

DPGKP Christian Luksch

Alkoholismus

in der Altenpflege



Das 2018 vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz veröffentlichte Handbuch „Alkohol – Österreich“ liefert erschreckende Zahlen: Rund 340.000 Männer und Frauen in Österreich sind alkoholabhängig, knapp 735.000 konsumieren regelmäßig Alkohol in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß. Jede/r Österreicher/in im Alter zwischen 15 und 99 Jahren nimmt täglich 26,5 Gramm reinen Alkohol zu sich.

Bei der Gruppe der von Menschen mit problematischem Alkoholkonsum liegt der Anteil der über 70jährigen bei 10% - bei den über 70jährigen Männern sogar bei 18%. Und obwohl entsprechende statistische Daten fehlen, kann aus diesen vorliegenden allgemeinen Daten durchaus geschlossen werden, dass es sich hier um ein Problem handelt, dem die institutionalisierte Altenpflege und -betreuung im Alltag ständig ausgesetzt und nicht selten auch massiv überfordert ist.

Tatsächlich zählen insbesondere die körperlichen Langzeitfolgen langjähriger Alkoholabhängigkeit, zunehmend mehr aber auch die damit verbundene psychosoziale Problematik, neben Demenz, Depression und Angsterkrankungen zu den mitunter größten Herausforderungen in den Altenpflegeeinrichtungen. Schätzungen zufolge sind 20 – 25%, in manchen exponierten Gegenden sogar bis zu 35% der AltenheimbewohnerInnen von diesem Problem betroffen.

Die Ursache dafür liegt zum einen darin, dass wir in Mitteleuropa in einer sog. permissiv-funktionsgestörten Kultur leben, in welcher ein übermäßiger Konsum von Alkohol generell toleriert und akzeptiert wird, zum anderen aber auch – und dies ist mit dem ersteren Grund aufs engste verbunden – dass Diagnose sowie Behandlung von Alkoholabhängigkeit in den medizinischen wie pflegerischen Ausbildungen bislang eher nicht die Rolle spielte, die sie innehaben sollte.

In der – auch in Österreich geltenden - internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) wird die Alkoholabhängigkeit im V. Kapitel (psychische und Verhaltensstörungen) unter den ICD-Codes F10 – F19 geführt. Derart bereits per definitionem der Psychiatrie zugewiesen, scheint die Alkoholabhängigkeit

Autor: DPGKP Christian Luksch

© Mai 2019 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Alkoholismus in der Altenpflege“

Seite 1 von 9

offensichtlich, wenn schon nicht aus dem Spektrum der Wahrnehmung so doch aus der operativen Zuständigkeit allgemeiner Medizin und Pflege zu fallen.

Dies allein stellt noch nicht das Problem an sich dar, würden von den ÄrztInnen und Pflegekräften entsprechende diagnostische und therapeutische Maßnahmen, z. B. durch psychiatrische Konsiliardienste initiiert. Leider geschieht dies aber nicht im erwünschten bzw. benötigten Ausmaß und wenn, greifen die optierten Maßnahmen zu kurz oder sind einfach nicht die adäquaten.

Die Crux beginnt bereits bei der Diagnose

Handelt es sich tatsächlich um ein bestehendes Abhängigkeitssyndrom, welches durch die i. Ü recht einfach zu explorierende Trias „Unbezwingbares Verlangen, Toleranzerhöhung und Kontrollverlust“ gekennzeichnet ist oder eher um einen schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch, der durch eine unangemessene Menge, bzw. einen unangemessener Zeitpunkt gekennzeichnet ist?

Wird der Alkohol – als „Problemlöser“ eingesetzt, etwa um diverse Angst- und Spannungszustände, Einsamkeit und Frustration zu lindern, oder sind bereits Folgeschäden körperlicher (von Nerven- bis zu Leberschäden) oder psychischer Natur (vom Entzugssyndrom bis zur Alkoholdemenz) vorhanden?

Aber auch: Interagiert ein möglicherweise moderater Alkoholkonsum mit der bestehenden Medikation im Sinne einer Steigerung des potenziellen Effekts von Alkohol oder Medikamenten?

Fragen, die im Rahmen einer umfassenden Anamnese und Diagnose, sowohl zu Beginn als auch während des Verlaufes einer medizinischen Behandlung oder einer pflegerischen Betreuung gestellt werden müssen bzw. einer Begutachtung durch Experten zugeführt werden müssen. Das Recht auf eine korrekt gestellte Diagnose (und daraus resultierenden Behandlung *lege artis*) ist unverbrüchliches Patientenrecht. Sie durchzuführen, zu kommunizieren und adäquate Maßnahmen zu setzen, ist Pflicht aller damit verbundenen Professionen.

