein gemeinsames Handeln bei Alkoholproblemen. In vielen Fällen wird ein Alkoholproblem einfach an Medizinalpersonen delegiert. Eine Minderheit der Befragten beklagt nicht nur die fehlende Geschlossenheit des Teams, sondern auch die mangelnde Erfahrung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen im Bereich der Suchtkrankheiten.
- Die Haltung gegenüber alkoholabhängigen Bewohnern und Bewohnerinnen ist ambivalent, einerseits will man ihnen angesichts des fortgeschrittenen Alters die Beschwerden einer Entzugsbehandlung ersparen, andererseits will man sie zu einer Therapie bewegen, weil sie sich nur «suchtfrei» ihres Alters erfreuen können.
- Die Betreuung suchtkrank Menschen erfordert ohne Zweifel spezifische Qualifikationen und eine bestimmte Haltung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Ein Bedürfnis nach Weiterbildung der Mitarbeitenden wird in knapp der Hälfte der Fälle angemeldet. Der Bedarf ist jedoch gemäss den Befragten nicht dringend.
- Die Enquête zeigt, wie sehr die Befragten in einer ethischen Zwangslage zwischen Laissez-faire und paternalistischer Attitüde stecken. Ein gutes Drittel der Befragten entscheidet sich für das Autonomiemodell, der alte Mensch kann selbstständig entscheiden, was ihm frommt, wenn gleich ihm dies letztlich zum Schaden gereicht. Ein nahezu identischer Anteil von Befragten optiert für das paternalistische Modell, gerade weil die Gefahr des Autonomieverlustes besteht, muss man bei Alkoholproblemen eingreifen. Manche entziehen sich diesem Dilemma, indem sie sich auf das Ordnungsprinzip berufen: Massnahmen sind erforderlich, weil Alkoholprobleme andere tangieren.

Folgerung

- Die Alkoholproblematik in Altersheimen zeigt deutlich, dass mit einer Veränderung von Lebenssituationen auch der Umgang mit psychoaktiven Substanzen und den Menschen, die sie brauchen, immer wieder neu überdacht und den jeweiligen Erfordernissen angepasst werden muss. Das Recht der Bewohner und Bewohnerinnen auf Behandlung, aber auch ihr Recht, eine solche Behandlung zu verweigern, erfordert eine Diskussion in den Einrichtungen der Altershilfe.
- Das Betreuungspersonal braucht einen institutionellen Rahmen, in dem Interventionen stattfinden können. Dies setzt eine formulierte Haltung und standardisierte Abläufe voraus. Eine entsprechende Haltung kann nur auf der Grundlage eines ethischen Diskurses über die Suchthilfe im Alter allgemein und in Altersheimen im Speziellen entwickelt werden. Es ist letztlich ein Merkmal von unprofessioneller Betreuungsarbeit, wenn ethische Grundpositionen stillschweigend als «common sense» vorausgesetzt, deshalb nicht erläutert werden und somit auch bei einer Intervention unhinterfragbar bleiben.

1. Ziele der geplanten Studie

Ziel der geplanten Studie ist die Erfassung von Einstellungen zu Alkoholproblemen bei der Leitung von Altenheimen. Folgende Fragen sollen in einer elektronischen Erhebung beantwortet werden:

- Nimmt die Heimleitung das Bestehen von Alkoholproblemen in ihrer Institution wahr und wie schätzt sie diese allenfalls ein?
- Welches ist die Einstellung der Heimleitung zu Alkoholproblemen von Insassen: eher restriktiv oder eher permissiv?
- Bestehen institutionelle Regelungen hinsichtlich des Alkoholkonsums von Insassen, wie sind sie ausgestaltet, und wie werden sie ethisch begründet?
- Bestehen institutionelle Regelungen bei Vorliegen eines Alkoholproblems eines Bewohners oder einer Bewohnerin, wie sind sie ausgestaltet?
- Bestehen seitens der Heimleitung bei der Erarbeitung von Regelungen Wünsche zur Zusammenarbeit mit Fachleuten?

2. Zum Hintergrund der Studie

Sucht im Alter ist kein neues Phänomen. Doch mit der demografischen Veränderung rückt das Problem zunehmend in den Fokus des Interesses. Aufgrund der sich ändernden demografischen Struktur der Bevölkerung muss sich deshalb auch die Suchthilfe auf eine Zunahme der Behandlungsnachfrage in der Gruppe älterer Suchtkranker einstellen. Für diese Gruppe sollte nicht nur der Zugang zum Hilfesystem erleichtert werden, sondern ebenso sehr müssen altersspezifische Angebote entwickelt werden. Denn obwohl mittlerweile bekannt ist, dass Psychotherapie bei älteren Menschen notwendig, sinnvoll und erfolgreich ist, machen gemäss einer deutschen Untersuchung (5. Bundesaltenbericht 2005) über 65-Jährige weniger als 1% aller Psychotherapiepatienten aus, und etwa 90% aller Psychotherapeuten behandeln keine Patienten, die über 60 Jahre alt sind. Dies dürfte in der Schweiz nicht viel anders sein. Das heisst im Falle der Suchtkrankheiten, dass es wohl darum gehen muss, die «Altenhilfswelt» mit der «Suchthilfswelt» zu vernetzen. D.h. es gilt, gerontologisches Know-how mit Sucht-Know-how zu verknüpfen.

In der Schweiz gibt es bislang keine spezifischen Studien zu Häufigkeit, Entstehung, Verlauf und Behandlung von Suchtkrankheiten im höheren Lebensalter. Das geringe Forschungsinteresse an dieser Thematik überrascht, wenn man bedenkt, dass der Anteil älterer Menschen rasant wächst und ältere Menschen in mancher Hinsicht – etwa im Falle der Arzneimittel – sogar als Risikogruppe gelten. Kaum grösser ist das Interesse der Präventionsfachleute an älteren Menschen trotz demografischer Tendenzen: Kinder und Jugendliche sind nach wie vor das bevorzugte Zielpublikum der Prävention. Man denkt wohl, dass es einfacher ist, Verhaltensweisen zu beeinflussen, so lange sie sich noch nicht verfestigt haben und vergisst dabei, dass es auch unter Älteren nicht wenige gibt, die erst vor kurzer Zeit ihren Alkoholkonsum erhöht haben (late onset alcoholics).

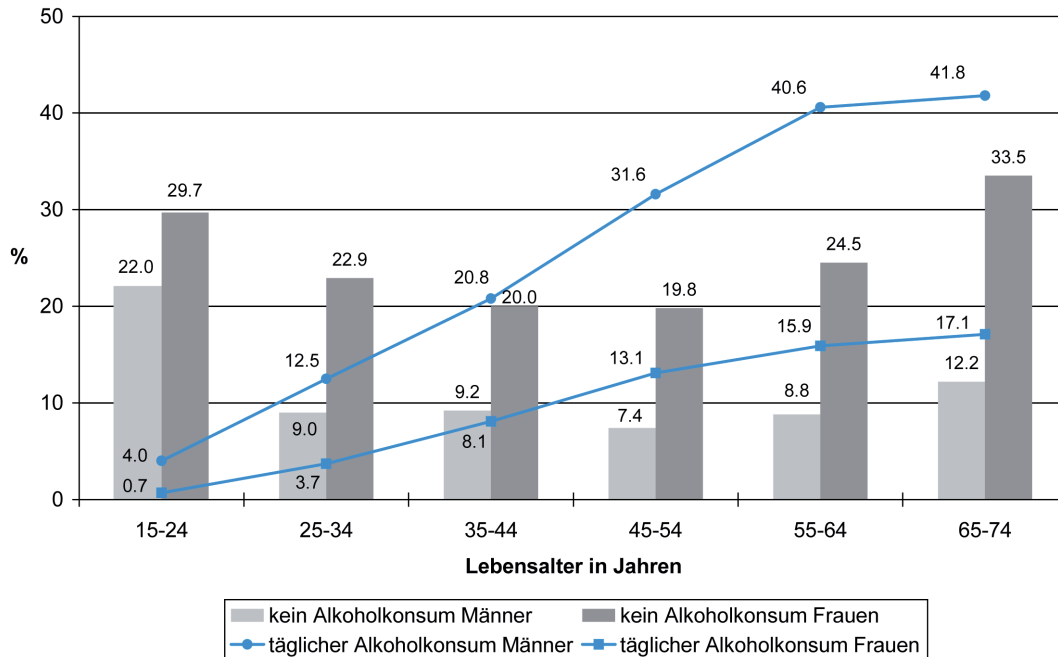
2.1 Wie viel trinken alte Menschen?

In der Schweiz trinken 85% der Erwachsenen alkoholische Getränke. Mit dem Erwachsenwerden wird Alkoholtrinken zur kulturellen Selbstverständlichkeit. Nur gerade 6% der 35- bis 54-jährigen Männer und 18% der Frauen der gleichen Altersgruppe verzichten ganz auf alkoholische Getränke (Gmel 2004).

Ältere Menschen reagieren empfindlicher auf Alkohol (vor allem wegen des geringeren Wasseranteils im Körper, damit erhöht sich bei gegebener eingenommener Menge Alkohols der Blutalkoholspiegel, obwohl ältere Personen den Alkohol wie jüngere metabolisieren). Auch mehren sich in höherem Alter gesundheitliche Beschwerden. Deshalb verzichten mit zunehmendem Alter immer mehr Personen auf alkoholische Getränke. So trinken in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen 33% der Frauen sowie 12% der Männer überhaupt keinen Alkohol.

Zwar steigt somit in höherem Alter der Anteil jener, die aus gesundheitlichen Gründen keinen Alkohol trinken, doch der Anteil der täglich Alkohol Konsumierenden sinkt keineswegs. 17% der 65- bis 74-jährigen Frauen und gar 42% der Männer dieser Altersgruppe trinken mindestens einmal pro Tag Alkoholisches, im Schnitt allerdings in geringeren Mengen als in jüngeren Jahren (Gmel 2004).

Konsumhäufigkeit nach Alter und Geschlecht (Gmel 2004)

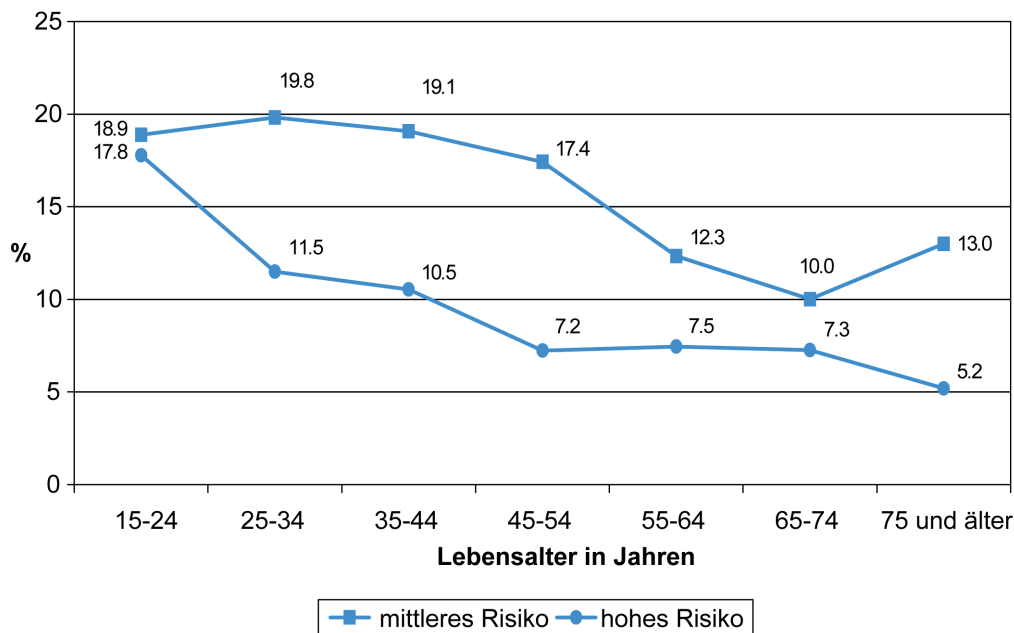


Täglich ein Glas Alkoholisches ist auch für alte Menschen gut bekömmlich und dies obwohl sie, nicht zuletzt auf Grund ihres oft hohen Medikamentenkonsums, den Alkohol nicht mehr so gut vertragen. Neue Studien belegen, dass moderater Alkoholkonsum nicht nur das Leben verlängert, sondern auch die geistige Leistungsfähigkeit im Seniorenalter erhöht (Simons et al. 2000). Doch unter den täglich Alkoholkonsumierenden trinken gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung (Gmel 2004) bei den 65- bis 74-Jährigen gut 17% mit mittlerem und hohem Risiko, bei den über 74-Jährigen sind es über 18%; interessant ist dabei, dass in der Gruppe der über 74-Jährigen der Anteil Hochrisikotrinkender ansteigt.

Anteile an risikoreich Trinkenden unter den täglich Trinkenden

mittleres Risiko = 20–40 g/Tag für Frauen und 40–60 g/Tag für Männer

hohes Risiko = mehr als 40g/Tag für Frauen; mehr als 60g/Tag für Männer (Gmel 2004)



Risikoreiches Trinken, das die Gesundheit gefährdet, ist nicht mit abweichendem Trinken gleichzusetzen. Die gesellschaftliche Assimilation der Droge Alkohol bewirkt, dass ein grosser Teil der Bevölkerung sich auf einem hohen Konsumniveau bewegt, ohne jemals aufzufallen. Bedeutet konformes Trinken gerade den Konsum von Alkohol bei vielen Gelegenheiten – in bestimmten Situationen auch den übermässigen Konsum – beginnt abweichendes Trinken in jenem Fall, wo ein zunächst konformer Alkoholkonsument sein Trinkverhalten über sämtliche Situationen verallgemeinert und mithin ein auffälliges Trinkmuster zeigt. Trinkhandlungen sind ganz allgemein nicht an sich «normal» oder «abweichend», sondern sie werden erst in komplexen Interaktionsprozessen als solche definiert.

2.2 Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei älteren Menschen

Im Gegensatz zu früheren Lebensabschnitten wird Alkoholabhängigkeit bei alten Menschen verhältnismässig wenig thematisiert. Warum wird Sucht bei alten Menschen weniger problematisiert, obwohl angesichts der demografischen Entwicklung die Anzahl älterer Menschen mit Substanzproblemen zunehmen wird? Zunächst besteht bei Älteren wohl keine so vordergründige Dramatik, wie bei jungen Menschen; der Alkoholkonsum ist viel verschleierter. Dazu kommt, dass der Alkoholmissbrauch durch den Medikamentenmissbrauch und durch Demenz überdeckt werden kann. Viele Autoren weisen denn auch darauf hin, dass Alkoholprobleme bei alten Menschen unterreportiert und fehldiagnostiziert werden. Alkoholprobleme bei älteren Menschen werden übersehen, bleiben oft lange Zeit unentdeckt, sind sie doch zumeist aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden und haben oft reduzierte soziale Kontakte, d.h. ihr Konsum ist sozial nicht auffällig und damit mit den üblichen Screening-Verfahren auch nicht ohne weiteres auffindbar. Zudem manifestiert sich der Alkoholmissbrauch in einer Anzahl von unspezifischen Symptomen, z.B. Depressionen, Schlaflosigkeit, die häufig mit dem Alterungsprozess verknüpft sind.

Indes: Der wohl entscheidende Faktor, der dazu führt, dass Alkoholmissbrauch bei alten Menschen wenig Beachtung findet, liegt in der sozialen Altersnormierung des Trinkens und Sich-Betrinkens. Nicht nur gelten dabei alters-, sondern vielmehr auch sexspezifische Normen. Trunkenheit bei Frauen wird sozial viel mehr geächtet als Trunkenheit bei Männern, und was

bei jungen Männern als jugendliche Torheit verziehen wird, wird bei gestandenen Männern missbilligt, bei älteren Menschen erhöht sich die soziale Toleranz hinsichtlich abweichenden Trinkens; was einerseits der «Unvernunft der Jugend», wird andererseits der «Torheit des Alters» zugeschrieben und mithin geduldet. Dass diese Normen im Übrigen keine zeitlichen Konstanten sind, zeigt etwa das neue Phänomen der «botellones». Seit alters her sind kollektive Besäufnisse besonders unter Männern üblich (Trinkrituale im Militärdienst, unter Studenten, am Stammtisch), nur liefern sie keine Schlagzeilen.

