

## Alkohol in Altersheimen – eine beschreibende Analyse

---

Richard MÜLLER\*, Thomas MEYER\*\*

### Zusammenfassung

*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. Selbst eine E-Mail-Befragung bei Leitungspersonen von Altersheimen in der deutschen und französischen Schweiz zeigt: Alkoholprobleme sind in Einrichtungen der Altenhilfe in der Wahrnehmung der Befragten zumeist kein dringendes, weil kaum häufiges Phänomen. Gleichwohl – oder vielleicht gerade deshalb – fehlt es oft an einer formulierten Haltung und an Standardabläufen bei Vorliegen von Alkoholproblemen. Die Umfrage zeigt auch, wie sehr die Befragten in einer ethischen Zwangslage zwischen Laisser-faire und paternalistischer Attitüde stecken. Das Betreuungspersonal braucht einen institutionellen Rahmen, in dem Interventionen stattfinden können. Eine entsprechende Haltung kann nur auf der Grundlage eines ethischen Diskurses über die Suchthilfe im Alter innerhalb jeder einzelnen Institution entwickelt werden.*

### Hintergrund und Ziele der Studie

#### Sucht im Alter – kein neues Phänomen

Sucht im Alter ist kein neues Phänomen. Doch mit der demografischen Veränderung der Bevölkerung gewinnt das Problem an Bedeutung. Auch die Suchthilfe muss sich auf eine Zunahme der Behandlungsnachfrage in der Gruppe

\* Dr. phil., Fribourg

\*\* Dr. med., Chefarzt Forelkllinik, Ellikon an der Thur

älterer Suchtkranker einstellen. Für diese Gruppe muss nicht nur der Zugang zum Hilfesystem erleichtert, sondern ebenso sehr müssen altersspezifische aufsuchende Angebote entwickelt werden.

Trotz des demografischen Wandels werden Alkoholkonsum und -missbrauch in höherem Alter im Vergleich zu früheren Lebensabschnitten wenig thematisiert. Weder besteht ein besonderes Forschungs- und Präventionsinteresse, noch ist die Behandlungswürdigkeit von abhängigen alten Menschen über alle Zweifel erhaben. Dass alte Menschen, auch wenn sie sich in Institutionen befinden, süchtig sein können, wird aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein verdrängt. Dies hängt vor allem mit unseren Vorstellungen zusammen, wie etwa jenen, dass Suchtprobleme vorrangig ein Jugendproblem sind, dass Alkohol zu den gesellschaftlich akzeptierten Suchtmitteln gehört, oder dass man von Laxantien nicht körperlich abhängig werden kann.

### **Die soziale Reaktion auf süchtiges Verhalten im Alter**

Der abweichende, sozial auffällige Alkoholkonsum wird auch bei älteren Menschen von der sozialen Umwelt negativ bewertet, wenn auch nicht im selben Masse wie etwa bei Menschen, die im Berufsleben stehen; der Alkoholkonsum älterer Menschen stört die soziale Rollenausübung kaum. Ihre Alkoholprobleme bleiben entsprechend verborgener und das Entdecken von solchen Problemen ist schwieriger.

Wird der Alkoholkonsum älterer Menschen gleichwohl sozial auffällig, lässt sich die Reaktion der Gesellschaft durch zwei Grundmuster charakterisieren: Zum einen durch wohlmeinende Toleranz, die in ein Laisser-Faire mündet. „Nun lass sie doch...“ oder „...das lohnt doch eh nicht mehr...“ oder „, das will ich ihr/ihm nicht wegnehmen...“, sind typische Ausdrucksschemata dieser Haltung; zum anderen durch eine paternalistische Einstellung, die weiss, was für alte Menschen gut ist und mithin den Zugang zu alkoholischen Getränken für den alten Menschen regelt, ihn somit seiner Autonomie – und oft auch seines Trösters – beraubt.

### **Alkohol im Altersheim**

Etwas mehr als 7% 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 so 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 Nichtheimbewohner. Dies gilt vor allem für Personen, die gezwungen worden sind, ins Altersheim einzutreten.

Die Alten- und Pflegeeinrichtungen sind in den letzten Jahren immer mehr mit Bewohnern und Bewohnerinnen konfrontiert, die nicht in das traditio-

nelle 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.

Für die Schweiz liegen kaum neuere Forschungsarbeiten zum Alkoholkonsum in höherem Alter vor. Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993 gaben in einer Sonderbefragung von 731 Personen in Altersheimen 17% der im Durchschnitt 84-jährigen Bewohner an, täglich Alkohol zu konsumieren. Knapp 7% der Männer und 1% der Frauen sagten aus, jeden Tag mehr als vier Gläser Wein oder Bier zu trinken.

### **Ziele der Befragung**

Ziel der vorliegenden Studie ist es nicht, die Konsummuster und Alkoholprobleme von Bewohnern und Bewohnerinnen von Altersheimen zu beschreiben, sondern vielmehr die Wahrnehmung von Alkoholproblemen und den Umgang mit ihnen zu erheben. Dazu wurden Leitungspersonen von Altersheimen in einer elektronischen Umfrage befragt. Folgende Problemkreise wurden angesprochen:

- 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 Bewohnerinnen und Bewohnern: eher restriktiv oder eher permissiv?
- Bestehen institutionelle Regelungen hinsichtlich des Alkoholkonsums von Bewohnern und Bewohnerinnen, 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?

