



**Universität Hohenheim (766)**  
Fort- und Weiterbildungseinrichtung der Universität  
Hohenheim für die DGE-BW  
Fruwirthstrasse 14  
70599 Stuttgart



Sektion  
Baden-Württemberg der  
Deutschen Gesellschaft für  
Ernährung e.V.  
DGE-BW e.V.

## DGE-BW-Ernährung im Alter

Sektion  
Baden-Württemberg der Deutschen  
Gesellschaft für Ernährung e.V.  
(DGE-BW)



### Alkoholkonsum bei Senioren - ein Problem?

Samstag, 16. November 2013  
Universität Hohenheim, Stuttgart  
Biologiezentrum

In Kooperation  
mit:



mit freundlicher  
Unterstützung durch:



[www.dge-bw.de](http://www.dge-bw.de)



**Universität Hohenheim (766)**  
Fort- und Weiterbildungseinrichtung der Universität  
Hohenheim für die DGE-BW  
Fruwirthstrasse 14  
70599 Stuttgart



Sektion  
Baden-Württemberg der  
Deutschen Gesellschaft für  
Ernährung e.V.  
DGE-BW e.V.

Wir möchten uns bei allen Referenten, bei allen sichtbaren und unsichtbaren Helfern und bei allen Institutionen, Verbänden und Firmen bedanken, die diese Tagung erst ermöglicht haben.

### **Die Kooperationspartner**

Universität Hohenheim

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie,  
Frauen und Senioren Baden-Württemberg

### **Die Unterstützer**

Stiftungen Landesbank Baden-Württemberg

### **Die Firmen und Verbände**

Buchhandlung Wittwer, Stuttgart  
AOK Baden-Württemberg

Besuchen Sie uns doch einmal auf unserer Homepage:

**[www.dge-bw.de](http://www.dge-bw.de)**

Angebote

## Vorträge im großen Hörsaal

Die Workshops am Nachmittag finden in verschiedenen Hörsälen in diesem Gebäudeteil der Universität statt.

## Informationen im Foyer

- Tagungsbüro **DGE-BW**

### Stände, z.T. mit Verkostungen:

- Buchhandlung Wittwer, Stuttgart
- AOK Baden-Württemberg

## Rund um Essen und Trinken

<b>Getränke</b> Kaffee/Tee/Säfte/Wasser	<b>Kaffee/Tee</b> <b>Brezeln</b>	<b>Euro 1.-</b> <b>Euro 0,70-</b>
<b>Pausenverpflegung</b> Brezeln (Preise siehe rechts) sowie Äpfel der DGE-BW (kostenfrei)	<b>Mittagspause:</b> <b>Linseneintopf mit Würstchen</b> <b>Linseneintopf ohne Würstchen</b> <b>Gemüsecremesuppe</b>	<b>Euro 3,50-</b> <b>Euro 3.-</b> <b>Euro 2,50-</b>
<b>Mittagessen</b> im Foyer: Linseneintopf mit/ohne Würstchen oder Gemüsecremesuppe (jeweils ein Brötchen dazu)	<b>Äpfel, Mineralwasser,</b> <b>Saftschorle</b>  <b>Nachmittags:</b> <b>Kuchen</b>	<b>Kostenfrei</b>   <b>Kostenfrei</b>

## Das Programm

### Vormittagsprogramm

- 9.00 Ausstellung und Registrierung im Foyer
- 9.30 Eröffnung und Organisatorisches
- Dr. Thilo Walker  
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren  
Prof. Dr. Christiane Bode  
Vorsitzende des Vorstands DGE-BW e.V.  
Prof. Dr. Peter Grimm  
Geschäftsführer DGE-BW e.V.
- 10.00 Alters-assozierte Probleme mit Alkohol:  
Veränderung des Stoffwechsels von Alkohol,  
Interaktionen mit Medikamenten und Alters-  
krankheiten  
Prof. Dr. med. Prof. h.c. (VRC) Helmut K. Seitz  
Universität Heidelberg  
Krankenhaus Salem, Heidelberg
- 10.45 Pause
- 11.15 Ein Gläschen in Ehren.... Genuss und  
Krankheiten im Alter am Beispiel demenzieller  
Erkrankungen  
Prof. Dr. Siegfried Weyerer  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Mannheim
- 12.00 Warum fällt es schwer, auf Alkohol zu  
verzichten? Aktuelle Erkenntnisse aus der  
Neurobiologie  
Prof. Dr. med. Derik Hermann  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Mannheim & Klinik für Suchtmedizin und  
Abhängiges Verhalten, Klinikum Stuttgart
- 12.45 Mittagspause  
Gedankenaustausch an  
Gesprächsinseln im Foyer

Rahmenprogramm  
Informationsstände von Verbänden und Firmen

## Nachmittagsprogramm

13.45 Einführung in die Workshops

Parallelprogramm

(2 Workshops/Veranstaltungen sind belegbar):

13.45 Uhr - 14.55 Uhr und 15.20 Uhr - 16.30 Uhr

- A Kontrolliertes Trinken - zieloffene Suchtarbeit bei Senioren  
Dipl. Soz.-Päd. Christoph Straub  
GK Quest Akademie GmbH, Heidelberg
- B Suchtarbeit mit Älteren am Beispiel des Projekts "ULA Un-Abhängigkeit und Lebensqualität im Alter"  
Dipl.-Päd. Heike Stienkemeier-Tisch  
Suchtberatung Freiburg
- C Tabu, Angst und Hilflosigkeit - was können Angehörige und Helfer sinnvoll tun angesichts der Risiken eines Alkoholmissbrauchs bei alten Menschen?  
Karl Lesehr  
Referat Sucht- und Drogenhilfe,  
Der PARITÄTISCHE, Stuttgart
- D Praktische Tipps zum Umgang mit alkoholischen Getränken in Heimen  
Andreas Kutschke  
Mönchengladbach
- E Alkoholkonsum und Verkehrssicherheit bei Senioren  
Andreas Feß  
Referent Verkehr im  
Innenministerium Baden-Württemberg  
Landespolizeipräsidium, Stuttgart

Ende gegen 16.30 Uhr

**Alters-assoziierte Probleme mit Alkohol:  
Veränderung des Stoffwechsels von Alkohol,  
Interaktionen mit Medikamenten und Alterskrankheiten**

Prof. Dr. med. Prof. h.c. (VRC) Helmut K. Seitz

Universität Heidelberg

Krankenhaus Salem, Heidelberg

Inhalte des Einführungsvortrages werden sein:

- 1) Einige Daten zum Alkoholkonsum im Alter
- 2) Warum Alkohol im Alter mehr schadet als in mittleren Lebensabschnitten
  - a) Veränderter Alkoholstoffwechsel
  - b) Mehr Comorbiditäten
  - c) Interaktionen von Medikamenten und Alkohol
  - d) höhere Empfindlichkeiten von Organen gegenüber Alkohol im Alter

**Die nächsten Veranstaltungen der DGE-BW e.V.**

20. 3. 2014:	DGE-BW-Forum SÜSSUNGSMITTEL
11. 9. 2014:	Ernährungsfachtagung –Armut und Ernährung in D
15.11.2014	Fit im Alter – Armut und Ernährung in D bei Senioren

Informationen und Anmeldung unter

[www.dge-bw.de](http://www.dge-bw.de)

## **Ein Gläschen in Ehren.... Genuss und Krankheiten im Alter am Beispiel demenzieller Erkrankungen**

Prof. Dr. Siegfried Weyerer  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Mannheim

In Deutschland leben derzeit über 1,4 Millionen Demenzkranke, von denen etwa zwei Drittel an der Alzheimer-Krankheit leiden. Bislang ist die Alzheimer-Krankheit nicht heilbar, es gibt lediglich medizinische und psychosoziale Interventionen, die den kognitiven Abbau verzögern können. Angesichts dieser Situation kommen den veränderbaren Risikofaktoren der Demenz eine besondere Bedeutung zu: Es ist bekannt, dass z.B. Bluthochdruck und Diabetes das Risiko für eine Alzheimer-Krankheit erhöhen. Lebensstilfaktoren wie geistige, körperliche und soziale Aktivitäten, ausgewogene Ernährung und moderater Alkoholkonsum können das Risiko vermindern.

Es besteht kein Zweifel, dass ein dauerhafter Alkoholmissbrauch das Risiko für das Auftreten kognitiver Beeinträchtigungen und demenzieller Erkrankungen beträchtlich erhöht. Höhere Konsummengen haben gravierende Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit und reduzieren die Lebenserwartung erheblich.