2.3 Psychosoziale Risikofaktoren für Alkoholmissbrauch bei älteren Menschen

Substanzmissbrauch im Alter korreliert gehäuft mit psychischen Störungen wie Depressionen, posttraumatischer Belastungsstörung sowie mit verschiedenen kognitiven Störungen, die starken Einfluss auf das tägliche Leben nehmen können. Ausserdem vermindert die Komorbidität im Alter die Fähigkeit mit Stress umzugehen und erhöht somit die Verletzlichkeit (Uchtenhagen 2004). Ältere Patienten und Patientinnen mit alkoholbedingten Störungen mussten laut einer Studie von Joseph et al. (1997) häufiger als jüngere aus alkoholbezogenen Gründen institutionalisiert und später ambulant durch pflegerische Unterstützung zu Hause betreut werden. Im Gegensatz zu ihrer nicht alkoholabhängigen Peer-group verzeichneten sie darüber hinaus eine deutlich höhere Mortalität. Naheliegend ist auch die Vermutung, dass gerade ältere Personen, die in ihrer Vergangenheit keine persönlichen Erfahrungen mit Sucht gesammelt haben, umso schwerer mit der neuen Lebenssituation im Zusammenhang mit einer Abhängigkeit umzugehen vermögen (Bericht Sucht und Alter).

Die psychosozialen wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung von Alkoholproblemen sind u.a.:

- Beendigung des Berufslebens, Anpassungsprobleme an den neuen Lebensabschnitt
- Das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden
- Leere, Langeweile
- Dünner werdende soziale Netze, Einsamkeit, Isolation
- Verlusterfahrungen (Verwitwung, Verlust der Selbstständigkeit)
- Heimaufnahme
- Erlernte Hilflosigkeit durch Rollen- und Kompetenzverlust
- Nachlassende körperliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit
- Häufungen von Krankheiten, Zunahme von körperlichen Beschwerden, Multimorbidität.

2.4 Alkohol im Altersheim

Etwas mehr als sieben Prozent der Betagten in unserem Lande führen keinen eigenen Haushalt mehr, sondern leben in Alters- und Pflegeheimen. Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Altersheimen handelt es sich um eine spezielle Zielgruppe älterer Menschen: sie sind in der Regel hoch betagt – das Durchschnittsalter beim Eintritt ist 83 Jahre – und haben oft schwerwiegende körperliche und/oder geistige Probleme, dass sie unselbständig geworden sind. Zudem verfügen sie häufig nur über ein eher kleines soziales Netz und haben meist ihre Ehepartner bereits verloren – es gibt nur wenige Ehepaare in Altersheimen. Dementsprechend sind Heimbewohnerinnen und -bewohner deutlich weniger lebenszufrieden und oft depressiver als Nicht-Heimbewohner. Dies gilt vor allem für Personen, die gezwungen worden sind, ins Altersheim einzutreten.

Die Alters- und Pflegeeinrichtungen sind in den letzten Jahren immer mehr mit Bewohnern konfrontiert, die nicht in das traditionelle Bild eines Altersheimes passen. Der Bedarf an Plätzen für Menschen, die zum Beispiel aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, wird immer grösser. Hierzu gehören auch suchtkranke Menschen – Menschen, die sich häufig nicht ohne weiteres in die Konzepte der Pflegeeinrichtungen integrieren lassen. Sie sind meist deutlich jünger, zeigen gehäuft schwierige Verhaltensweisen und «stören» die Abläufe und die Atmosphäre in den Einrichtungen.

Im Rahmen einer bereits älteren Befragung von 731 Personen in Schweizer Altersheimen (Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993) gaben 17 Prozent der im Durchschnitt 84-jährigen Bewohner an, täglich Alkohol zu konsumieren. Knapp sieben Prozent der Männer und ein Prozent der Frauen sagten aus, jeden Tag mehr als vier Gläser Wein oder Bier zu trinken. Es gibt weitere Untersuchungen, bei denen die Prozentzahlen einiges höher liegen. Eine Studie am Institut des Altersforschers Hans-Dieter Schneider von der Universität Freiburg/CH in einem Altersheim des Kantons Wallis brachte zu Tage, dass dort über 30% der männlichen Heimbewohner einen «auffälligen» Alkoholkonsum haben, d.h. eines oder mehrere der folgenden Merkmale aufweisen: bereits morgendliches Trinken, hohe Trinkmengen, häufigeres aggressives Verhalten im alkoholisierten Zustand. Insgesamt wurden 58% der befragten Altersheimbewohner dieses Heims als «alkoholgefährdet» eingestuft – d.h. es bestand zumindest Verdacht auf Alkoholismus –, wobei der Anteil bei den Männern (74%) deutlich höher lag als bei den Frauen (36%).

Die Studie Schneiders zeigte zudem einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Qualität der Lebenssituation im Altersheim und dem Alkoholkonsum: jene Heimbewohner und Heimbewohnerinnen, die ihre Lebenssituation als unbefriedigend erlebten und zahlreiche Schwierigkeiten nannten, griffen häufiger zum Alkohol als jene Betagten, die ihre Situation als weniger problematisch einschätzten. Alkoholkonsum kann somit als eine Verhaltensweise bezeichnet werden, mit der in Altersheimen versucht wird – wie in anderen Lebensbereichen auch – persönlichen Problemen zu begegnen.

Gemäss Weyerer et al. (2007) ist in deutschen Pflegeheimen der Anteil der neueintretenden Patienten und Patientinnen mit Alkoholdiagnose überdurchschnittlich hoch, nämlich 10%. Das durchschnittliche Eintrittsalter der Pflegepatienten und -patientinnen mit Alkoholdiagnose liegt bei 62 Jahren, dasjenige der übrigen Patienten und Patientinnen bei 78 Jahren.

2.5 Der positive Nutzen des Alkoholkonsums im Alter

Kein Zweifel – moderater Alkoholkonsum kann zur Lebensqualität älterer Menschen beitragen, vor allem dann, wenn der Alkoholkonsum im geselligen Kreis erfolgt. Auch die schützende Wirkung bescheidenen Alkoholkonsums auf Herzkrankheiten bei älteren Menschen kann kaum mehr in Frage gestellt werden. Moderater Alkoholkonsum verknüpft mit tiefem systolischem Blutdruck scheint gar eine günstige Wirkung auf ihre geistige Fähigkeit zu haben. Moderater Alkoholkonsum kann in fortgeschrittenem Alter dazu beitragen, geistig auf der Höhe zu bleiben. Dies weisen italienische Wissenschaftler in einer Studie mit 15'807 Senioren nach, die sie nach ihrem durchschnittlichen Alkoholgenuss befragten und die auch eine Reihe von Tests zu ihrer geistigen Fähigkeiten absolvieren mussten. Das Resultat ist beachtenswert: Bei 29% der Abstinenzler konnten geistige Einbussen festgestellt werden. Von den gemässigten Trinkern waren jedoch nur 19% betroffen (Galanis et al. 2000). Daraus lässt sich unschwer schliessen, dass mässiges Trinken einen gewissen Schutz für die geistige Frische darstellt.

2.6 Ist Alkohol das Lebenselixier des Alters?

Kaum – denn die Liste alkoholbedingter gesundheitlicher Problem bei älteren Menschen ist lang. Alkoholkonsum im Alter ist ein wichtiger Risikofaktor für:

- Unfälle und Stürze. Diese sind eine wichtige Ursache für die Sterblichkeit und Krankheit alter Menschen und verursachen zudem grosse Gesundheitskosten
- Psychiatrische Probleme wie Depressionen, Angstzustände, Gedächtnisverlust, Demenz und Schlafstörungen. Auch bei Suiziden im Alter spielt der übermässige Alkoholkonsum eine Rolle
- Blasenbeschwerden, Inkontinenz und gastrointestinale Beschwerden
- Selbstvernachlässigung, einseitige Ernährung, Unterkühlung und mangelnde Hygiene
- Einige Studien sagen aus, dass Alkoholmissbrauch Parkinsonsche Krankheit auslösen kann. Neuere Untersuchungen haben diesen Befund aber nicht bestätigt.

Der mögliche positive Nutzen des Alkoholkonsums im Alter muss wohl relativiert werden. Er kann einerseits in gewissen Fällen darin liegen, dass Betagte, die ihre soziale Situation oder ihre körperlichen Beschwerden schwer ertragen, diese Problem zumindest für einige Stunden vergessen können und ein angenehmeres Körpergefühl haben (Alkoholkonsum als selbstverordnete palliative Behandlung). Andererseits hält das Alkoholtrinken die Heimbewohner jedoch von der eigentlichen Bewältigung ihrer Probleme ab und ist ein Risikofaktor vor allem für Stürze (häufig verbunden mit dem Konsum von Benzodiazepinen).

2.7 Die Reaktion der sozialen Umwelt auf abweichendes Trinken Betagter

Der abweichende, sozial auffällige Alkoholkonsum wird auch bei älteren Menschen von der Umgebung negativ bewertet, wenn auch nicht in der selben Masse wie bei Menschen, die im Berufsleben stehen. Wenn ein älterer Angehöriger Alkoholprobleme hat, weiss man deshalb oft nicht, wie man sich richtig verhalten soll. Ratlosigkeit, Ohnmacht, Resignation sind die Reaktionen. Als erste Reaktion sagt man sich oft, man habe doch nicht das Recht, ihn/sie am Trinken zu hindern, es sei schliesslich sein/ihr Leben. Diese Reaktion beschränkt sich natürlich nicht nur auf Alkoholprobleme im Alter. Jeder Mensch muss sich diese Frage stellen, ehe er etwas unternimmt, um anderen zu helfen. Aber gerade im Rahmen solcher Überlegungen wird man feststellen, dass es zahlreiche Ansatzpunkte für Hilfeleistungen gibt, denn die vielfältigen Folgen des Alkoholmissbrauchs und der Abhängigkeit betreffen oft auch Angehörige und Freunde ganz direkt. Indes: «Sucht» ist in der Vorstellungswelt alter Menschen kaum vorhanden. Die Reaktion auf die Konfrontation mit der Missbrauchsthematik ist deshalb oft eine Überreaktion und/oder eine Tabuisierung sowohl von Seiten der Betroffenen als auch von den Angehörigen. Mit anderen Worten Alkoholmissbrauch im Alter ist mit einer erhöhten Schamproblematik verknüpft.

Wenn eine betagte Person im Heim vom Pflegepersonal als «Trinker» etikettiert wird, erschwert dies ihre Lebenssituation zusätzlich. Wenn Betagte oft angetrunken oder gar betrunken sind, können sie Verhaltensweisen zeigen, die sie als mögliche Lebenspartner unattraktiv machen. So findet jemand mit Alkoholproblemen gerade im Altersheim nur schwer Freunde oder gar einen neuen Lebenspartner: Alkoholkonsum bei Betagten verhindert soziale Kontakte eher, als dass er sie fördert! Dazu kommen die alkohol- (und medikamenten-) induzierte Sturzgefahr – Alkoholkonsum ist die wichtigste Risikogrösse für Stürze im Alter – sowie mögliche aggressive Handlungen. Einige Altersheime haben deshalb ein generelles Alkoholkonsumverbot ausgesprochen oder sie limitieren den Konsum, indem sie etwa zum Mittag- und/oder Nachtessen ein Glas Alkoholisches bewilligen. Andere wiederum verfügen kaum über Regeln, und wenn doch, so sind diese sehr liberal, d.h. solange ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin keine dem Alkohol zugeschriebenen Verhaltensauffälligkeiten aufweist, so lässt man die entsprechende Person ruhig trinken.

Ein generelles Verbot des Alkoholkonsums in Altersheimen scheint in vielen Fällen kaum sinnvoll und wird vielfach als eine illegitime Bevormundung der Betagten betrachtet. Die meisten sozialen und körperlichen Probleme bleiben ohnehin auch ohne Alkohol bestehen. Heimleitungen sollten jedoch nach Meinung vieler Experten die Menge Alkohol, die konsumiert wird so weit wie möglich kontrollieren, doch nicht verbieten.

Indes: Nach Schneider verneinen Altersheimleiterinnen oder -leiter zumeist die Frage nach Alkoholproblemen in ihren Heimen und fragt man genauer nach, heisst es oft: «Ja, ja, der eine oder andere vielleicht.» Alkoholmissbrauch wird also entweder gar nicht wahrgenommen oder dann nicht als Problem betrachtet. Es scheint so zu sein, dass man in vielen Fällen den Betagten ihre Form der Problembewältigung nicht nehmen möchte und Alkoholkonsum von den Heimleitungen weitgehend akzeptiert wird.

Schneider ist jedoch der Meinung, dass betroffene ältere Menschen mit Hilfe entsprechender Massnahmen und Angebote ihre Probleme auf konstruktivere Weise lösen könnten als durch übermässigen Alkoholkonsum und so auch die Möglichkeit hätten, ihre Lebenssituation insge-

samt zu verbessern. So vor allem durch Massnahmen, die zu einer konstruktiveren Problembewältigung und damit auch zur Verminderung des Alkoholkonsums in Altersheimen beitragen können.

Die psychosozialen Begleitumstände und der körperliche und psychische Gesundheitszustand spielen bei der Planung einer Therapie für ältere Alkoholranke eine wichtige Rolle. Selbst bei jahrzehntelangem Verlauf ohne dauerhafte Abstinenz kann bei geringen kognitiven Beeinträchtigungen, guter sozialer Kompetenz und erhaltenem sozialen Hilfesystem eine Entwöhnungsbehandlung oder gar eine ambulante Therapie in Frage kommen. Bei Ausprägung eines organischen Psychosyndroms und sozialen Defiziten wird am ehesten ein Spezialprogramm für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitsranke indiziert sein, bei dem die körperliche und seelische Leistungsfähigkeit berücksichtigt wird. Insgesamt sind die Erfolgsraten der stationären Entwöhnungsbehandlung bei älteren Patientinnen und Patienten ähnlich günstig wie bei jüngeren. Mittel- und langfristig ist eine stabile Besserung bei 40 bis 50% der Patientinnen und Patienten zu erreichen.

3. Methodik

3.1 Befragungsart

Die Befragung wird als schriftliche Internet-Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Die Internet-Befragung erweist sich als kostengünstiges Instrument, zudem reagieren antwortwillige Teilnehmer relativ schnell, die Bearbeitung einer Internet-Umfrage benötigt somit wenig Zeit. Grundsätzlich gelten für die Erstellung einer Online-Umfrage ähnliche Regeln wie für Offline-Befragungen. Die Benutzerfreundlichkeit von Internetbefragungen ist hoch:

- Beantwortung des Fragebogens direkt am PC per Mausclick
- Beantwortung der Freitextfragen mit Tastatur
- Rücksendung des Fragebogens durch Schliessen des Emails.

3.2 Zielpopulation und erreichte Ausschöpfung

Die Zielpopulation sind die Heimleitungen der Altersheime der deutschen und französischen Schweiz, so weit ihr Internet-Anschluss öffentlich zugänglich ist und von Adressbrokern zur Verfügung gestellt wird. Insgesamt konnten die Internet-Adressen von 734 Alters- und Pflegeheimen erfasst werden, davon 143 aus der französischen Schweiz. Dies entspricht etwa 30% der Gesamtheit der entsprechenden Institutionen in den beiden Landesteilen.

Von den 734 angemalten Adressen konsultierten lediglich 350 die entsprechende Botschaft. Von diesen mussten 34 Institutionen ausgeschlossen werden, weil sie berichteten, dass sie keine eigentlichen Alters- und Pflegeheime seien. Von den verbleibenden Institutionen beantworteten 227 Alters- und Pflegeheime den Fragebogen.