### **Methodik**

Die Befragung wurde als schriftliche Internet-Befragung mittels eines halbstandardisierten Fragebogens (offene und geschlossene Fragen) durchgeführt. Die Internet-Befragung ist ein kostengünstiges Instrument, zudem reagieren antwortwillige Teilnehmer relativ schnell, die Bearbeitung einer Internet-Umfrage benötigt somit wenig Zeit.

Die Zielpopulation waren die Heimleitungen der Altersheime der deutschen und französischen Schweiz, soweit 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 angemailten Adressen öffneten 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 angemailt 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 nach zweimaliger Anmahnung erreichte Ausschöpfung, N=557 Interviews, ist zwar nicht völlig repräsentativ, doch sie ergibt eine hinreichende Basis für vorsichtige Generalisierungen der vorliegenden Ergebnisse. Darauf weist auch der Vergleich der Antworten der ersten und der zweiten Welle von Befragungen: die Ergebnisse decken sich weitgehend.

## **Ergebnisse**

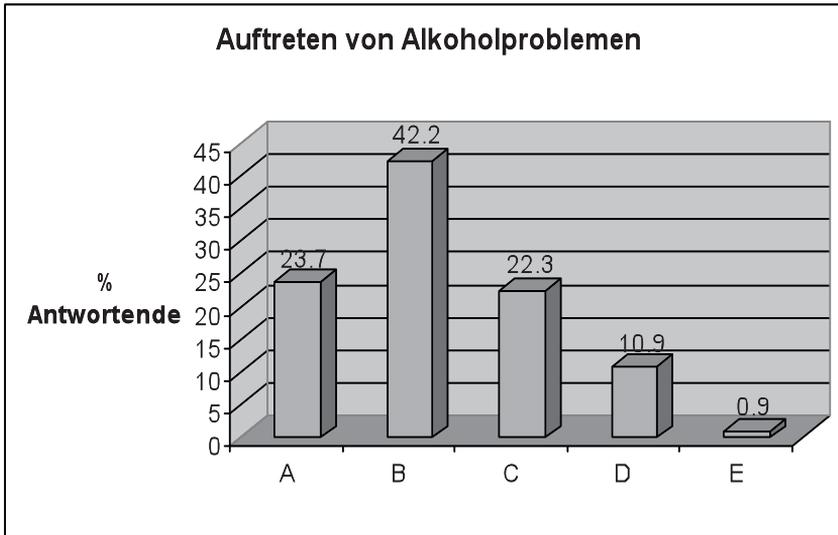
### **Problemwahrnehmung**

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 wenig sichtbar. Denn fast ein Viertel der Befragten gab an, kaum je Alkoholprobleme in ihrer Einrichtung wahrzunehmen und praktisch niemand ortete gehäuft Alkoholprobleme. 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.

Die Tatsache, dass kaum oder nur vereinzelte Fälle von Alkoholproblemen unter Bewohnern und Bewohnerinnen wahrgenommen werden, kann – neben der Konzentration auf manifeste Probleme – 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 nachgewiesenermaßen weniger Alkohol trinken als Männer. Natürlich kann die

wahrgenommene geringe Anzahl der Problemtrinker oder Problemtrinkerinnen auch auf die Befolgung strikter Regeln zurückgeführt werden. Auch die Annahme, man habe das Problem im Griff oder das Ausblenden von Alkoholproblemen kann eine Rolle spielen.

Grafik 1: „Wie schätzen Sie die Problemlage hinsichtlich von Alkoholproblemen in Ihrer Einrichtung ein? Denken Sie dabei an manifeste Probleme.“ (Nur eine Antwort bitte) N=557



Legende:

- A Bei uns gibt es kaum Alkoholprobleme
- B Es gibt hin und wieder vereinzelte Fälle
- C Der Alkoholkonsum von Bewohnern/Bewohnerinnen verursacht schon mal Probleme bei uns
- D Alkoholkonsum der Bewohner/Bewohnerinnen ist immer wieder einmal ein Problem
- E Bei uns gibt es gehäuft Alkoholprobleme