Aus einer neueren Übersichtsarbeit (Neafsey und Collins, 2011) geht hervor, dass ein starker Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit für eine demenzielle Erkrankung um durchschnittlich 12% erhöht. Dagegen ist bei leichtem Alkoholkonsum das Demenzrisiko um 25% und bei moderatem Konsum um 31% reduziert. Dieser signifikante Zusammenhang wurde gefunden bei

- allen Demenzformen (Reduktion um 23%),
- der Alzheimer-Krankheit (Reduktion um 27%) und
- den vaskulären Demenzen (Reduktion um 34%).

An diesen Ergebnissen wird oft kritisiert, dass die positiven Auswirkungen eines leichten/ moderaten Alkoholkonsums dadurch zu erklären sind, dass sich in der Gruppe der Alkoholabstinenten ehemalige Alkoholranke befinden. Studien, die explizit dieser Frage nachgegangen sind, zeigen: Auch wenn ehemalige Alkoholranke aus der Gruppe der Abstinenten ausgeschlossen werden, ist nach wie vor eine signifikante Reduktion des Demenzrisikos von durchschnittlich 21% festzustellen.

Es gibt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede beim Alkoholkonsum: Männer trinken wesentlich mehr Alkohol als Frauen und trinken eher Bier, während Frauen Wein bevorzugen. Die Meta-Analyse zeigte jedoch, dass ein leichter/ moderater Alkoholkonsum das Demenzrisiko bei beiden Gruppen signifikant vermindert: bei den Männern um 26% und bei den Frauen um 31%.

In den bisher durchgeführten Studien spielten hochaltrige Menschen, die besonders häufig von Demenzerkrankungen betroffen sind, zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle. Diese Forschungslücke konnte im Rahmen der AgeCoDe Studie (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients) geschlossen werden (Weyerer et al., 2011). In sechs deutschen Großstädten wurden insgesamt 3202 Personen (75 Jahre und älter) untersucht, die in Privathaushalten lebten. Mit Hilfe eines Screenings und einer anschließenden ausführlichen Diagnostik wurde sichergestellt, dass die Studienteilnehmer keine demenzielle Erkrankung hatten.

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung wurden auch Art und Menge des aktuellen Alkoholkonsums erfasst: 50,0% der Befragten war alkoholabstinent, 37,6% konsumierten weniger als 20 Gramm reinen Alkohol und 12,4% tranken mehr als 20 Gramm (20 Gramm Alkohol entspricht etwa einem Viertel Glas Wein oder einem halben Liter Bier). Nur relativ wenige Personen erfüllten die Kriterien für einen schädlichen Alkoholkonsum.

Nahezu die Hälfte der Befragten tranken ausschließlich Wein (48,6%), 29,0% ausschließlich Bier und 22,4% nahmen verschiedene Getränke zu sich (Wein, Bier und andere alkoholische Getränke). Die Studienteilnehmer wurden nach 18 Monaten und nach 36 Monaten erneut von qualifizierten Interviewern (Ärzte, Psychologen, Gerontologen) untersucht.

Es zeigte sich, dass innerhalb von drei Jahren 217 von insgesamt 3202 Teilnehmern eine demenzielle Erkrankung entwickelt hatten. Die mit Abstand größte Gruppe (111 Personen) waren Patienten mit einer Alzheimer-Krankheit. 42 Patienten entwickelten eine vaskuläre Demenz, 14 eine andere spezifische Demenz (z.B. Parkinson-Syndrom mit Demenz, Demenz mit Lewy-Körperchen, alkoholasoziierte Demenz) und 50 eine Demenz mit unbekannter Ätiologie.

Welchen Einfluss hat bei 75-jährigen und älteren Menschen der Alkoholkonsum zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung auf das Entstehen einer Demenz? Auch nach Kontrolle von zahlreichen anderen Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Alleinleben, Rauchen, Depression, leichte kognitive Störungen, körperliche Erkrankungen, genetisches Risiko) hatten Personen mit geringem bis mäßigem Alkoholkonsum eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz (Reduktion um 29%) zu erkranken. Das Risiko für eine Alzheimer-Krankheit war sogar um 42% niedriger.

Bezogen auf alle inzidenten Demenzerkrankungen fand sich bei den drei untersuchten Konsummustern eine Risikominderung um

- 13% bei den ausschließlichen Biertrinkern,
- 21% bei den ausschließlichen Weintrinkern und
- 65% bei den Personen, die Wein, Bier und andere alkoholische Getränke zu sich nahmen.

**Fazit:** Die in Deutschland erstmals bei 75-Jährigen und Älteren erhobenen Befunde stehen in Einklang mit Ergebnissen aus dem Ausland, die bei vergleichsweise jüngeren Menschen gefunden wurden: Moderater Alkoholkonsum ist - auch nach Kontrolle anderer Einflussfaktoren - sowohl für alle demenziellen Erkrankungen als auch für die Alzheimer-Krankheit mit einem signifikant niedrigeren Demenzrisiko assoziiert.

**Literatur:**

Neafsey EJ, Collins MA (2011) Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 7, 465-484.

Weyerer S, Schäufele M, Wiese B, Maier W, Tebarth F, van den Bussche H, Pentzek M, Bickel H, Luppä M, Riedel-Heller SG, for the German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients) (2011). Current alcohol consumption and its relationship to incident dementia: results from a 3-year follow-up study among primary care attenders aged 75 years and older. *Age and Ageing*. 40(4), 456-463.

Der Versand von Einladungen ist sehr teuer. Um künftig schneller, flexibler und auch kostengünstiger reagieren zu können, wollen wir einen Mail-Verteiler aufbauen.

Bitte schicken Sie uns ein Mail und geben Sie in die Betreff-Zeile ein:

**Adresse Verteiler DGE-BW**

Wir werden dann die Absenderadresse in unseren Verteiler aufnehmen. Wir versichern Ihnen, dass wir die Adressen nicht weitergeben werden und nur zu Mitteilungen über unsere Aktivitäten nutzen werden. Die DGE-BW ist öffentlich gefördert und verfolgt keine kommerziellen Ziele.



## **Warum fällt es schwer, auf Alkohol zu verzichten?**

### **Aktuelle Erkenntnisse aus der Neurobiologie**

Prof. Dr. med. Derik Hermann

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim &

Klinik für Suchtmedizin und Abhängiges Verhalten, Klinikum Stuttgart

In Deutschland leben etwa 1,3 Millionen Menschen mit Alkoholabhängigkeit, 2 Millionen mit einem schädlichen Gebrauch oder Missbrauch von Alkohol und 8,5 Millionen Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum (DHS, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen). Riskanter Alkoholkonsum ist hier definiert als Konsum als mehr von 12 g/Tag reinen Alkohol für Frauen und 24 g/Tag Alkohol für Männer. Dies entspricht für Frauen 300 ml Bier oder 120 ml Wein pro Tag und für Männer 600 ml Bier oder 240 ml Wein pro Tag. Diese Werte stellen eine Grenze dar bis zu der für einen gesunden Menschen der Alkoholkonsum unbedenklich ist. Bei höherem Konsum besteht ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Schäden. Bei Menschen mit Erkrankungen kann auch ein geringerer Konsum bereits zu einer Verschlechterung führen. Obwohl den meisten Menschen klar sein dürfte, dass hoher Alkoholkonsum gesundheitsschädlich ist, trinken also mehr als 10 Millionen Personen in Deutschland zu viel Alkohol. Warum fällt es so schwer auf Alkohol zu verzichten oder die Menge zu begrenzen? Hierzu gibt es aus den letzten Jahren eine Reihe von Erkenntnissen aus der Neurobiologie die diesen Effekt erklären helfen.