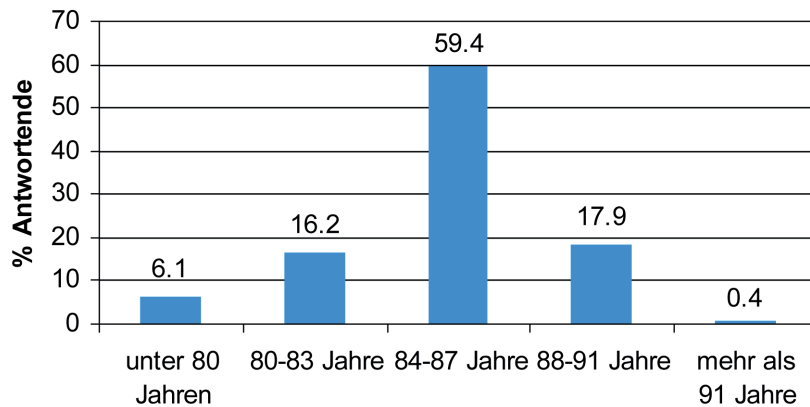
Um die Repräsentativität der Ergebnisse zu verbessern, sind in einer zweiten Welle alle Alters- und Pflegeheime der bei «Curaviva» angeschlossenen Einrichtungen der Alterspflege und Altersheime angemalt worden. Dabei wurden 1116 Einrichtungen in der deutschen und 321 in der französischen Schweiz kontaktiert. Lediglich 669 öffneten das E-Mail und 330 füllten den Fragebogen aus. Um Doppelspurigkeiten zu den Adressen der ersten Befragungswelle zu vermeiden, wurden die Adressbestände abgeglichen. Dennoch ergaben sich Doppelspurigkeiten aufgrund unterschiedlicher E-Mail-Adressen für die gleiche Institution, so, dass es nicht ganz einfach ist, die Rücklaufquote abzuschätzen. Immerhin kann angenommen werden, dass rund 30% der angeschriebenen Institutionen geantwortet haben. Für eine elektronische Befragung ist dies eine akzeptable Quote.

Die erreichte Ausschöpfung, N = 557 Interviews, ergibt eine hinreichende Basis für die Generalisierung der vorliegenden Ergebnisse. Darauf weist auch der Vergleich der Antworten der ersten und der zweiten Welle von Befragungen: die Ergebnisse decken sich weitgehend.

Der Fragebogen richtete sich an die Geschäftsleitung. In 75% der Fälle war es denn auch der Geschäftsleiter bzw. die Geschäftsleiterin, die den Fragebogen ausfüllten. In 20% der Fälle war es ein Mitglied des leitenden Betreuungsteams.

Gemäss Angaben der Befragten verteilten sich die Einrichtungen hinsichtlich des Durchschnittsalters der Bewohner und Bewohnerinnen wie folgt:

Geschätztes Durchschnittsalter von Bewohnern und Bewohnerinnen

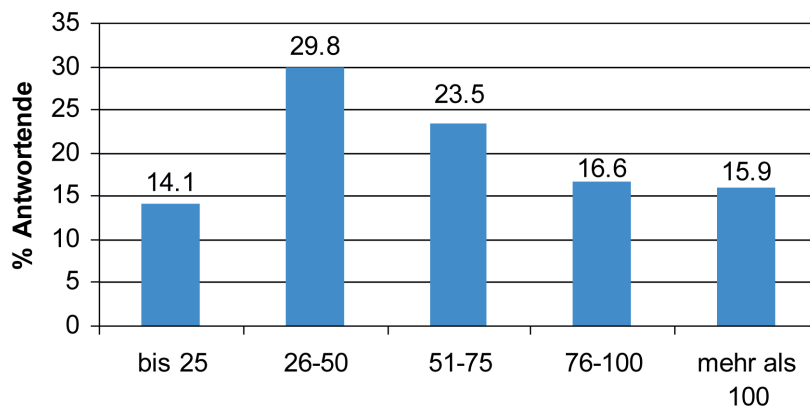


Das Durchschnittsalter der Heimbewohner und -bewohnerinnen ist hoch: 60% aller Einrichtungen berichten über ein Durchschnittsalter der Bewohner und Bewohnerinnen zwischen 84 bis 87 Jahren. In mehr als 20% der Fälle liegt das Durchschnittsalter noch höher.

Bei rund 40% der Einrichtungen handelt es sich um kleinere (bis 50 Bewohner/-innen), in mehr als einem Drittel um grössere Einrichtungen (über 75 Bewohner/-innen).

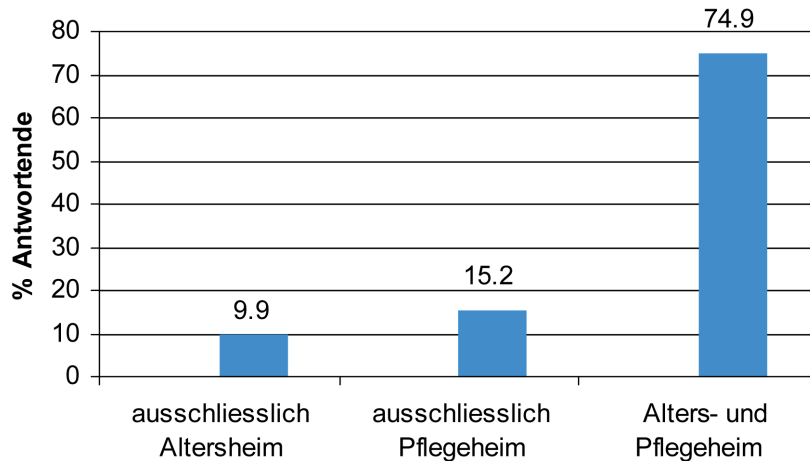
Grösse der befragten Einrichtungen (nach Angaben der Befragten):

Anzahl Bewohner und Bewohnerinnen der Einrichtung



Die meisten der Befragten arbeiten in gemischten Einrichtungen, d.h. in Alters- und Pflegeheimen, und nur eine Minderheit der in die Befragung einbezogenen Einrichtungen sind exklusiv Alters- bzw. Pflegeheime.

Typ der Einrichtung



3.3 Fragebogen

Um die zeitliche Beanspruchung der Zielpersonen nicht allzu sehr zu beanspruchen, beschränkt sich der Fragebogen auf 12 geschlossene, zum Teil mehrgliedrige (vorgegebene Antwortmöglichkeiten) und 2 offene Fragen zu folgenden Themen:

- Problemwahrnehmung
- Problembewertung
- Schwierigkeiten im Umgang mit Alkoholproblemen
- Regelungen
- Begründung der Regeln
- Massnahmen bei Problemfällen
- Anregungen, Wünsche an Experten

Die Beantwortung der Fragen sollte nicht mehr als 20 Minuten dauern.

3.4 Ablauf der Befragung

- Elektronisches Generieren des Fragebogens bestehend aus wertungsfreien und wertungsbezogenen Fragen und Freitextfragen
- Besprechung des Fragebogens mit Auftraggeber, Korrekturen
- Erfassung der Internet-Adressen der Altersheime
- Umwandlung des Fragebogens als codierten Link
- Anschreiben
- Versand des codierten Links via Email an die Heimleitungen
- Rücklaufkontrolle
- 1. Erinnerungsschreiben
- Rücklaufkontrolle
- 2. Erinnerungsschreiben

Ein akzeptabler Rücklauf soll mittels zweier Erinnerungsschreiben erreicht werden. Die Prozedur gewährleistet die völlige Anonymität der Befragten.

3.5 Auswertung

Auswertungsfunktionalitäten direkt durch:

- Automatische Auswertung der erhobenen Daten
- Online-Auswertung in Echtzeit
- Umfangreiche Filterfunktionen sind möglich
- Auswertung von Häufigkeiten und Mittelwerten (numerisch und grafisch)

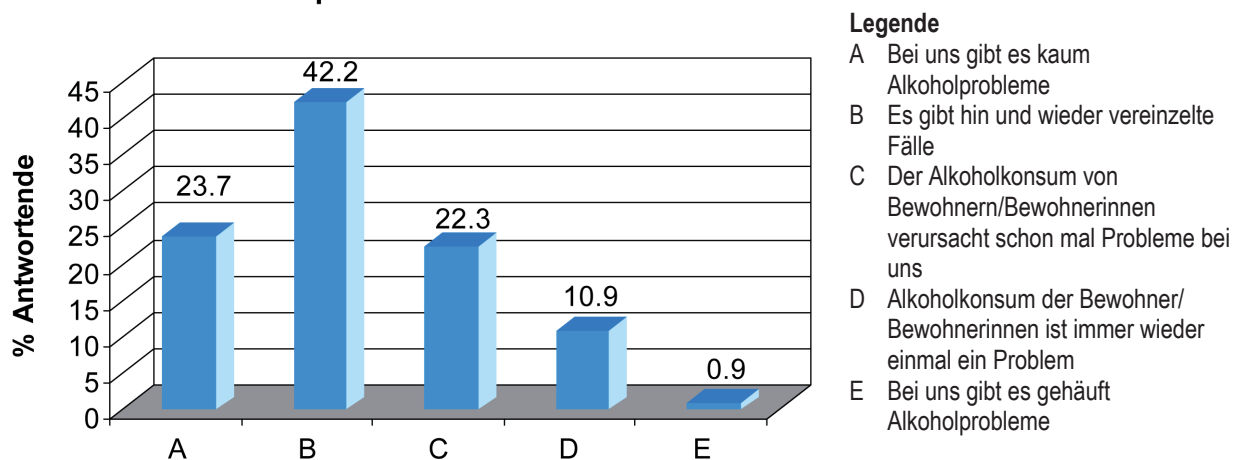
4. Ergebnisse

4.1 Problemwahrnehmung

Nach einer deutschen Untersuchung (Weyerer 2003) haben 2 bis 3% der Männer und 1% der mehr als 60 Jahre alten Frauen ein schwerwiegendes Alkoholproblem. In Einrichtungen der Altenhilfe sind Alkoholprobleme offenbar häufig, jedoch weniger sichtbar; dies ist die Meinung vieler Experten. Es erstaunt deshalb nicht, dass fast ein Viertel der Befragten, kaum je Alkoholprobleme in ihrer Einrichtung wahrnimmt und praktisch niemand gehäuft Alkoholprobleme ortet. Die überwiegende Mehrheit der Befragten stellt nur vereinzelt oder hin und wieder Alkoholprobleme bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altersheim fest. Dabei ist allerdings einzuräumen, dass im Fragebogen der Term «Alkoholproblem» nicht genauer definiert wurde, sondern die Befragten lediglich aufgefordert wurden, dabei an manifeste Probleme zu denken.

Frage: Über das Ausmass von Alkoholproblemen in Altersheimen gibt es sehr unterschiedliche Einschätzungen. Wie schätzen Sie die Problemlage hinsichtlich von Alkoholproblemen in Ihrer Einrichtung ein? Denken Sie dabei an manifeste Probleme. (Nur eine Antwort bitte) N = 557

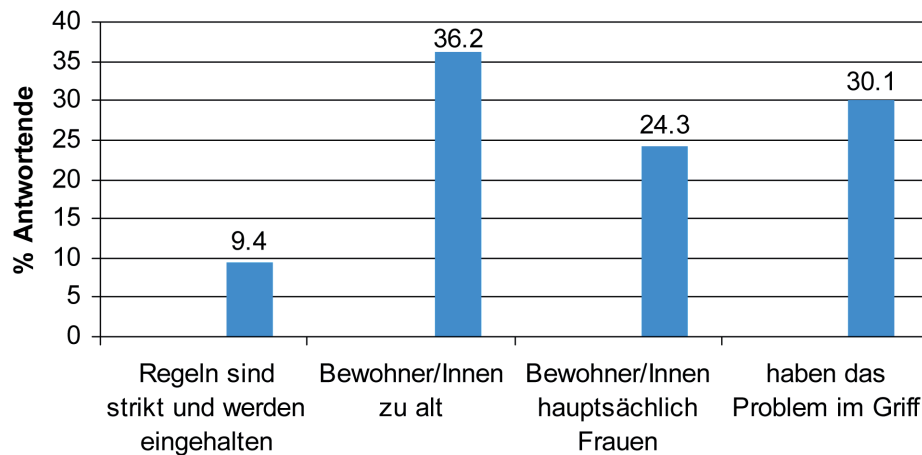
Auftreten von Alkoholproblemen



Die Tatsache, dass kaum oder nur vereinzelte Fälle von Alkoholproblemen unter Bewohnern und Bewohnerinnen wahrgenommen werden, kann auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden, so etwa auf das hohe Durchschnittsalter der Bewohner und Bewohnerinnen von Altersheimen, aber auch auf den Sachverhalt, dass diese in überwiegendem Teil weiblichen Geschlechts sind, und Frauen nachgewiesener Massen weniger Alkohol trinken als Männer. Natürlich kann die wahrgenommene geringe Anzahl der Problemtrinker oder Problemtrinkerinnen auch auf die Befolgung strikter Regeln bzw. einfach darauf zurückgeführt werden, dass man denkt, man habe das Problem im Griff oder schliesslich auch darauf, dass man Alkoholprobleme einfach nicht wahrnimmt.

Frage: Wenn es keine oder kaum Probleme gibt. Wie erklären Sie sich dies? N = 469

Begründung für wenig Probleme

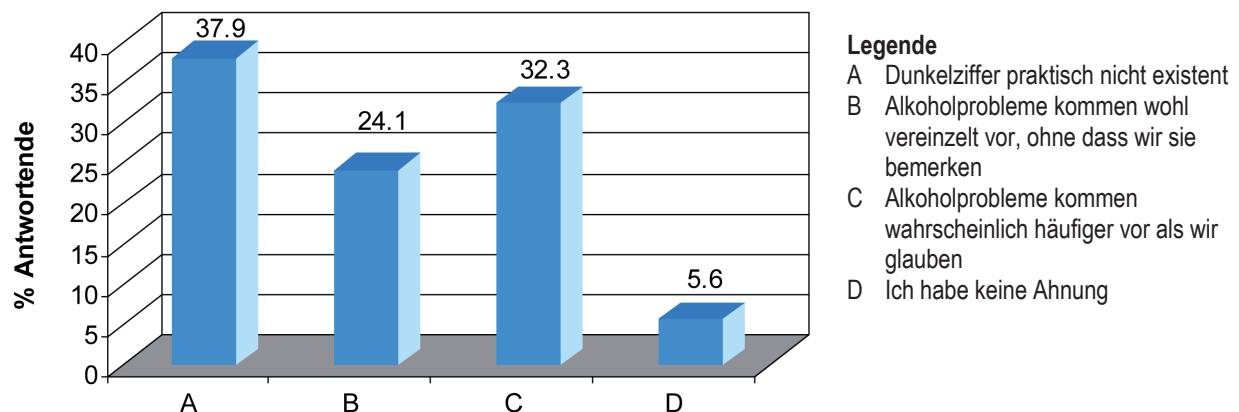


Über die Hälfte jener, die kaum Alkoholprobleme wahrnehmen, führt dies auf die demografische Zusammensetzung der Klientel zurück. Lediglich 9% sind von den in der Institution vorherrschenden strikten Regeln überzeugt, und 30% der Befragten denken gar, dass sie das Problem im Griff hätten.

Aufgrund der hohen gesellschaftlichen Akzeptanz des Alkoholtrinkens und der damit verbundenen Ambivalenz bei der Einschätzung von Alkoholproblemen muss beim Alkohol von einer hohen Dunkelziffer bei der Erfassung der vorhandenen Problemlagen ausgegangen werden. Da angenommen werden kann, dass auch in Altersheimen verstärkend wirkende Co-Abhängigkeiten bestehen, die nicht nur die individuellen Problemlagen verlängern, sondern auch dazu beitragen, dass die Probleme dem Hilfesystem gegenüber vertuscht und verschwiegen werden, kann man davon ausgehen, dass in institutionalisierten Populationen erhebliche Dunkelziffern bestehen.

