SUCHT IM ALTER

Informationen
für
Pflegekräfte
und
Angehörige

Impressum

Herausgeber
Stadt Wuppertal
Geschäftsbereich
Soziales, Jugend und Integration
Ressort Soziales
Neumarkt 10
42103 Wuppertal

Ansprechpartnerin
Claudia Hembach
Tel.: 0202/ 563 – 45 13
E-Mail: claudia.hembach@stadt.wuppertal.de

Konzeption und Redaktion
Ressort Soziales
Fachbereich
Soziale Planung, Beratung
und Qualitätssicherung

Design, Layout & Satz
Alexander Birthälmer

Wir bedanken uns beim Ostalbkreis dafür, dass uns die dort bereits erarbeitete Broschüre zum Thema Sucht im Alter als Basismaterial zur Verfügung gestellt wurde.

Feminine und maskuline Schreibweise
Auf Grund der einfacheren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet und durchgehend die maskuline Schreibweise verwand, ohne die femininen geschlechtsspezifischen Aspekte zu vernachlässigen.

2. Auflage

© STADT WUPPERTAL / SOZIALES Oktober 2013

Inhalt

Einleitung 5

Teil 1 Allgemeine Informationen über Sucht im höheren Lebensalter

Was ist Sucht 6
Alkohol und Alter: Das sollten Sie wissen 8
Welche Medikamente machen abhängig 10
Menschen, die abhängig sind von illegalen Drogen, werden immer älter 12
Wie entwickelt sich eine Sucht 12
Woran erkennt man eine Sucht 14
Lebensbewältigung in Zufriedenheit 16
Welche Hilfe gibt es 17
- Entgiftung 17
- Therapie 18
- Selbsthilfegruppen 19

Teil 2 Handlungsstrategien in der Begegnung mit suchtkranken älteren Menschen

Typische Verhaltensweisen gegenüber suchtkranken Menschen 19
Abwägen, ob eine Veränderung des Suchtmittelkonsums stattfinden soll 20
- Das motivierende Gespräch 20
- Abgrenzen, Loslassen, Konsequenzen 23
- Förderung einer zufriedenen Lebensführung 24
- Was noch berücksichtigt werden sollte 25

Einrichtungen der Altenhilfe - Fallbeispiel 26

Kontakte

Entgiftung 30
Qualifizierte Entzugsbehandlung 30
Beratungsstellen 30
Betreutes Wohnen für Suchtkranke 31
Stationäre Wohnheime für Suchtkranke 31
Pflegeeinrichtungen 32
Selbsthilfegruppen 33
Ärzte 33
Weitere Informationen 34

Einleitung

Bei Suchtmittelabhängigkeit im Alter wird häufig die Meinung vertreten, das sei nicht wirklich ernst zu nehmen: “Jetzt rauche ich schon so lange, da lohnt es sich nicht mehr aufzuhören“ oder „Lass ihm doch sein Glas Wein, er hat doch sonst nicht viel vom Leben.“

Dabei wird übersehen, dass es beim abhängigen Menschen nicht bei einem Glas bleibt. Stattdessen dominiert die Sucht den Alltag.

Der Betroffene vernachlässigt bisherige Interessen, seine Persönlichkeit verändert sich, er zieht sich zurück und er droht im schlimmsten Fall zu verwahrlosen. Das ist für ihm nahestehende Personen nur schwer auszuhalten.

Ebenso belastet es Pflegekräfte, wenn ein Bewohner in einer Betreuungseinrichtung oder ein zu Pflegender in der eigenen Wohnung seiner Suchtmittelabhängigkeit nachgeht. Angehörige und Pflegekräfte versuchen zu helfen, zu erklären, zu motivieren das Suchtmittel abzugeben, etc. Wenn sich nichts verändert, fühlen sie sich kraft- und mutlos.

Wie können Angehörige und Pflegekräfte nun sinnvoll mit dem suchtkranken Menschen umgehen und dabei ihre Grenzen wahren? Darum geht es in dieser Broschüre.

Teil 1
vermittelt Hintergrundinformationen über die Sucht im höheren Lebensalter.

Teil 2
stellt konkrete Handlungsstrategien vor und nennt Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen.

Teil 1 Allgemeine Informationen über Sucht im höheren Lebensalter

Was ist Sucht ?

Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10

Die ICD 10 definiert sechs Kriterien, von denen drei oder mehr mindestens einen Monat lang (oder bei kürzerer Dauer: innerhalb eines Jahres wiederholt) gleichzeitig vorhanden sein müssen, um die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms (F10.2) stellen zu können:

♦ Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, z.B. Alkohol oder Nikotin zu konsumieren (Craving).

♦ Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Menge, Beginn oder Ende des Konsums (d. h. z. B. bezogen auf Alkohol: es wird oft mehr Alkohol oder über einen längeren Zeitraum konsumiert als geplant, oder es bestehen der anhaltende Wunsch oder wiederholte Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren).

♦ Körperliche Entzugserscheinungen bei Konsumstopp oder Konsumreduktion.

♦ Nachweis einer Toleranz (um die gewünschte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend größere Mengen der Droge erforderlich, oder es treten bei fortgesetztem Konsum der gleichen Menge deutlich geringere Effekte auf).

♦Einengung auf die Droge (z.B. Alkohol), d. h. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Drogenkonsums, oder ein erhöhter Zeitaufwand, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.

♦ Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen (bezogen auf Alkohol z.B.: Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums oder eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen), obwohl der Betroffene sich über die Art und

das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.

Schädlicher Gebrauch von Substanzen

Vom Abhängigkeitssyndrom unterschieden wird der schädliche Gebrauch von Substanzen (oder Substanzmissbrauch, F10.1).

