



Foto: dpa

## Sucht im Alter

# Alkohol und Tabletten im Pflegeheim – was tun?

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?

**A**ltenpfleger/innen betreuen und pflegen selbstständig und eigenverantwortlich ältere Menschen. (...) Sie wirken auch bei der Behandlung und Rehabilitation kranker und pflegebedürftiger sowie behinderter und desorientierter älterer Menschen mit. Neben diesen medizinisch-pflegerischen Aufgaben betreuen und beraten sie ältere Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten. Sie geben Hilfen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung, leiten zur Freizeitgestaltung an, organisieren Feiern und Ausflüge und begleiten die älte-

ren Menschen bei Behörden-gängen und Arztbesuchen (...)“ (Meisel 2006).

Die Alten- und Pflegeeinrichtungen sind in den letzten Jahren immer mehr mit Bewohnern konfrontiert, die nicht in dieses traditionelle Bild eines Altenheimes 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.

### Pflege- und Betreuungsbedarf suchtkranker Menschen

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) hat sich im Jahr 2006 das Thema „Sucht im Alter“ zum Schwerpunkt gemacht. Und dies aus gutem Grund: Mit den demografischen Veränderungen zugunsten älterer Men-

schen nimmt auch hier die Zahl suchtkranker Menschen zu.

Die DHS geht aufgrund verschiedener Studien davon aus, dass etwa 2 bis 3 Prozent der Männer und 0,5 bis 1 Prozent der Frauen im Alter von über 60 Jahren von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit betroffen sind (DHS 2006b). 26,9 Prozent der Männer über 60 Jahren und 7,7 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe trinken so viel Alkohol, dass ihr Risiko für zahlreiche Krankheiten deutlich erhöht ist. Der Anteil von Bewohnern über 65 Jahren mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit in Alten- und Pflegeheimen wird auf 10 bis 20 Prozent geschätzt (Hüllinghorst 2003).

Neben dem Alkoholkonsum spielt der Medikamentenabusus bei älteren Menschen eine gravierende Rolle. 5 bis 10 Prozent der über 60-Jährigen weisen einen problematischen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten bzw. Schmerzmitteln auf. Das entspricht einer absoluten Zahl von ein bis zwei Millionen Frauen und Männern (DHS 2006b).

Neben den „alten“ suchtkranken Menschen bedürfen auch jüngere Menschen, die häufig und regelmäßig Suchtmittelmissbrauch betreiben oder betrieben haben, besonderer Pflege- und Betreuungsangebote. Zu diesen Personengruppen gehören vor allem:

- Menschen mit schweren körperlichen und psychischen, insbesondere kognitiven Folgeerkrankungen aufgrund eines chronischen Suchtmittelkonsums,

- Menschen mit schweren sozialen Beeinträchtigungen, insbesondere Wohnsitzlosigkeit, und

- chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) mit schweren psychischen und sozialen Folge- und Begleiterkrankungen.

Eine weitere Gruppe lässt sich im Augenblick nur erahnen. Die

medizinische und therapeutische Versorgung von Menschen mit illegalem Drogenkonsum lässt auch diese Gruppe von Abhängigen älter werden.

Bereits heute finden wir in Drogenentgiftungs- und Entwöhnungseinrichtungen Patienten, die das 50. Lebensjahr deutlich überschritten haben.

Für diese Menschen besteht Bedarf an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die sich auf die Bedürfnisse dieser Klientel einstellen oder sie in die vorhandenen Konzepte integrieren.

### **Pflege- und Betreuungsangebote für Suchtkranke**

Während viele Alten- und Pflegeheime eine Suchterkrankung noch als Ausschlusskriterium für die Aufnahme ausweisen, stellen sich andere auf den Bedarf an adäquaten Plätzen für diese Menschen ein. Wieder andere Einrichtungen haben sich auf die Betreuung suchtkranker Menschen spezialisiert.