Frage: Wie hoch schätzen Sie die Dunkelziffer an Alkoholproblemen ein? N = 535

Geschätzte Dunkelziffer



Das sehen die Befragten allerdings etwas anders: Mehr als ein Drittel denkt, dass es in ihrer Institution keine Dunkelziffer hinsichtlich der Existenz von Alkoholproblemen gebe. Ein Viertel gesteht zu, dass Alkoholprobleme wohl vereinzelt vorkommen können, ohne dass sie bemerkt werden. Und nur ein Drittel meint, dass Alkoholprobleme häufiger vorkommen, als man gemeinhin glauben könnte. Nur wenige der Befragten gestehen ein, dass sie keine Ahnung hinsichtlich der Dunkelziffer haben.

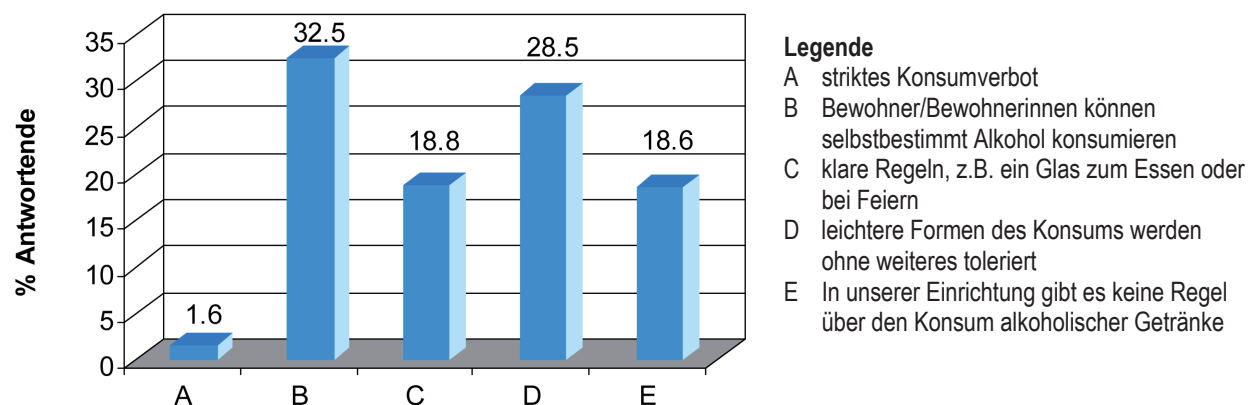
4.2 Institutionelle Regeln

In jeder Organisation sind bestimmte institutionelle Regeln wirksam; teils sind diese formalisiert (z.B. in rechtlichen Rahmenbedingungen oder festgeschriebenen Regelungen), teils bestehen sie auf informeller Grundlage. Solange sich die Mitglieder der Organisation an die Regeln des Zusammenlebens halten, sind die Motive und die Begründungen für das Einhalten der Regeln kaum von Interesse. Erst bei Verstössen fragt man nach Gründen und – sollten diese unverständlich bleiben – nach Motiven.

Die Regeln über den Alkoholkonsum in Altersheimen variieren mit einer Spannweite von restriktiv (Alkoholverbot) bis sehr liberal (keine expliziten Regeln). Tatsächlich herrscht nur in sehr wenigen in der Befragung eingeschlossenen Altersheimen ein striktes Alkoholkonsumverbot (1.6%). In etwa einem Drittel der Fälle können Bewohner und Bewohnerinnen selbstbestimmt Alkohol trinken. In weiteren knapp 30% werden leichtere Formen des Konsums ohne weiteres toleriert und nur in 20% der Fälle gibt es klare Regeln, z.B. ein Glas während des Essens oder bei Feierlichkeiten. In immerhin 19% der Fälle gibt es überhaupt keine Regeln hinsichtlich des Alkoholkonsums der Bewohner und Bewohnerinnen. Teilt man die Einrichtungen in zwei Kategorien, nämlich in jene, die den Zugang zu alkoholischen Getränken für die Bewohner und Bewohnerinnen kontrollieren und jene, die keine Kontrolle ausüben, so erkennt man eine deutliche Polarisierung der Einrichtungen: einer liberalen Praxis steht eine paternalistische Haltung gegenüber. Paternalismus bezeichnet den Versuch, das Wohlergehen anderer Personen auch ohne deren Einwilligung, im Extremfall gegen ihren Willen herzustellen. Mit anderen Worten beinhaltet Paternalismus einen Zwang zum Glück. In vielen Fällen wird eine paternalistische Haltung nicht begründet, sondern als Selbstverständnis vorweggenommen.

Frage: Welche Regeln gelten in Ihrer Einrichtung bezüglich des Konsums von alkoholischen Getränken? (Nur eine Antwort bitte) N = 554

Institutionelle Regeln über Alkoholkonsum



Es liegt auf der Hand, dass institutionelle Regeln zu begründen sind und vor dem Hintergrund der ethischen Haltung der Altersheimbetreiber betrachtet werden müssen. Auf eine offene Frage, wie denn die Haltung der Institution begründet werde, ergeben sich recht kontroverse Ansichten. Immerhin: In vielen Einrichtungen findet sich ein Bekenntnis zur Selbstbestimmung:

«Unsere Bewohner und Bewohnerinnen bestimmen selbst, doch bei Suchtproblemen werden klare Regeln festgelegt, und zwar in Absprache mit den Fachstellen.» «Selbstbestimmung ist für uns ein Grundrecht. Regelungen gibt es nur in bestimmten Fällen. Dann werden Abmachungen zwischen Bewohner, Arzt und Angehörigen getroffen.» «La consommation d'alcool est généralement acceptée dans l'institution. Nous intervenons lorsque la consommation est préjudiciable à la santé du résident ou à la vie communautaire.» «Autonomie und Selbständigkeit unterstützen und fördern wir. «Eingegriffen» wird, wenn wir um Hilfe angefragt werden, oder wenn das Verhalten stört oder den Bewohner oder die Mitbewohner gefährdet». D.h. die Auto-

nomie gilt, solange bestimmte zumeist implizite Regeln nicht verletzt werden. Ein Stichwort, das in diesem Zusammenhang mehrfach erwähnt wird, ist die «Sozialverträglichkeit» des Alkoholkonsums; es wird interveniert, wenn sich «soziale Probleme häufen». Allerdings gibt es auch Ausnahmen, so etwa: «In unserer Einrichtung wird aus Solidarität mit jenen die ein Alkoholproblem haben, nur auf dem Zimmer Alkoholisches getrunken.» Oder: «Les consommations d'alcool sont interdites sur le site de l'Ems. Mais nous n'exerçons aucun contrôle au sujet des consommations à l'extérieur de l'établissement.» Die Problematik der Interaktion von Alkohol mit Psychopharmaka bringt Institutionen dazu, auf ein Angebot an alkoholischen Getränken ganz zu verzichten. Einige versuchen den Konsum auch zu steuern, indem sie in der Cafeteria Abgabe alkoholischer Getränke limitieren oder den Konsum von Alkoholika nur unter Kontrolle zulassen: «Toute personne qui désire de boire un verre d'alcool lors de manifestations diverses y est autorisée sous la surveillance d'un responsable» (sic!).

Begründungen für institutionelle Regeln sind nicht widerspruchsfrei, wie etwa folgende Aussage belegt: «Die Bewohner und Bewohnerinnen sind unsere Kunden. Wir haben ihnen gegenüber keinen erzieherischen Auftrag. Sie können selbstbestimmt Alkohol konsumieren, so z.B. zum Mittagessen oder an einem Geburtstag. Auch bei Ausflügen bestellen sie, was sie wünschen.» Das heisst die Autonomie wird gleichsam zurückgenommen und geradezu selbstverständlich auf spezifische Gelegenheiten begrenzt. Immer dann, wenn Schwierigkeiten auftauchen, beginnt man auch Grenzen zu setzen: «Bei Alkoholproblemen besteht bei uns ein striktes Alkoholkonsumverbot». «Unsere Bewohner bestimmen selber, doch bei Suchtproblemen werden klare Regeln aufgestellt.» Diese Regeln werden oft mit den Betroffenen ausgehandelt (wobei nicht deutlich wird, was denn tatsächlich ausgehandelt wird und ob die Betroffenen dabei überhaupt eine Wahl haben).

Einen möglicherweise annehmbaren Kompromiss zwischen Selbstbestimmung und der Grenze des Tolerierbaren findet sich in folgender Aussage: «Wir vertreten die Haltung, dass die Menschen, welche bei uns leben, ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Gewohnheiten, welche ein Suchtpotenzial beinhalten besprechen wir mit den Betroffenen und wir versuchen sie zu unterstützen, etwas zu ändern. Wenn sie dies nicht wollen und die Mitbewohner und Mitarbeitenden nicht darunter leiden, tolerieren wir das». Vielleicht noch nuancierter: «EMS = lieu de vie = mêmes droits et devoirs que tout citoyen. La limite est mise à un résident (négocié avec lui) uniquement dans la mesure où son comportement pose des problèmes de cohabitation avec les autres résidents ... Nous ne nous considérons pas comme un lieu de désintoxication ou de sevrage. Nous sommes d'accord que les résidents prennent de risques pour leur santé». Das Prinzip der Autonomie ist hier wichtiger als jenes der Fürsorge.

In den Antworten auf die offene Frage schimmert zuweilen auch die Einsicht mit, dass man angesichts des Problems nicht nur gefordert, sondern zuweilen auch überfordert wird. «Wir sind zuweilen recht gefordert und manchmal auch leicht überfordert, obwohl wir versuchen individuell und situationsgerecht zu (re)agieren». Dagegen: «Unser Regel geht dahin, dass durch den Konsum von alkoholischen Getränken der Bewohner oder Bewohnerinnen keine Mehrarbeit für das Pflegepersonal entstehen darf.» Der Begriff «keine Mehrarbeit» findet sich häufig in den Antworten der Befragten. Damit wird das implizite ethische Problem ausgeklammert bzw. technokratisch «gelöst».

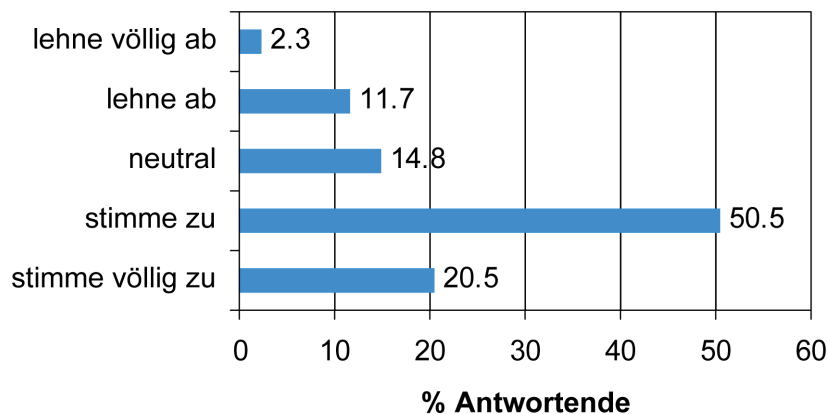
Auch auf die Kultur der Institution wird verwiesen: «Die Kultur im Hause spielt eine wesentliche Rolle. Umgangsformen und Vorbildfunktion, wie auch das Thematisieren des Abusus sind sehr wichtig». Zum Teil werden Regeln von vorneherein abgelehnt: «Generelle Regeln nutzen ohnehin nichts, jeder Fall muss individuell angegangen werden.» «Jede Situation wird individuell interdisziplinär evaluiert und beurteilt. Aus diesem Grunde gibt es keine Regeln im Betrieb».

Natürlich stellt sich die Frage, was denn Regeln nützen, wenn Bewohner und Bewohnerinnen in Altersheimen mit Alkoholproblemen, ihre Alkoholika selbst besorgen. In der Tat scheint dies nach Ansicht der Befragten weitgehend so zu sein. 70% der Befragten stimmen der Aussage

zu, dass suchtkranke Bewohner sich Alkoholika in der Regel selbst besorgen würden. Dies bedeutet zugleich, dass die Einhaltung von bestimmten Regeln, gar nicht so einfach durchzusetzen ist.

Zustimmungsgrad zur Aussage: «Suchtkranke Bewohner besorgen ihre Alkoholika in der Regel selbst» N = 546

Suchtkranke im Altersheim besorgen ihre Alkoholika selbst



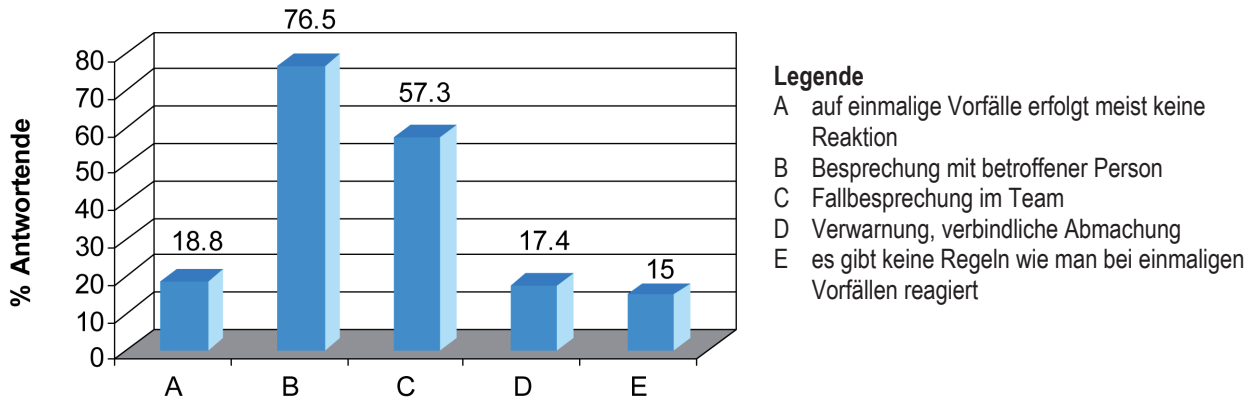
4.3 Reaktion bei Regelverletzungen

Alkoholprobleme werden oft aus Scham und innerer Not tabuisiert. Es gibt Hinweise darauf, dass die Neigung zur Problemverleugnung im Alter zunimmt – als alter Mensch ist man nicht süchtig. Dieser Sachverhalt erleichtert die Intervention bei Alkoholproblemen im Altersheim in keiner Weise. Einrichtungen der Altenhilfe tun deshalb gut daran, sich Regeln darüber zu geben, wie bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit Alkoholproblemen reagiert wird. Vor dem Hintergrund der Alters stellt sich dabei auch die therapeutisch-ethische Frage: Wie viel therapeutische Intervention respektive Veränderungsnotwendigkeit ist unter Wahrung der Lebensqualität und Autonomiebewahrung bei alten Menschen legitim? Bei gelegentlichen Vorfällen scheint die Antwort auf diese Frage relativ einfach zu sein, doch sie ist wesentlich komplizierter bei wiederholten Alkoholvorkommnissen. Zumal in diesem Fall für Betreuer und Betreuerinnen oft keine Richtlinien vorhanden sind, auf die sie sich berufen können.

Bei gelegentlichen Vorfällen erfolgt in rund 19% der Fälle nach Angaben der Befragten meist keine Reaktion. In immerhin drei Vierteln der Fälle wird mit der betroffenen Person ein Gespräch geführt und/oder der Vorfall wird im Team besprochen (57%). In rund 17% der Vorfälle erfolgen eine Verwarnung und eine verbindliche Abmachung mit der betreffenden Person. In immerhin 15% der Fälle gibt es keine Regelungen wie bei Alkoholvorfällen reagiert wird.