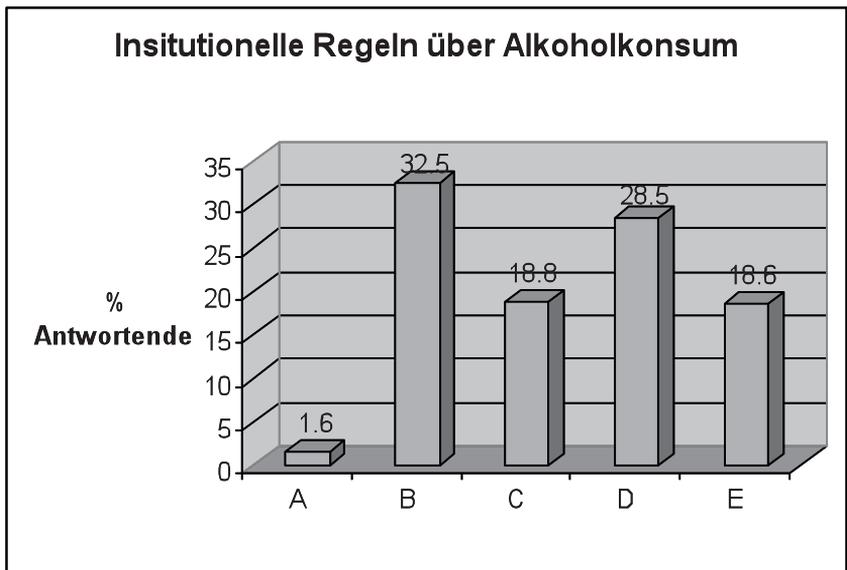
Aufgrund der hohen gesellschaftlichen Akzeptanz des Alkoholtrinkens und der damit verbundenen Ambivalenz bei der Einschätzung von Alkoholproblemen muss beim Alkohol von einer hohen Dunkelziffer bei der Erfassung der vorhandenen Problemlagen ausgegangen werden. Da angenommen werden kann, dass auch in Altersheimen 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. Auch die Tatsache, dass Alkoholprobleme in der Regel schon sehr fortgeschritten sind, wenn sie manifest werden, spricht für eine hohe 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 könnten, ohne dass sie bemerkt würden. Und nur ein Drittel meint, dass Alkoholprobleme häufiger vorkämen, als man gemeinhin glauben könnte. Nur wenige der Befragten räumen ein, dass sie keine Ahnung hinsichtlich der Dunkelziffer hätten.

### Institutionelle Regeln

In jeder Organisation sind bestimmte institutionelle Regeln wirksam; teils sind diese formalisiert (z.B. in rechtlichen Rahmenbedingungen oder festgeschriebenen Regelungen), teils beruhen 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.

Grafik 2: „Welche Regeln gelten in Ihrer Einrichtung bezüglich des Konsums von alkoholischen Getränken?“ (Nur eine Antwort bitte) N=554



Legende:

- A Striktes Konsumverbot
- B Bewohner /Bewohnerinnen können selbstbestimmt Alkohol konsumieren
- C Klare Regeln, z.B ein Glas zum Essen oder bei Feiern
- D Leichtere Formen des Konsums werden ohne Weiteres toleriert
- E In unserer Einrichtung gibt es keine Regel über den Konsum alkoholischer Getränke

Die Regeln über den Alkoholkonsum in Altersheimen variieren von restriktiv (Alkoholverbot) bis sehr liberal (keine expliziten Regeln). Tatsächlich herrscht nur in sehr wenigen der antwortenden 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. Hier einige Beispiele des Diskurses von Leitungspersonen von Altersheimen:

„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.“

Scheinbar gilt die Autonomie, 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 die Abgabe alkoholischer Getränke limitieren oder den Konsum von Alkoholika nur unter Kontrolle zulassen: „Toute personne qui désire boire un verre d'alcool lors de manifestations diverses y est autorisée sous la surveillance d'un responsable (sic!).“

Die 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).

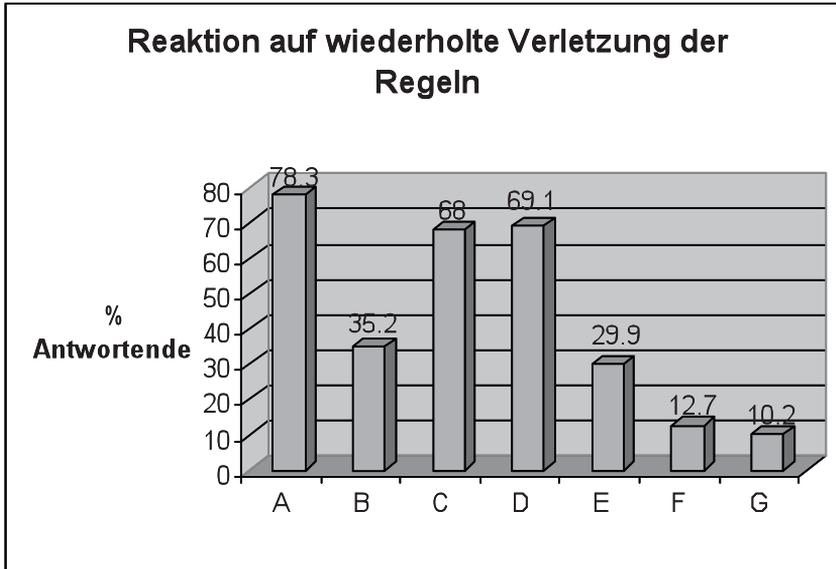
Einen möglicherweise annehmbaren Kompromiss zwischen Selbstbestimmung und der Grenze des Tolerierbaren findet sich in folgender Aussage: „Wir vertreten die Haltung, dass die Menschen, welche bei uns leben, ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Gewohnheiten, welche ein Suchtpotenzial beinhalten, 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.“

Natürlich stellt sich die Frage, was denn Regeln nützen, wenn Altersheimbewohner und -bewohnerinnen 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.