Bevor ich jedoch zu diesem Kernthema komme möchte ich kurz einige Informationen zu dem ursprünglich geplanten Thema dieses Vortrages, nämlich Diagnostik und Therapie bei alkoholabhängigen älteren Patienten eingehen. Aktuell wird eine neue evidenzbasierte S3-Leitlinie für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit entwickelt und voraussichtlich Mitte 2014 publiziert, die auch ein Kapitel zu älteren Alkoholabhängigen enthält. Leitlinien dienen dazu, die oft komplexe und unübersichtliche Studienlage für den Praktiker effektiv zusammenzufassen unter klarer Angabe der wissenschaftlichen Evidenz für die jeweilige Therapieempfehlung. In der Regel wurden über 65-jährigen bei Studien zur Wirksamkeit der Suchtbehandlung ausgeschlossen, daher liegen für Therapieempfehlung bei älteren Alkoholabhängigen nur schwache Evidenzen vor. Oftmals beschränken sich die Empfehlungen auf einen klinischen Konsens von Experten, der nicht durch Studien belegt ist. Daher wird allgemein von einer Wirksamkeit der etablierten Suchtbehandlung für jüngere Erwachsene auch bei älteren Personen ausgegangen. Diese umfasst bei erhöhtem, riskantem Alkoholkonsum eine ärztliche Kurzintervention als effektivste Maßnahme, und bei manifester Abhängigkeit eine Behandlung im differenzierten deutschen Suchthilfesystem z.B. mit stationärer Entgiftung, qualifizierten Entzugsprogrammen, stationären und ambulanten rehabilitativen Langzeittherapien, Suchtberatungen, Selbsthilfegruppen und Psychotherapie. Auf der Basis des Expertenkonsens oder mit niedriger wissenschaftlicher Evidenz gibt die neue S3-Leitlinie Alkoholabhängigkeit dennoch eine Reihe weiterer Empfehlungen wie z.B. die somatische und psychische Komorbidität bei der Behandlung Älterer mit zu berücksichtigen, altersspezifische Anpassungen in der Behandlung vorzunehmen, z.B. den Übergang in den Ruhestand oder Vereinsamung zu thematisieren, störungsspezifische Interventionsangebote in Institutionen der Altenhilfe anzubieten, und ggf. Trainingsverfahren der täglichen Aktivitäten (ADL) einzusetzen.

Diese Maßnahmen sind mit einer höheren Haltequote in der Suchttherapie assoziiert, falls sie gemeinsam mit Gleichaltrigen geschieht. Dies zeigt, dass es eine Reihe von Ansätzen für eine spezifische Behandlung von älteren Personen mit Alkoholproblemen gibt, die jedoch noch nicht ausreichend wissenschaftlich evaluiert wurden, um hieraus mit hoher Evidenz Therapieempfehlungen zu generalisieren. Dies ist der Grund, dieses Thema nur kurz aufzugreifen und darüber hinaus Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Neurobiologie vorzustellen.

Im Bereich der Neurobiologie wurden in den letzten Jahren intensiv biologische Mechanismen untersucht, die zur Alkoholabhängigkeit führen, bzw. deren Entwicklung begünstigen. Es besteht die Hoffnung, dass bei Kenntnis der genauen Mechanismen leichter effektive Therapieansätze gefunden werden können. Leider ist es trotz des deutlich verbesserten Verständnisses der Wirkung von Alkohol bisher nicht zu einem Durchbruch in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit gekommen. Auf eine der zentralen Fragen, nämlich warum es so schwer fällt, auf Alkohol zu verzichten, möchte ich in diesem Vortrag eingehen.

Alkohol führt zu einer Ausschüttung von endogenen Opiaten (Endorphinen) im Gehirn, wie z.B. auch bei einem Marathonlauf. Endorphine binden an Opiatrezeptoren im Gehirn und vermitteln so Glücksgefühle, die so angenehm sind, dass Alkoholkonsum wiederholt wird. Chronischer Alkoholkonsum führt zu einer häufigen Endorphinausschüttung mit entsprechend verstärkter Besetzung von Opiatrezeptoren. Durch diese „Überstimulation“ der Opiatrezeptoren reduziert das Gehirn die Anzahl der Opiatrezeptoren (Adaption durch „Down“-Regulation). Dadurch wird mit der Zeit mehr Alkohol benötigt, um überhaupt noch Glücksgefühle zu generieren. Das System stumpft ab. Wird Alkohol nun weggelassen, führt dies zum Gegenteil von Glücksgefühlen (Dysphorie, Depression) und auch andere Verhaltensweisen, die sonst Glücksgefühle induzieren konnten, sind nun zu schwach, um Freude zu generieren. Dies ist der erste Grund, warum es schwerfällt, auf Alkohol zu verzichten. Aus diesem Wirkmechanismus wurde bereits ein Therapieansatz generiert. Durch die Blockade von Opiatrezeptoren mit dem Medikament „Naltrexon“ werden alkoholvermittelte Glücksgefühle reduziert. Dadurch wird die Motivation vermindert, mehr Alkohol zu trinken und die Trinkmenge reduziert bzw. eine Abstinenzaufrechterhaltung erleichtert. Im Februar 2013 wurde ein weiterer Opiatrezeptorblocker in Europa zugelassen, das „Nalmefene“. In Deutschland wird für Frühjahr 2014 die Markteinführung erwartet. Nalmefene soll nur an Tagen eingenommen werden, an denen Alkoholkonsum erwartet wird und führte in Studien zu einer Reduktion des täglichen Alkoholkonsums. Auch die Anzahl der Tage mit hohem Alkoholkonsum wurde durch Nalmefene reduziert.

Der zweite Grund, warum es schwerfällt auf Alkohol zu verzichten, ist, dass durch die angenehme Wirkung von Alkohol Lernvorgänge in Gang gesetzt werden, die ermöglichen sollen, diese angenehmen Gefühle immer wieder zu erreichen. Dies bedeutet, dass alle Begleitumstände des Alkoholkonsums, z.B. das Aussehen eines alkoholischen Getränks, das Geräusch beim Ausgießen eines Weins, der Geruch und Geschmack des Getränks, die Umgebungssituation z.B. Stammlokal, Feierabend, geselliges Zusammensein mit Freunden oder Feiern, mit der Wirkung des Alkohols gekoppelt werden.

Dies führt zu der Bildung eines Suchtgedächtnisses, das bei erneutem Wahrnehmen dieser Reize oder Situationen sofort an Alkohol erinnert und Lust und Verlangen nach Alkohol auslöst. Teilweise dringt diese Reaktion nicht in das Bewusstsein vor, führt aber zur Aktivierung von Hirnregionen, die unbewusst und automatisch zu Handlungen motiviert, die nötig sind, um erneut Alkohol konsumieren zu können. In mehreren eigenen Untersuchungen mit funktioneller Kernspintomographie wurde gezeigt, dass Alkoholabhängige mit stärkerer Hirnaktivierung bei der Darbietung alkoholassoziierte Reize auch rascher rückfällig werden. Vermittelt wird diese Reaktion durch eine Dopaminausschüttung im Belohnungssystem des Gehirns, die mit einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf den als relevant erkannten Reiz verbunden ist. Um in der Therapie diesen Lernvorgängen entgegen zu wirken, wird in der sogenannten Reizexposition alkoholabhängigen Patienten nach Entgiftung ihr alkoholisches Lieblingsgetränk präsentiert und sie dürfen z.B. daran riechen, aber auf keinen Fall davon trinken. Durch mehrfache Wiederholung wird die Verbindung von dem Getränk mit der angenehmen Alkoholwirkung gelöst. Initial tritt meist eine starke emotionale Reaktion auf, die gemeinsam mit dem anwesenden Psychotherapeuten ausgehalten werden muss, bis sie abklingt. In einem weiteren pharmakologischen Ansatz wurde versucht, das Dopamin zu blockieren oder zu stimulieren, was beides jedoch zu höheren Rückfallraten führt und daher wieder verworfen wurde. Grund hierfür ist wahrscheinlich, dass dieses dopaminerge System für die feine Regulation des Belohnungs- und Motivationssystem im Alltag relevant ist. Ein relativ grober pharmakologischer Eingriff könnte daher bei Stimulation zu starkem Alkoholverlangen und bei Blockade zu depressiven Symptome führen.

