Quelle:
www.lazarus.at/2019/01/23/gastbeitrag-prost-betreutes-trinken-im-altenheim

# Gastbeitrag: Prost! – Betreutes Trinken im Altenheim

**Hunderttausende Menschen in Österreich sind entweder alkoholabhängig oder konsumieren Alkohol in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß. Damit ist auch die Altenpflege gefordert: Appelle und Verbote sinn sinnlos – was also tun? Gefragt sind vielmehr neue und ungewohnte, auch ungewöhnliche Betreuungsansätze, plädiert der psychiatrische Fachkrankenpfleger DPGKP Christian Luksch (Wien).**

Das 2017 vom Gesundheitsministerium veröffentlichte *Handbuch Alkohol* spricht Bände: Rund 340.000 Menschen in Österreich sind alkoholabhängig, knapp 735.000 ÖsterreicherInnen konsumieren regelmäßig Alkohol in einem gesundheitsschädigenden Ausmaß. Jede/r Österreicher/in im Alter zwischen 15 und 99 Jahren nimmt täglich 26,5 Gramm reinen Alkohol zu sich.

Und trotz einer verminderten Lebenserwartung von bis zu 20 Jahren liegt der Anteil der über 70jährigen bei der Gruppe von Menschen mit problematischem

Alkoholkonsum bei 10% (Männer: 18% ). Dies zeigt auch die Problemlage in der Altenpflege auf: Appelle an die Vernunft bringen auch bei alten AlkoholkerInnen ungefähr soviel wie Verbote – nämlich gar nichts. Gefragt sind viel mehr neue – und ungewohnte Betreuungsansätze. Und die sind für „Normale“ nicht normal.

Tatsächlich matchen sich Alkoholabhängigkeit und deren körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen regelmässig mit dementiellen Einschränkungen und Angsterkrankungen um den ersten Platz der psychiatrischen Diagnosen in Altenheimen. Vor allem die korrekte Abgrenzung zu Depressionen (*Trinkt Herr Wessely weil er depressiv ist, oder ist er depressiv weil er trinkt?*) gelingt nicht immer, insbesondere dort, wo auf psychiatrische Liaisondienste verzichtet wird.

**Gestörte Kultur**

Dass eine solche de-facto-Missachtung jeglicher medizinischer und pflegerischer Sorgfaltspflicht überhaupt möglich ist, liegt nicht selten auch daran, dass wir in unserem Land in einer sog. „permissiv-funktionsgestörten (Trink-)Kultur“ leben, in der es nicht nur normal ist, sich bei allen passenden und unpassenden Gelegenheiten einen hinter die Binde zu schütten, sondern mitunter sogar zum guten Ton gehört.

Tatsächlich scheint es hierzulande weitaus einfacher zu sein, eine angebotene Zigarette mit dem Hinweis, man rauche nicht, abzulehnen, als ein angebotenes Schnapserl, Achterl oder Bierchen mit Hinweis man trinke keinen Alkohol. Wer nicht trinkt, gehört nicht dazu, ist ein Weichei, eine Lusche, eine Spaßbremse und schlimmeres.

Psychodynamisch gilt dementsprechend der Alkoholkonsum auch als eine Art Coping: Eine Situation wird als frustran erlebt oder befürchtet, man führt sich Alkohol zu und dessen pharmakologische Wirkungen erleichtern die Sache gleich enorm. Ganz nach dem Motto: *Man kann sich jeden Mann schön saufen*. Oder jeden Politiker intelligent.

Dass diese Wirkung eher früher als später nachlässt, in Folge dessen die Dosis erhöht wird und man sich dann unmittelbar in einem Teufelskreis befindet, dem die körperliche Abhängigkeit folgt und aus dem einen langfristig nur mehr ein verändertes soziales Umfeld rausholen kann, ist natürlich nicht Thema in den Bierzelten und Heurigenlokalen des Landes.

**Entzug und Bedingung**

Alle die sich bereits einmal professionell mit Entzug und Entwöhnung von Abhängigkeitskranken beschäftigt haben, wissen, dass ohne die Freiwilligkeit der Betroffenen gar nichts geht. Der Suchtkranke muss aufhören *wollen.* Will er das nicht, sind sämtliche Bemühungen des therapeutischen (und nicht-therapeutischen) Umfeldes lediglich Restaurationsversuche für eine Verlängerung der Abhängigkeit.

Jürgen Möller et al beschreiben in ihrem Standardwerk zur Psychiatrie und Psychotherapie die Motivation des Betroffenen selbst (und zwar ohne jeden Zwang durch andere) als unabdingbar für eine gelingende Entwöhnung. Solange die Droge – hier der Alkohol – der wichtigste Lebensinhalt ist, um den sich alles dreht und dem jeder Gedanke gilt, gelingt ein Entzug nicht bzw. nicht auf Dauer.