### **Reaktionen 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. Besonders bei Späteinsteigerinnen und Späteinsteigern, denjenigen, die erst im Alter ein Suchtproblem entwickeln, ist die Schamgrenze hoch (Kuhn, Haasen 2009). 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 des 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.

Grafik 3: „Wie reagiert man bei **wiederholtem** Übertreten der Regeln?“  
(1691 Mehrfachantworten)



Legende:

- A Besprechung mit Bewohner
- B Verwarnung und verbindliche Abmachung
- C Fallbesprechung im Team
- D Besprechung mit Angehörigen
- E Einbeziehung der Geronto-Psychiatrie
- F Einbeziehung der Suchtberatungsstelle
- G Es gibt keine Regeln wie bei wiederholten Verstößen reagiert wird

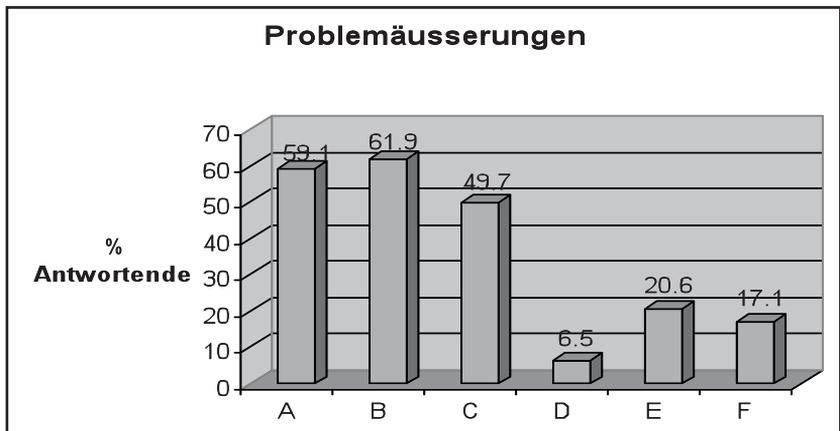
Bei *wiederholten* Vorfällen wird vor allem mit der betroffenen Person gesprochen, kombiniert mit der Fallbesprechung im Team sowie mit der Konsultation der Angehörigen. Eine Verwarnung und verbindliche Absprache erfolgen in gut einem Drittel der Fälle. In fast jedem dritten Fall wird die Geronto-Psychiatrie zur Hilfe beigezogen; dabei ist es eine der grundsätzlichen Fragen, wie gerontopsychiatrische 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 Pflegenden ohne Richtlinien reagieren.

### **Alkoholprobleme im Altersheim – wie sich Probleme äussern**

Manifeste Alkoholprobleme der Bewohner und Bewohnerinnen von Altersheimen können sich sehr unterschiedlich äussern. Nicht nur kann der Alko-

halkonsum 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 bereits 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.

Grafik 4: „Wie äussern sich Alkoholprobleme im Altersheim?“ (1197 Mehrfachantworten)



Legende:

- A Konflikte mit anderen Bewohnern/Bewohnerinnen
- B Konflikte mit dem Personal
- C Hygieneprobleme
- D Offenes Trinken bedeutet ein Imageproblem der Einrichtung
- E Trinken ausserhalb der Einrichtung
- F Konflikte zwischen Lebens- und therapeutischem Raum

#### 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 offene Frage gestellt. Die Auswertung der Antworten ergibt ein ganzes Spektrum von Vermutungen 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:

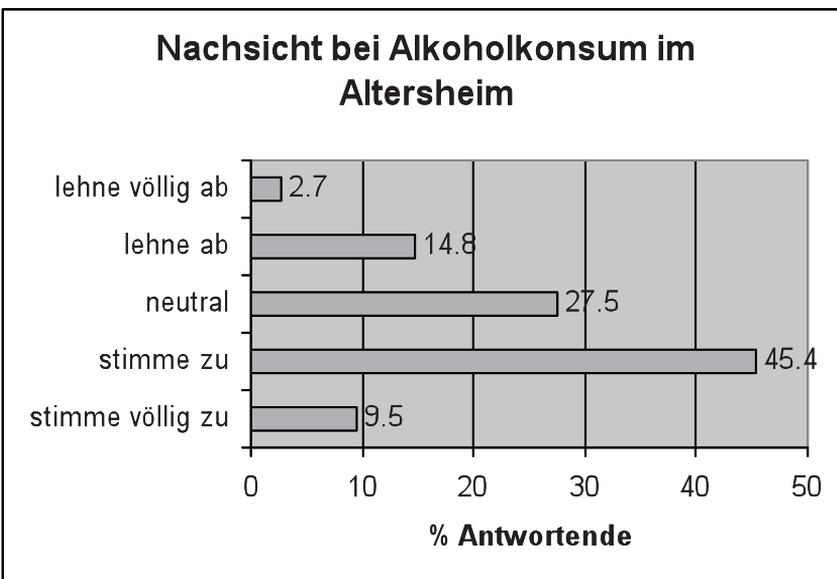
- Erstens bei akuter Selbst- oder Fremdbedrohung und;
- zweitens bei Konflikten mit Dritten, wenn die Umwelt gestört wird und sich Mitbewohner oder Mitbewohnerinnen beschweren;
- drittens bei erhöhtem Pflegebedarf aufgrund des übermässigen Alkoholkonsums (z. B. infolge Inkontinenz, mangelnder Hygiene).