Der dritte Grund, warum es schwerfällt auf Alkohol zu verzichten ist, dass Alkohol den Einfluss des präfrontalen Cortex auf das Verhalten reduziert. Der präfrontale Cortex verarbeitet Moral, Werte, Gewissen, Verantwortungs- und Verpflichtungsgefühle sowie langfristige Ziele, die das Verhalten modifizieren. Vom präfrontalen Cortex ziehen hemmende Nervenbahnen zu den Basalganglien, die impulsives und triebhaftes Verhalten vermitteln. Akuter Alkoholkonsum hemmt diese Nervenübertragung, so dass Werte und langfristige Ziele in den Hintergrund treten und das impulsive, triebhafte Verhalten in den Vordergrund. So führt Alkohol zu einer kurzfristigen, spaßorientierten Belohnung, der weniger bewusste Kontrolle entgegengesetzt werden kann. Diese „Abschalten“ des Denkens wird gerade in unserer stressigen, kopflastigen Gesellschaft als wohltuend empfunden. Insbesondere bei einer Depression kommt es zu einer Überaktivierung im präfrontalen Cortex, die sich in überhöhten Wertvorstellungen, starker Selbstkritik und rigider Verhaltenskontrolle äußert. Eine Begrenzung des überaktiven präfrontalen Cortex durch Alkohol, quasi als Selbstbehandlung, macht Personen mit Depressionen besonders vulnerabel für erhöhten Alkoholkonsum. Anhand dieses Modells lassen sich auch die Therapiemöglichkeiten der Alkoholabhängigkeit einteilen in kognitiven Psychotherapieverfahren, die die Verhaltenskontrolle erhöhen wollen, und in Verfahren, die das impulsive automatisierte Verhalten reduzieren wollen. Letztere Verfahren würden sich auch für die Behandlung von Patienten mit Demenz eignen, sind aktuell allerdings noch nicht ausreichend weit entwickelt. Ein entsprechender innovativer Ansatz ist z.B. die Joystick Therapie von Johannes Lindenmeyer

(siehe: <http://www.salus-kliniken.de/lindow/forschung/forschungsprojekt-joystick/>).

Der vierte Grund, warum es so schwer ist auf Alkohol zu verzichten ist eine hohe Effektivität von Alkohol in der Reduktion von biologischen Stressreaktionen. Alkohol wird oft zum Entspannen eingesetzt. Natürliche Stressabbauethoden wie z.B. Sport, Entspannungsübungen oder Meditation erfordern mehr Disziplin und Zeit. Daher fällt der Verzicht auf Alkohol vielen Personen besonders schwer.

Zusammengefasst sind die Gründe warum es schwerfällt auf Alkohol zu verzichten, also die glücklich-machende Wirkung von Alkohol durch Endorphine und das Opiatsystem, Lernvorgänge mit einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf Alkohol-ankündigende Reize, die schließlich das Suchtgedächtnis aktivieren und zu Alkoholverlangen führen, ein Abschalten übertriebener Wert- und Verpflichtungsvorstellungen, sowie die stress-reduzierende Wirkung von Alkohol. Diese Effekte von Alkohol gelten für alle Altersgruppen, unterscheiden sich jedoch in ihrer Ausprägung und Relevanz in verschiedenen biologischen und sozialen Lebensphasen. Der Einfluss von Endorphinen und dopaminerg vermittelten Lernvorgängen nimmt mit dem Alter ab, ebenso die Stressbelastung, bzw. der Umgang mit Stress wird verbessert. Sehr relevant bleiben jedoch hohe Wert- und Verpflichtungsvorstellungen. Insbesondere die weit verbreitete soziale Stigmatisierung von Alkoholabhängigen behindert bei selbst betroffenen älteren Personen oft Krankheitseinsicht und eine notwendige Behandlung.

## **A Kontrolliertes Trinken - zieloffene Suchtarbeit bei Senioren**

Dipl. Soz.- Päd. Christoph Straub  
GK Quest Akademie GmbH, Heidelberg

Für einen Teil der AlkoholkonsumentInnen ist der Verzicht auf Alkohol nicht erreichbar bzw. kein realistisches Ziel. Vielmehr besteht häufig der Wunsch und Vorsatz in irgendeiner Weise weiter zu konsumieren. Der Umgang mit Wünschen oder Vorsätzen der Klienten Alkohol kontrolliert zu konsumieren, ist in der Behandlung und Beratung bislang nur unzureichend gelöst. Zum einen stellt sich bei näherem Besehen meistens heraus, dass die Vorstellungen von KonsumentInnen, »maßvoll« oder »kontrolliert« mit Alkohol umzugehen, sehr diffus sind. Zum anderen kommt hinzu, dass viele Fachkräfte ihren Umgang mit Konsumwünschen der Klienten als auch das Behandlungsangebot als unzureichend erleben.

An diesem Faktum ansetzend, wurde das Programm zum kontrollierten Trinken (kT) entwickelt. kT nimmt die Motivation von KonsumentInnen auf, die änderungs-, aber nicht abstinenzbereit sind. Diese Programme sind zieloffen und die Teilnahme freiwillig. Jeder Teilnehmende entscheidet selbst, welche Ziele (Abstinenz oder reduzierter, kontrollierter Konsum) und in welchem Tempo erreicht werden sollen. Die Konsumkontrollprogramme sind verhaltenstherapeutische Selbstmanagementprogramme zur gezielten Reduktion des Konsums, welche in Geist und Methodik auf den Basisfertigkeiten von Motivational Interviewing gründen und Abstinenz nicht aus-, sondern einschließen.

Die mit den Programmen verbundene »zieloffene« Herangehensweise wird als sehr effektiv erlebt: mit den Konsumreduktionsprogrammen wird der »Motor der Veränderung« leichter angeworfen und Klienten, die ohne dieses Angebot nichts gemacht hätten, beginnen sich mit ihrem Konsum auseinanderzusetzen und diesen auch zu reduzieren. Die Zieloffenheit der Programme hat dabei auch immer die Abstinenz im Blickfeld. In der Praxis zeigt sich, dass die zugelassene Wahlfreiheit die Attraktivität des Abstinenzgedankens sogar erhöht.

Ziel des Programms ist es, Klienten darin zu unterstützen, ihren Konsum einzuschränken oder gegebenenfalls ganz einzustellen. Übergeordnete Ziele sind dabei:

- Verbesserung der Lebensqualität
- Bewusstmachung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen
- Stärkung der Änderungsmotivation
- Aufbau von Selbstmanagementfertigkeiten zur Konsumreduktion/ -beendigung

Das kT-Programm stellt eine wichtige Angebotserweiterung dar und gehört mittlerweile in vielen Einrichtungen im deutschsprachigen Raum zum festen Bestandteil des Angebots.

Im Workshop wird eine Übersicht über Grundlagen, Aufbau, Indikation, Didaktik und Wirksamkeitsnachweise der Programme gegeben.

## **B Suchtarbeit mit Älteren am Beispiel des Projekts**

"ULA Un-Abhängigkeit und Lebensqualität im Alter"

Dipl.-Päd. Heike Stienkemeier-Tisch

Suchtberatung Freiburg

Die Suchtberatung Freiburg führte von Juni 2010 bis Mai 2013 das Projekt ULA - Unabhängigkeit und Lebensqualität im Alter durch, das von der Baden-Württemberg Stiftung im Rahmen des Programms „Sucht im Alter“, gefördert wurde. Zielgruppe dieses Programms waren Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum von Alkohol und/ oder Medikamenten ab 55 Jahren.

Sucht im Alter war bislang ein von Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit wenig beachtetes Thema. Der Hintergrund, sich nun verstärkt dieser Gruppe zuzuwenden, ist die zunehmende Suchtmittelproblematik bis hin zur Abhängigkeit bei Menschen über 60 Jahren. Die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht davon aus, dass 400.000 Personen der über 60jährigen einen problematischen Alkoholkonsum und 1-2 Millionen einen problematischen Medikamentenkonsum aufweisen. Allerdings hat die Suchthilfe in Deutschland kaum Zugang zu älteren Suchtkranken: Weder nimmt diese Gruppe von sich aus kaum Kontakt zu den Suchtberatungsstellen auf, noch erreicht die Suchthilfe die Betroffenen mit ihren bestehenden Angeboten.

Grund dafür ist sicherlich, dass das Thema „Sucht im Alter“ gesellschaftlich bisher wenig Beachtung fand, nach wie vor sehr tabuisiert ist und die Betroffenen selbst häufig unter massiven Schuld- und Schamgefühlen leiden. Auch Überzeugungen wie „lass doch dem Opa sein Viertele und der Oma ihre Tabletten, die haben doch sonst nichts mehr“ bis hin zu „in dem Alter bringt eine Behandlung eh nichts mehr“, verhindern möglicherweise den Weg in bestehende Hilfesysteme. Dabei ist der Behandlungserfolg in dieser Altersgruppe sehr gut und der Zugewinn an Lebensqualität durch Konsumreduktion oder Abstinenz enorm hoch. Besonders bei der Gruppe der sog. „late onset“, die erst spät, z.B. nach Arbeitsplatzverlust, Verlust des Partners, Berentung, womöglich verbunden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen problematischen Konsum entwickelt haben, schaffen es viele, mit professioneller Unterstützung, ihren Konsum dauerhaft zu reduzieren oder abstinent zu leben.