Allein: Was sind „adäquate“ Maßnahmen? Zuallererst natürlich all jene, die den Betroffenen nutzen, konkret also im wörtlichen Sinn *not-wendig* sind. Zweitens jene Maßnahmen die ethisch und fachlich vertretbar sind. Dies schließt unter Umständen auch Maßnahmen aus, die der Laie (schlechterdings der Betroffene selbst, manchmal auch seine Angehörigen) als notwendig bezeichnet. Drittens aber auch Maßnahmen, die im Einverständnis mit dem Betroffenen verordnet werden (es sei denn es handelt sich um akute Notfallmaßnahmen).

Ein Entzug etwa gegen den Willen des Betroffenen ist also weder rechtlich noch ethisch noch fachlich eine adäquate Maßnahme. Zum einen ist sie vielfach, wie weiter unten noch zu klären sein wird, in der Geriatrie oftmals nicht erforderlich (daher auch nicht zwingend notwendig) zweitens könnte sie tatsächlich (z. B. im Falle eines Entzugsdelirs) mehr Schaden anrichten, als nutzen und drittens ist sie unethisch, weil die Autonomie des Betroffenen nicht berücksichtigt wird.

Ein ethisches – nicht selten auch fachliches – Dilemma, das zu lösen erst dann möglich ist, wenn der fachliche Blick von offensichtlich optimal scheinenden Lösungsmöglichkeiten weg, zum eigentlichen Problem – *Warum trinkt dieser Mensch eigentlich?* – gelenkt wird.

Wie bereits oben erwähnt, gilt es zunächst grob zu differenzieren: Tatsächliche Alkoholabhängigkeit, die mit körperlicher Abhängigkeit einhergeht und bei der ein Entzugssyndrom nicht ausgeschlossen werden kann, oder „nur“ wiederholter Alkoholmissbrauch, (weil dieser als z. B. Problemlöser verwendet wird.)

Die ProblemtrinkerInnen

Tatsächlich dürfte die zweite Gruppe – nennen wir sie hier die Problemtrinker (weil sie den Alkohol als Problemlöser benutzen) – in der Altenarbeit die bei weitem größere Gruppe sein, als jene der auch tatsächlich Alkoholabhängigen. Meist sind es alte und altgewordene Menschen, die im Lauf ihres Lebens gelernt haben, dass sie mit der Zufuhr von Alkohol bestimmte – als frustrierend erlebte oder angstverursachende – Situationen leichter aushalten, der Alkohol also quasi als Medikament (wenngleich auch meist nicht so benannt) zugeführt wird.

Hier ist in jedem Fall sowohl sozial- als auch pflegeanamnestisch zu eruieren, was die Auslöser eines solchen Alkoholabusus sind. Im Sinne einer korrekten Biographiearbeit gilt es also konkret die individuelle seelische Vulnerabilität der Betroffenen sowie die Frustrationsschwellen, Ängste, mögliche Stressoren aber auch alternative Bewältigungsstrategien zum Alkoholgebrauch herauszufinden.

Insofern diese (gesunden) Bewältigungsstrategien – durch eine kontinuierliche Beziehungsarbeit – identifiziert sind, müssen sie auch trainiert und verstärkt werden. Das ist in erster Linie psychosoziale Pflegearbeit, aber auch der Arzt muss hier als Autoritäts- und Vertrauensperson entsprechend einwirken.

Im Sinne des Normalitätsprinzips müssen dabei nicht alle denkbaren Stressoren und frustrane Momente abgestellt werden (was ja weder möglich noch sinnvoll wäre) sondern es muss gewährleistet werden, dass die betroffenen Menschen im Aushalten

und Verarbeiten dieser Situationen unterstützt werden und gesunde Alternativen zum Trinken entwickeln und beibehalten. Das darf man auch als Verhaltenstherapie im weitesten Sinne umschrieben, muss es aber nicht.

Wichtig ist hier auch ein breites und adäquates Programm an Beschäftigung und sinnvoll aktivierender Ablenkung anzubieten, aber auch sich als Pflegekraft die notwendige Zeit nehmen zu können, die es braucht, um mit den BewohnerInnen über deren Ängste, Probleme und Frustrationen zu sprechen. Bisweilen ist dies wichtiger als das wöchentliche Vollbad – denn auch ein sauberer Bewohner ist im alkoholisierten Zustand nur ein alkoholisierter Bewohner!