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 neben einer möglichen Gefährdung abhängig vom Grad der Störung des Alltags durch die wahrgenommenen Auswirkungen des Konsums.

### **Generelle Haltung gegenüber Bewohnern und Bewohnerinnen mit Alkoholproblemen**

Trotz der Tatsache, dass Bewohner und Bewohnerinnen mit manifesten 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 Regel nachsichtig“. 27% sind für die neutrale Kategorie, d.h. ihre Toleranz ist geringer, und ein knappes Fünftel der Befragten ist unnachsichtig.

Grafik 5: Zustimmungsgrad zur Aussage „Beim Konsum von Alkohol durch die Bewohner und Bewohnerinnen sind wir in der Regel nachsichtig.“  
N=546

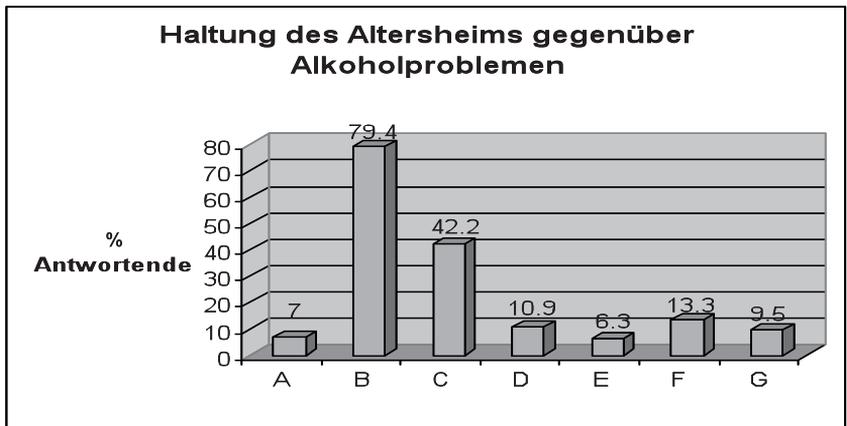


Zunächst ist festzuhalten, dass in vielen Altersheimen gegenüber dem Alkoholkonsum der Bewohner und Bewohnerinnen ein Klima der Nachsicht herrscht. Aber was heisst denn Nachsicht konkret? Die weiter oben dargestellten Antworten auf die Frage, wie institutionelle Regeln begründet werden, deuten darauf 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, was aber in der Praxis selten vorkommt, 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 älteren Suchtkranken trotz begrenzter Lebenserwartung die Anstrengung einer Entzugsbehandlung nicht ersparen. Dagegen steht die Meinung fast ebenso vieler (6%), 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.

Grafik 6: „Welches ist die Haltung gegenüber Menschen mit Alkoholproblemen in Ihrer Einrichtung?“ (939 Mehrfachantworten)



Legende:

- A Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit schliesst die Aufnahme in unserem 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 im Umgang mit Menschen mit manifesten Alkoholproblemen ähnliche Schwierigkeiten haben wie Angehörige, Freunde und Nachbarn oder Kollegen. Wegsehen oder hinter dem Rücken über die Vermutungen und Beobachtungen reden, kennzeichnen oftmals auch das Verhalten von Pflegenden und Heimleitungen. Oft traut man sich nicht oder fühlt sich kaum verpflichtet, den Betroffenen oder die Betroffene konkret auf das Problem anzusprechen. Weil zudem der Bewohner oder die Bewohnerin und die 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. Vielleicht ist dies ein Grund dafür, 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, Alkohol Kranke vor Ort im Altersheim zu behandeln, doch fast ein Viertel lehnt diese Aussage ab, mehr als 40% sind unentschieden.

Es stellt sich auch die Frage, inwiefern Abstinenz als Behandlungsziel Sinn macht. Menschen, die ihr Leben auf den Suchtmittelkonsum ausgerichtet haben, können sich ein abstinentes Leben nur sehr schwer bis gar nicht vorstellen. Sie haben Suchtmittel oft 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 suchttherapeutische Massnahmen gut greifen, besteht bei der Gruppe der „early onset alcoholics“ ein chronischer Konsum, dem therapeutisch viel schwerer beizukommen ist. Diesen Menschen erscheint ein komplett abstinentes Leben oft unmöglich, zumal häufig schwere kognitive und soziale Probleme vorliegen. Falls nun auf Abstinenz verzichtet wird: wie weit kann der Suchtmittelkonsum 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“. Knapp 40% lehnen die Aussage ab, während rund ein Drittel der Befragten der Aussage zustimmt. Ein weiteres Drittel kann sich in dieser Frage nicht entscheiden.