Die Schwerpunkte des Projektes der Suchtberatung Freiburg lagen auf der Durchführung von Vorträgen und Schulungen sowie der Vernetzung und dem gegenseitigen Wissenstransfer zwischen Suchthilfe und Altenhilfe sowie auf der Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote für Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum ab 60 Jahren. Mit diesen Angeboten, zu der eine auf Wunsch anonyme Telefonische Sprechstunde und eine offene Informations- und Motivationsgruppe gehören, schließt die Suchtberatung Freiburg die bestehenden Angebotslücken und ermöglicht den Älteren einen Zugang zur Suchthilfe.

In diesem Workshop wird das Projekt ULA vorgestellt. Hierbei wird auf die Suchtentwicklung und die Besonderheiten der Suchterkrankung bei Älteren eingegangen. Außerdem werden die Arbeit und Erfahrungen in der Beratung und im Besonderen mit der Informations- und Motivationsgruppe für Ältere vorgestellt. Anhand von Fallbeispielen werden exemplarisch Behandlungsverläufe mit Menschen 60+ aufgezeigt.

## **C Tabu, Angst und Hilflosigkeit - was können Angehörige und Helfer sinnvoll tun angesichts der Risiken eines Alkoholmissbrauchs bei alten Menschen?**

Karl Lesehr

Referat Sucht- und Drogenhilfe,

Der PARITÄTISCHE Landesverband BaWü, Stuttgart

Vielleicht geht's nicht nur mir so, dass das pauschale Schlagwort von der „Sucht im Alter“ in den letzten Jahren Thema zu vieler Projekte und Veranstaltungen ist. Ich bin deshalb froh, dass heute nur vom Alkoholkonsum bei Senioren die Rede ist - froh, weil damit eine andere Problemperspektive verbunden ist. Hinterfragen Sie doch mal selber Ihre inneren Bilder über „Alkoholkonsum von Senioren“: da wird es die fröhliche Rentnerwandergruppe in der Besenwirtschaft geben, den nicht mehr standfesten Viertelesschlotzer in der Weinstube oder den Balkonhocker mit seiner Flasche Bier. Eher weniger kommen Bilder in den Blick wie das der Frau, die schon morgens ihren Schnaps trinkt gegen die Beschwerden und Einsamkeiten ihres Alltags, das des Paares, das sich täglich nur noch mit einem Bier trinkenden Mann vor dem Fernseher trifft, das des Mannes, der die Verunsicherungen eines Rentnerdaseins durch Saufen und auch Gewalttätigkeit zu kaschieren versucht, oder auch das des alten Menschen, der wegen seines Alkoholkonsums fast täglich in seiner Wohnung stürzt und immer mehr verwahrlost.

Sie wissen natürlich: den älteren Menschen gibt es gar nicht, sondern es gibt ältere Menschen in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen, unterschiedlichen Altersphasen und in verschiedenster gesundheitlicher und materieller Verfassung. Das Schlagwort von einer Sucht im Alter macht wenig Sinn, weil es Lebenswirklichkeit auf eine einzige Problemdiagnose und auf eine einzige pauschale Kategorie des Alters verkürzt. Trotzdem sitzen Sie heute hier bei einem Fachmann aus der Suchthilfe, weil Sie wohl ein paar Anregungen und Gedanken mitbekommen wollen für ihren Umgang mit älteren Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum. Ich werde Ihnen sicher keine kurzen und knackigen Handlungsrezepte mitgeben, aber ich möchte Sie bei diesem Thema einladen zu einem erweiterten Blick auf „das Problem“ und damit zu einer Haltung der Achtsamkeit:

- zu Achtsamkeit als Alternative zu gleichgültigem oder resignativem Wegschauen, aber auch als alternative zu Hilflosigkeit, Panik und Aggression
- zu Achtsamkeit für die alten Menschen und ihre ganz spezifische Lebenssituation statt einer bloßen Orientierung auf gesundheitliche Risiken und Probleme und damit auch auf professionalisierte Behandlung
- zu Achtsamkeit aber auch für Ihre eigene emotionale oder professionelle Position gegenüber den alten Menschen, mit denen Sie zu tun haben: es geht um Ihre Beziehung zu diesen Menschen, nicht nur um zu bewältigende Problemfälle, um Diagnosen oder um notwendige Leistungen.

## **8 Aspekte der Lebenswirklichkeit älterer Menschen, die Alkohol konsumieren:**

- 1) Nach den wenigen ernsthaften Daten, über die wir verfügen, trinken ältere Menschen nicht grundlegend anders Alkohol als der Durchschnitt der Bevölkerung. Alle Erfahrungen über gesundheitliche Risiken eines Alkoholkonsums gelten insofern natürlich auch für ältere Menschen und auch ältere Menschen können durchaus noch abhängigkeitskrank werden. Mancher konsumiert sogar überhaupt erst im Alter Alkohol in schädigender Weise.
- 2) Alkoholkonsum findet bei älteren Menschen aber überwiegend in sozialen Kontexten statt, die sich in 3 Dimensionen vom durchschnittlichen Lebensalltag vieler Erwachsener unterscheiden:
  - a. es gibt für viele Ältere heute außerhalb von Beschäftigung und Existenznot eine relativ große individuelle Handlungsfreiheit
  - b. es besteht durch die Berentung eine erhebliche Reduktion sozialer Kontrolle; gleichzeitig wächst die Bedeutung einer Partnerschaft als einem sozialen Stützsystem im Alltag
  - c. es gibt altersbedingt tendenziell Einschränkungen in der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Bewegungsfähigkeit bis hin zu der meist gefürchteten Pflegebedürftigkeit.
- 3) Die Wirkungen des Alkohol auf Körper und Psyche verändern sich bei älteren Menschen teilweise erheblich, bisherige Konsum- und damit Lebenserfahrungen stimmen nicht mehr. Mancher, der bislang ohne erkennbar Probleme regelmäßig Alkohol konsumiert hat, bekommt als älterer Mensch damit plötzlich gesundheitliche und soziale Schwierigkeiten. Gleichzeitig sind alkoholbedingte Beeinträchtigungen oder Schädigungen aber auch nicht immer eindeutig von altersbedingten Beschwerden zu unterscheiden, was eine Bagatellisierung solcher Probleme unterstützt. Zu den spezifischen Risiken eines Alkoholkonsums bei älteren Menschen finden Sie Informationen in inzwischen zahlreichen Broschüren.
- 4) Das Risiko von Wechselwirkungen und teilweise sogar Risikopotenzierungen zwischen Alkohol und den im Alter deutlich häufiger verordneten Medikamenten muss immer stärker berücksichtigt werden; allerdings wissen über diese Wirkungszusammenhänge und Risiken oft sogar Fachleute zu wenig Bescheid oder achten überhaupt darauf.
- 5) Individuelle Konsummotive verändern sich bei älteren Menschen auch aufgrund einer veränderten Lebensperspektive (Entschleunigung des Alltags, Wunsch nach Gemeinschaftserleben, erhöhte Genuss- und Risikobereitschaft, aber auch zunehmende Fremdheit im Alltag, Auseinandersetzung mit bislang nicht gelebten Lebensträumen).
- 6) Alkohol wird aufgrund der ihm zugeschriebenen bzw. aus früheren Jahren bekannten Wirkungen dann im Alter häufiger genutzt als Hilfsmittel zur Bewältigung von individuellen Belastungen und Problemen (z.B. Schlafstörungen und Schmerzen, Ängste, Einsamkeit, Beziehungskrisen, traumatische Lebenserinnerungen – vgl. alkoholische „Stärkungsmittel“).