Frage: Wie reagiert man in Ihrer Einrichtung bei einer gelegentlichen Verletzung der Alkoholregeln durch die Bewohner oder wenn diese ausserhalb merklich Alkohol konsumiert haben? (1031 Mehrfachantworten)

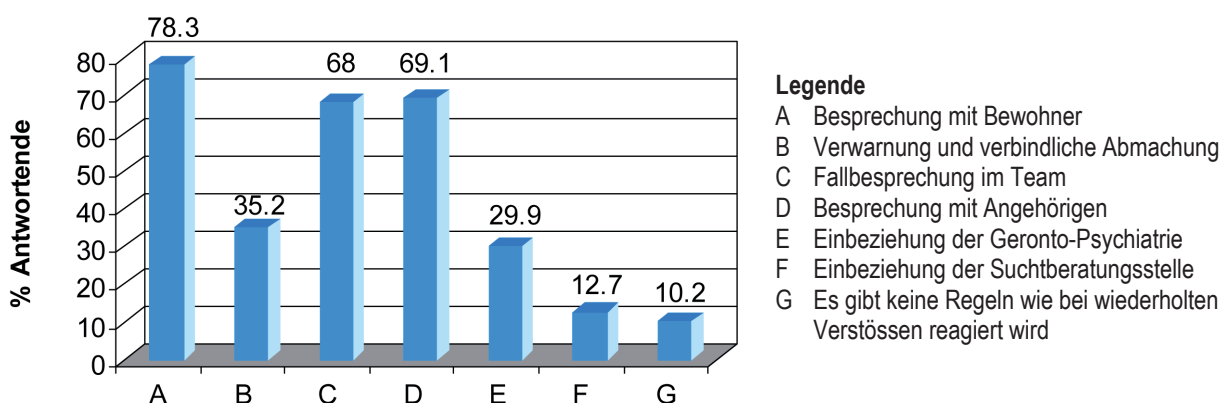
Reaktion auf gelegentliche Verletzung der Regeln



Bei wiederholten Vorfällen wird ebenfalls vor allem mit der betroffenen Person gesprochen, kombiniert mit der Besprechung des Falles im Team sowie mit der Konsultation der Angehörigen. Eine Verwarnung und verbindliche Absprache erfolgen in gut einem Drittel der Fälle. In fast jedem dritten Fall wird die Geronto-Psychiatrie zur Hilfe beigezogen. Dabei ist es eine der grundsätzlichen Fragen, wie geronto-psychiatrische Kenntnisse mit Suchtkenntnissen zusammengefügt werden. Die Suchtberatungsstellen haben nur eine marginale Bedeutung in der Suchtkrankenhilfe im Altersheim; in 12% der Fälle werden sie bei Problemen beigezogen. In immerhin 10% der Fälle gibt es keine Regeln, wie bei wiederholten Vorkommnissen mit Alkoholproblemen zu reagieren ist. Dies bedeutet natürlich nicht, dass keine Reaktion erfolgt, sondern vielmehr, dass Pflegende ohne Richtlinien reagieren.

Frage: Wie reagiert man bei wiederholtem Übertreten der Regeln? (1691 Mehrfachantworten)

Reaktion auf wiederholte Verletzung der Regeln



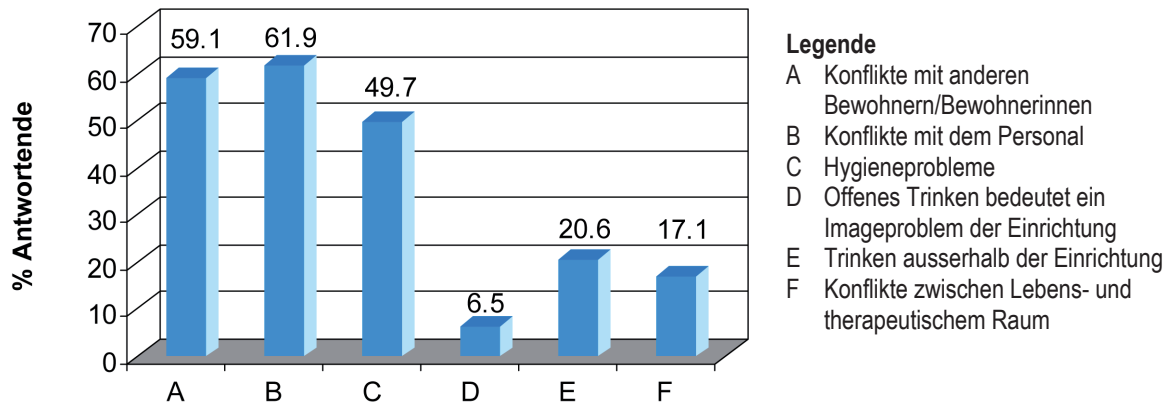
4.4 Alkoholprobleme im Altersheim – wie sich Probleme äussern

Alkoholprobleme der Bewohner und Bewohnerinnen von Altersheimen können sich sehr unterschiedlich äussern. Nicht nur kann der Alkoholkonsum Konflikte mit Pflege- und anderem Personal evozieren, sondern auch Streitigkeiten mit Bewohnern und Bewohnerinnen können daraus entstehen. Konflikte mit dem Personal sowie mit den Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen werden denn auch von rund 60% der Interviewten als wichtigste Folge des Alkoholkonsums im Altersheim erwähnt. Wobei natürlich stets die Frage offen bleibt, ob diese Streitigkeiten tatsächlich aufgrund des Alkoholkonsums entstanden sind, oder ob sie nicht vielmehr latent be-

reits im Vorfeld des Alkoholkonsums bestanden haben. Auch Hygieneprobleme werden von der Hälfte der Befragten als Folge des Alkoholtrinkens erwähnt. Ein Imageproblem für die Einrichtung als Folge übermässigen Trinkens der Bewohner und Bewohnerinnen wird nur in wenigen Fällen befürchtet. Ein Fünftel der Befragten ortet ein besonderes Problem, wenn die Altersheimbewohner ausserhalb des Hauses zu viel trinken. Auch wird ein Konfliktpotenzial zwischen Lebensraum und therapeutischem Raum befürchtet.

Frage: Wie äussern sich Alkoholprobleme im Altersheim? (1197 Mehrfachantworten)

Problemäusserungen

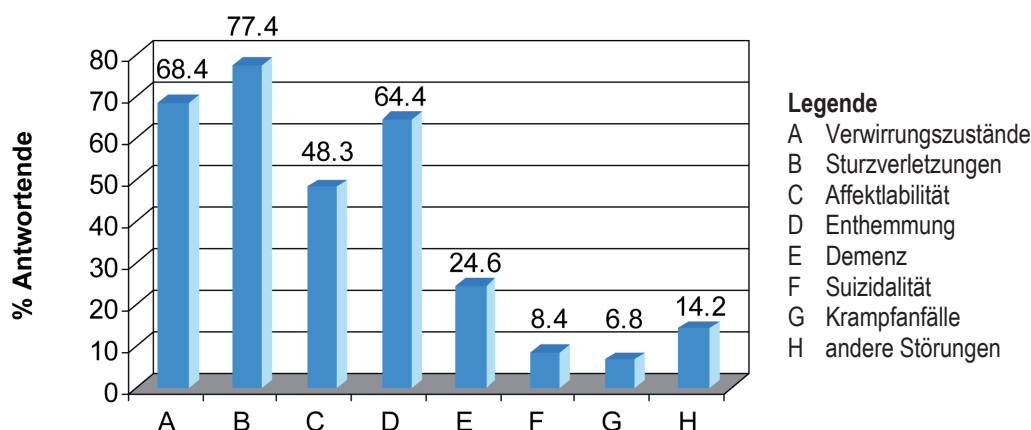


4.5 Die wahrgenommenen Folgen des übermässigen Trinkens

Die altersspezifischen Folgen übermässigen Alkoholkonsums sind in der einschlägigen Literatur gut belegt. Im Vordergrund der Folgen im fortgeschrittenen Alter stehen zweifelsohne die psychiatrischen Probleme sowie die Stürze und andere Unfälle. Den Befragten wurde eine Liste von solchen Folgen vorgelegt, um festzustellen, welche dieser Folgen im Zentrum der Wahrnehmung von Pflegenden stehen. Es sind vor allem drei Folgekrankheiten, die Pflegende besonders wahrnehmen: 1. Sturzverletzungen, 2. Verwirrungszustände und 3. Entthemmung. Ebenfalls häufig wird die Affektlabilität angemerkt, während Demenz, Krampfanfälle und Suizidalität in den Hintergrund treten.

Frage: Welches sind die altersspezifischen physischen und psychischen Folgen von Alkoholproblemen? Diese können natürlich von Symptomen anderer Krankheiten überdeckt werden. (1741 Mehrfachantworten)

Wahrgenommene Folgen



Dass Stürze in der Wahrnehmung prävalieren, beruht auf dem empirischen Sachverhalt, dass diese bei alten Menschen sehr häufig sind. Rund ein Drittel aller Menschen über 65 Jahre

stürzt mindestens einmal jährlich, etwa die Hälfte davon mehrfach und ein Drittel mit Verletzungsfolgen. Bei den über 80-Jährigen und bei Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen ist die Sturzhäufigkeit noch höher. Etwa 5% der gestürzten älteren Menschen erleiden eine Fraktur, am häufigsten eine proximale Femurfraktur (Schenkelhals- oder pertrochantere Fraktur) oder eine Humerusfraktur. Stürze mit und ohne Verletzungsfolgen haben oft schwerwiegende Folgen. Die Angst vor weiteren Stürzen, der Verlust des Selbstvertrauens, der soziale Rückzug und weitere Symptome werden unter dem Begriff des «Post-Fall-Syndroms» zusammengefasst. Stürze sind zwar meist multifaktorieller Genese und werden durch eine Interaktion von internen und externen Faktoren verursacht, doch gehören Medikamenten- und Alkoholkonsum zu den wichtigen Risikofaktoren für Stürze.

Das Phänomen der Multimorbidität ist im höheren Alter besonders häufig. Körperliche und psychische Leidenszustände bedingen sich wechselseitig; so ist der Alkoholmissbrauch Folge und Ursache von Funktionsstörungen zugleich. Auch die erwähnten Verwirrungszustände sind nicht einfach Folge eines Alkoholmissbrauchs, sondern sind häufig Begleiterscheinung einer sich anbahnenden oder bereits bestehenden Demenz. Dabei ist es äusserst schwierig, zwischen alkohol- und demenzbedingten Verwirrungszuständen zu unterscheiden.

Dass der Alkoholkonsum enthemmt und damit die Streitlust steigert, ist nicht nur eine weit verbreitete Annahme, sondern wurde auch schon von empirischer Forschung untermauert. Doch ist die Beziehung zwischen Alkoholkonsum und Aggressivität äusserst komplex: Alkohol macht aggressiv – aber nicht immer. Wer durch andere Aufgaben abgelenkt wird, während er sich betrinkt, ist sogar weniger streitlustig als im nüchternen Zustand. Marlett et al. (1981) zeigen, dass das alleinige Wissen darum, dass jemand Alkohol getrunken hat, sich in aggressivem Verhalten äussert. Von diesem Modell ausgehend haben viele Menschen gelernt, dass unangebrachtes Verhalten toleriert wird, wenn es unter dem Einfluss von Alkohol stattfindet. Der Glaube, dass jemand Alkohol getrunken hat, dient bereits als Hinweis auf mögliches aggressives Verhalten.

4.6 Die Grenze des Tolerierbaren

Die Frage: «Wo ist die Grenze des Tolerierbaren? Wo sollte man eingreifen?» ist wohl eines der entscheidenden Probleme nicht nur in der Heimsituation, sondern auch in der häuslichen Umwelt. Dabei hängt die Antwort auf diese Frage vom Toleranzspielraum der sozialen Umwelt ab. Den Befragten wurde eine entsprechende Frage offen gestellt und die Auswertung der Antworten ergibt ein ganzes Spektrum von Anmutungen darüber, was Grenzen sind.

Es herrscht insofern ein relativ grosser Konsens unter den Befragten, als die Grenze des Tolerierbaren vor allem unter drei Bedingungen überschritten wird und zur Intervention zwingt:

- Erstens bei akuter Selbst- oder Fremdbedrohung und
- zweitens bei Konflikten mit Dritten, wenn die Umwelt gestört wird und sich Mitbewohner oder Mitbewohnerinnen beschweren.
- Schliesslich wird drittens die Grenze dann überschritten, wenn auf Grund des übermässigen Alkoholkonsums erhöhter Pflegebedarf entsteht (z.B. infolge Inkontinenz, mangelnder Hygiene).

Die Grenze des Tolerierbaren charakterisiert zugleich die generelle Haltung gegenüber Altersheimbewohnern und -bewohnerinnen und ihrem Alkoholkonsum. Es besteht eine relativ hohe Toleranz, so lange die Folgen des Alkoholmissbrauchs nicht störend wirken. Die Toleranz ist somit abhängig vom Grad der Störung des Alltags durch die wahrgenommenen Auswirkungen des Konsums.

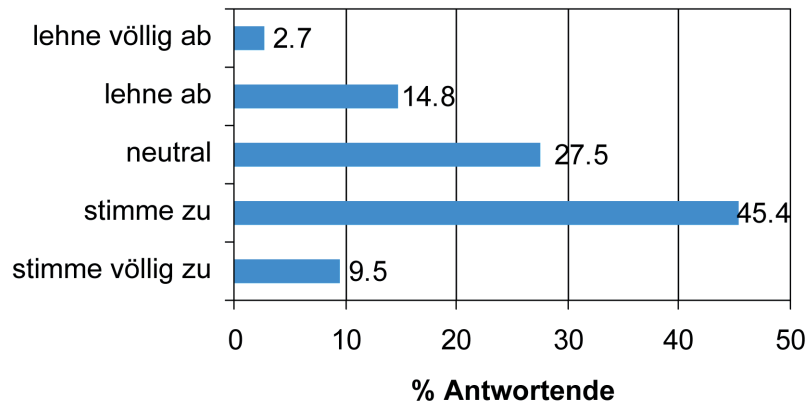
4.7 Generelle Haltung gegenüber Altersheimbewohnern und -bewohnerinnen mit Alkoholproblemen

Trotz der Tatsache, dass Bewohner und Bewohnerinnen mit Alkoholproblemen das Zusammenleben und die Betriebsabläufe im Altersheim zu stören vermögen, stimmt die Hälfte der Befragten der Aussage zu «Beim Konsum von Alkohol durch die Bewohner sind wir in der Re-

gel nachsichtig». 27% optieren für die neutrale Kategorie, d.h. sie sind nicht so tolerant, und ein knappes Fünftel der Befragten ist unnachsichtig.

Zustimmungsgrad zur Aussage «Beim Konsum von Alkohol durch die Bewohner und Bewohnerinnen sind wird in der Regel nachsichtig» N = 546

Nachsicht bei Alkoholkonsum im Altersheim



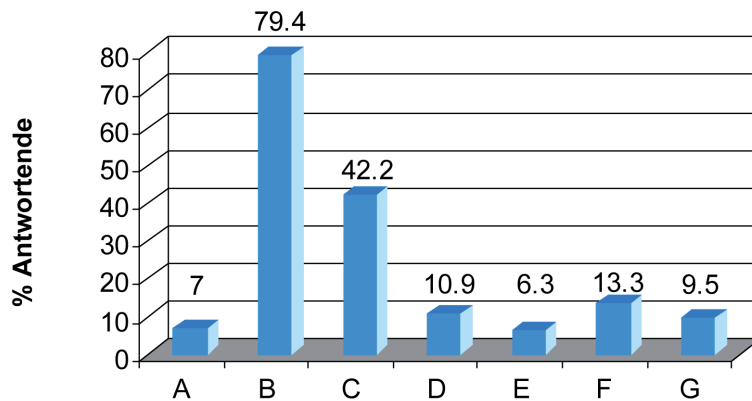
Zunächst ist festzuhalten, dass in vielen Altersheimen gegenüber dem Alkoholkonsum der Bewohner und Bewohnerinnen ein Klima der Nachsicht herrscht. Die Frage dabei ist natürlich, was denn Nachsicht konkret heisst. Die in Abschnitt 4.2 dargestellten Antworten auf die Frage, wie denn institutionelle Regeln begründet werden, deuten darauf hin, dass es sich bei der nachsichtigen Haltung oft um einen wohlmeinenden Paternalismus handelt.