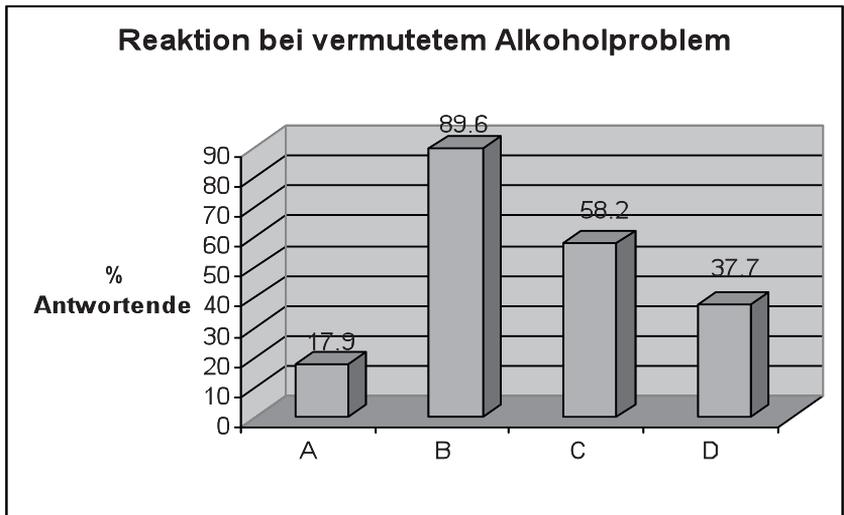
### **Die Handlungsoptionen bei Alkoholproblemen von Altersheimbewohnern und -bewohnerinnen**

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

1. Man übt Nachsicht, man toleriert, weil man die Bewohner als autonome Wesen betrachtet,
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.

*Grafik 7: „Was geschieht in Ihrer Einrichtung bei einer Vermutung, dass ein Alkoholproblem vorliegt?“ (1133 Mehrfachantworten)*



Legende:

A Man übt Nachsicht

B Das Problem wird thematisiert

C Es gibt ein gemeinsames Handeln nach Plan

D Das Problem wird an ärztliche Personen delegiert

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. In 60% der Fälle gibt es ein Vorgehen nach Plan, es sei denn, das Problem wird an ärztliche Personen delegiert (in immerhin 40% der Fälle). Ein gemeinsames Handeln nach Plan bei Vorliegen von Alkoholproblemen fehlt in vielen Einrichtungen der Altenhilfe.

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

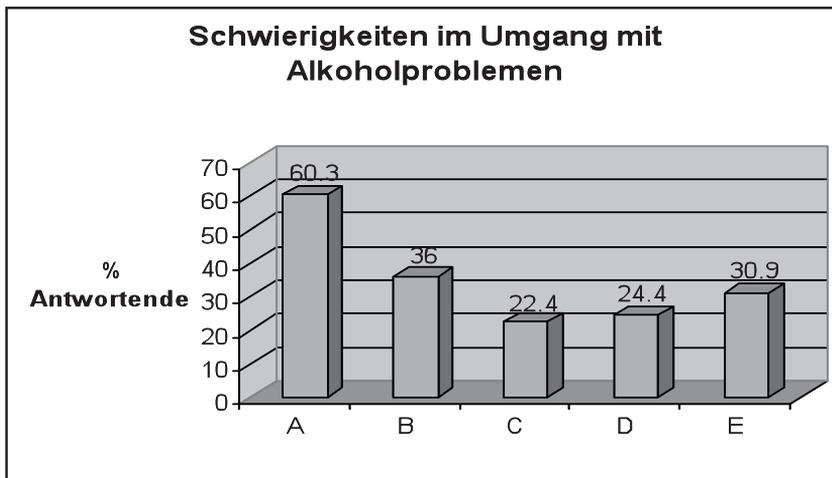
Personen mit manifesten Alkoholproblemen sind wohl nicht immer die einfachsten Bewohner und Bewohnerinnen von Altersheimen. Die liebsten Kun-

den 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 ortet 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.

Auf die Frage nach anderen Schwierigkeiten 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. Häufig 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 reportiert wird auch die Schwierigkeit im Umgang mit aggressivem Verhalten und die Uneinsichtigkeit und Ungeduld der betroffenen Personen.

Grafik 8: „Welchen Schwierigkeiten begegnet man häufig im Umgang mit Bewohnern oder Bewohnerinnen, die Alkoholprobleme haben?“ (970 Mehrfachantworten)



Legende:

- A Hoher zeitlicher Aufwand
- B Abgrenzung von alkoholbedingten Ausfällen und Demenz schwierig
- C Fehlende Geschlossenheit des Teams
- D Fehlende Erfahrungen der behandelnden Arztpersonen
- E Konzepte fehlen