Aufgabe einer fachlich qualitativen Altenpflege und -betreuung, die sich in ihren Leitbildern gerne als klientenzentriert darstellt, ist es, diese Motivation des Betroffenen herzustellen. Allerdings nicht mit Druck, Drohung und Zwang oder Delegieren des Problems an Ärzte und PsychologInnen, sondern durch Aufzeigen von Werten der Betroffenen, die für diese wichtiger sind, als der Alkohol .

Der Entzug selbst findet natürlich nicht im Altenheim statt, sondern in dafür spezialisierten Einrichtungen oder psychiatrischen Abteilungen. Ein Alkoholentzug stellt immer eine intensivpsychiatrische Situation dar, die entsprechende Expertise braucht. Denn ein Entzugssyndrom – mit einer Letalität von bis zu 30% – ist in der Regel keine Kinderjause.

## Betreutes Trinken Als Alternative

Tatsächlich führen nur professionell geführte Motivationsgespräche (siehe dazu auch unsere derzeitige Serie über Kommunikation) zu einer Einwilligung für einen Entzug – auch bei älteren Betroffenen. Und zwar häufiger als oft angenommen wird. Aber eben nicht immer.

Bei vielen langjährigen Hardcore-Trinkern, die tatsächlich – auch bei grösstmöglicher Motivation den Absprung nicht schaffen, aber auch bei hochbetagten AlkoholikerInnen und solchen, deren Organsysteme bereits schwerwiegend geschädigt sind, stellt sich die berechtigte Frage nach akzeptablen Alternativen zum Entzug.

Eine solche – kontrovers diskutierte, in der Gerontopsychiatrie aber durchaus sinnvolle – Alternative könnte das Konzept des kontrollierten (oder begleiteten) Trinkens sein. Dieses Konzept geht davon aus, dass es – analog dazu, dass das Kernproblem der Alkoholabhängigkeit eben der Kontrollverlust ist – sehr wohl möglich ist, kontrolliert zu trinken, wenn  Qualität, Zeitpunkt und Menge des zugeführten Alkohols von jemand Anderem als den Betroffenen selbst gesteuert werden. Eben von einer (pflege-)therapeutischen Bezugsperson.

Im Kern geht es darum – ausgehend vom gegenwärtigen Trinkverhalten – der so genannten Baseline, den Alkoholkonsum Woche für Woche an drei von den Betroffenen selbst gewählten Zielgrößen auszurichten: 1.) dem Höchstkonsum pro Tag, 2.) dem Maximalkonsum in der gesamten Woche und 3.) der Anzahl der alkoholfreien Tage. Dazu dienen:

- das Führen eines Trinktagebuches
- das Umrechnen und Zählen des Alkoholkonsums in Standardeinheiten (1 SE = 20 gr Ethanol = 0,5l Bier, oder 0,2l Wein oder 3 Schnäpse a 2 cl)
- der Einsatz persönlicher Reduktionsstrategien (z. B ein grosses Glas Wasser vor jedem alkoholischen Getränk, kein Alkohol vor 18:00 Uhr)
- die Antizipation und Bewältigung von Risikosituationen
- der Umgang mit „Ausrutschern“
- positive Verstärkung der Bemühungen

- alkoholfreie Formen der Freizeitgestaltung und Problembehandlung

**Interdisziplinär und multiprofessionell**

Die Behandlung bis zum angestrebten Ziel eines von allen tolerablen Mindestquantums (individeell verschieden!) sollte entweder von einem/ einer Psycholog/in oder einer psychiatrischen Pflegefachkraft geführt werden. Selbstverständlich muss auch auf die bestehende (notwendige) Medikation Rücksicht genommen werden.

Dies alles setzt eine fachärztliche (psychiatrische sowie allgemein-medizinische) Diagnose, samt Differentialdiagnose und Anamnese, eine fachlich korrekte biografische Erhebung von Stressoren und alternativen Copings sowie einen langen Atem und eine konsequente Haltung aller Involvierten voraus.

Weiters ist es dringend notwendig sowohl die Angehörigen, als auch alle anderen Berufsgruppen, die mit den Betroffenen zu tun haben, in dieses Konzept einzubeziehen und klare Zuständigkeiten festzulegen und zu kommunizieren. Ideal – oft sogar entscheidend – ist auch die Einbeziehung des näheren lokalen Umfeldes (z. B. Nahversorger).

Grundsätzlich gilt es dauerhaft einen vernünftigen und für alle Beteiligten akzeptablen Mittelweg zwischen den beiden Polen „Entzugssyndrom“ und „Alkoholexzess“ zu finden. Dass dies mehr Arbeit ist, als – wie Prof. Erwin Böhm es einmal ausdrückte – *„Papperl rein und Gackerl raus“* ist klar. Aber es ist Pflege!

Quellen:

- Handbuch Alkohol, 1. Band – Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2017; herausgegeben von Gesundheit Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen
- Möller, Laux und Deister: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; 2. Auflage, Stuttgart 2001
- Körkel: Kontrolliertes Trinken; Beitrag in PPH – Die Zeitschrift für Psychiatrische Pflege heute, Ausgabe 5 / 2018

Das Handbuch Alkohol können sie hier herunterladen.

Das Seminar zum Thema finden Sie hier.