Immerhin: Gemäss der Angaben der Befragten ist eine Suchterkrankung nur selten (in 7% der Fälle) ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in ein Alters- und Pflegeheim. Die Suche nach dem Gespräch mit den Betroffenen steht für die Befragten stets im Vordergrund. Auch versucht man, in mehr als 40% der befragten Einrichtungen, Suchtkranke intern zu behandeln, um sie nicht zu stigmatisieren. 13% der Befragten sind dagegen der Ansicht, dass eine Suchtbehandlung am besten in der Fachklinik erfolgt. Die Expertenmeinung tendiert eher dazu, die betroffene Person intern zu behandeln und erst nach wiederholten Fehlschlägen eine Suchtbehandlung in einer Fachklinik zu veranlassen. In der Praxis kommt dies aber selten vor, gibt es doch in Fachkliniken – wie ein kurzer Blick in deren Statistik zeigt – kaum Patienten oder Patientinnen hohen Alters.

Interessant ist der Befund, dass nur gerade rund 11% der Befragten angeben, sie würden ältere Suchtkranke trotz begrenzter Lebenserwartung die Anstrengung einer Entzugsbehandlung nicht ersparen. Dagegen steht die Meinung fast ebenso vieler, dass der Konsum von Alkoholika schliesslich ein legitimes Mittel darstelle, um die Leiden des Alters zu mindern. In diesem Widerspruch äussert sich eine grundlegende ethische Differenz (vgl. dazu Abschnitt 4.11).

Frage: Welches ist die Haltung gegenüber Menschen mit Alkoholproblemen in Ihrer Einrichtung? (939 Mehrfachantworten)

Haltung des Altersheims gegenüber Alkoholproblemen



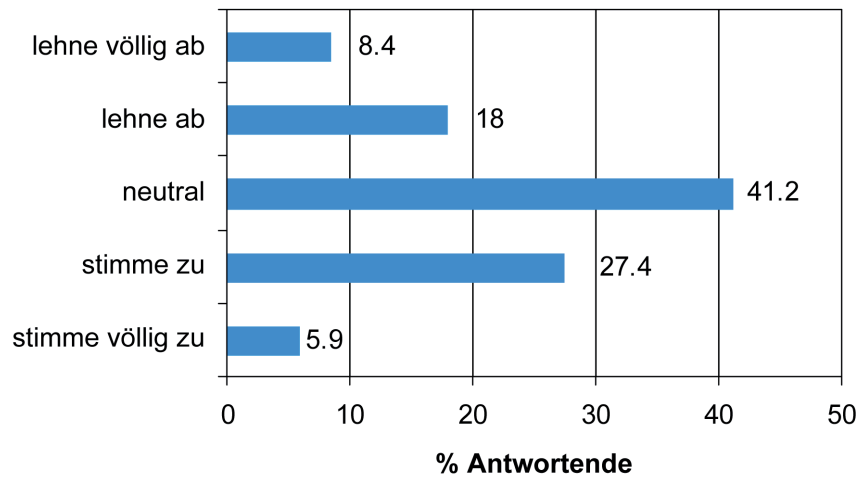
Legende

- A Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit schliesst die Aufnahme in unserm Altersheim aus
- B Eine Alkoholproblematik wird gegenüber einem Heimbewohner oder einer Heimbewohnerin direkt angesprochen
- C Wir versuchen ältere Suchtkranke in unserer Einrichtung zu behandeln, um sie nicht zu stigmatisieren
- D Wir ersparen älteren Menschen trotz ihrer begrenzten Lebenserwartung die Anstrengung einer Entzugstherapie nicht
- E Die Verwendung von Alkoholika ist legitim, um die Leiden des Alters zu mildern
- F Suchtbehandlung muss stationär in einer Spezialklinik erfolgen
- G In hohem Alter spielt der Alkoholkonsum keine Rolle mehr, lassen wir die älteren Menschen doch zufrieden

Es ist klar, dass sich mit der Behandlung innerhalb der Einrichtung eine Reihe von Problemen stellt. So muss man wohl davon ausgehen, dass Altersheime ähnliche Schwierigkeiten haben wie Angehörige, Freunde und Nachbarn im Umgang mit einem Alkoholiker in der Familie, im Bekannten- oder im Kollegenkreis. Wegsehen und hinter dem Rücken über die Vermutungen und Beobachtungen reden, kennzeichnen oftmals auch das Verhalten von Pflegenden und Heimleitungen, angesichts eines alkoholsüchtigen Bewohners. Oft traut man sich nicht oder fühlt sich kaum verpflichtet, den Betreffenden oder die Betreffende konkret auf sein Problem anzusprechen. Weil zudem der Bewohner und seine Angehörigen eine Alkoholabhängigkeit geschickt kaschieren oder leugnen, reagieren Mitarbeitende und Heimleitung oft erst, wenn sich die Situation bereits unübersehbar zugespitzt hat. Mit anderen Worten: Co-Alkoholismus gibt es auch im Altersheim. Versucht man denn auch die Frage nach dem optimalen Behandlungsort zu vertiefen, so zeigt sich, dass die Befragten gar nicht so sicher sind, ob das Altersheim der richtige Ort zur Behandlung einer Alkoholabhängigkeit ist. Zwar stimmen rund 30% der Befragten der Aussage zu, dass es günstiger ist, Alkoholkranke vor Ort im Altersheim zu behandeln, doch fast ein Viertel lehnt diese Aussage ab, mehr als 40% sind jedoch unentschieden.

Zustimmungsgrad zur Aussage «Es ist günstiger Alkoholranke vor Ort im Altersheim zu behandeln» N = 544

Alkoholprobleme vor Ort behandeln



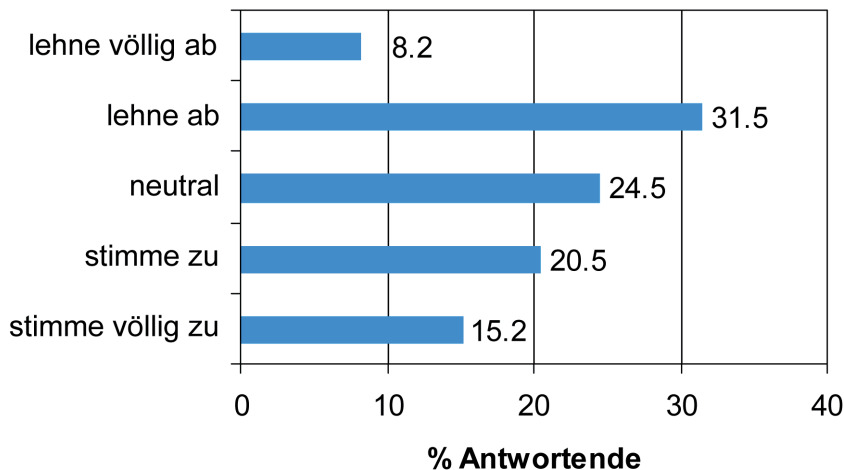
Bei der Behandlung von alkoholabhängigen Bewohnern und Bewohnerinnen innerhalb der Altenbetreuung stellt sich auch die Frage, inwiefern dabei Abstinenz als Bedingung gelten soll. Aber genau hierin besteht oft ein Problem. Menschen, die ihr Leben am Suchtmittelkonsum ausgerichtet haben, können sich ein abstinentes Leben nur sehr schwer bis gar nicht vorstellen. Sie haben Suchtmittel konsumiert, um Lebenskrisen zu meistern oder sie auszuhalten. Ihr Dasein gestaltete sich mit, um und durch Alkohol, Medikamente und Drogen. Das persönliche Umfeld und auch sie selbst sind durch das Suchtmittel geprägt. Persönliche Kontakte, sofern überhaupt noch vorhanden, sind zumeist ebenfalls vom Suchtmittelkonsum bestimmt. Während sich bei der Gruppe der so genannten «late onset alcoholics» das Suchtproblem erst im Alter manifestiert und hier suchtttherapeutische Massnahmen gut greifen (DHS 2006), besteht bei der Gruppe der «early onset alcoholics» ein chronischer Konsum.

Für diese Menschen erscheint ein komplett abstinentes Leben unmöglich, oft auch infolge schwerer kognitiver und sozialer Problemstellungen. Falls nun auf Abstinenz verzichtet wird: Wie weit kann der Suchtmittelkonsum dann toleriert werden? Ist es möglich, Suchtkranke in Pflegeeinrichtungen zu integrieren, wenn im hauseigenen Café oder auf dem Sommerfest Alkohol ausgeschenkt wird?

Ist es überhaupt sinnvoll, eine vollständige Abstinenz zu fordern? Darüber bestehen bei den Befragten deutliche Divergenzen. Dies äussert sich im Zustimmungsgrad zur Aussage «Das wichtigste Ziel der Behandlung ist die Abstinenz».

Zustimmungsgrad zur Aussage «Das wichtigste Ziel der Behandlung ist die Abstinenz» N = 546

Wichtigstes Ziel ist Abstinenz



Knapp 40% lehnen diese Aussage ab, während rund ein Drittel der Befragten der Aussage zustimmen. Ein weiteres Drittel kann sich in dieser Frage nicht entscheiden.

4.8 Die Handlungsoptionen bei Alkoholproblemen von Altersheimbewohnern und -bewohnerinnen

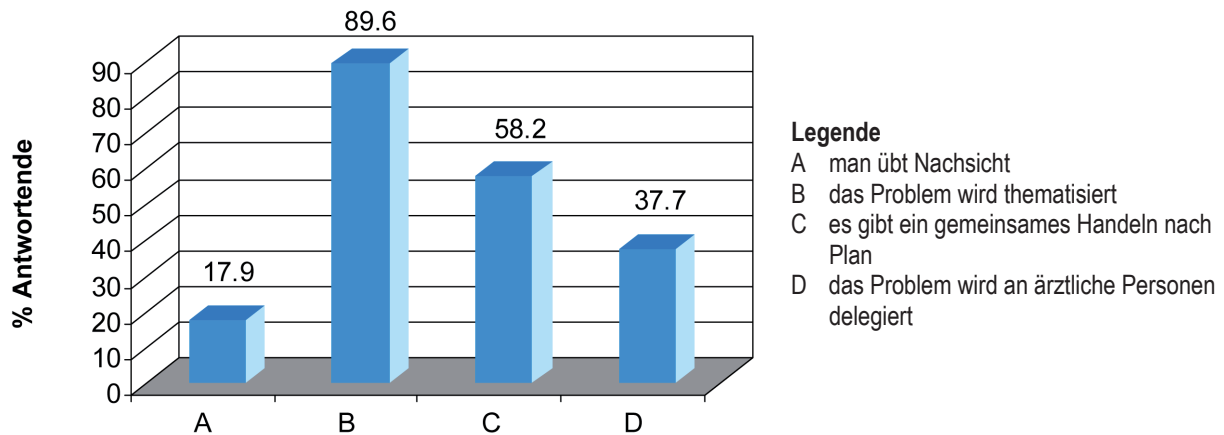
Grundsätzlich gibt es vier Handlungsoptionen bei Vorliegen eines Alkoholproblems im Altersheim:

- 1) man übt Nachsicht, man toleriert, weil man die Bewohner als autonome Wesen konzipiert,
- 2) man greift das Problem auf, man thematisiert, man spricht mit den Betroffenen, den Angehörigen und mit dem Team,
- 3) man handelt nach einem gemeinsamen Plan und
- 4) man delegiert das Problem an Medizinalpersonen. Diese Handlungsoptionen schliessen einander nicht alle aus.

Die Ergebnisse zeigen: Bei Vorliegen eines Alkoholproblems wird in einem Fünftel der Fälle Nachsicht geübt. Dies schliesst nicht aus, dass das Problem mit den Betroffenen besprochen wird; denn nahezu in allen Institutionen wird ein Alkoholproblem thematisiert. Doch nur in 60% der Fälle gibt es ein Vorgehen nach Plan, es sei denn, das Problem werde an ärztliche Personen delegiert (in immerhin 40% der Fälle). Ein gemeinsames Handeln nach Plan bei Vorliegen von Alkoholproblemen fehlt in vielen Einrichtungen der Altenhilfe.

Frage: Was geschieht in Ihrer Einrichtung bei einer Vermutung, dass ein Alkoholproblem vorliegt? (1133 Mehrfachantworten)

Reaktion bei vermutetem Alkoholproblem



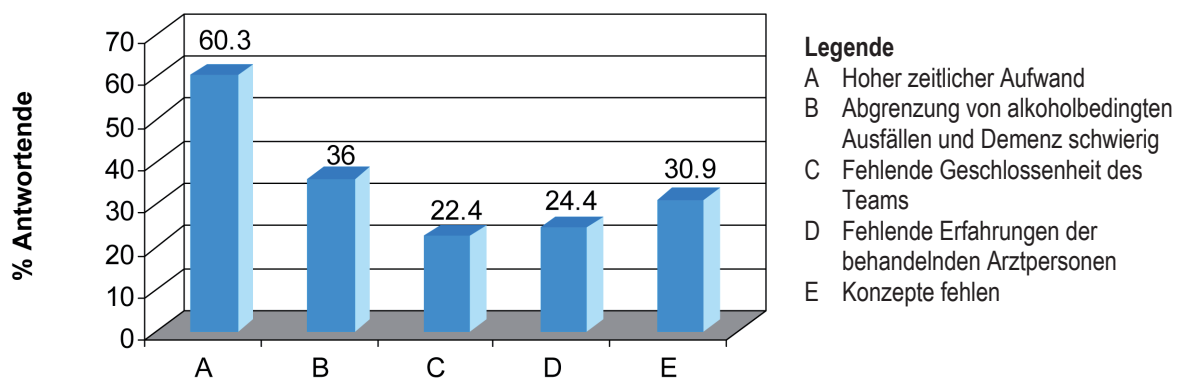
4.9 Hauptschwierigkeiten im Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen, die Alkoholprobleme haben

Personen mit Alkoholproblemen sind wohl nicht immer die einfachsten Bewohner und Bewohnerinnen von Altersheimen. Die liebsten Kunden sind wohl die «Pflegeleichten». Es erstaunt deshalb nicht, dass die am häufigsten erwähnte Schwierigkeit im Umgang mit Personen mit Alkoholproblemen der «hohe zeitliche Betreuungsbedarf» ist.

Eine weitere Schwierigkeit besteht gemäss den Befragten darin, dass sich die alkoholinduzierten Verwirrungszustände schwer von den durch eine Demenz verursachten Verwirrungen unterscheiden lassen. Immerhin orten je ein Viertel der Befragten Schwierigkeiten in der fehlenden Geschlossenheit des Teams und in der mangelnden Erfahrung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen mit abhängigen alten Menschen. Rund 30% monieren fehlende Konzepte für Bewohner und Bewohnerinnen mit Alkoholproblemen. In diesen Fällen gibt es offenbar Handlungsbedarf.

Frage: Welche Schwierigkeiten begegnet man häufig im Umgang mit Bewohnern oder Bewohnerinnen, die Alkoholprobleme haben? (970 Mehrfachantworten)

Schwierigkeiten im Umgang mit Alkoholproblemen



Auf die Frage welche anderen Schwierigkeiten denn noch bestünden, finden sich vor allem Probleme mit den Angehörigen, deren Einbezug oft sehr konfliktträchtig ist, da sie schon zu oft mit der Problematik konfrontiert worden sind. Oft wird auch das intolerante Umfeld oder die Co-Abhängigkeit als Schwierigkeit erwähnt, auch das Nichteinhalten von Regeln bzw. die mangelnde Compliance der Betroffenen wird beklagt. Mehrfach erwähnt wird auch die Schwierigkeit

im Umgang mit aggressivem Verhalten und die Uneinsichtigkeit und Ungeduld der betroffenen Personen.