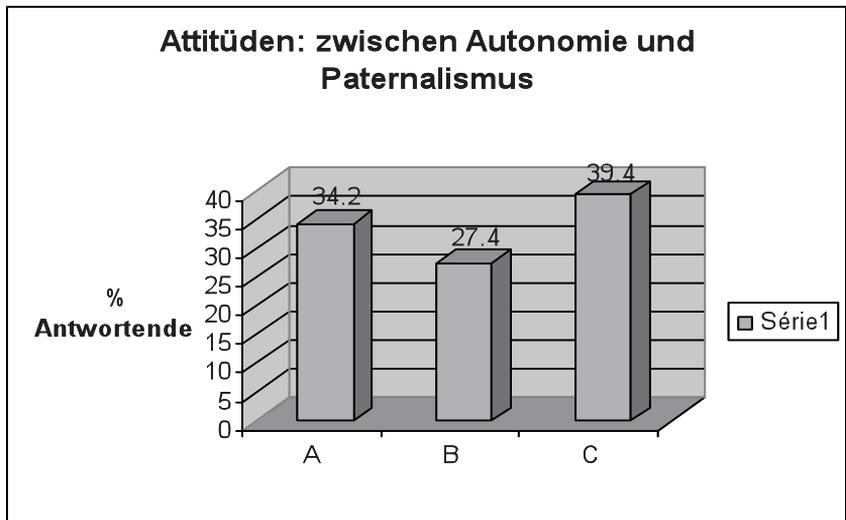
### Ethische Fragen in der Betreuung von alten Menschen mit Suchtproblemen

Es besteht ein allgemeiner Grundkonflikt in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Drogen- bzw. Alkoholabhängigen. Dieser Konflikt äussert sich vor allem 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 (Gemeinwohl) gegenübergestellt. Dieser Konflikt setzt das Prinzip der Autonomie Einzelner voraus, denen eine Eigenverantwortlichkeit für ihre Handlungen zugestanden wird, solange Dritte nicht gefährdet werden.

Die Altenhilfe in der Schweiz ist zum Teil von der Maxime geprägt, zu wissen, was für die Betroffenen, Klientinnen, Patienten und die Angehörigen gut ist. Die Reaktionen und Wahrnehmungen dessen, was man als Sucht bezeichnet, sind in unserer pluralistischen Gesellschaft von verschiedenen Wertvorstellungen, Lebensanschauungen und persönlichen Vorstellungen eines „guten Lebens« geprägt. Uchtenhagen (1995) hat in diesem Zusammenhang – bezogen auf die therapeutischen Angebote – von der «monopolistischen Therapiediktatur» gesprochen. Er erhoffte sich einen ethischen Diskurs und damit einen Wandel von der Einseitigkeit zu einem pluralistischen System vielfältiger, differenzierter Angebote.

Dass die konfligierenden Ansichten der Gesellschaft über den Umgang mit Menschen, die Alkoholprobleme haben, sich auch im Altersheim spiegeln, ist leicht einsehbar. Auch hier steht eine akzeptierende Haltung, d.h. die Respektierung der Autonomie des alten Menschen mit seinem problematischen Alkoholkonsum dem Fürsorgeprinzip gegenüber, das eine Intervention zwingend fordert.

Grafik 9: „Hier diskutieren drei Personen über den Alkoholkonsum im Altersheim. Welcher Person geben Sie am ehesten Recht?“ (N=533)



Legende:

A Die Entscheidung alter Menschen für einen problematischen Alkoholkonsum ist zu respektieren, selbst wenn sie damit längerfristig ihre Autonomie einschränken

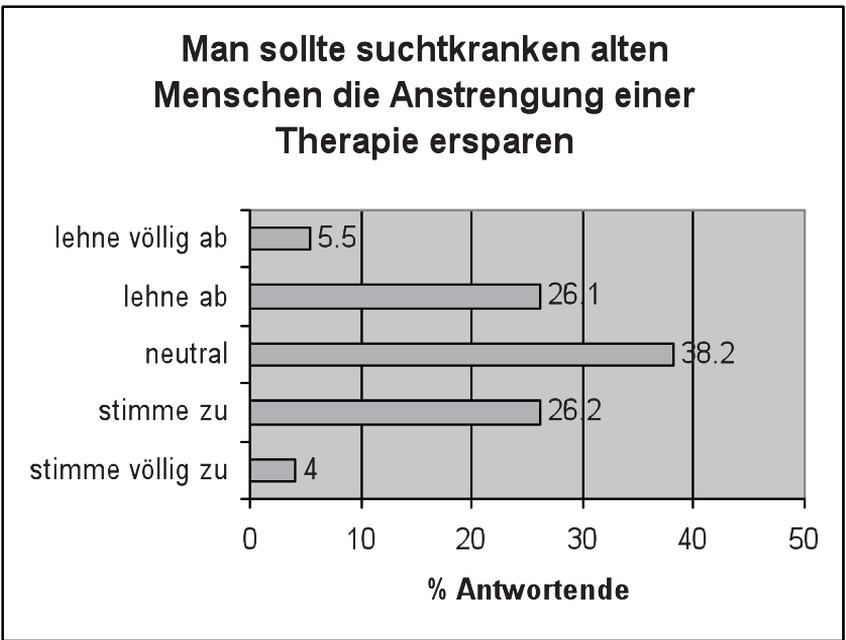
B Man kann in einer Institution mit vielen alten Menschen schon aus Ordnungsgründen nicht tolerieren, dass Einzelne punkto Alkoholkonsum über die Stränge schlagen

C Gerade weil Menschen, die zuviel trinken, ihre Autonomie verlieren, muss man bei Alkoholproblemen eingreifen

Die Antworten der Befragten in Grafik 9 illustrieren diesen Konflikt, der sich im Alter besonders deutlich äussert: 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 wählt 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 konfliktträchtig auf der Ebene der Werthaltungen suchtherapeutisches Bemühen bei alten Menschen im Allgemeinen und im Altersheim im Besonderen ist, lässt sich auch ablesen am Zustimmungsgrad 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.