Weiters wichtig sind klare Strukturen und Regeln, die den Betroffenen einen Orientierungsrahmen bieten, ohne sie jedoch in ihrer Autonomie einzugrenzen. Es versteht sich von selbst, dass solche Strukturen, Regeln und Vereinbarungen auch für die agierenden Pflege- und Betreuungspersonen verbindlich sind!

Die problematischen TrinkerInnen

Den oben als ProblemtrinkerInnen umschriebenen Betroffenen möchte ich die „problematischen Trinker“ gegenüberstellen, jene Menschen, die durch ihre Handlungen und Verhaltensweisen (egal ob im betrunkenen Zustand oder im verlangenden Zustand – dem sog. „Craving“) sich selbst und/ oder anderen Menschen Probleme machen, bzw. das Leben mitunter enorm erschweren.

Dies sind in der Regel aktive TrinkerInnen, mit einem mitunter jahrzehntelang bestehenden Abhängigkeitssyndrom, aber auch mit einer immensen Anzahl von unterschiedlichen und wirksamen Strategien, um zu Alkohol zu gelangen.

Dabei imponiert allerdings oft, dass die Quantität und Qualität problematischer Verhaltensweisen, die aus tatsächlichen Alkohol-Exzessen resultieren, häufig geringer sind, als solche, aus verlangenden (aber nicht erfüllten) Zuständen. Anders gesagt: Solange Alkohol verfügbar ist, können die Betroffenen noch gelenkt werden – zumindest solange ein Exzess noch nicht eingetreten ist.

Dies birgt ein Potential, das in der (allgemein-geriatrischen) Langzeitpflege noch gänzlich unbeachtet zu sein scheint, nämlich dem des betreuten (oder auch fremdkontrollierten) Trinkens. Hierbei wird das latente Problem des drohenden Kontrollverlustes dadurch umgangen, dass die Kontrolle über Menge, Zeitpunkt und Frequenz des zugeführten Alkohols einer anderen Person als der abhängigen selbst (z. B. einer konkreten Pflegekraft) übertragen wird.

Hierzu sind allerdings einige Voraussetzungen zu bedenken. Zum einen beruht dieses Vorgehen auf Freiwilligkeit der Betroffenen. Das bedeutet, diese müssen damit einverstanden sein, dass die Kontrolle über ihr Trinken andere Personen (die ihr Vertrauen besitzen) übernehmen. Dieses Einverständnis wird in einem Betreuungskontrakt festgehalten, welcher auch beinhaltet, wieviel Alkohol in welchen einzelnen Dosen und zu welchen Zeiten von wem ausgegeben wird.

Zur Bestimmung der Gesamttagesmenge und der einzeln abgegebenen Mengen wird die sogenannte Baseline bestimmt – das ist jene Alkoholmenge, die zwar ausreicht, kein unbeabsichtigtes Entzugssyndrom zu erleiden, aber auch nicht zu einem Exzess führt. Das Vorgehen muss natürlich mit dem behandelnden Arzt hinsichtlich der bestehenden Medikation und möglicher Wechselwirkungen abgesprochen bzw. medizinisch freigegeben werden.

Drittens ist es schließlich von absoluter Notwendigkeit, dass sich alle mittelbar und unmittelbar Betroffenen (also das gesamte interdisziplinäre Team, aber auch die An- und Zugehörigen) penibel an die Vereinbarung halten. Dies kann unter Umständen auch bedeuten, dass das unmittelbare lokale Umfeld der Einrichtung (z. B. Nahversorger) in diese Maßnahme einbezogen werden muss.

Das Unterfangen ist zwar sehr erfolgreich im Hinblick auf die Vermeidung von Exzessen und Entzugssyndromen, dennoch aber eine emotionale Belastung für die Betroffenen, da sie damit – zwar freiwillig, aber doch – ihre Autonomie und Selbstbestimmung bis zu einem bestimmten Maß aufgeben. Neben einer klaren Regelung für eine allfällige Option aus der Vereinbarung auszusteigen, müssen die Bemühungen der Betroffenen stets positiv verstärkt werden.

Des Weiteren sollten die Betroffenen auch in gewissen Abständen dazu animiert werden, Trinkmenge und Frequenz mehr und mehr zu reduzieren, ja vielleicht sogar komplett abstinent zu werden. Als hilfreich dazu haben sich sogenannte Trinktagebücher und moderierte Gesprächsrunden, in denen die Betroffenen ihre Probleme aber auch Erfolge besprechen können, erwiesen.