- 7) Dass regelmäßiger oder missbräuchlicher Alkoholkonsum alle Beziehungen verändert und beeinträchtigt, dürfte hinlänglich bekannt sein. Aus der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien ist bekannt, dass solche Beziehungserfahrungen bei vielen Angehörigen einerseits zu einer verstärkten Loyalitätsbindung führen, dass aber andererseits in akuten Krisen dann auch gewalttätige Lösungsversuche möglich sind. Alkohol-Probleme sind v.a. bei Menschen in Partnerschaft meist hoch schambesetzt und tabuisiert und auch Stolz erschwert oft eine nüchterne Bestandsaufnahme. Das gilt auch für Kinder/ Angehörige.
- 8) Abhängig von der jeweiligen Lebenssituation älterer Menschen (vom Dauerurlaub mit dem Wohnmobil bis zum Pflegeheim) verändert sich auch deren subjektive Bewertung von Wirkungen und Risiken eines Alkoholkonsums. Für die persönliche Lebensqualität hat im Alter stärker die aktuelle Befindlichkeit eine Bedeutung als eine potentielle künftige Lebensperspektive: Leben wird stärker als schicksalhafte denn als gestaltbare Wirklichkeit erlebt.

**Wenn wir bislang nur auf die Alkohol konsumierenden alten Menschen geschaut haben, dann wollen wir nun – ebenfalls in 8 Dimensionen - unser Blickfeld konzentrisch oder „systemisch“ erweitern und überlegen, welche Bedeutung in diesem Lebensfeld dann Angehörige, Kinder oder auch hinzugezogene professionelle Helfer haben.**

- 1) Wenn bei älteren Menschen eine konstruktive soziale Wahrnehmung ihrer Existenz und ggfs. auch ihrer Probleme und damit die Chance auch für soziale Kontrolle geringer wird, dann wird es umso wichtiger, dass die verbleibenden Kontaktpersonen ganz bewusst eine „Feedbackfunktion“ („heute sehen Sie aber nicht gut aus“) übernehmen, dafür aber – besonders als professionelle Helfer – auch ihre Position und Rolle klären. Geben und lassen Sie dem alten Menschen dabei auch dann seine Würde, wenn er sich aus allgemeiner Sicht unvernünftig und würdelos verhält.
- 2) Wenn ältere Menschen genauso wie Jugendliche das Recht auf eigenverantwortete (Irr-)Wege haben, gleichzeitig aber mit einer Fülle mehr oder weniger qualifizierter Ratgeber konfrontiert werden, dann wird es wichtig, im Kontakt die eigene fachliche Problemkompetenz konkret und differenziert anzubieten (z.B. über Störungszusammenhänge oder Risiken), ohne damit aber Handlungsanweisungen oder Verhaltensrezepte zu verbinden: ob „unabhängig“ (d.h. beispielsweise alkoholabstinent) zu leben für eine vereinsamte, bewegungsbeeinträchtigte Frau wirklich eine anzustrebende Alltagsalternative ist, lässt sich nicht von außen beurteilen. Verhaltensänderungen sind in aller Regel keine linearen Bewegungen.
- 3) Wenn im Alter die Bedeutung eines gleichgewichtigen partnerschaftlichen Miteinanders wächst, viele Menschen darauf aber nicht vorbereitet sind und sich in Unterordnung oder aber auch in ein „auf Änderung hoffen“ flüchten, dann wird es wichtig, eigene Beziehungserfahrungen und aktuelle

Beziehungsmodelle als konstruktive Anregungen ins Gespräch zu bringen und vor allem auch glaubwürdig zu vermitteln, dass es sich auch und gerade im Alter lohnt, professionelle Beratung, Unterstützung, auch Psychotherapie für sich und die Partnerschaft zu nutzen. Beraterische oder psychotherapeutische Hilfe anzunehmen ist für viele ältere Menschen leider immer noch verstörend, kränkend und beschämend.

- 4) Wenn der Alkoholkonsum im Miteinander eine Störung ist, die sich wie in allen Altersstufen nur sehr bedingt „abstellen“ oder von außen kontrollieren lässt, dann bleiben zwei sinnvolle und realistische Handlungsperspektiven:
  - a. das eigene Gestörtsein deutlich und konkret artikulieren und auch die eigenen Möglichkeiten des Schutzes vor dieser Störung konkret benennen: dabei geht es nicht um Drohungen, sondern um das Aufzeigen von Entscheidungsalternativen für das Gegenüber und für einen selbst.
  - b. sich für die gesamte Lebenswirklichkeit des alten Menschen interessieren mit einer Neugier für den Stellenwert des Alkoholkonsums in dessen subjektiver Lebensqualität: das kostet aber eigene Zeit und v.a. persönlichen Mut.
- 5) Die heute alten Menschen haben in ihrer Biografie dramatische Veränderungen der äußeren Lebenswelt und der notwendigen Lebenskompetenzen in einem Ausmaß erlebt, wie wohl noch keine Generation zuvor. Dieser permanente Veränderungsanspruch wird v.a. dann zur bedrohlichen Belastung, wenn man dem Veränderungstempo nicht mehr gerecht werden kann, sich als randständig oder gar schon ausgegrenzt erlebt. Wenn ich als Angehöriger/ Helfer deshalb alte Menschen für persönliche Weiterentwicklungen gewinnen möchte, muss ich ihre Neugier auf befriedigende und realistische Entwicklungsschritte und ihr Lebensinteresse anregen (vgl. Film „das Lied des Lebens“) und ich muss auch als Angehöriger selber offen sein für ungewohnte Entwicklungsoptionen!
- 6) Viele Beeinträchtigungen, Leiden, Störungen, Vereinsamungen alter Menschen lassen sich nicht einfach aufheben, auch nicht durch irgendwelche Behandlungsmaßnahmen. Gesunde jüngere Menschen stehen dieser eingeschränkten Lebenswirklichkeit oft hilflos gegenüber und bleiben deshalb auch auf diese Defizite und Probleme fokussiert. Gerade wenn der Alkohol dabei keine konstruktive Lösung ist, brauchen Angehörige und Helfer aber ähnliche Erfahrungen wie die von manchen Jugendlichen mit dem Alkohol, die ihre Grenzen vergessen, sich plötzlich vieles zutrauen und die auch scheinbar Verrücktes wagen. (Suchtmittel ersetzen notwendige oder gewünschte Lebensqualitäten!)
- 7) Keine Suchtbehandlung kann Suchtprobleme einfach „wegmachen“, sondern jede wirkungsvolle Behandlung/ Psychotherapie basiert auf einer eigenverantwortlichen Veränderung und Neugestaltung des Lebensalltags. Leider gibt es noch viel zu wenige Angebote ambulanter und damit alltagsintegrierter Suchtbehandlung und Psychotherapie für ältere Menschen, die deren spezifischer Lebenssituation und Entwicklungsperspektiven gerecht werden und zudem auch Lebenspartner und häuslichen Kontext in die

therapeutische Arbeit einbeziehen. Unterstützen Sie deshalb ältere Menschen ganz konkret bei dieser Suche und geben Sie sich dabei nicht mit allgemeinen Fachadressen und Kompetenzen zufrieden: was für viele gut und richtig ist, braucht deshalb trotzdem für ihren älteren Menschen und seine aktuelle Lebenssituation nicht zu passen! Und wenn Sie nicht nur an die Problematik, sondern an den konkreten Menschen denken, fallen Ihnen vielleicht auch ganz andere Kontakt- und Bezugsmöglichkeiten in Ihrem Sozialraum ein (bei Rückenschmerzen hilft auch nicht immer und nur der Apotheker, sondern manchmal auch und besser eine Sportgruppe).

- 8) Damit sind wir aber bei unseren an Achtsamkeit orientierten Überlegungen schon beim letzten Stichwort: vergrößern Sie nicht den Berg von guten Ratschlägen, Diagnosen und Rezepten, von denen gerade ältere Menschen meist schon viel zu viel bekommen! Das ist für Angehörige und Helfer leider meist nur kurzfristig entlastend! Statt „für jemand“ etwas zu überlegen oder zu tun, hat es mehr Wirkung und Sinn, „mit jemand“ ein Stück seines/ ihres Lebensweges zu gehen: Funktion und Wirkung jeder psychotropen Substanz lassen sich letztlich nur durch die Erfahrung konkreter menschlicher Nähe und Beziehung wirksam kompensieren: eine lebendige Beziehung zu sich selbst und zu anderen ist das wirksamste Substitutionsmittel. Aber: auch Beziehung ist mit Risiken verbunden. Seien Sie deshalb möglichst ehrlich im Geben, aber auch im Verweigern von Zuwendung und Aufmerksamkeit.