Grafik 10: Zustimmungsgrad zur Aussage: „Man sollte suchtkranken Menschen im Altersheim wegen ihrer begrenzten Lebenserwartung die Anstrengungen einer Therapie ersparen.“ N=545



Bei einer paternalistischen Haltung stellt sich zwingend die Frage nach der Autonomie des Subjektes. 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 – selbst- oder fremdbestimmt, rational oder affektgeleitet – geachtet wird statt einer Fremdbestimmung unterworfen zu sein, ist eine Bedingung dafür, dass jeder Herr seines eigenen Lebens bleibt. Wenn dieses Selbstbestimmungsrecht der Klienten und Klientinnen ernst genommen wird, heisst dies, 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. Wenn alte Menschen nicht mehr für sich selber sorgen können und auf Hilfe angewiesen sind, ist es besonders schwierig, zwischen Wahrung des Selbstbestimmungsrechts im Alter und der Reaktion auf süchtiges Verhalten die Balance zu halten.

Die Definition der Sucht als Freiheitsverlust besitzt nicht nur praktische Konsequenzen. Sie enthält auch ein normatives Urteil, das dem süchtig gewordenen Menschen seine Freiheitsfähigkeit abspricht. Das lässt ihn auf eine niedere menschliche Daseinsstufe zurückfallen, was wiederum auf die Therapie und den sozialen Umgang mit Drogenkonsumenten rückwirkt (Wolf 2003).

Die Suchtkrankenhilfe ist in ihrer Arbeit mit suchtmittelabhängigen alten Menschen in hohem Masse mit ethischen Fragestellungen konfrontiert. Neben dem fachlichen Umgang mit diesen Menschen verlangt diese Konfrontation deshalb eine Auseinandersetzung mit ethischen Fragen. Ethische Reflexion und Kommunikation sind wesentliche Elemente der Professionalität und der Qualität der Arbeit in der Altenhilfe (Kottje-Birnbacher, Birnbacher 1999).

## **Literatur**

---

- Kottje-Birnbacher L., P. Birnbacher (1999). Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. I: Ambühl H., B. Strauss, Therapieziele. Hofgrete Göttingen, 15-31.
- Kuhn S., Ch. Haasen (2009). Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Universität Hamburg.
- Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/1993 (Bern 1995).
- Uchtenhagen A. (2003). Sucht im Alter, in: Suchtmagazin (Zschr.) „Sucht im Alter“, 29. Jg. Nr. 4, Basel, S. 16 – 19.
- Weyerer S. (2003). Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen im höheren Alter. In: Suchtmagazin (Zschr. „Sucht im Alter“, 29. Jg. Nr. 4, Basel, August, Seite 3-9.
- Wolf J. (2003) 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.

## **Korrespondenzadresse**

---

Richard Müller, Rue des Bouchers 3, 1700 Fribourg, E-Mail: richardgmueeller@gmail.com

## Summary

---

The fact that elderly people can be substance-dependent, even if they are in institutions, is expunged from collective consciousness almost more than any other fact in geriatrics. Even an e-mail survey of management staff in old people's homes in German- and French-speaking Switzerland shows: alcohol problems in institutions caring for the elderly are usually not a serious problem for those asked because they are not common. At the same time – or perhaps exactly because of this – many institutions have no formalised policy or standard processes for dealing with possible alcohol problems. The survey also shows just how deep the ethical predicament for the responders is, between *laissez-faire* and a paternalistic attitude. The care staff need an institutional framework within which they can intervene. Such a policy can only be developed on the basis of ethical discussions on help for elderly dependants within the individual institutions.

## Résumé

---

*Que des personnes âgées puissent être dépendantes, également quand elles se trouvent dans des institutions, est une idée refoulée de la conscience sociale comme peu d'autres faits en gériatrie. Un sondage par courrier électronique aux directions de maisons de retraite en Suisse romande et alémanique le montre justement: selon la perception des personnes interrogées, les problèmes d'alcool dans les organisations d'aide à la personne âgée ne sont pas un phénomène pressant, parce que très peu fréquent. Néanmoins, ou peut-être justement à cause de cela, il manque souvent une position formulée et des procédures standards en présence de problèmes d'alcool. Le sondage montre aussi à quel point les personnes interrogées se trouvent dans une situation éthique embarrassante, entre laissez-faire et attitude paternaliste. Le personnel soignant a besoin d'un cadre institutionnel dans lequel les interventions peuvent se dérouler. Une position correspondante ne peut être développée, à l'intérieur de chaque institution, que sur la base d'une réflexion éthique sur l'aide en cas de dépendance durant la vieillesse.*