Diese Diagnose wird vergeben, wenn bisher kein Abhängigkeitssyndrom vorliegt, jedoch dem Betroffenen (oder seinem sozialen Umfeld) körperliche oder psychische Schäden durch Drogenkonsum (z.B. Alkohol) entstanden sind (z.B. Unfall).

Hierunter fallen auch negative Konsequenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen infolge von eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder problematischem Verhalten des Betroffenen. Für die Diagnose muss das schädliche Gebrauchsmuster seit mindestens einem Monat bestehen oder über ein Jahr hinweg mehrfach aufgetreten sein.

Im Folgenden werden die Begriffe Abhängigkeit und Sucht (Suchterkrankung) synonym verwendet. Eine Suchterkrankung kann in eine körperliche (physische) und eine psychische Abhängigkeit unterteilt werden:

♦ Die körperliche Abhängigkeit äußert sich bei Absetzen des Suchtmittels. Es treten Entzugssymptome wie Zittern, Übelkeit, Krampfanfälle, Delirium, etc auf.

♦ Die psychische Abhängigkeit ist u.a. erkennbar durch ein starkes Verlangen, z.B. zu rauchen oder Alkohol zu trinken. Der Betroffene trinkt mehr als geplant und ist gut „im Training“. Bei fortschreitender Erkrankung werden frühere Interessen vernachlässigt. Das Suchtmittel steht im Mittelpunkt, die

Gesundheit und/oder die Familie scheinen nicht mehr so wichtig. Das Suchtmittel wird zum besten Freund.

Alkohol und Alter: Das sollten Sie wissen!

Für die meisten Menschen gehören alkoholische Getränke zum Alltag und erst recht zu Feierlichkeiten aller Art.

Für die heute 60-Jährigen sind alkoholische Getränke und ihre Wirkungen vermutlich seit mehr als 40 Jahren vertraut. Das Älterwerden bringt jedoch Veränderungen mit sich, die zu einem besonders bewussten und sparsamen Umgang mit Alkohol raten:

♦ Die Alkoholverträglichkeit nimmt im höheren Lebensalter ab. Mit steigendem Alter sinkt der Wasseranteil im Körper. Die gleiche Menge getrunkenen Alkohols verteilt sich bei älteren Menschen deshalb auf weniger Körperflüssigkeit und führt zu einem höheren Alkoholpegel. Zugleich braucht die Leber länger für den Abbau des Alkohols. Mengen, die früher problemlos vertragen wurden, können deshalb zu Trunkenheit und darüber zu Stürzen und anderen Unfällen führen.

♦ Im höheren Alter ist eventuell aufgrund chronischer Krankheiten wie Bluthochdruck, Osteoporose, Herzschwäche oder Arteriosklerose die regelmäßige Einnahme von Medikamenten erforderlich. Zwischen den Wirkstoffen vieler Medikamente und Alkohol kann es dabei zu gesundheitsschädigenden und sogar gefährlichen Wechselwirkungen kommen.

Besonders problematisch ist die Kombination von Alkohol und psychisch wirksamen Medikamenten wie Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder Antidepressiva. Deshalb gilt der dringende Rat:

Sobald ein Medikament eingenommen wird, sollte –durch Rückfrage bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin– geklärt werden, ob dennoch Alkohol getrunken werden darf. Das gilt auch für freiverkäufliche Mittel.

♦ Eine Alkoholabhängigkeit kann sich auch noch im höheren Alter entwickeln bzw. weiter verfestigen. Wer trinkt, um körperliche Beschwerden zu lindern oder negative Gefühle wie Trauer, Einsamkeit, Langeweile, Angst etc. besser ertragen zu können, ist gefährdet. In diesem Fall sollte man sich um angemessene Hilfe bemühen und sich z.B. an eine Beratungsstelle wenden.

♦ Alkohol belastet ganz allgemein den Organismus und mindert die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit. Das liegt u. a. daran, dass die Nervenzellen allein zum Abbau des Alkohols rund 80 Prozent des Zellsauerstoffes benötigen. Das ist umso schwerwiegender, da die Fähigkeit des Körpers, Sauerstoff aufzunehmen, im Alter ohnehin zurückgeht. Eine Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit kann also durch Alkohol mit verursacht sein.

♦ Auch zahlreiche andere durch Alkohol verursachte Probleme und Störungen sind »unspezifisch«: Sie können, müssen aber nicht durch Alkohol verursacht sein. Das gilt u. a. für viele psychische Störungen, wie innere Unruhe, allgemeine Ängstlich-keit, depressive Verstimmung, Schlafstörungen mit Alpträumen und Durchschlafschwierigkeiten, Schweißausbrüche und Konzentrationsstörungen.

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS

Welche Medikamente machen abhängig?

Die Zahl der Medikamentenabhängigen mit ca. 1,4 Millionen Menschen ist ähnlich hoch wie die der Alkoholabhängigen mit ca.1,6 Millionen

Die Mehrzahl der Medikamentenabhängigen sind Frauen über 60 Jahren. 80% der Medikamentenverordnungen, die abhängig machen, betreffen Benzodiazepine.

Benzodiazepine werden als Beruhigungs- und Schlafmittel sowie gegen Angst- und Panikattacken eingesetzt. Verkauft werden sie unter den Handelsnamen Adumbran, Lexotanil, Valium,
Normoc, Tavor etc.

Als Richtlinie gilt, dass sie nicht länger als sechs Wochen eingenommen werden sollen. Bei einem Drittel der Patienten werden sie jedoch über einen längeren Zeitraum verordnet. Dieses führt oftmals zu einer Abhängigkeit. Denn bereits nach 14 Tagen kann eine Gewöhnung und damit eine körperliche Abhängigkeit eintreten. Das heißt, nach Absetzen können Entzugssymptome, wie Zittern, Übelkeit, Schweißausbrüche etc. auftreten.