Trotzdem stellt zum Beispiel der Gesundheitsbericht zur gerontopsychiatrischen Versorgung in Düsseldorf 2001 fest, dass Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit die Pflegeheime und Sozialstationen vor unlösbare Aufgaben stellt (Düsseldorfer Gesundheitskonferenz 2001).

Insbesondere chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke finden zwar gut den Weg in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe, diese können jedoch keine weitreichenden gesundheitlichen Hilfen anbieten, da dies nicht zu deren Aufgabengebiet gehört (Gesundheitsbericht Düsseldorf 2004). Vor allem gebe es keine Heimplätze für unter 50-Jährige.

Die gleiche Problematik stellt sich in den stationären Pflegeeinrichtungen. Ihr formulierter Auftrag, die jeweiligen Konzeptionen sowie die Finanzierungen sind nur sehr bedingt darauf ausgerichtet, suchtkranken Menschen ein wirksames Angebot zur Verfügung zu stellen, das ihnen eine stabile Lebensführung mit ihrer Suchterkrankung ermöglicht.

Der Bedarf an geeigneten Versorgungseinrichtungen ist erkannt. Dennoch scheint sich die Umsetzung zögerlich zu gestalten. Die Betreuung suchtkranker Menschen mit zum Teil starken psychiatrischen und sozialen Problemen stellt die Einrichtungen vor große institutionelle Herausforderungen (z. B. an die Konzeption). Sie erfordert auch zusätzliche Qualifikationen, eine bestimmte Haltung der Mitarbeiter sowie Konzeptionen und finanzielle Handlungsspielräume.

### **Spezifische Fragen in der Betreuung Suchtkranker**

Gerade ältere oder pflegebedürftige Suchtkranke werden gesamtgesellschaftlich immer noch moralisierend abgewertet. Ihre Lebensweise und -geschichte bietet scheinbar keine akzeptable Grundlage für einen erfüllten Lebensabschnitt im Alter, insbesondere dann, wenn dieser der finanziellen Unterstützung durch die Gesellschaft bedarf.

Diese moralisierende Haltung findet sich auch immer noch in sozialen Berufen und führt zu Schwierigkeiten bei der Integration von suchtkranken Menschen in Pflegeeinrichtungen. Fehlendes Wissen über Entstehung, Auswirkungen und Folgen von Suchterkrankungen führen zusätzlich zur Überforderung der Mitarbeiter und zu ablehnenden Haltungen.



### Trocken oder Nass – Abstinenz als Bedingung?

Für eine gute Integration in Einrichtungen scheint die Suchtmittelabstinenz als Voraussetzung zunächst grundsätzlich sinnvoll. 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“ das Suchtproblem erst im Alter manifestiert und hier suchtttherapeutische Maßnahmen gut greifen (DHS 2006a), besteht bei der Gruppe der „early onset“ 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?

Im deutschsprachigen Raum wurden unter dem Namen „Kontrolliertes Trinken“ Angebote entwickelt, die Überforderung und Stigmatisierung der Betroffenen vermeiden sowie Zieloffenheit in der Behandlung von substanzbezogenen Suchterkrankungen gewährleisten sollen. Projekte im Bereich der Wohnungslosenhilfe zeigen, dass es auch hier möglich ist, alkoholkranken Wohnungslose auf ihre

Alkoholproblematik anzusprechen, ihre Veränderungsmotivation zu fördern und sie beim Erreichen einer Alkoholreduktion bzw. Abstinenz zu unterstützen (BKK Bundesverband 2007; [www.kontrolliertes-trinken.de](http://www.kontrolliertes-trinken.de)).

Hier ist konzeptionelle Arbeit nötig und auch in den Köpfen muss sich einiges verändern, um passende Lösungen zu finden.