10/2013

Karl Lesehr, Familientherapeut, Suchtberater  
Referent im PARITÄTISCHEN Landesverband BaWü

## **D Praktische Tipps zum Umgang mit alkoholischen Getränken in Heimen**

Andreas Kutschke

Mönchengladbach

### **Alkohol steht zwischen Genuss und dem Risiko von Missbrauch und Abhängigkeit**

Alkohol ist ein Kulturgut, das dem Genuss der Bewohner dient, aber auch Gefahrenquelle für die Gesundheit sein kann. Auf der einen Seite der Diskussion steht der Genuss eines gepflegten Glases Wein zum Abendessen für die Bewohner in einem Seniorenheim, der biografiemotivierte Dämmer- oder Frühschoppen und das leckere Gläschen in geselliger Runde, das sicher das ein oder andere Altenheimabendangebot gut ergänzen kann.

Auf der anderen Seite der Diskussion aber sieht es ganz anders aus. Praktiker aus Pflege und Einrichtung wissen, welche vielfältigen Probleme sich mit dem Thema Alkohol in der Einrichtung verbinden können. So ist zum Beispiel eine Alkoholabhängigkeit im Alter ein häufiges Phänomen, das in der Pflegepraxis zu den unterschiedlichsten Problemen führen kann. Aus pflegerischer Sicht gibt es verschiedene Sichtweisen auf den Alkoholkonsum in der stationären Altenhilfe. Alkoholkonsum kann:

- Abhängigkeit verursachen mit daraus resultierenden Folgen
- Dehydration von Bewohnern forcieren
- bei übermäßigem Konsum zu Stürzen führen
- bei langjährigem Konsum Magen- und Leberprobleme bereiten
- Kognitive Einschränkungen
- Verwahrlosung und Aggressivität
- bei langjähriger Abhängigkeit und Missbrauch häufig eine Mangel- und/ oder Unterernährung begünstigen, weil eine regelhafte abwechslungsreiche Nahrungsaufnahme oft nicht mehr erfolgt

In der Regel kann der Konsum von Alkohol Bewohner nicht verboten werden, der Konsum ist üblicherweise im Heimvertrag nicht ausgeschlossen. Aus diesem Blickwinkel kann der Bewohner selbstbestimmt Alkohol trinken. Schwieriger sind Fragen in der Pflege zu beantworten wie:

- Müssen einem bewegungseingeschränkten Bewohner auf dessen Wunsch hin alkoholische Getränke besorgt werden?
- Ist es verantwortbar, sturzgefährdeten älteren Menschen alkoholische Getränke zu geben?
- Darf man Bewohnern, die Psychopharmaka einnehmen (und das ist bei vielen der Fall), gleichzeitig Alkohol anbieten?
- Wer in der Einrichtung hat die Befugnis, das jeweils zu entscheiden?

Diese und ähnliche Fragen müssen gestellt und individuell beantwortet werden, auch wenn es keinen Königsweg geben kann.

Grundsätzlich vertragen Frauen aufgrund physiologischer Bedingungen weniger Alkohol als Männer und insgesamt nimmt die Alkoholtoleranz im Alter stetig ab. Für einen Mann, der über einen langen Zeitraum unproblematisch zwei bis drei Flaschen Bier täglich getrunken hat, kann die gleiche Menge mit zunehmendem Alter zum Problem werden.

In Seniorenheimen zeigen sich weitere Probleme für die Verantwortlichen in Pflege und Hauswirtschaft: Leitlinien und Konzepte zum Umgang mit Alkohol oder Alkoholkranken stehen nur selten oder überhaupt nicht zur Verfügung.

Nach eigenen Befragungen zum Thema Alkoholabhängigkeit wird von den Pflegefachkräften in der stationären Altenhilfe der Alkoholkonsum zwar nur als durchschnittlich häufig, aber als von großer Bedeutung wahrgenommen. Der Kenntnisstand über Assessments oder Unterstützungsverfahren ist gering bzw. variiert zwischen den verschiedenen Mitarbeitern. Verfahren zur Identifikation einer Abhängigkeit werden praktisch nicht verwendet (Kutschke 2012).

Interessant ist das unterschiedliche Vorgehen von Pflegenden in der Frage, ob Alkohol regelmäßig ausgeschenkt werden soll oder nicht. In einer Befragung von Pflegefachkräften wurde deutlich: Ob ein Bewohner zum Abendessen Bier oder Wein bekommt, hängt im Wesentlichen davon ab, welcher Mitarbeiter im Dienst ist oder in welchem Wohnbereich der Betroffene lebt. Aufschlussreich ist außerdem, dass ein überwiegender Teil der Befragten sich für eine Einschränkung der Ausgabe von Alkohol ausspricht. «Es ist bei Bewohnern mit bekannter Alkoholabhängigkeit streng darauf zu achten, dass dieser keinen Alkohol bekommt.» (Kutschke 2012)

Diese Aussage ist schwierig durchzusetzen, denn wie sollte Alkoholkonsum in einem Seniorenheim sanktioniert werden?

Nur etwa der Hälfte der Bewohner steht Alkohol zur Verfügung, wenn diese es wünschen; einem großen Teil der Bewohner steht kein Alkohol zur Verfügung. Allerdings wird in einigen Einrichtungen Alkohol zu bestimmten Gelegenheiten ausgeschenkt, wenn dies durch die Biografie gerechtfertigt scheint. Demenzerkrankte sind dabei meistens auf das Engagement der Mitarbeiter angewiesen. Ein häufiger Grund, alkoholische Getränke im Seniorenheim auszugeben, sind Feste und Feiern. Das Nichtausgeben von Alkohol wird unterschiedlich begründet; am häufigsten wird auf die negativen Wechselwirkungen mit Medikamenten hingewiesen.

Die Frage, wie viel Alkohol denn getrunken werden darf, ohne einen körperlichen Schaden zu erleiden, ist nicht leicht zu beantworten. Beeinflussende Faktoren sind Geschlecht, Alter, aber auch zusätzliche Erkrankungen und in jedem Fall eingenommene Medikamente. Sollte in einem Altenheim Alkohol ausgeschenkt werden, wogegen erst einmal nichts spricht, sollten die genannten beeinflussenden Faktoren geklärt werden.

So sollte in jedem Fall der Betroffene bzw. dessen rechtlicher Betreuer beraten werden, vor allem wenn es um korrespondierende Wirkungen mit Medikamenten oder Erkrankungen geht. Darüber hinaus sollte der Arzt und der Betreuer über Konsum und mögliche Probleme in Kenntnis gesetzt werden.

Doch neben allen genannten Problemen die der Alkoholkonsum bereiten kann, darf nicht vergessen werden, dass für viele Menschen der Genuss von Alkohol ein Teil der Lebensqualität sein kann.

Die vom Körper im Allgemeinen tolerierte Alkoholmenge ist heute gut untersucht, auch wenn verschiedene Quellen Unterschiede aufweisen (DHS 2006). Weniger gut untersucht sind die Alkoholmengen in Bier, Wein oder Spirituosen, innerhalb derer Alkohol eine positive Wirkung zeigt. Ob Bier, Wein oder Spirituosen, fest steht: Eine kleine Menge Alkohol kann sich bei Erwachsenen durchaus positiv auswirken. Wie in anderen Bereichen des Lebens, zählt auch hier der Spruch von Paracelsus: „Die Dosis macht das Ding zum Gift.“

Risikoarmer Konsum wird in der internationalen Literatur unterschiedlich definiert. Grundsätzlich ist jeder Konsum von Alkohol riskant. Mit dem Begriff risikoarmer Konsum werden heute in Deutschland Alkoholmengen von höchstens ca. 20 Gramm bei Frauen angegeben und ca. 30 Gramm bei Männern. Diese Werte gelten für gesunde Erwachsene mittleren Alters. Das amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism kurz (NIAAA) empfiehlt für Über-65-jährige, 10 Gramm reinen Alkohol nicht zu überschreiten.

Auf normale Getränke übertragen bedeutet dies:

10 Gramm sind enthalten in:

- einem Glas Bier (0,25 l)
- einem Glas Wein oder Sekt (0,125l)
- einem Schnaps (33,0 Vol. %) (0,04 l).