Gleichzeitig möchte die Person das Mittel wieder zu sich nehmen, um sich besser zu fühlen. Und der Glaube, Probleme und unangenehme Gefühle selbstständig bewältigen zu können, nimmt ab. Eine psychische Abhängigkeit entwickelt sich.

Folgende Nebenwirkungen dieser Medikamentengruppe können bei älteren Menschen auftreten:

- Nachlassen der Leistungsfähigkeit
- Verwirrtheit, Gangunsicherheit
- Verlangsamte Reaktion
- Gedächtnisstörung
- Paradoxe Reaktionen
  (Erregtheit, Agitiertheit, Unruhe)

Durch die tägliche Einnahme eines Medikaments kann es zu Gleichgewichtsstörungen und damit z.B. zu schweren Stürzen kommen. Außerdem ist zu beachten, dass einige Schlafmittel erst nach ein bis zwei Tagen abgebaut werden.

Es empfiehlt sich, mit dem Arzt darüber zu reden, welche Medikamente für ältere Menschen geeignet sind.

Schmerzmittel sind eine weitere Medikamentengruppe mit Abhängigkeitspotential. Unterteilt sind diese in:

- zentralwirksame Schmerzmittel (z.B. Tramal, Valeron, Tilidin) und
- opiathaltige Schmerzmittel (z.B. Morphin, Codein).

Es bleibt unbestritten, dass diese Medikamente bei einer Schmerzbehandlung wichtig sind, um Schmerzen zu lindern.

Die Schmerzmittel können jedoch ebenso angenehme und beglückende Gefühle vermitteln, die immer wieder erlebt werden wollen. Dadurch können sie in die Abhängigkeit führen.

Teil 1 Allgemeine Informationen über Sucht im höheren Lebensalter

Menschen, die abhängig sind von illegalen Drogen werden immer älter

Drogenkonsumierende können in den letzten Jah-ren dank medizinischer und sozialer Begleitung und Substitution zunehmend älter werden.

Man geht davon aus, dass die Gruppe der über 40-jährigen Drogenabhängigen in Deutschland 40 000 – 60 000 Personen umfasst und sich in den nächsten 10 Jahren verdoppeln wird.

Nachgewiesen ist weiterhin, dass sich mit zunehmendem Alter die Lebenslage und Lebensqualität von Opiat- und Drogenabhängigen rasant verschlechtert z.B. durch beschleunigte Alterungsprozesse, chronische Infektionen (HIV/Hepatitis) und die Zunahme der psychischen Störungen. Damit wird die Pflegebedürftigkeit dieser Menschen zunehmen.

Wie entwickelt sich eine Sucht?

Um die Suchterkrankung eines älteren Menschen besser verstehen zu können, ist es hilfreich, etwas über die Entstehungsbedingungen zu wissen. Dabei spielen drei wesentliche Faktoren eine Rolle:
Das Umfeld, die Droge, die Persönlichkeit.

Das **Umfeld** ändert sich mit dem Altern in vielerlei Hinsicht:

♦ Die Kinder werden erwachsen und ziehen aus dem elterlichen Haus, wodurch sich bei den Eltern ein Gefühl der inneren Leere entwickeln kann.

♦ Einer oder beide Ehepartner werden berentet und sind den ganzen Tag zu Hause. Der Tagesablauf muss neu strukturiert werden, Beziehungskonflikte treten auf. Menschen im Ruhestand fühlen sich manchmal nutz- und wertlos und glauben, sie werden nicht mehr gebraucht. Es entsteht ein Gefühl der Langeweile und Sinnlosigkeit.

♦ Körperliche Beschwerden und Krankheiten im Alter bereiten Schmerzen und verunsichern. Die Mo-

bilität wird mit zunehmendem Alter eingeschränkt. Schwere Krankheiten oder Todesfälle treten im Bekanntenkreis auf oder der Lebenspartner stirbt.

♦ Die eher negative Einstellung unserer Gesellschaft gegenüber Älteren verstärkt Minderwertigkeits- und Einsamkeitsgefühle.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein älterer Mensch in dieser Lebensphase häufig mehr Krisensituationen zu bewältigen hat, als in seinem Leben zuvor. Die Hilflosigkeit, die gegenüber unvorhersehbaren oder nicht kontrollierbaren Lebensereignissen (z.B. Tod des Partners) erlebt wird, kann zu Ängsten oder Depression führen.

Die **Droge** (in den meisten Fällen Alkohol oder Medikamente) scheint dann hilfreich, mit unangenehmen Gefühlen oder Problemen besser fertig zu werden. Alkohol oder Medikamente wirken beruhigend, der Konsument hat das Gefühl, besser abschalten oder einschlafen zu können.

Zu beachten ist aufgrund des geringeren Körper-gewichts, einer reduzierten Körperflüssigkeit und einer verlangsamten Abbaugeschwindigkeit des Alkohols, dass Alkohol bei älteren Menschen deutlich stärker wirkt, als bei Personen mittleren Alters (geringere Toleranzgrenze). Ebenso werden Benzodiazepine langsamer abgebaut.

Die **Persönlichkeit** spielt eine wesentliche Rolle dabei, wie jemand mit den Problemen des Alters fertig wird. Hinweise darauf gibt das bisherige Leben: Wie ist die Person im Arbeitsleben mit Freizeit, mit körperlichen Beschwerden und psychischer Belas-tung umgegangen? Welche Kompetenzen bei der Lösung von Problemen konnte sie in ihrem bisherigen Leben entwickeln?

Woran erkennt man eine Sucht?

Besonders Alkoholismus oder Medikamentenabhängigkeit sind in Abgrenzung zu anderen Krankheiten des Alters (insbesondere der Altersdemenz) schwierig zu diagnostizieren.