Die Betreuung suchtkranker Menschen erfordert zusätzliche Qualifikationen und eine bestimmte Haltung der Mitarbeiter

### Suchtspezifische Verhaltensweisen

Schwere körperliche und kognitive Störungen gehören zum Bild möglicher Spätfolgen bei Suchterkrankungen. Auf diese eigentlichen Erscheinungsbilder und den daraus resultierenden Anforderungen sind Pflegenden in Alten- und Pflegeheimen durch ihre Ausbildung gut vorbereitet. Das Verhalten dieser Menschen ist jedoch weit mehr geprägt durch Persönlichkeitsveränderungen sowie Verhaltensweisen, die sie aus ihrer Sozialisation als Suchtkranke am Rande der Gesellschaft gelernt haben.

Suchtkranke weisen oft einen Mangel an eigenständiger Strukturgebung, Beschäftigungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme auf. Der zentrale Punkt in ihrem Leben ist und war das Suchtmittel, um das herum sich alles gestaltet hat. Trotzdem versuchen Menschen das Bild der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung nach außen hin aufrechtzuerhalten. Körperliche und kognitive Einbußen werden banalisiert und anderen Ursachen zugeschrieben. Dies kann zu Fehleinschätzungen der Betroffenen und zu Konflikten in den Einrichtungen führen.

Ursachen und Probleme werden häufig externalisiert. Andere Menschen – und nicht selten das direkte Gegenüber – werden für das Scheitern in bestimmten Situationen oder auch für den Rückfall verantwortlich gemacht. Dies führt zu Auseinandersetzungen mit den Einrichtungen und deren Mitarbeitern, oft auch bis in den persönlichen Bereich.

Zur Förderung der Bereitschaft Alkoholabhängiger, sich überhaupt erst einmal auf eine Auseinandersetzung mit der eigenen Alkoholproblematik einzulassen und sodann Motivation für eine Änderung aufzubauen, eignet sich in besonderer Weise das von Miller und Rollnick (1999, 2005) entwickelte Gesprächsführungskonzept des „Motivational Interviewing“ (MI, meist als „Motivierende Gesprächsführung“ übersetzt; deutsche Kurzzusammenfassung in Körkel und Veltrup 2003).

Dem MI liegt die Annahme bzw. das Menschenbild zugrunde, dass Menschen mit Alkoholproblemen nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind (zweispältig im Sinne von: „ja, aber...“) und es gute Gründe gegen, aber auch für eine Änderung des eigenen Alkoholkonsums gibt. Es wird also angenommen, dass im Klienten eine „schlummernde Eigenmotivation“ in Richtung Veränderung bereits vorhanden ist. Die Sichtweise, dass der Klient sich sinnhaft verhält und sich im Moment – gefangen in seiner inneren Ambivalenz – einfach nicht anders zu verhalten vermag, erfordert aus Sicht des MI Achtung für den Klienten und Respekt vor seinem Gewordensein.

Im Vergleich zu anderen Methoden psychosozialer Interventionen lässt sich MI relativ schnell erlernen und ist für viele Praktiker sehr plausibel. Es hilft auch, die eigenen Belastungen zu reduzieren.

### Psychische Störungen

Hält man sich vor Augen, dass sich bei bis zu 70 Prozent der Abhängigkeitskranken eine Ne-

bendiagnose im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung bzw. einer Persönlichkeitsstörung finden (Loth, Rutten, Huson-Anbeek und Linde 2002), so sind die besonderen Anforderungen an die Einrichtungen wie an die Mitarbeiter bereits zu erahnen. Das Spektrum psychiatrischer Erscheinungsbilder reicht von Angst- und Zwangserkrankungen über Depressionen oder Psychosen bis hin zu schwersten Persönlichkeitsstörungen, die das Verhalten dieser Menschen prägen.

Für den Umgang mit Suchtkranken und die Entwicklung geeigneter Betreuungskonzepte ist es zwingend notwendig, die Erkrankung und die daraus resultierenden Verhaltensweisen dieser Menschen zu verstehen.