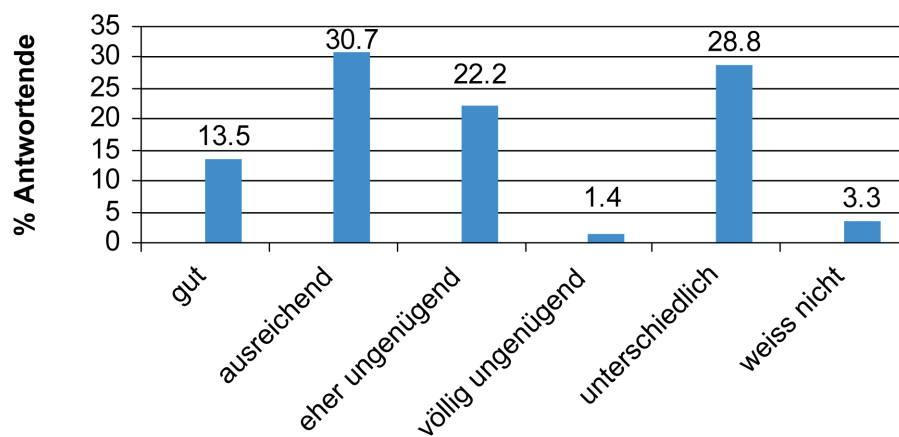
4.10 Die erforderliche Qualifikation der Mitarbeitenden in Altersheimen hinsichtlich der Betreuung Suchtkranker

Die Zahl suchtkranker Menschen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen nimmt zu. Schätzungen gehen davon aus, dass sich der Anteil der alkoholkranken Bewohner über 65 Jahre auf 10 bis 20 Prozent beläuft. Eine Abhängigkeit von Medikamenten ist unter älteren Menschen ebenfalls weit verbreitet. Diese Entwicklung stellt die Einrichtungen vor grosse Herausforderungen. Wie lassen sich suchtkranke Bewohner integrieren? Und welche Qualifikationen benötigen die Mitarbeiter?

Die Ausbildung in der Altenpflege wie auch in der Gesundheits- und Krankenpflege behandelt die psychiatrischen Erkrankungen und somit auch das Thema Sucht zumeist nur ansatzweise. Wissen über Entstehung, Auswirkungen und Folgen fehlt.

Frage: Wie schätzen Sie den Wissensstand Ihrer Mitarbeitenden hinsichtlich der Suchtproblematik (z.B. über die verschiedenen Behandlungskonzepte) ein? N = 553

Geschätzter Wissensstand der Mitarbeitenden



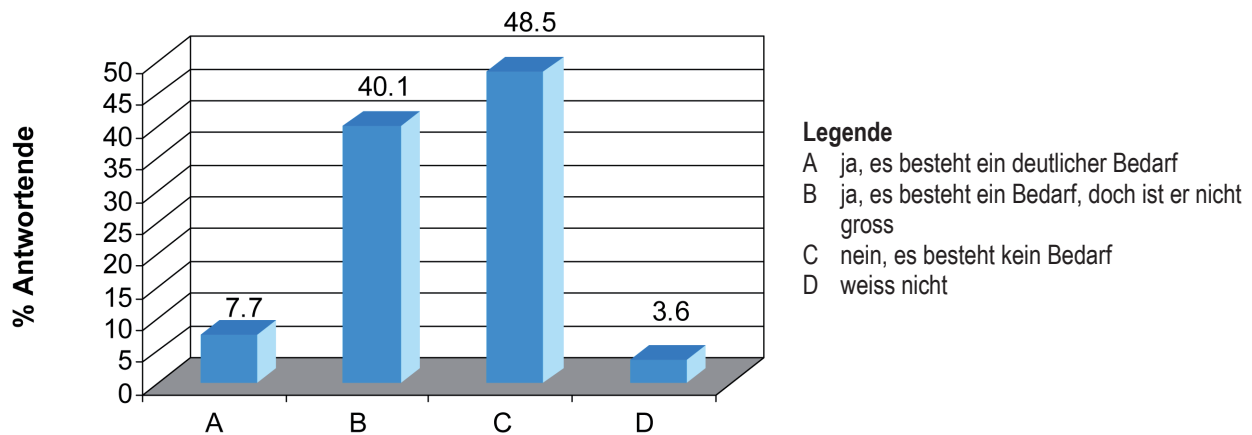
von Suchterkrankungen führen zusätzlich zur Überforderung der Mitarbeitenden und zu ablehnenden Haltungen. Einer guten Ausbildung der Fachkräfte in Altersheimen hinsichtlich der Suchtkrankheit im Alter kommt deshalb hohe Bedeutung zu. Der professionelle Anspruch an Pflegenden bezieht sich neben einem breiten Fachwissen insbesondere auf die Kommunikation und Interaktion mit Bewohnern und Bewohnerinnen, die Suchtprobleme haben. Dabei wird ein besonders hohes Mass an Empathie und Hilfsbereitschaft gefordert.

Rund zwei Fünftel der Befragten attestieren den Mitarbeitenden ein gutes bzw. hinreichendes Wissen über die Suchtproblematik im Alter. Ein Viertel meint dagegen, der Wissensstand sei eher ungenügend. Von einem weiteren Viertel der Befragten wird der Wissensstand der Mitarbeitenden als äusserst verschieden bezeichnet.

Die Betreuung suchtkranker Menschen erfordert ohne Zweifel zusätzliche Qualifikationen und eine bestimmte Haltung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Doch die Hälfte der Befragten ortet keinen Beratungs- und/oder Schulungsbedarf bei den Mitarbeitenden. Die andere Hälfte meint, dass ein solcher Bedarf besteht, wenn gleich er zumeist nicht sehr gross ist.

Frage: Besteht in Ihrer Einrichtung ein Beratungs- oder Schulungsbedarf hinsichtlich der Alkoholprobleme von Bewohnern und Bewohnerinnen? N = 548

Beratungs- und Schulungsbedarf



4.11 Ethische Fragen in der Betreuung von alten Menschen mit Suchtproblemen

Es besteht ein allgemeiner Grundkonflikt in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Drogenkonsumenten bzw. Alkoholabhängigen, nämlich in der Abgrenzung von individuellen Freiheitsrechten und gesamtgesellschaftlichen Interessen bzw. dem Gemeinwohl. Dem Einzelinteresse des süchtigen Menschen (Rechte, Bedürfnisse, Selbstbestimmung) wird in Diskussionen polar das Interesse der Gemeinschaft bzw. des Staates (Gemeinwohls) gegenübergestellt. Dieser Konflikt setzt das Prinzip der Autonomie Einzelner voraus, denen eine Eigenverantwortlichkeit für ihre Handlungen zugestanden wird, solange Dritte nicht gefährdet werden.

Die Suchthilfe in der Schweiz ist weitgehend von der Maxime geprägt – und zwar sowohl im professionellen als auch im Selbsthilfe-Bereich – zu wissen, was für die Menschen (Betroffene/Klienten/Patienten/Co-Abhängige) gut ist. D.h. die Reaktionen und Wahrnehmungen auf das, was man als Sucht bezeichnet, sind in unserer pluralistischen Gesellschaft von verschiedenen Wertvorstellungen, Lebensanschauungen und persönlichen Vorstellungen eines «guten Lebens» geprägt. Uchtenhagen (1995) hat dies – bezogen auf die therapeutischen Angebote – als die «*monopolistische Therapiediktatur*» bezeichnet. Er erhoffte in diesem Zusammenhang einen ethischen Diskurs und damit einen *Wandel von der Einseitigkeit zu einem pluralistischen System vielfältiger, differenzierter Angebote*.

Was die Behandlungswürdigkeit der Sucht im Alter anbelangt, gehen die Ansichten in der Gesellschaft auseinander. Ein viel zitierter Satz lautet ... «nun lass sie doch ...» oder «... das lohnt doch gar nicht mehr ... das will ich ihr/ihm nicht wegnehmen ...». Dass alte Menschen, sogar wenn sie sich in Institutionen befinden, süchtig sein können, wird aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein verdrängt. Sieht man sich gar den Tranquilizer-Konsum bei alten Menschen an, könnte man leicht auf den Gedanken kommen, dass Tranquilizer zu ihren Grundnahrungsmitteln gehören. Doch die geschilderte Laisser-faire-Attitude ist nur die eine Seite der Medaille. Die andere Seite beinhaltet eine viel mehr paternalistische Einstellung, die weiss, was den Alten frommt: «Alte Leute sind ohnehin in ihren Kognitionen eingeschränkt, und es ist deshalb nur zu ihrem Besten, wenn wir sie auf den «guten» Weg bringen». Im paternalistischen Modell soll zum Wohle des Patienten gehandelt werden, auch wenn dieser andere Vorstellungen und Wünsche über mögliche Behandlungsziele äussert. Die Autonomie wird in diesem Fall zugunsten des Fürsorgeprinzips überschrieben.

Alternativ dazu ist es möglich, den Begriff der Autonomie am Selbstverständnis und der personalen Identität des Klienten/Patienten auszurichten. Allerdings gibt es durchaus Situationen im Kontext der Sucht, die eine paternalistische oder deliberative Vorgehensweise erforderlich ma-

chen (z.B. akute Vergiftungserscheinungen, zusätzliche psychische Störungen, äussere Umstände). Es gibt offenbar einen wechselseitigen Ausschluss von Autonomie und Fürsorgebedarf. Die Frage ist nur, wo denn die Grenze zwischen Autonomie und Fürsorge liegt.

Ein mögliches Kriterium zur Grenzziehung liegt in der Diskursfähigkeit. Ist jemand sprach- und selbstbestimmungsfähig, dann verbieten sich fürsorgliche Handlungen. Natürlich existiert in der Realität eine gestufte Zu- und Abnahme der Autonomiefähigkeit. Der Begriff der Autonomie muss am Selbstverständnis und der personalen Identität der Klienten ausgerichtet werden.

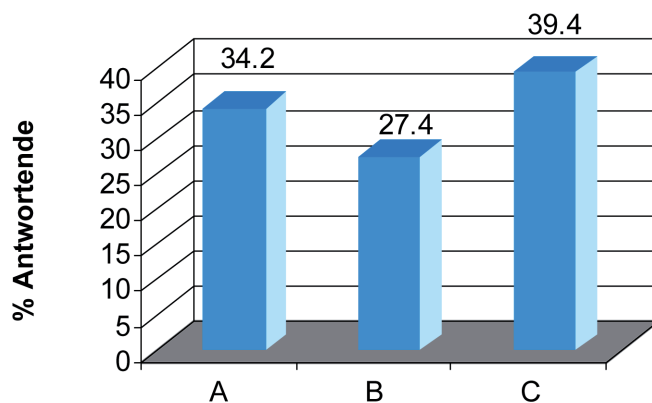
Suchtberatung und -therapie müssen die Lebenslagen älterer Menschen in ihren Hilfeangeboten berücksichtigen. Uchtenhagen (2003) hat dafür die relevanten Fragen gestellt:

- Liegt überhaupt ein therapiebedürftiges Verhalten vor?
- Wird die Lebensqualität der betreffenden Person durch Suchtmittelkonsum beeinträchtigt oder gesteigert?
- Welche Risikofaktoren unterhalten das Suchtverhalten?
- Sind sie beeinflussbar?
- Wo ist die Grenze des Tolerierbaren?
- Wann soll man eingreifen?

Wie sehr die Befragten in einer ethischen Zwangslage zwischen Laisser-faire- und paternalistischer Attitüde und dem Gefährdungsprinzip für Dritte (Ordnung muss sein) stecken, zeigen die Antworten auf folgende Frage:

Frage: Hier diskutieren drei Personen über den Alkoholkonsum im Altersheim. Welcher Person geben Sie am ehesten Recht? N = 533

Attitüden: zwischen Autonomie und Paternalismus



Legende

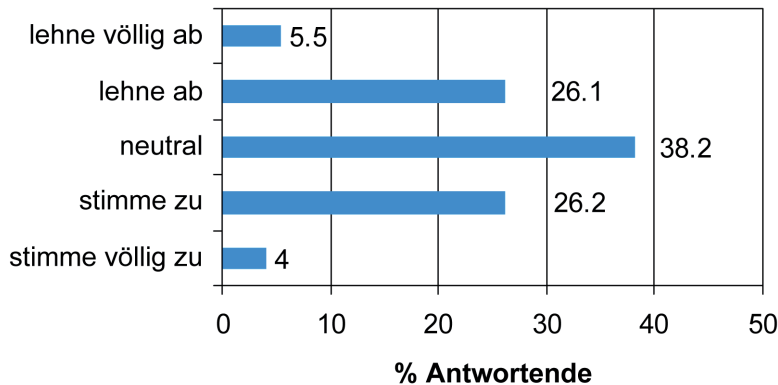
- A Die Entscheidung alter Menschen für einen problematischen Alkoholkonsum ist zu respektieren, selbst wenn sie damit längerfristig ihre Autonomie einschränken
- B Man kann in einer Institution mit vielen alten Menschen schon aus Ordnungsgründen nicht tolerieren, dass einzelne punkto Alkoholkonsums über die Stränge schlagen
- C Gerade weil Menschen, die zuviel trinken, ihre Autonomie verlieren, muss man bei Alkoholproblemen eingreifen

Ein gutes Drittel der Befragten entscheidet sich für das Autonomiemodell, der alte Mensch kann selbstständig entscheiden, was ihm frommt, wenngleich ihm dies letztlich zum Schaden gereicht. Ein nahezu identischer Anteil von Befragten optiert für das paternalistische Modell, gerade weil die Gefahr des Autonomieverlustes besteht, muss man bei Alkoholproblemen eingreifen. Ein Viertel der Befragten entzieht sich diesem Dilemma und beruft sich auf das Ordnungsprinzip. Mit der Verletzung dieses Prinzips werden die Wünsche und Lebensziele anderer nicht respektiert bzw. ihr Wille wird nicht geachtet, damit ist Anlass zum Eingreifen gegeben.

Wie konfliktrichtig auf der Ebene der Werthaltungen suchttherapeutisches Bemühen bei alten Menschen im Allgemeinen und im Altersheim im Besonderen ist, lässt sich auch am Zustimmungsradius zur Aussage, dass man suchtkranken Menschen im Altersheim aufgrund ihrer begrenzten Lebenserwartung eine Therapie ersparen sollte. Die Meinungen der Befragten dazu prallen aufeinander: 30% lehnen die Aussage ab, derselbe Prozentsatz befürwortet sie. Rund 40% der Befragten können sich nicht entscheiden.

Zustimmungsgrad zur Aussage: «Man sollte suchtkranken Menschen im Altersheim wegen ihrer begrenzten Lebenserwartung die Anstrengungen einer Therapie ersparen»
N = 545

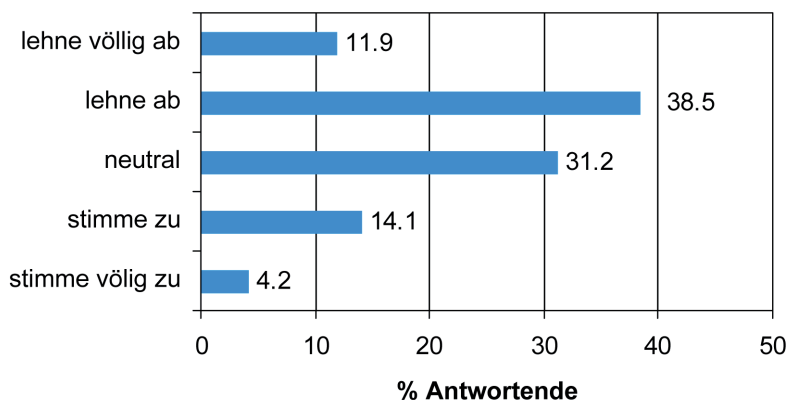
Man sollte suchtkranken alten Menschen die Anstrengung einer Therapie ersparen



Die mehr paternalistische Einstellung, nämlich, dass es gerade bei alten Menschen wichtig ist, sie von der Sucht zu befreien, weil sie nur so ihr Alter geniessen können, stösst mehrheitlich auf Ablehnung: Rund 55% der Befragten lehnen diese Haltung ab.