Folgende Verhaltensweisen und Auffälligkeiten können auf eine Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit hinweisen:

- Gleichgewichtsstörungen (häufige Stürze, Stoßhinweise: Abschürfungen, Hämatome,unsicherer Gang)
- Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust
- Gewichtszunahme
- Muskelschwäche
- Nervenentzündung an Armen und Beinen (Polyneuropathie)
- starke Stimmungsschwankungen
- aggressives / reizbares Verhalten (Streit mit Angehörigen, beleidigendes Verhalten gegenüber Mitbewohnern)
- großspuriges oder überangepasstes Verhalten
- Vernachlässigung der Körperpflege und / oder der Wohnung / des Zimmers bis hin zur völligen Verwahrlosung
- Entzugserscheinungen (Händezittern, Schweißausbrüche Antriebslosigkeit, depressive Verstimmung)
- Rückzug – Vereinsamung
- Gedächtnisstörungen, Gedächtnisverlust (‚Filmriss')
- Verwirrtheit

- alkoholischer Atemgeruch (‚Fahne')
- gelbe Bindehaut
- rote Nase
- Magenschmerzen
- Lallende Sprache
- Stehlen von Geld oder Alkohol
- Verschuldung bei anderen Bewohnern
- neuauftretende Inkontinenz
- Veränderung des Hautbildes

Um eine Sucht früh zu erkennen, müssen die äußeren Hinweise richtig interpretiert werden.

Oft lässt nur eine Kombination mehrerer Merkmale auf eine Suchtentwicklung schließen. Frühzeitige Reaktionen von außen können einen langen Leidensweg verhindern.

Teil 1 Allgemeine Informationen über Sucht im höheren Lebensalter

Lebensbewältigung in Zufriedenheit

Bei älteren suchtkranken Menschen geht es nicht um ein generelles Verbot von Nikotin, Alkohol, Drogen oder Medikamenten. Die Abstinenz kann angestrebt werden, muss aber nicht oberstes Ziel sein.

Vorrangig sollte die soziale und psychische Situation sowie der körperliche Zustand gesehen werden. Oberstes Ziel bei älteren Suchtkranken ist die Lebensgestaltung und Lebensbewältigung in Zufriedenheit. Bei Schwerstabhängigen muss es um Überlebenssicherung gehen.

Das heißt, die Person sollte die Eigenkontrolle über die Lebensumstände und über die Sucht ein Stück weit zurück gewinnen.

Dieses kann geschehen durch eine Verlängerung der suchtstofffreien Perioden oder eine Reduzierung des Konsums und der Exzesse. Diese suchtbezogenen Ziele sind in der Begleitung und Beratung älterer Menschen gleichwertig zu dem Ziel der Abstinenz.

Möchte jemand weiterhin beispielsweise Alkohol trinken, ist jedoch bereit zu reduzieren, so kann mit dem Arzt und den Angehörigen besprochen werden, in welcher Weise dies geschehen soll.

Da jeder Alkoholentzug tödlich sein kann, muss im Falle einer gewünschten Abstinenz unbedingt mit dem Arzt gesprochen werden.

Genauso ist bei der Medikamentenabhängigkeit und der Nikotinabhängigkeit zu verfahren.

Bei Heroinabhängigkeit besteht die Möglichkeit der Substitution.

Welche Hilfe gibt es?

Die Hilfe für Betroffene und Angehörige im höhe-ren Lebensalter ähnelt der, der jüngeren Menschen. Bei Verdacht auf eine Abhängigkeit sind der **Hausarzt** und / oder die **Suchtberatungsstellen** (s. Anhang) erste Ansprechpartner. Dies gilt für An-gehörige gleichermaßen wie für den Abhängigen selbst.

Im gemeinsamen Gespräch wird überlegt, welche Hilfe für den Betroffenen geeignet ist. Leitlinie ist dabei die Lebensbewältigung in Zufriedenheit oder im Einzelfall auch die Überlebenssicherung.

Erreicht werden kann dies durch reduziertes Trinken / reduziertes Rauchen / reduzierte Medikamenteneinnahme, durch Substitution oder durch die Abstinenz.

Entscheidet sich einer für die Abstinenz, gibt es folgende Möglichkeiten, diese zu erreichen und zu verfestigen:

Entgiftung

Dem Entschluss, mit dem Suchtmittelkonsum aufzuhören, folgt die körperliche Entgiftung. Es empfiehlt sich, diese unter ärztlicher Aufsicht in einem Krankenhaus durchzuführen.

Dabei werden Medikamente gegen Entzugserscheinungen gegeben, um Komplikationen zu verhindern. In Altenhilfeeinrichtungen besteht die Möglichkeit, in Absprache mit dem Arzt den Suchtmittelkonsum langsam zu reduzieren.

In bestimmten Krankenhäusern (s. Anhang) wird die Entgiftung mit zusätzlichen Gesprächen über die Abhängigkeit durchgeführt. Dieser qualifizierte Entzug dauert max. 3 Wochen, der rein körperliche Entzug ein bis zwei Wochen.

Therapie

Hinsichtlich der Therapie muss das Einsichtsvermögen, das Lebensalter und die gesundheitliche Prognose berücksichtigt werden.

Empfehlenswert kann es sein, anschließend an die Entgiftung eine Therapie durchzuführen.Dabei werden Probleme und seelische Konflikte der abhängigen Menschen besprochen und nach neuen Bewältigungsstrategien gesucht.

Therapieeinrichtungen beachten zunehmend die Themen älterer Menschen wie Kriegserfahrungen, Verlust des Partners, Tod, gesundheitliche Pro-bleme, Einsamkeit etc.

Die Suchtberatungsstelle empfiehlt im Bedarfsfall Einrichtungen für ältere Menschen gerne weiter.

Selbsthilfegruppen

Gleichgesinnte, die dasselbe Ziel verfolgen, helfen vielen Menschen, lange Zeit abstinent zu leben.