Entzug und Entwöhnung

Der Entzug einer langjährigen Alkoholabhängigkeit bedeutet meist auch ein sog. Entzugssyndrom, oft einhergehend mit einem Delirium tremens, zu erleiden. Das Alkoholentzugsdelir ist eine intensivpsychiatrische Situation mit einer v. a. im Alter ansteigenden Letalität von bis zu 40% und einer enormen Belastung für das gesamte Organsystem der betroffenen Menschen.

Entzüge sind daher immer auf psychiatrischen Krankenhausabteilungen bzw. in speziellen Entzugskliniken durchzuführen und bedingen stets die Freiwilligkeit der Betroffenen. Entzüge in anderen als psychiatrischen Einheiten – auch in Einrichtungen der Langzeitpflege – durchzuführen, muss als grob fahrlässig gewertet werden, ebenso wenn unbeabsichtigte Entzüge nicht sofort fachgerecht unter den oben angeführten Bedingungen behandelt werden.

Vom Entzug zu unterscheiden ist die, einem solchen folgenden, Entwöhnung. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass bei Beginn der Entwöhnung vor allem die körperliche Entzugssymptomatik bereits erfolgreich behandelt wurde und nun psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen zu Tragen kommen.

Dies kann bei einem soliden und mit der Entzugsklinik abgesprochenen Setting von kompetenten Fachkräften auch im Altenheim umgesetzt werden. Hier ist die enge Zusammenarbeit mit nachbetreuenden Einrichtungen wie Ambulanzen des Psychosozialen Dienstes oder z. B. dem Grünen Kreuz stark zu empfehlen und mit einem Behandlungszentrum von mindestens drei Monaten zu rechnen.

Aber auch danach können noch über Jahre supportive Maßnahmen notwendig sein, wobei sich vor allem Selbsthilfegruppen wie die Anonymen Alkoholiker wiederum als besonders effizient erwiesen haben. Dies alles setzt natürlich eine intakte Kognition sowie ein Mindestmaß an Adhärenz (Therapietreue) seitens der Betroffenen sowie Empathie und Geduld der Betreuenden voraus.

Umfaller, Rückfälle, Unfälle ...

Und dennoch werden sie kommen, die Rückfälle nach einem Entzug oder einer Entwöhnung, die „Unfälle“ im Sinne des einen oder anderen Exzesses, die Umfaller in Bezug auf die Vereinbarungen. Das alles ist normal, den alles was passieren kann wird passieren. Oder auch nicht. Insofern niemand dabei echten, nicht wieder gut zu machenden Schaden erleidet, ist das nicht weiters schlimm.

Angesprochen werden sollte es aber auf jeden Fall. Allerdings nicht in einer anklagenden oder gar verurteilenden Haltung. Vorwürfe und Verbote bringen hier nichts, was etwas bringt ist allerdings das Herausfinden der Ursachen und deren Analyse, um in Zukunft besser damit umgehen zu können.

Im Rückfall bzw. im Exzess machen Sie zunächst gar nichts, was nicht der Sicherheit des Betroffenen oder seines unmittelbaren Umfeldes von dient. Erbricht sich jemand, wischen Sie ihn ab, beschmutzt er sich oder seine Sachen, reinigen sie ihn oder die

Sachen, geben Sie reichlich Wasser zu trinken (keinen Kaffee – das nutzt nichts) und sorgen Sie für eine Stabilisierung des Kreislaufes.

Ist er/ sie am nächsten Tag wieder halbwegs ansprechbar, dann sprechen sie ihn bzw. sie an. Halbwegs. Schadensbegrenzung ist jetzt angesagt, Entschuldigung bei Beleidigten, Reinigung insofern noch notwendig (durch den Verschmutzer). Und auf keinem Fall irgendwelche Vorhaltungen. Wie gesagt: das passiert. Soll nicht, aber ist. Drücken Sie einfach auf Neustart und regen Sie sich wieder ab.

Erst wenn wirklich – auch emotionale Ernüchterung eingekehrt ist, analysieren wir die Situation. Erklärungen sind jetzt wichtig, keine Entschuldigungen. Wie kam es dazu, was hat das ausgelöst, wie gehen wir in der Zukunft vor, damit das nicht mehr passiert. Falls nötig im Betreuungskontrakt eine Änderung oder eine Zusatzklausel. Fertig. Das Leben geht weiter.