Zustimmungsgrad zur Aussage: «Es ist gerade auch bei alten Menschen wichtig, sie von der Sucht zu befreien, nur so können sie ihr Alter geniessen» N = 545

Es ist gerade bei alten Menschen wichtig, sie von Sucht zu befreien



Die Frage nach der Autonomie des Subjektes stellt sich bei einer paternalistischen Haltung zwingend. Das Prinzip der Autonomie fordert, die Wünsche, Ziele und Lebenspläne anderer zu respektieren, und zwar auch und gerade dann, wenn diese dem Akteur wenig nachvollziehbar erscheinen. Dass der Wille anderer – und zwar gleichgültig, ob er seinerseits selbstbestimmt oder fremdbestimmt, rational oder affekt geleitet ist – geachtet statt einer Fremdbestimmung unterworfen wird, ist eine Bedingung dafür, dass jeder Herr seines eigenen Lebens bleibt. Wenn dieses Selbstbestimmungsrecht der Klienten von den Institutionen der professionellen Suchthilfe ernst genommen wird, wenn ernst genommen wird, dass jedes Ziel explizit mit dem Klienten vereinbart werden muss und von ihm nur gefordert werden darf, wozu er im Moment in der Lage ist, muss dieses in der Praxis die Konsequenz haben. Die Definition der Sucht als Freiheitsverlust besitzt nicht nur praktische Konsequenzen, sondern enthält auch ein normatives Urteil, das dem süchtig gewordenen Menschen seine Freiheitsfähigkeit abspricht und ihn damit auf eine niedere menschliche Daseinsstufe zurückfallen lässt, was wiederum auf die Therapie und den sozialen Umgang mit Drogenkonsumenten rückwirkt (Wolf 2003).

Es ist ein Merkmal von unprofessioneller Betreuungsarbeit, wenn ethische Grundpositionen stillschweigend als «common sense» vorausgesetzt, deshalb nicht erläutert werden und somit auch bei einer Intervention unhinterfragbar bleiben. Zielsetzungen und Indikationen ändern sich mit dem Alter der Klientinnen und Klienten. Es ist deshalb entscheidend einen ethischen Diskurs mit einer Klarifikation der Werte über die Suchthilfe bei alten Menschen zu führen. So ist das Prinzip der Autonomie zu klären und zu prüfen, ob damit auch gemeint ist, dass die Wünsche, Ziele und Lebenspläne anderer respektiert werden, und zwar auch und gerade dann, wenn diese dem Akteur wenig nachvollziehbar erscheinen. Dass der Wille anderer geachtet statt einer Fremdbestimmung unterworfen wird, ist eine Bedingung dafür, dass alle Herr ihres eigenen Lebens bleiben. Mit anderen Worten: Es soll nichts gegen den Willen eines Menschen geschehen, die Selbstverantwortung und Autonomie des Menschen sind zu achten. D.h. es sollen nur Ziele verfolgt werden, die mit dem Klienten explizit vereinbart worden sind. Von einem Menschen soll nichts gefordert werden, was zu erbringen er im Moment nicht in der Lage ist. Denn «Sollen» setzt «Können» voraus.

«Die professionelle Suchtkrankenhilfe ist in ihrer Arbeit mit Suchtmittelgefährdeten bzw. -abhängigen und deren Angehörigen mit ethischen Fragestellungen konfrontiert. Neben dem fachlichen Umgang mit gesundheitlichen und psychosozialen Problemlagen verlangt die Begegnung von professionellen Fachkräften und Hilfesuchenden nach einer Auseinandersetzung mit den Wert- und Sinnfragen der menschlichen Existenz. Ethische Reflektion und Kommunikation sind wesentliche Elemente der Professionalität und der Qualität dieser Arbeit.»
(C. Kottje-Birnbacher, D. Birnbacher, 1999).

Dass alte Menschen, auch wenn sie sich in Institutionen befinden, süchtig sein können, wird aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein verdrängt wie kaum ein zweiter Tatbestand in der Geriatrie. Dies hängt vor allem mit den Vorstellungen zusammen, dass Suchtprobleme vorrangig ein Jugendproblem sind. Dies führt auch dazu, dass gerade ältere oder pflegebedürftige Suchtkranke gesamtgesellschaftlich immer noch moralisierend abgewertet werden. Diese moralisierende Haltung findet sich auch immer noch in sozialen Berufen und führt zu Schwierigkeiten bei der Integration von suchtkranken Menschen in Pflegeeinrichtungen.

Literatur

WEYERER, S.: Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen im höheren Alter. In: Suchtmagazin «Sucht im Alter», Nr. 4, Basel, 2003

GIANCOLA, P.R. und CORMAN, M.D.: Alcohol and Aggression: A Test of the Attention-Allocation. In: «Psychological Science», Bd. 18, S. 649–655, 2007

UCHTENHAGEN, A.: Sucht im Alter. In: Suchtmagazin «Sucht im Alter», Nr. 4, Basel, 2003

GMEL, G.: Risikoreicher Alkoholkonsum in der Schweiz im Wandel? Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne, 2004

SIMONS, L.A., McCALLUM J., FRIEDLANDER Y., ORTIZ M., SIMONS J.: Moderate alcohol intake is associated with survival in the elderly. The Dubbo Study, Australien, 2000

MARLATT, G.A., ROSENOW D.J. (1981): The think-drink effect. Psychology Today, Nr. 15

WOLF, J.: Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht – Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht und deren ethische Implikationen am Beispiel der Alkohol- und Heroinsucht. Diss. Universität Tübingen, 2003

GALANIS, D.J., JOSEPH, C., MASAKI, K.H., PETROVITCH, H., ROSS, G.W., WHITE, L.A.: A Longitudinal study of drinking and cognitive performance in elderly Japanese American Men. The Honolulu-Asia Aging Study, J Pub Health, 2000

Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993

Expertenforum

Name, Funktion	Institution	Kurzbeschreibung Institution
Dr. med. Thomas Meyer, Chefarzt und Direktor	Forel Klinik, Fachklinik für alkohol-, medikamenten- und tabakabhängige Frauen und Männer www.forel-klinik.ch	Die Forel Klinik ist die grösste Fachklinik für Alkoholprobleme in der Schweiz. Durch ihre Schrittmacherfunktion, der permanenten Evaluation eigener Therapieangebote und einer intensiven Forschungstätigkeit hat die Forel Klinik eine prägende Wirkung, in der Schweiz und im ganzen deutschsprachigen Raum. Die Forel Klinik etabliert in Zukunft ein spezialisiertes, integriertes Versorgungssystem – mit in sich durchlässiger Kombination von ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten. Die Forel Klinik setzt zudem stark auf den E-Health Bereich. Mit online Selbstbeurteilungs-Tools, einem Forum für Betroffene und einem E-Learning Modul für ärztliche Grundversorger setzt die Klinik ihre Philosophie um: informieren – erkennen – befähigen.
PD Dr. med. Albert Wettstein, Chefarzt und Direktor Dr. med. Ulrich Erlinger, MPH, Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychologie, Vizedirektor, Leiter Public Health und Suchtmedizin	Stadtärztlicher Dienst Zürich Walchestr. 31/PF 3251 8021 Zürich www.stadt-zuerich.ch/sad	Der Stadtärztliche Dienst sorgt sich im sozialmedizinischen Sinne um die Gesundheit der Bevölkerung der Stadt Zürich. Zu seinen Hauptaufgaben gehören die ärztliche Betreuung in den städtischen Pflegezentren, die suchtmittelmedizinische Versorgung von randständigen Menschen, die psychiatrisch-psychologische Versorgung von SozialhilfeempfängerInnen, bezirks- und amtsärztliche Aufgaben sowie die Unterstützung der städtischen Politik im Gesundheitsbereich durch den Bereich Public Health.
Barbara Steiger, Dipl. Erwachsenenbildnerin, Dipl. Gesundheitsfachfrau, Co-Leiterin	ZüFAM, Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs Langstrasse 229/PF 8031 Zürich www.zuefam.ch	Die ZüFAM setzt den Schwerpunkt im Bereich Suchtmittelprävention mit Focus auf Alkohol und Medikamente. Sie koordiniert Projekte innerhalb des Kanton Zürich, oft in Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Institutionen. Die ZüFAM leistet universelle, selektive (mehrheitlich) und indizierte Suchtprävention. Universelle Prävention richtet sich an die Allgemeinheit (Medienkampagnen, Gesetze und deren Umsetzung), selektive an Risikogruppen (MultiplikatorInnen) und indizierte Prävention an Personen mit manifesten Problemen (Früherkennung, motivierende Gesprächsführung). Weitere Tätigkeitsgebiete sind: Öffentlichkeitsarbeit, Mitarbeit in verschiedenen inter- und ausserkantonalen Arbeitsgruppen, Verfolgen von aktuellen Trends, sowie Referate, Schulungen, Prozessberatungen auf Anfrage.
Barbara Willmann, MAS ZFH in Socialmanagement, Geschäftsführerin	ZFA, Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme Josefstrasse 91 8005 Zürich www.zfa.ch	Die Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) verfolgt das Ziel, den problematischen Konsum und die Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und anderen Suchtmitteln zu vermindern. Angebote für Betroffene und teilweise Angehörige: Einzel- und Paarberatung/-therapie, Krisenintervention, ambulante Entzüge, breite Palette an Gruppenprogrammen (z.B. Alkohol-Entzugsprogramm, Kontrolliertes Trinken, Rückfallprävention, Erfolgreich abstinent usw.). Angebote für Unternehmen, Führungskräfte sowie Fachleute des Sozial- und Gesundheitsbereichs: Coachings, Fortbildungsseminare, Betriebliche Suchtpräventionskonzepte.
Dr. med. Barbara Ruhwinkel, Oberärztin Psychotherapie- station für ältere Menschen	Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw Kantonale Psychiatrische Klinik Schlosstal Gerontopsychiatrie Wieshofstrasse 102 8402 Winterthur www.ipw.zh.ch	Kantonale Psychiatrische Klinik mit Versorgungsauftrag für die Region Winterthur und Andelfingen. Im Altersbereich zwei Akutaufnahmestationen, eine Assessmentstation (Geriatric/Gerontopsychiatrie) und eine Psychotherapiestation. Alle Stationen haben viel Erfahrung mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter und deren Behandlungen. Der integrativ-systemische Behandlungsansatz prägt unsere patientenzentrierte Arbeit mit älteren Menschen. Die enge Vernetzung mit der Geriatrie ermöglicht eine breite Abklärung und Behandlung des Menschen und eine intensive Beratung seines Umfelds. Zur Behandlung einer Abhängigkeit gehören intensive Aufklärung des Patienten und seines Umfeldes (soweit vom Patienten gewünscht) über Folgen des Konsums und Möglichkeiten von Reduktion und Ausstieg aus der Abhängigkeit. Die Institution unterstützt den Patienten in seinem Bemühen, Kontrolle über sein Verhalten zu bekommen oder zu erhalten, ob mit oder ohne Totalabstinenz.

Name, Funktion	Institution	Kurzbeschreibung Institution
<p>Dr. med. Daniel Grob, Chefarzt</p> <p>Dr. med. Irene Bopp, Leitende Ärztin ambulante Dienste</p>	<p>Klinik für Akutgeriatrie Stadthospital Waid 8037 Zürich</p> <p>www.akutgeriatrie.ch</p>	<p>Die Klinik für Akutgeriatrie des Stadthospitals Waid betreut mehrfach kranke, alte Menschen internistisch-geriatrisch (Abklärung und Behandlung inkl. Frührehabilitation). Neben der Klinik mit ihren 78 Betten besteht eine Sprechstunde, wo ambulant vom Hausarzt/der Hausärztin angemeldete Patientinnen abgeklärt werden. Am häufigsten sind dies Abklärungen betr. Demenz (Memory-Klinik) und Sturz (Sturz-Klinik).</p>
<p>Eveline Winnewisser, Stellenleiterin</p>	<p>Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich Röntgenstrasse 44 8005 Zürich</p> <p>www.stadt-zuerich.ch/ suchtpraevention</p>	<p>Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich unterstützt und begleitet suchtvorbeugende und gesundheitsfördernde Entwicklungen in allen Lebensbereichen. Ihr Angebot richtet sich an die ganze Bevölkerung der Stadt Zürich mit Schwerpunkt auf das Umfeld von Kindern und Jugendlichen und Gruppen mit hoher Suchtgefährdung.</p>
<p>Dr. med. Katharina Straubel, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin Memory Clinic und Alterspsy- chiatrisches Ambulatorium Bülach</p>	<p>Alterspsychiatrie Psychiatrie-Zentrum Hard Römerweg 51 8424 Embrach</p> <p>www.pzh.zh.ch</p>	<p>Der alterspsychiatrische Dienst des Psychiatrie-Zentrums Hard umfasst neben den stationären auch ambulante Angebote und bietet Menschen ab dem 60. Lebensjahr mit psychischen Beeinträchtigungen und Störungen eine ganzheitliche Abklärung und Therapie an. Zum ambulanten alterspsychiatrischen Angebot gehören eine Memory Clinic (Gedächtnissprechstunde, ambulantes Gedächtnistraining), ambulante Abklärungen und Behandlungen von älteren Menschen mit psychischen Störungen, Haus- und Heimbefuche, Beratungen von Angehörigen und Betreuern, Konsiliar- und Liasionsdienste für Heime und Spitäler und weitere Angebote.</p>
<p>Lioba Schober, Leitung Fachstelle</p>	<p>Fachstelle psychosozialer Spitex Spitex Ost, Mitte/West, Nord Riesbachstrasse 59 8008 Zürich</p>	<p>Ein Team von Psychiatriefachfrauen und Männern, betreut zum Teil alleine, zum Teil mit der örtlichen Spitex, wenn immer möglich in Zusammenarbeit mit Arzt, Angehörigen, Ämtern, Institutionen, etc., Person mit psychosozialen, psychiatrischen und psychogeriatrischen Problemen. Spitex intern bietet die Fachstelle Weiterbildungen zu psychiatriepflegerischen Themen. Die Behandlung ist individuell, verordnet durch den Arzt, inhaltlich richtet sich die Dienstleistung nach dem KLV 7.</p>
<p>Marlies Petrig, Manager NPO NDS FH, Leiterin Health Care Services</p>	<p>Krankenheimverband Zürcher Unterland (KZU) Im Bächli 1 8303 Bassersdorf</p> <p>www.k-z-u.ch</p>	<p>Der KZU ist ein Zusammenschluss von 21 Gemeinden im Zürcher Unterland. Zweck des Verbandes mit Sitz in Bassersdorf ist es, auf dezentraler Basis Pflegezentren zu betreiben. Diese stehen all jenen Personen offen, die regelmässige und langfristige Pflege benötigen, aber nicht auf eine medizinische Akutversorgung angewiesen sind. In den Institutionen des KZU – den Pflegezentren Bächli, Kloten und Embrach – stehen verschiedene Dienstleistungen zur Verfügung. Zentrale Angebote sind (Auszug): Langzeitpflege, geriatrische Rehabilitation, Übergangspflege, Ferienaufenthalte, Tages- und Nachtambulanz, spezialisierte Pflege und Betreuung von Menschen mit chronisch-neurologischen oder demenziellen Erkrankungen.</p>
<p>Renate Monego, Psychologin FH, exec. MBA HSG, Direktorin</p>	<p>Städtische Gesundheitsdienste Gesundheits- und Umwelt- departement Stadt Zürich Walchstrasse 31/PF 8021 Zürich</p> <p>www.stadt-zuerich.ch/sgd</p>	<p>Die Städtischen Gesundheitsdienste sind verantwortlich für die Sicherstellung der Spitexversorgung in der Stadt Zürich. In enger Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen der Spitexorganisationen werden aktuelle Themen der Spitex bearbeitet und gemeinsam die weitere strategische Ausrichtung gesteuert. Als zweiter Schwerpunkt betreiben die Städtischen Gesundheitsdienste die Suchtbehandlung Frankental als stationäre Einrichtung und die Medizinisch-sozialen Dienste als ambulante Einrichtung im Sucht- und Drogenbereich.</p>
<p>Dr. med. Reto Pampaluchi, MHA, Facharzt Allgemein Medizin</p>	<p>Gruppenpraxis in Winterthur</p>	<p>Einer der Schwerpunkte: geriatrische Grundversorgung in Alters- und Pflegeheimen</p>
<p>Dr. med. Rolf Seeger, Ober- arzt und Abteilungsleiter-Stv.</p>	<p>Verkehrsmedizin und klinische Forensik Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich Kurvenstrasse 31 8006 Zürich</p> <p>www.irm.uzh.ch/vmkf.php</p>	<p>Die verkehrsmedizinische Abteilung des IRMZ befasst sich mit der Begutachtung der Fahreignung von Motorfahrzeuglenkern, unter anderem auch bei Vorliegen von Alkoholproblemen.</p>