Ebenso gibt es Gruppen für Angehörige von Suchtkranken. Die Gruppe vermittelt zum einen Zugehörigkeit, zum anderen verlieren eigene Probleme beim Erzählen und ernst genommen werden an Gewicht.

Einige Selbsthilfeverbände haben in der Zwischenzeit Gruppen für ältere Menschen eingerichtet.

Die Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen und die Beratungsstellen informieren, welche Gruppen wo und wann stattfinden.

Teil 2 Handlungsstrategien in der Begegnung mit suchtkranken älteren Menschen

Typische Verhaltensweisen gegenüber suchtkranken Menschen

Partner, Kinder, Pflegekräfte oder andere Menschen verhalten sich dem älteren Suchtmittelabhängigen gegenüber oftmals in einer bestimmten Weise. Im Folgenden wird dieses Verhalten anhand von drei Phasen beschrieben. Diese treten nacheinander auf oder wechseln sich ab.

Beschützer- und Erklärungsphase
Die Pflegekraft oder der Angehörige fühlt sich in den anderen ein und versucht zu verstehen, warum dieser momentan so viel trinkt oder Medikamente einnimmt. Auf Nachfragen anderer wird das Suchtverhalten des Betroffenen entsprechend erklärt: „Seit dem Tod seiner Frau sucht er Trost im Alkohol, das kann man doch verstehen."

Kontrollphase
Die Pflegekraft oder der Angehörige kontrolliert z.B. an Hand leerer Flaschen (zum Teil in Verstecken), wie viel der Abhängige konsumiert.

Anklagephase
Der Angehörige (oder die Pflegekraft) merkt, dass er keinen direkten Einfluss auf das Suchtverhalten des anderen hat. Er macht ihm Vorwürfe.

Das beschriebene Handeln von Angehörigen oder Pflegekräften geschieht in der besten Absicht, den Abhängigen zu einer Veränderung zu bewegen - meistens ohne Erfolg.

Die Verhaltensweisen bewirken stattdessen, dass alles beim Alten bleibt.

Das Verhalten wird als co-abhängig bezeichnet: d.h. die Sucht zu unterstützen, ohne es zu wollen.

Im Weiteren wird dargestellt, wie Sie dem Suchtkranken helfen und gleichzeitig Ihre Bedürfnisse beachten.

Abwägen, ob eine Veränderung des Suchtmittelkonsums stattfinden soll

Vor allem Angehörige und Pflegekräfte erleben hautnah mit, wie der Betroffene konsumiert und sich entsprechend verändert.

Eine Checkliste kann dabei helfen, herauszufinden, ob aus Sicht der Angehörigen oder des Pflegepersonals eine Veränderung stattfinden soll.

- Was ist passiert?
  (Wie viel und wann nimmt der Betroffene Suchtmittel zu sich?)
- Welches Verhalten des Abhängigen resultiert daraus? (Wie verändert er sich?)
- Beeinträchtigt es seine Lebensqualität?
- Wie geht es Ihnen damit? (Gedanken, Gefühle)
- Wie stark belastet es Sie bzw. die Altenhilfeeinrichtung – auf einer Skala von 0 (gar nicht belastend) bis 10 (sehr stark belastend)?

Anhand dieser Fragen können Sie herausfinden, ob ein Veränderungsbedarf besteht. Achten Sie dabei sehr genau darauf, wie es Ihnen mit dem Suchtverhalten geht. Versuchen Sie, negative Ge-fühle gegenüber dem Abhängigen nicht zu leugnen. Wenn Sie zu dem Schluss kommen, dass sich etwas verändern muss, sind folgende Handlungsstrategien hilfreich:

Das motivierende Gespräch

Der Kontakt mit anderen Menschen bezieht sich vor allem auf das Gespräch, in dem Gefühle, Gedanken und Beobachtungen mitgeteilt werden. Dieses ist ein wichtiger Baustein im Umgang mit suchtkranken älteren Menschen.

Deshalb wird im Folgenden dargelegt, wie Sie als Angehöriger oder Pflegekraft das Gespräch sinnvoll führen können. Es geht darum, den Suchtkranken zu motivieren und zu unterstützen, etwas gegen seine Krankheit zu unternehmen. Hierbei werden drei Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnik 1991 vorgestellt. Vorausgesetzt, der ältere Mensch ist geistig aufnahmefähig, sind folgende Gesprächsregeln hilfreich:

♦ **Empathie**, d.h. Wertschätzung, Einfühlung und Akzeptanz des Gesprächspartners ist ein zentraler Baustein der Gesprächsführung.

♦ **Aktives Zuhören**, d.h. bereits Erzähltes wird in eigenen Worten wiederholt, vermittelt das Gefühl, beim Gegenüber angenommen zu sein. Paradoxerweise, so die Erfahrung, ändern sich Menschen häufig dann, wenn sie sich angenommen fühlen. Sie gehen dann leichter das Risiko einer Veränderung ein.

♦ **Diskrepanzen aufzeigen bzw. entwickeln**. Der Suchtkranke erlebt negative sowie positive Auswirkungen seines Alkoholkonsums, die er bewusst so gar nicht wahrnimmt. So könnte eine Pflegekraft im Gespräch mit einem Altenheimbewohner sagen: „Zum einen hilft Ihnen der Alkohol mit dem Tod Ihrer Frau besser fertig zu werden. Andererseits merke ich, dass Sie sich mit Alkohol zunehmend zurückziehen und ich glaube, es geht Ihnen damit nicht wirklich gut“.

Als unwichtig und teilweise kontraproduktiv wird das Drängen auf die Übernahme von „Etiketten“ gesehen.