Wenn man es genau nehmen will, und das muss man beispielsweise bei ehemaligen alkoholabhängigen Personen, wird man feststellen, dass in vielen alltäglichen Nahrungsmitteln durchaus nennenswerte Mengen von Alkohol enthalten sind:

- Apfelsaft: bis 0,4 %
- alkoholfreies Bier: bis 0,5 %
- Sauerkraut: bis 0,5 %
- reifer Kefir: bis ca. 1 %

Ebenfalls findet sich Alkohol in Schwarzwälder Kirschtorte, Ochsenschwanzsuppe und vielen anderen Speisen. Besonders tückisch sind die Anteile von Alkohol in verschiedenen Herz- und Stärkungstinkturen, die eingenommen und nicht selten auch noch von der Verwandtschaft als Verlegenheitsgeschenk zum Besuch mitgebracht werden. Die Volumen-Prozentzahlen sprechen eine deutliche Sprache:

- Aktivnad Saft (12,0 Vol. Prozent)
- Biovital (16,0 Vol. Prozent)
- Buerlecithin flüssig (13,77 Vol. Prozent)
- Doppelherz (15,0 Vol. Prozent)
- Klosterfrau Melisengeist (80,0 Vol. Prozent)
- Venostasin (20,0 Vol. Prozent)

Jedoch auch viele Husten- und Bronchienmedikamente haben es in sich, so zum Beispiel Mittel wie Bisolvon-Linctus (7,0 Vol. Prozent) oder Bronchicum-Tropfen (19,4 Vol. Prozent).

## Wie also verfahren?!

- Das Thema Alkohol im Altenheim transparent machen, für alle Beteiligten, vor allem für die Bewohner, deren Angehörige, (Berufs-)Betreuer und Ärzte.
- Ausbildung und Fortbildung der Mitarbeiter in diesem Bereich (Alkohol, Krankheitsursachen, Krankheitsfolgen, Assessments, Begleitung, besondere Ernährung, Kommunikation, positive Unterstützung bei Rückfällen etc.).
- Wahrung der Persönlichkeitsrechte von Bewohnern und keine Bevormundung. In diesem Sinne könnte in Absprache mit Arzt und ggf. dem rechtlichen Betreuer und auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen auch Alkohol beschafft werden. Eine ethische Fallbesprechung ist empfehlenswert.
- Bei sturzgefährdeten Bewohnern, vor allem wenn diese Psychopharmaka einnehmen, sollten die Risiken im Sinne des Bewohners mit Arzt und Angehörigen (und rechtlichem Betreuer) abgestimmt werden.
- Eine gute Abendkultur, die den Bewohnern die Möglichkeit lässt, sich für oder gegen ein Glas Wein oder Bier zu entscheiden.
- Eine Größenordnung für die normalerweise angebotene Menge könnten die empfohlenen 10 Gramm täglich darstellen.

Wein oder Bier könnte zu einer Selbstverständlichkeit in einem Altersheim gehören, genauso wie es das auch zu Hause ist. Jedoch könnte genauso selbstverständlich sein, dass fachlich und sozial versierte Pflegepersonen darauf achten, dass ein risikoreicher Konsum erkannt und begleitet wird. Genauso wie alkoholabhängige Personen unterstützt werden, ein möglichst gesundes Überleben zu sichern.

## Kontrollierter Alkoholkonsum bei Alkoholabhängigen im Seniorenheim

Für manche Alkoholranke kommt ein abstinentes Leben nicht mehr in Frage und dennoch benötigen sie ein stabilisierendes Umfeld, das überlebenswichtige Rahmenbedingungen zur Verfügung stellt. Kontrolliertes Trinken ist nur in wenigen Einrichtungen möglich, dort wird ein niedrighschwelliges Angebot zur Verfügung gestellt und die Betroffenen können eine vereinbarte Menge an Alkohol, meistens Bier, manchmal Wein, jeden Tag konsumieren. Schnaps sollte nach Möglichkeit vermieden werden, da die Aus- und Nebenwirkungen oft gravierender sind. Das Ziel in diesem Konzept besteht darin, dass die Abhängigen, die oft mehrfach Therapien abgebrochen und meistens chronische Erkrankungen durch den Alkoholkonsum haben, in einem strukturierten Umfeld überleben können. Für Therapeuten und Pflegenden in diesen Einrichtungen ist es notwendig, einerseits konsequent mit den Absprachen umzugehen, andererseits aber auch eine positive Empathie den Betroffenen entgegenzubringen. In der Ausgabe von Alkoholika könnten als Richtwert Alkoholmengen dienen, die als Risikoarmer Konsum bezeichnet werden.

Kutschke A. (2012): Sucht-Alter-Pflege, Huber Verlag

Andreas Kutschke Pflegewissenschaftler und Krankenpfleger für geriatrische Rehabilitation

## **E Alkoholkonsum und Verkehrssicherheit bei Senioren**

Andreas Feß

Referent Verkehr im Innenministerium Baden-Württemberg  
Landespolizeipräsidium, Stuttgart

Möglichst uneingeschränkte Mobilität ist ein wichtiges Gut in einer modernen auf Teilhabe ausgerichtete Gesellschaft. Während im Erwerbsalter die Mobilität regelmäßig unter beruflichen Aspekten oder vor dem Hintergrund der Freizeitaktivitäten betrachtet wird, rückt im Seniorenalter die Sicherung der sozialen Kontakte aber auch der eigenen Versorgung in den Vordergrund.

Ziel muss es daher sein, dass ältere Menschen möglichst lange mobil bleiben. Mobilität bedeutet dabei insbesondere Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr. Sei es als Fußgänger/ in (auch unter Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel), Radfahrer/ in oder Autofahrer/ in.

Im Straßenverkehr gilt dabei letztlich eine einfache Grundregel:

„Jede/ r hat sich so zu verhalten, dass kein/ e andere/ r zu Schaden kommt.“

Deshalb sollte es - unabhängig von den eindeutigen gesetzlichen Regelungen - selbstverständlich sein, bei der Teilnahme am Straßenverkehr auf den Konsum von Alkohol zu verzichten.

Auf Grund der demografischen Entwicklung nimmt die Anzahl der älteren Menschen, die aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, stetig zu. Dies schlägt sich daher auch im Verkehrsunfallgeschehen nieder. Jeder vierte getötete Verkehrsteilnehmer in Baden-Württemberg ist im Seniorenalter (älter als 65 Jahre). Bei den sogenannten Alkoholunfällen sind die Seniorinnen und Senioren im Vergleich zu den anderen Altersgruppen derzeit noch unterrepräsentiert. 2012 wurden von alkoholisierten Senioren 540 Verkehrsunfälle mit fünf Verkehrstoten verursacht. Da jedoch die Anzahl der älteren Fahrerlaubnisinhaber stetig zunimmt, sind in den kommenden Jahren auch hier Steigerung zu erwarten.

Neben dem Alkoholmissbrauch steht mit Blick auf die Verkehrstüchtigkeit ein weitere Thematik im Fokus.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Medikamenteneinnahme überproportional zu. Die Auswirkungen auf die Fahrfähigkeit sind wissenschaftlich kaum untersucht. In Kombination mit einer Alkoholaufnahme können fahrsicherheitsrelevante Ausfallerscheinungen deutlich verstärkt werden.

Im Rahmen des Workshops werden das Unfallgeschehen älterer Menschen, die rechtlichen Grundlagen des Straßenverkehrs, aber auch des Strafrechtes mit Blick auf eine mögliche (alkoholbedingte) Fahruntüchtigkeit dargestellt. In diesem Zusammenhang wird die Rolle der Polizei ausführlich erörtert.

Ein weiteres Thema sind mögliche Präventionsaktivitäten - insbesondere mit Blick auf die Familienangehörigen.

Andreas Feß

Polizeiberrat im Innenministerium Baden-Württemberg



Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. mit Sitz in Bonn ist eine weitgehend öffentlich finanzierte Fachgesellschaft.

Die Sektion Baden-Württemberg – DGE-BW – wird vom Ministerium für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz Baden-Württemberg unterstützt. Unsere Aufgabe ist es, unabhängige, neutrale Ernährungsinformationen den Multiplikatoren im Ernährungsbereich zur Verfügung zu stellen.

Wenn Sie fachliche Fragen haben, Referenten für eigene Veranstaltungen benötigen oder andere Anliegen rund um das Thema Ernährung haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Sektion Baden-Württemberg der  
Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE-BW)  
Prof. Dr. Peter Grimm  
Schelztorstraße 22  
73728 Esslingen

Email: [zentrale@dge-bw.de](mailto:zentrale@dge-bw.de)

**[www.dge-bw.de](http://www.dge-bw.de)**

Bitte beachten Sie: Wir dürfen aus zeitlichen Gründen nur Multiplikatoren Auskünfte erteilen. Privatpersonen müssen sich mit ihren Fragen an andere Stellen wenden.

**Die DGE-BW wird gefördert durch das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg.**