### **Soziale „Störungen“**

Darüber hinaus sind gerade chronisch suchtkranke Menschen häufig geprägt durch soziale Problemstellungen und -situationen. Fehlende soziale Integration, Vernachlässigung oder Verlust des sozialen Umfeldes, Folgen von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität bis hin zu forensischen Folgen (Verkehrsdelikte, Beschaffungskriminalität usw.) prägen die Lebenssituation und die Verhaltensweisen dieser Menschen. Gerade in Verbindung mit der Unkenntnis über Suchterkrankungen führt genau dies zu einer moralisierenden Wertung und Haltung gegenüber diesen Menschen und zu Schwierigkeiten bei der Integration in Versorgungseinrichtungen.

### **Erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter**

Die Ausbildung in der Altenpflege wie auch in der Gesundheits- und Krankenpflege behandelt die psychiatrischen Erkrankungen und somit auch das Thema Sucht nur ansatzweise. Bei praktischen Einsätzen in psychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Einrichtungen kommen die Auszubildenden selten mit Suchtkranken in Kontakt. Intensiver wird erst in psychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Weiterqualifikationen auf psychiatrische und suchtspezifische Inhalte eingegangen.

Der professionelle Anspruch an Pflegende bezieht sich neben einem breiten Fachwissen insbesondere auf die Kommunikation und Interaktion mit Patienten und Bewohnern. Hier wird insbesondere in der Altenpflege ein hohes Maß an Empathie und Hilfsbereitschaft gefordert. Biografische Ansätze und Validation sollen den Pflegenden in der Betreuung der Patienten und Bewohner unterstützen.

Die Auseinandersetzung mit Suchtkranken fordert von den Mitarbeitern aber auch die Fähigkeit und Haltung, sich und das Gegenüber zu reflektieren und den Suchtkranken mit sich und seinem Verhalten in einem förderlichen Maß zu konfrontieren. Hierzu gehört es auch, gemeinsam mit dem Betroffenen Rahmenbedingungen und Strukturen zu schaffen, die es ihm ermöglichen, sich in die Institution zu integrieren, bis hin zu der Frage, ob eine Abstinenz notwendig ist oder nicht.

Amzeige  
im Heft

Diese Kenntnisse werden in der Ausbildung zur Alten- wie auch der Gesundheits- und Krankenpflege nicht ausreichend vermittelt. Psychiatrische Krankheitsbilder, die spezielle Pflege psychisch veränderter und kranker alter Menschen und die Unterstützung in psychischen und physischen Grenzsituationen sind bereits Inhalte der Ausbildung (Meisel 2006). Für den Umgang mit suchtkranken Menschen, die daraus entstehenden Dynamiken in den Einrichtungen und die Auseinandersetzung zur Entwicklung geeigneter Hal-tungen und Konzepte erscheint dies jedoch nicht als ausreichend.

### Ausblick

Wie gezeigt wurde, stellen sich eine Reihe spezifischer Fragen und Probleme bei der Versorgung suchtkranker Menschen. Diese Fragen müssen geklärt werden, wenn die Pflege und Betreuung nicht nur als wirtschaftliche Notwendigkeit verstanden wird. Daneben sollten die bio-ethischen Prinzipien der Fürsorge und der Autonomie als handlungsleitend gelten: Fürsorge meint, dass den Menschen, die Hilfen benötigen, Unterstützung zuteil wird. Autonomie schließt ein, dass die Menschen über die ihnen angebotenen Hilfen selbst entscheiden können.

Aus fachlicher Sicht scheinen folgende Zusatz-Qualifikationen in der Versorgung Suchtkranker von zentraler Bedeutung:

- Motivierende Gesprächsführung,
- Unterstützung der Bewohner in selbstbestimmten Maßnahmen der Trinkmengenreduzierung bzw. Hinführung zur Abstinenz,
- Strukturierte Programme zum Auffangen und Verhindern von Rückfällen.

Fortbildungsangebote in dieser Richtung für Fach- und Führungskräfte in der Pflege werden seit einiger Zeit angeboten (vgl. [www.gk-quest.de](http://www.gk-quest.de)).