Etikettierungen durch Äußerungen wie „Du bist doch ein Alkoholiker“ sollten vermieden werden. Das erzeugt häufig Gegendruck und Widerstand.
Das Gespräch mit älteren Menschen wird möglicherweise von weiteren Faktoren wesentlich bestimmt. Dazu gehören:

- Gedankliche Einengung (starre Verhaltensweisen)
- Hirnorganische Veränderungen
- Misstrauen
- Starke Scham- und Schuldgefühl

Deshalb sollte des Weiteren beachtet werden:

- Wenig konfrontatives Vorgehen
- Vermehrtes Aufzeigen von Problemlösungen
- Anerkennen der bisherigen Lebensleistung

Diese Gesprächsregeln dienen u.a. dazu, mit dem Betroffenen herauszufinden, was ihn dazu motiviert, ohne oder mit weniger Alkohol / Medikamenten / Suchtmitteln zu leben.

Das könnte die Aussicht sein, dass Kinder und Enkelkinder ihn häufiger besuchen, seine Gesundheit sich verbessert oder er ein würdevolleres Leben führt.

Die motivierende Gesprächsführung ist ein Konzept für Ärzte und Suchtberater. Bei geringer Erfahrung mit der vorgestellten Gesprächstechnik ist es sinnvoll, die Unterstützung der Suchtbera-tungsstelle in Anspruch zu nehmen.

Abgrenzen
Loslassen
Konsequenzen

Folgende KLARE Haltung zeigt auf, welches Verhalten im Umgang mit suchtkranken Menschen neben dem Gespräch / dem Reden wichtig ist.

K → Konsequenz
L → Loslassen
A → Abgrenzen
R → Reden

Angenommen, der suchtkranke Mensch ist nicht bereit, in irgendeiner Form etwas zu verändern. Dann sollten Pflegepersonal und Angehörige wissen, dass der ältere suchtkranke Mensch (in entsprechendem geistigem Zustand) für seine Entscheidung alleine verantwortlich ist.

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ist eine Krankheit, gegen die nur der Betroffene etwas unternehmen kann. Angehörige oder Pflegepersonal trifft absolut keine Schuld, wenn er nichts dagegen tut. Es gilt sich Abzugrenzen und Loszulassen. Damit ist eine innerlich selbstbewusste Einstellung gemeint, die nicht mehr versucht, den Suchtkranken in eine bestimmte Richtung zu lenken. Stattdessen wird seine Entscheidung akzeptiert.

Gleichzeitig sollten sich Angehörige und auch Pflegekräfte vermehrt um ihr eigenes Wohlergehen kümmern und in Pausen und Freizeit auftanken. Je mehr sie ihre Bedürfnisse wahrnehmen, desto wahrscheinlicher wird es, dass Konsequenzen gegenüber dem Suchtkranken formuliert und durchgesetzt werden:

„Ich muss mit Ihnen ein wichtiges Thema bereden. Sie trinken übermäßig Alkohol, wir haben schon darüber gesprochen. Das wirkt sich negativ auf die anderen Mitbewohner aus. Es gibt Frauen und Männer, die sagen, es sei ihnen unangenehm, mit

anzusehen, dass Sie häufig betrunken sind. Außerdem haben Sie dadurch das Wasserlassen nicht mehr so unter Kontrolle. Wir würden Sie sehr gern hier behalten, nur unter diesen Umständen ist es uns nicht mehr möglich. Ich möchte Ihnen folgenden Vorschlag machen:

Sie entgiften hier mit Hilfe des Arztes langsam vom Alkohol und können dann weiterhin hier bleiben. Andernfalls wird es sinnvoll sein, dass Sie in ein anderes Altenpflegeheim gehen, in dem ihr Alkoholproblem besser behandelt werden kann. Ich bitte Sie, darüber nachzudenken und eine Entscheidung zu treffen. In zwei Tagen werde ich Sie nochmals darauf ansprechen."

Förderung einer zufriedenen Lebensführung

Der Konsum von Drogen (z. B. Alkohol) stellt eine mögliche Form der ‚Lösungsstrategie' dar, mit belastenden Situationen umzugehen.

Die zuvor beschriebenen Veränderungen, die mit dem Älterwerden im Zusammenhang stehen (z. B. veränderte Tagesabläufe, Krankheit, Verlust von wichtigen Angehörigen, wegbrechende soziale Kontakte) führen oft zu Gefühlen wie Langeweile, Sinnlosigkeit, Einsamkeit und Minderwertigkeit.

Durch die unmittelbare Wirkung z. B. des Alkohols erscheint die belastende Situation zunächst erträglicher. Die damit verbundene positive Bewertung des Alkohols führt zu einer Aufrechterhaltung des Konsums und kann in die Abhängigkeit führen.

Die negativen Konsequenzen, die durch den Konsum von Drogen entstehen, wurden bereits beschrieben.

Ganz wichtig ist es somit, nicht nur auf die Sucht ein Augenmerk zu legen. Wenn eine Suchterkrankung

bei älteren Menschen besteht, muss die gesamte Situation und Verfassung des Betroffenen berücksichtigt werden. Entsprechend können neben motivierenden einfühlsamen Gesprächen, Abgrenzung und konsequentem Handeln nachfolgende Handlungsstrategien empfohlen werden:

- Sorge für einen geregelten Tagesablauf
- Verantwortung / Aufgaben übergeben
- Einbinden in Beschäftigungsangebote, die dem Bewohner entsprechen
- Beratung über tagesstrukturierende Angebote (auch beim ambulanten Pflegedienst)

Was noch berücksichtigt werden sollte...

Pflegekräfte machen sich nicht zu ‚Komplizen', da sie weder bei der Beschaffung der Suchtmittel helfen, noch die Sucht verharmlosen.

Alle Maßnahmen zur Abstinenz oder Reduzierung der Suchtmittel bedürfen der Zustimmung und Unterstützung durch den zu pflegenden Menschen.

Das Recht des Betroffenen am eigenen Rausch endet, wenn er für sich selbst oder für andere Bewohner und Mitarbeiter der Einrichtung eine Gefahr darstellt.

Pflegekräfte sollten, (wenn ein Suchtmittelmissbrauch vermutet wird), bei der Medikamentenabgabe anwesend sein.

Eine kontrollierte Abgabe von Alkohol oder Medikamenten kann eine gute Lösung sein, sollte aber ausschließlich in Absprache mit der Heim- oder Pflegedienstleitung erfolgen.

Maßnahmen zur Sturzprophylaxe – gemäß QM – sollten getroffen werden.

Einrichtungen der Altenhilfe

Fachkräfte in der Altenhilfe sollten bei Auftauchen eines Suchtproblems das Team mit einbeziehen. Das Team braucht eine gemeinsame Zielrichtung, die es im Umgang mit dem Suchtkranken einhält.

Das motivierende Gespräch, ebenso wie ein Gespräch über Konsequenzen können von der Leitung, dem Arzt, der Pflegekraft oder dem betreuenden sozialen Dienst geführt werden. Dabei ist zu überlegen, zu wem der Bewohner eine vertrauensvolle Beziehung hat.

Fallbeispiel

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Vorgehensweise bei einer alkoholkranken Altenheimbewohnerin aussehen kann:

Vorgeschichte
Frau X wohnt in der eigenen Wohnung und trinkt mit 45 Jahren gelegentlich Alkohol, um sich zu entspannen. Sie steigert ihren Alkoholkonsum, als ihr Mann an Krebs erkrankt. Im Alkohol findet sie Trost.

Als sie 60 Jahre alt ist, stirbt ihr Mann. Sie steigert ihren Konsum innerhalb eines Jahres auf eine Flasche Sekt täglich. Begleiterscheinungen ihrer Alkoholabhängigkeit werden sichtbar durch langsames Sprechen, Gangunsicherheit und depressive Verstimmungen. Ebenso leidet ihre Hygiene und die häusliche Reinigung, sie droht zu verwahrlosen.

Ihrer Schwester, die sie monatlich besucht, fällt dies auf. In Absprache mit Frau X und mit dem Arzt unterzieht sich Frau X einer Entgiftungsbehandlung im Krankenhaus. Anschließend zieht sie zu ihrer Schwester in eine Zweizimmerwohnung.

Das Zusammenleben gestaltet sich trotz ihrer Abstinenz schwierig. Daraufhin sucht die Schwester

gemeinsam mit ihr einen Platz in einem Altenpflegeheim.

Im Altenpflegeheim
Frau X ist 69 Jahre alt, als sie in der Einrichtung aufgenommen wird. Im Aufnahmegespräch erwähnt weder sie noch ihre Schwester ihre Alkohol-abhängigkeit.

Anfangs holt sie sich im Café ab und zu eine Flasche Piccolo, später sind es täglich 2-3 Flaschen. Zusätzlich trinkt sie auf ihrem Zimmer Alkohol, wenn sie etwas geschenkt bekommt.

Nach 1 Jahr wechselt sie auf eigenen Wunsch von einem Zweibett- in ein Einzelzimmer. Sie zieht sich vermehrt in ihr Zimmer zurück; die Kontakte zu den Mitbewohnern werden weniger. Gleichzeitig steigert sie ihren Alkoholkonsum.

Die Pflegekräfte treffen sie häufig alkoholisiert an, ihre Sprache, ihr Gang und ihr gesundheitlicher Allgemeinzustand verschlechtern sich. Nach dem Besuch des Nachtcafés ist sie immer betrunken. Im Team wird bemerkt, dass sie durch Alkohol zunehmend körperlich und geistig abbaut.

Die Alkoholabhängigkeit von Frau X wird im Team mit den Pflegekräften, dem Arzt und dem Mitarbeiter des Sozialdienstes besprochen. Im Team wird beschlossen, dass ein Mitarbeiter (Pflegekraft), zu dem sie eine vertrauensvolle Beziehung hat, mit ihr über das Problem spricht.

Als suchtbezogenes Ziel wählt das Team die Reduktion: Sie kann mittags, nachmittags und abends ein Glas (0,1l) Sekt bekommen.

Folgendes könnte die Pflegekraft zu ihr gesagt haben:
„Frau X, ich muss ein wichtiges Thema mit Ihnen besprechen. Unserem Team ist aufgefallen, dass Sie sehr oft auf Ihrem Zimmer sind. Dadurch haben Sie nur noch wenig Kontakt zu den anderen Bewohnern. Ich glaube, dass da ein Zusammenhang zu Ihrem Sekttrinken besteht. Vielleicht ist es ja so viel geworden, dass es für sie selber nicht mehr wirklich gut ist. Ich möchte Ihnen vorschla-gen, Ihren Sektkonsum auf drei Gläser täglich zu reduzieren: Mittags, nachmittags und abends."

Der Mitarbeiter lässt ihr Zeit, darüber nachzudenken und sich zu artikulieren. Er wiederholt ihre Aussagen in eigenen Worten, so dass sie sich angenommen fühlt. Am Ende des Gespräches könnte der Mitarbeiter sagen: „Das war jetzt sehr viel für Sie. Denken Sie erst einmal in Ruhe darüber nach. In zwei Tagen werde ich Sie noch mal darauf ansprechen."

Nach zwei Tagen willigt Frau X etwas zögerlich ein, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. In Absprache mit der Ärztin bekommt sie drei Gläser täglich und wird in der Anfangszeit wegen evtueller Entzugssymptome genau beobachtet. Es treten keine außerordentlichen Komplikationen auf.

Der Mitarbeiter des Sozialdienstes teilt den Beschluss im Nachtcafé, im Café sowie den Angehörigen mit. Im Gespräch vermittelt er, wie wichtig es ist, dass diese Regelung von allen respektiert und eingehalten wird.

Frau X hält die Regelung die meiste Zeit ein. Bei Überschreitung wird sie auf die Abmachung hingewiesen. Dabei wird ihr nahegelegt, den restlichen Alkohol abzugeben.

Durch ihre Reduzierung hat sie sich positiv verändert: Die Regelung und der gemäßigte Konsum von Alkohol geben ihr Sicherheit. Dadurch steigt ihr Selbstvertrauen. Sie sucht mehr die Gesellschaft anderer Menschen und hat weniger depressive Verstimmungen.

Anmerkung
Im oben beschriebenen Fall verlief das Gespräch mit der Bewohnerin erfolgreich und sie stimmte dem Vorschlag des Teams zu. Das ist nicht immer so. In schwierigen Fällen ist es sinnvoll, die Unterstützung einer Suchtberatungsstelle hinzu-zuziehen.

Kontakte

Entgiftung

Fachklinik Langenberg
Telefon: 02052 / 607–0
Krankenhausstr. 17
42555 Velbert

Qualifizierte Entzugsbehandlung

Fachklinik Langenberg
Telefon: 02052 / 607–0
Krankenhausstr. 17
42555 Velbert

Beratungsstellen Legale Drogen

Blaukreuz-Zentrum Wuppertal
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle
Telefon: 0202 / 6200386
Schubertstr. 41
42289 Wuppertal

Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e.V. Cafe Okay
Telefon: 0202 / 97643-0
Besenbruchstr. 10
42285 Wuppertal

Caritasverbandes Wuppertal/Solingen e.V. Suchtberatungsstelle
Telefon: 0202 / 38 9034010
Kasinostr. 26
42103 Wuppertal

Institutsambulanz der Fachklinik Langenberg
Telefon: 0202 / 2655566
Friedrich-Engels-Allee 156a
42285 Wuppertal

Beratungsstellen Illegale Drogen

Beratungsstelle für Drogenprobleme e.V.
Telefon: 0202 / 453829
Döppersberg 22
42103 Wuppertal

Kontakte

Beratungsstellen Illegale Drogen

Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e.V.
Gleis 1

Beratungsstelle / Drogenkonsumraum
Telefon: 0202 / 47828-0
Döppersberg 1
42103 Wuppertal

Institutsambulanz der Fachklinik Langenberg

Telefon: 0202 / 2655566
Friedrich-Engels-Allee 156a
42285 Wuppertal

Ambulant betreutes Wohnen für Suchtkranke im Rahmen der Eingliederungshilfe

Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e.V.
Integra – Betreutes Wohnen

Telefon: 0202 / 97634-0
Wittensteinstr. 63
42285 Wuppertal

Blaukreuz-Zentrum Wuppertal
Betreutes Wohnen

Telefon: 0202 / 2623701
Mörikestr. 14
42289 Wuppertal

Stationäre Wohnheime

Blaukreuz-Zentrum Wuppertal
Außenwohnplätze

Telefon: 0202 / 2623701
Theodor-Fontane-Str. 50
42289 Wuppertal

Blaukreuz-Zentrum Wuppertal
Wohnheim Beyenburg

Telefon: 0202 / 261280
Am Kriegermal 50
42399 Wuppertal

Kontakte

Stationäre Wohnheime

Blaukreuz-Zentrum Wuppertal
Wohnheim Heckinghausen

Telefon: 0202 / 262670
Schubertstr. 41
42289 Wuppertal

Villa Hammerstein

Telefon: 0202 / 27843-0
Hammersteiner Allee 40
42329 Wuppertal

Bergische Diakonie Betriebsgesellschaft gGmbH
Haus Birke

Telefon: 0202 / 2729-0
Otto-Ohl-Weg 10
42489 Wülfrath

Pflegeeinrichtungen

APH Alten- und Pflegeheime der Stadt Wuppertal
Städtisches Altenpflegeheim Neviandtstraße

Telefon: 0202 / 2439-0
Neviandstr. 87
42117 Wuppertal

GESBE Gesellschaft für aktivierende Pflege und Betreuung KG
Pflege- und Betreuungszentrum Hofaue

Telefon: 0202 / 283980
Hofaue 42
42103 Wuppertal

Bergische Diakonie Betriebsgesellschaft gGmbH
Zentrum für Pflege und Betreuung

Telefon: 0202 / 769017-0
Ernststr. 34
42117 Wuppertal

Diakonische Altenhilfe Wuppertal gGmbH
Altenzentrum am Nordpark

Telefon: 0202 / 2529-1
Hugostr. 50A
42281 Wuppertal

Selbsthilfegruppen

Kontakt- und Beratungsstelle
für Selbsthilfegruppen der Stadt Wuppertal
(für weiterführende informationen)

Telefon: 0202 / 563 4519
Neumarkt 10
42103 Wuppertal

Verein für psychosoziale Selbsthilfe
und Angehörigengruppen (VPSAG)

Telefon: 0202 / 7582622

Ärzte

Niedergelassene Ärzte/Fachärzte
Bei Suchterkrankungen und Krisen sind die in Wuppertal niedergelassenen Hausärzte und Fachärzte der Suchtmedizin und Gerontologie zuständig.
Die Telefonnumern stehen im Telefonbuch, Branchenbuch oder sind über die jeweilige Krankenkasse oder die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kreisstelle Wuppertal oder unter der Internetadresse www.kvno.de erhältlich.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Kreisstelle Wuppertal

Telefon: 0202 / 49395-0
Carnaper Str. 75
42283 Wuppertal

Kontakte

Weitere Informationen

Stadt Wuppertal
Ressort Soziales,
Soziale Planung, Beratung
und Qualitätssicherung
Suchtkoordination

Telefon: 0202 / 563 4513
Neumarkt 10
42103 Wuppertal