... und Sonderfälle

Gemeint sind (psychische) Langzeitschäden von chronischem Alkoholismus, die ebenfalls in den Altenpflegeeinrichtungen zunehmen: Psychotische Störungen wie Alkoholhalluzinose oder alkoholischer Eifersuchtswahn sind hier ebenso zu nennen, wie Amnestische Syndrome (Korsakow, Wernicke) oder verzögerte Syndrome wie Alkoholdemenz oder alkoholinduzierte Depressionen.

Alles psychiatrische Erkrankungen die eine psychiatrische Diagnose und eine daraus resultierende Behandlung bedingen. Die meisten dieser Behandlungen sind in der Regel auch im Altenheim einfach umzusetzen – gleichwohl nicht immer mit Mittel, die im normalen Alltag bekannt wären. Die Diagnosen und Beurteilungen der Therapie benötigen aber eine psychiatrische Expertise.

Eine solche braucht allerdings auch die Frage, ob das jeweilig beobachtete Verhalten, tatsächlich ein alkoholinduziertes Verhalten ist. Nicht selten sieht ein solches so aus, ist es allerdings nicht: Man denke nur an die Zustände einer Hyperglykämie, einer zu hohen Digitaliskonzentration im Blut oder an das klinische Bild eines akuten Chorea Huntington – Schubes.

Und häufig kann die Frage, ob die Depression die Ursache des Alkoholismus ist oder dessen Folge, gar nicht beantwortet werden. So fragt schon Saint-Exuperys kleiner Prinz den Trinker, warum er denn trinke und dieser antwortet darauf: „Um zu vergessen.“ „Aber was zu vergessen?“ „Dass ich trinke.“

Prophylaxe

Die wichtigste therapeutische Intervention auch in diesem Bereich ist jedoch die Prävention. Natürlich kann im Kontext zur Geriatrie nicht davon die Rede sein, dass wie weiland vor hundert Jahren Guttempler und Abstinenzverbände durch die Lande ziehen, jedoch würde bereits eine grundlegende Sensibilisierung von Angehörigen, Hausärzten und Krankenhauspersonal einiges bewirken.

Alkoholfreie Altenheime stehen (wie im übrigen auch gewaltfreie Altenheime) auf der Wunschliste ans Christkind. Und sind auch nicht wirklich notwendig, wenn gefährdete BewohnerInnen identifiziert und therapiert werden. Und eben hier ist auch der wichtigste Ansatzpunkt: Sowohl in einer Enttabuisierung des Themas, also auch in einer Entstigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen.

Es ist normal, psychisch krank zu sein. Auch im Sinne einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung, wie der Alkoholismus in seinen verschiedenen Formen. Nicht normal, ja brandgefährlich ist es, diesen behandlungswürdigen Zustand als normal hinzunehmen und nichts dagegen zu tun. Aus mangelnder Kompetenz, aus falsch verstandener KundInnenorientierung oder schlicht und einfach aus Feigheit gegenüber unserer permissiv-funktionsgestörten Kultur.

Tatsächlich scheint das vordringlichste Problem der heutigen Zeit zu sein, dass niemand mehr weiß, wann es genug ist. Die Kühe meines Großvaters wussten das noch. Und hörten zu saufen auf, wenn sie genug hatten. Und falls sie das nicht getan hätten, dann hätte sie der Großvater einfach vom Trog weggeführt.

Quellen:

- Handbuch Alkohol - Österreich herausgegeben 2018 vom BMASK
- Möller, et al: Psychiatrie, und Psychotherapie, Thieme, 6. Auflage, 2015
- PPH – Die Zeitschrift für Psychiatrische Pflege heute, Nr. 5 2018

Über den Autor:

DPGKP Christian Luksch

Geboren (1961) und aufgewachsen in Niederösterreich, nach dem Zivildienst (1981) direkt in die Pflege (1982) und seither in unterschiedlichen Funktionen (vom Heimhelfer bis Qualitätsmanager) dort. Diplomiert 1998 an der Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege am Otto-Wagner-Spital Wien.

Zweifacher Gewinner des Wiener Gesundheitspreises (1998 und 1999) sowie des Mediscus Awards 2000. Seit 2004 Trainer und freiberuflicher Dozent für gerontopsychiatrische Pflege sowie Qualitäts- und Projektmanager.

Lebt und arbeitet in Wien, sowie in Würzburg, Basel und Bozen.

Betreibt die Webseite www.geronto.at und den gleichnamigen Fach-Blog.

Kontakt office@geronto.at

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Expertinnen und Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Landhausplatz 1, Haus 13

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: DPGKP Christian Luksch

© Mai 2019 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Alkoholismus in der Altenpflege“

Seite 9 von 9