Auf der Einrichtungsebene müssen Voraussetzungen geschaffen werden, die es den Betroffenen erleichtern, ihr Verhalten zu ändern. Dies kann u. a. durch eine einladende Gesamtatmosphäre, durch freundliche Ansprache, durch Angebote zur Tagesstrukturierung, durch Unterstützung in Einzel- und Gruppengesprächen bis hin zu strukturierten Programmen erfolgen. Dies gelingt nur, wenn Einrichtungsleitung und Mitarbeiter an einem Strang ziehen. Es bedarf hierfür der vorausschauenden Planung und eines konstruktiven Miteinanders.

### Literatur:

- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2007): Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen. Bremerhaven: Wirtschaftsverband NW DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2006a): Substanzbezogene Störungen im Alter – Information und Praxishilfen, Hamm
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2006b): Schwerpunktjahr 2006: Unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar. Zahlen im Überblick. Online: <http://www.unabhaengig-im-alter.de/web/zahlenfakten/index.htm> (Zugriff: 18.12.2006)
- Düsseldorfer Gesundheitskonferenz (2001): Arbeitsgruppe IV „Gerontopsychiatrie“. November 2001
- Gesundheitsbericht Düsseldorf – Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf. (2004)
- Hüllinghorst, R. (2003): „Alter und Sucht – (K)ein Thema? Behandeln statt wegsehen!“, 8. Forum Psychiatrie und Psychotherapie. 14.–15.10.2003, Paderborn
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003): Motivational Interviewing: Eine Übersicht. Suchttherapie, 4, S. 115–124
- Loth, Chr.; Rutten, R.; Huson-Anbeek, D. & Linde, L. (Hrsg.) (2002): Professionelle Suchtkrankenpflege. Bern: Huber
- Meisel, M.: Altenpfleger/in. Aufgaben und Tätigkeiten im Überblick. Online: <http://www.pflege-partner.de/Ausbildung/Berufe/altenpfl01.html> (Zugriff: 18.12.2006)
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus (Original: Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991)
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2005): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus (Original: Motivational Interviewing. Preparing people for change. New York: Guilford, 2002)
- [www.kontrolliertes-trinken.de](http://www.kontrolliertes-trinken.de)

### Zu den Autoren:

Frank Schmitz ist Gesundheits- und Krankenpfleger mit Weiterbildung in Psychiatrischer Krankenpflege und Pflegemanagement und als Qualitätsbeauftragter. Er verfügt über langjährige praktische und leitende Erfahrung in der Pflege suchtkranker Menschen sowie in der Fort- und Weiterbildung in Pflegeberufen.

Dieter König ist als Diplom-Sozialwirt ausgebildet und ist derzeit Geschäftsführer der GK Quest Akademie sowie Trainer für Programme zum kontrollierten Konsum und Motivierender Gesprächsführung. Zuvor hat er über viele Jahre mittelständische Weiterbildungseinrichtungen geleitet. Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung von Programmen und Seminaren, Öffentlichkeitsarbeit, Coaching, Koordination von Expert/innen-Netzwerken.

### Anschrift für die Verfasser:

Dieter König, GK Quest Akademie GmbH  
Maaßstraße 28, 69123 Heidelberg  
E-Mail: [koenig@gk-quest.de](mailto:koenig@gk-quest.de)  
[www.gk-quest.de](http://www.gk-quest.de)

## Medizinprodukte-Pass

**Pesönlicher Gerätepass über die Einweisung in Medizinprodukte gemäß § 5 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

Marc Deschka (Hrsg.)

Dieser Gerätepass ermöglicht dem Anwender die individuelle Dokumentation und Archivierung der Einweisungen, um diese jederzeit nachweisen zu können und bei einem Arbeitgeber- oder Stellenwechsel eine erneute und zeitintensive Einweisung in baugleiche Medizinprodukte zu vermeiden. Neben zahlreichen Nachweisformularen und einer aktuellen Version der Medizinprodukte-Betreiberverordnung enthält der „Medizinprodukte-Pass“ praktische Beispiellisten für einweisungspflichtige Medizinprodukte.

2007, 40 Seiten, 5,95 Euro,  
ISBN 978-3-89556-044-6

**Bibliomed**  
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH