

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Prost, Alter!

**Alkoholabhängige ältere Bewohnerinnen und Bewohner
im Alters- und Pflegeheim:
Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit**



**Bachelor-Arbeit
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Januar 2012**

**Petra Brunner-Zürcher
Marianne Nenniger**

**Bachelor-Arbeit
Sozialarbeit
TZ 2007–2012**

**Petra Brunner-Zürcher
Marianne Nenniger**

Prost, Alter!

**Alkoholabhängige ältere Bewohnerinnen und Bewohner
im Alters- und Pflegeheim:
Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im Januar 2012 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme der Autorinnen.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomantinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2012

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Gegenstand dieser Literaturarbeit sind alkoholabhängige ältere Bewohnerinnen und Bewohner im Alters- und Pflegeheim sowie die sozialarbeiterischen Interventionsmöglichkeiten im Heimalltag. «Alkoholabhängigkeit im Alter» ist gesellschaftlich wenig diskutiert. Es sind wenige Studien zu alkoholabhängigen Heimbewohnenden in der Schweiz vorhanden. Die Alkoholabhängigkeit entsteht nicht im Heim, sondern die Betroffenen ziehen damit ein. Die Ursachen bei Menschen, die im Alter (60+) alkoholabhängig werden, sind häufig auf kritische Lebensereignisse zurückzuführen. Die Folgen der Alkoholabhängigkeit beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen und führen zu physischen, psychischen und psycho-sozialen Beeinträchtigungen.

Aufgrund der demografischen Alterung werden in den Alters- und Pflegeheimen vermehrt alkoholabhängige ältere Bewohnende einziehen. Alkoholabhängige Bewohnende können unerwünschte Verhaltensweisen zeigen und Konflikte auf mehreren Ebenen auslösen. Die Heimleitenden und Mitarbeitenden sind täglich mit ethischen Haltungen und Fragestellungen zum Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnenden konfrontiert.

Sozialarbeitende in Alters- und Pflegeheimen kennen die Lebenswelt der alkoholabhängigen Bewohnenden und sind mit den institutionellen Rahmenbedingungen vertraut. Aufgrund ihrer vielfältigen Methoden und berufsethischen Handlungsprinzipien kann die Lebensqualität von alkoholabhängigen Bewohnenden mit sozialarbeiterischen Interventionen, beispielsweise mit Motivationsarbeit und Empowerment erhalten oder verbessert werden.

Die Autorinnen kommen zum Schluss, dass die Soziale Arbeit durch ihre berufsethischen Handlungsprinzipien sowie der vernetzten und interdisziplinären Arbeitsweise die alkoholabhängigen älteren Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim mittels individuell angepassten Interventionen professionell unterstützen kann. Für die Bewohnenden wie für die Mitarbeitenden stellen Sozialarbeitende eine Ressource dar.

Vorwort und Dank der Autorinnen

Die Autorinnen dieser Bachelor-Arbeit sind seit Oktober 2007 Teilzeitstudentinnen an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU). Neben dem Studium sind beide in einem Teilzeitpensum tätig: Petra Brunner-Zürcher als Sozialarbeiterin in der Klinischen Sozialarbeit und Marianne Nenniger als kaufmännische Angestellte.

Die Motivation der Autorinnen, sich während der Bachelor-Arbeit mit der älteren Bevölkerung (60+) auseinanderzusetzen, entwickelte sich aus dem persönlichen Interesse am Thema Alter. Zu Beginn der vorliegenden Arbeit realisierten die Autorinnen, dass ihnen während ihrer Ausbildung zu Sozialarbeiterinnen an der HSLU wenig Wissen über ältere Menschen und den Umgang mit ihnen vermittelt worden ist. Dies erstaunt angesichts der demografischen Entwicklung in der Schweiz.

Beim Recherchieren stiessen die Autorinnen auf die bislang in der Schweiz vernachlässigte Problematik «Alkoholabhängigkeit im Alter». Die Autorinnen interessiert dabei vor allem die Frage der Ursachen, weshalb Menschen erst ab 60+ alkoholabhängig werden können und wie mit der Alkoholabhängigkeit im Alters- und Pflegeheim umgegangen wird. Die Autorinnen finden es spannend, anhand einer Literaturrecherche die Themenkombination Alkoholabhängigkeit im Alter innerhalb der Alters- und Pflegeheime zu bearbeiten.

Die Bachelor-Arbeit wurde gemeinsam verfasst.

Unser herzliches Dankeschön geht an:

- Elke Brusa für die unterstützenden Fachpoolgespräche,
- Kathrin Schürch und Manfred Schmied fürs Lektorat und ihre wertvollen Inputs sowie
- die folgenden Interviewpartnerinnen/-partner für das entgegengebrachte Vertrauen und die wertvollen Informationen:
 - Irmtraut Bandi, Leiterin Sozialdienst, Alters- und Pflegeheim Utzigen;
 - Therese Kohli, Heimleiterin, Alters- und Pflegeheim Glockenthal, Steffisburg;
 - Richard Müller, Dr. phil., Soziologe;
 - Pflegefachfrau, Alters- und Pflegeheim Schlössli am See, Bönigen b. Interlaken;
 - Ruedi Studer, dipl. Sozialarbeiter FH, Sozial-Beratungszentrum Luzern (SoBZ);
 - Michael Soyka, Prof. Dr. med., ärztl. Direktor der Privatklinik Meiringen, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Vorwort und Dank der Autorinnen	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungs-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	V

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung	6
1.2 Berufsrelevanz und Zielsetzung	8
1.3 Fragestellungen	8
1.4 Adressatinnen und Adressaten	9
1.5 Aufbau der Arbeit	9

2. Alter und Wohnform Alters- und Pflegeheim

2.1 Begriffe Alter und Altern	11
2.2 Alter und Altern heute	11
2.3 Altersphasen in höherem Lebensalter	12
2.4 Altersmodelle	13
2.5 Wohnform Alters- und Pflegeheim	14
2.6 Beantwortung der Kapitelfrage und Fazit	14

3. Alkohol und Abhängigkeit

3.1 Begriff Alkohol	16
3.2 Alkohol in der Gesellschaft	16
3.3 Täglicher Alkoholkonsum im Alter	17
3.4 Begriffe Abhängigkeit und Sucht	18
3.5 Alkoholabhängigkeit nach ICD-10	18
3.6 Konsummuster	19
3.7 Typologien der Alkoholikerinnen und Alkoholiker	20
3.8 Verlaufsphasen einer Alkoholabhängigkeit	21
3.9 Beantwortung der Kapitelfrage, der ersten Fragestellung und Fazit	21

4. Ursachen und Folgen von Alkoholabhängigkeit im Alter

4.1 Identität und Entwicklungsaufgaben im Alter

4.1.1 Begriff Identität	23
4.1.2 Fünf Säulen der Identität	23
4.1.3 Entwicklungsaufgaben	23

4.2 Multifaktorielle Ursachen für Alkoholabhängigkeit beim Individuum

4.2.1 Ebene Individuum	26
4.2.2 Ebene Sozialfeld	27
4.2.3 Ebene Alkohol	28
4.2.4 Ebene Gesellschaft	29

4.3 Systemtheoretische Erklärung zu Alkoholabhängigkeit

4.4 Folgen von Alkoholabhängigkeit im Alter

4.4.1 Somatische Erkrankungen	30
4.4.2 Psychische Erkrankungen	31
4.4.3 Psycho-soziale Probleme	31

4.5 Beantwortung der zweiten Fragestellung und Fazit

5. Herausforderungen durch alkoholabhängige ältere Bewohnende für den Alltag	
5. im Alters- und Pflegeheim	
5.1 Begriffe Co-Abhängigkeit und Konflikt	33
5.2 Methodisches Vorgehen	33
5.3 Interviews mit Expertinnen und Experten	35
5.4 Anteil alkoholabhängige Bewohnende	35
5.5 Herausforderungen im Heimaltag durch die Alkoholabhängigkeit	
5.5.1 Wahrnehmung der Alkoholabhängigkeit im Heimaltag	36
5.5.2 Institutionelle Regeln zum Alkoholkonsum	38
5.5.3 Reaktionen auf Regelverletzungen	40
5.5.4 Konflikte im Heimaltag durch die Alkoholabhängigkeit	41
5.6 Ethische Grundhaltungen	
5.6.1 Begriff Ethik	43
5.6.2 Ethische Fragestellungen bei Pflegefachkräften	44
5.6.3 Ethische Fragestellungen bei (Heim-)Ärztinnen und (Heim-)Ärzten	44
5.6.4 Ethische Fragestellungen bei Sozialarbeitenden im Alters- und Pflegeheim	44
5.7 Lösungsansätze	45
5.8 Beantwortung der dritten Fragestellung und Fazit	45
<hr/>	
6. Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden	
6.1 Wichtige Begriffe	
6.1.1 Intervention	48
6.1.2 Prävention, Früherkennung und Behandlung	48
6.2 Soziale Arbeit	
6.2.1 Begriff Soziale Arbeit	49
6.2.2 Mandate der Sozialen Arbeit	50
6.2.3 Berufskodex und Berufsethik	50
6.3 Soziale Arbeit im Alters- und Pflegeheim	
6.3.1 Klinische Sozialarbeit	51
6.3.2 Aufgaben der Sozialarbeitenden	52
6.3.3 Lebensweltorientierung	52
6.4 Behandlung von alkoholabhängigen älteren Bewohnenden	
6.4.1 Behandlungsplanung und -inhalte	53
6.4.2 Hauptziel der Alkoholbehandlung bei älteren Menschen	53
6.4.3 Behandlungsablauf bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden	54
6.5 Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit	
6.5.1 Vorgehensweise von Sozialarbeitenden bei Problemlösungen	57
6.5.2 Phase I der Situationsanalyse	58
6.5.3 Phase II der Prognose, Bewertung und Problemerkennung	59
6.5.4 Phase III der Zielsetzung und Planung	62
6.5.5 Phase IV der Verfahrensentscheidung und des Handelns	63
6.5.6 Phase V der Evaluation	65
6.6 Beantwortung der vierten Fragestellung und Fazit	66
<hr/>	
7. Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit	68
7.1 Empfehlungen	68
7.2 Ausblick	70
7.3 Schlusswort	71
<hr/>	
8. Quellenverzeichnis	72
<hr/>	
9. Anhang	LXXVII

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
beges	Berner Gesundheit, Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen
BFS	Bundesamt für Statistik
bzw.	beziehungsweise
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung)
EAV	Eidgenössische Alkoholverwaltung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EKDF	Eidgenössische Kommission für Drogenfragen
HSLU	Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
i.d.R.	in der Regel
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
Kap.	Kapitel
NPA	Nationales Programm Alkohol
Tab.	Tabelle
S.	Seite
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
SoBZ	Sozial-BeratungsZentrum Luzern
u.a.	unter anderem
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch
ZFA	Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme
ZüFAM	Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs

Abbildungsverzeichnis

Titelseite Bild von Sandro Del-Prete. Gefunden am 2. Oktober 2011, unter <http://www.sandrodelprete.com>

Abb. 1	<i>Alkohol-Konsummuster im Überblick (BAG, 2008, S. 7).</i>	19
Abb. 2	<i>Entwicklungsaufgaben im Alter (Altenthon et al., 2008, S. 335).</i>	24
Abb. 3	<i>Multifaktorielle Ursachen bei late-onset-Trinkenden (eigene Darstellung).</i>	25
Abb. 4	<i>Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie (Solèr et al., 2009, S. 21, mit Anpassungen der Autorinnen).</i>	57

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	<i>Täglicher Alkoholkonsum der Schweizer Bevölkerung ab 45-jährig (BFS, 2008a, S. 5).</i>	17
Tab. 2	<i>Krankheitsbeginn und die dazugehörigen individuellen sozialen Bedingungen bei Alkohol-abhängigen im Alter (nach Mundle et al., 1998 in Soyka & Küfner, 2008, S. 327).</i>	17
Tab. 3	<i>Grundlegende soziale Unterschiede zwischen early- und late-onset-Trinkenden (Dirk K. Wolter, 2011, S. 104).</i>	20
Tab. 4	<i>Auftreten von Alkoholproblemen in Alters- und Pflegeheimen (Meyer & Müller, 2009a, S. 16).</i>	36
Tab. 5	<i>Dunkelziffer der Alkoholprobleme in Alters- und Pflegeheimen (Meyer & Müller, 2009a, S. 17).</i>	38
Tab. 6	<i>Alkoholkonsum-Regeln in den Alters- und Pflegeheimen (Meyer & Müller, 2009a, S. 18).</i>	39
Tab. 7	<i>Reaktionen auf Regelverletzungen (Meyer & Müller, 2009a, S. 21).</i>	40
Tab. 8	<i>Konflikte im Heimalltag durch die Alkoholabhängigkeit (Meyer & Müller, 2009a, S. 22).</i>	41
Tab. 9	<i>Die neun Rollen der Klinischen Sozialarbeit und ihre Aufgaben (Kottler, 2004, S. 29–30).</i>	51
Tab. 10	<i>Idealtypischer Behandlungsablauf für Alkoholabhängige (Soyka & Küfner, 2008, S. 330).</i>	55
Tab. 11	<i>Die sechs Stadien der Veränderung und ihre Interventionsschwerpunkte (Warschburger, 2009, S. 83 und Hubble et al., 2001, S. 298–301).</i>	61

1. Einleitung

«*Grossmueti, du stinksch!*» oder «*Grossvati, du stinksch!*» Es gibt kaum eine Aussage, welche eine alkoholabhängige ältere Frau oder einen alkoholabhängigen älteren Mann mehr erschüttert, als diese Reaktion ihres/seines Enkelkinds, das sie/ihn im Alters- und Pflegeheim besucht.

Dass ältere Bewohnende im Alters- und Pflegeheim alkoholabhängig sein können, wird aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein verdrängt. Das kann mit der Vorstellung zusammenhängen, dass Alkoholprobleme vorrangig Jugendliche betrifft. Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 des Bundesamtes für Statistik [BFS] geht hervor, dass die Alkoholabhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner nicht im Alters- und Pflegeheim entstanden ist, sondern dass die Personen bereits damit eingezogen sind (2008b, S. 13).

Alkoholabhängigkeit im Alter ist in der Öffentlichkeit ein wenig diskutiertes Thema. Erst seit wenigen Jahren rückt diese Thematik allmählich ins Blickfeld von Forschung und Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens und der Sozialen Arbeit.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Demografische Alterung

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist eine zunehmende Alterung der Weltbevölkerung festzustellen. Die demografische Alterung beinhaltet den steigenden Anteil älterer und betagter Menschen (60+) in der Gesamtbevölkerung. Die Entwicklung betrifft vor allem die Industriegesellschaften und somit auch die Schweiz. Die Ursachen der demografischen Alterung sind durch den Geburtenrückgang und die steigende Lebenserwartung zu erklären (BFS, 2009, S. 12). Die Menschen in der Schweiz leben länger, bei besserer Gesundheit und höherer Lebensqualität. Nach dem BFS beträgt die Lebenserwartung bei Geburt für die Frauen 84,4 Jahre und bei den Männern 79,7 Jahre. Die Lebenserwartung in höherem Erwachsenenalter (65+) steigt ebenfalls kontinuierlich an. Laut dem BFS kommen in der Schweiz heute auf eine Rentnerin/einen Rentner vier Personen im erwerbsfähigen Alter. Solange die nachkommenden Generationen weniger Menschen als die Elterngenerationen umfassen, wird die Bevölkerung langfristig unweigerlich schrumpfen und somit überaltern (S. 24).

Prost, Alter!

Alkoholabhängigkeit im Alter und damit im Alters- und Pflegeheim leben, wie passt das zusammen? Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 des BFS (2008a), an welcher sich 18'760 Personen aus Privathaushalten beteiligt haben (S. 2), ist täglicher Alkoholkonsum im Alter häufig: Während bei den Männern im Alter von 45 bis 54 Jahren 23% angeben, mindestens ein Mal pro Tag Alkohol zu konsumieren, sind dies bei den 65- bis 74-jährigen Männern schon 43% und bei den über 75-jährigen 46%. Bei den Frauen liegen die entsprechenden Anteile bei 9% (45- bis 54-jährige), 22% bei den 65- bis 74-jährigen und 17% bei den über 75-jährigen (S. 5).

Die Autorinnen gehen in dieser Arbeit vor allem auf alkoholabhängige Menschen ein, welche erst im Alter (60+) eine Alkoholabhängigkeit entwickeln.

Ältere Menschen (60+) konsumieren Alkohol weniger exzessiv als die Jungen und häufig nicht in Gesellschaft, sondern alleine. Sie fallen dadurch nicht auf. Weil mögliche Entzugserscheinungen und alkoholbedingte Folgen stark altersbedingten physischen Veränderungen ähneln, wird die Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen kaum oder erst spät wahrgenommen (Anne Lützenkirchen, Annegret Böss, Silke Hochberger, Gabriele Moll & Annika Wittig, 2010, S. 41).

Thomas Meyer und Richard Müller (2009a) haben im Auftrag der Forel Klinik (Fachklinik für alkohol-, medikamenten- und tabakabhängige Frauen und Männer in Zürich) bei Heimleitungen von Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz eine Erhebung über die Wahrnehmung von Alkoholproblemen und den Umgang mit ihnen erhoben. 557 Heimleitende sandten den Fragebogen ausgefüllt zurück (S. 5). Nach Meyer und Müller wird Alkoholabhängigkeit im Alter von der Gesellschaft im Sinne einer gutgemeinten aber teilweise abschätzigen Haltung meist geduldet und der Torheit des Alters zugeschrieben. Die Alters- und Pflegeheime werden zunehmend mit Bewohnenden konfrontiert, die nicht dem traditionellen Bild der angepassten und ruhigen Bewohnerin/des angepassten und ruhigen Bewohners entsprechen. Betrachtet man den Altersdurchschnitt in Alters- und Pflegeheimen, sind alkoholabhängige Bewohnende meist jünger und stören aufgrund ihrer schwierigen Verhaltensweisen die Abläufe und Atmosphäre im Heimalltag. Sie werden zudem oft von den übrigen Heimbewohnenden gemieden (S. 10–12).

Alters- und Pflegeheime weisen laut der Befragung von Meyer und Müller (2009a) ähnliche Schwierigkeiten wie Angehörige oder Nachbarn im Umgang mit alkoholabhängigen älteren Bewohnenden auf. Oft reagieren Heimleitende und Pflegefachkräfte erst, wenn sich die Situation zugespitzt hat (S. 25).

Ältere Menschen müssen viele gesundheitliche und soziale Veränderungen bewältigen. Das macht sie für Abhängigkeitserkrankungen zu einer potenziellen Risikogruppe, deren notwendige und zielgerichtete Versorgung nicht ausreichend gewährleistet ist (Lützenkirchen et al., 2010, S. 5).

Die Autorinnen haben beim Recherchieren und durch die Interviews mit Expertinnen/Experten festgestellt, dass alkoholabhängige ältere Menschen auf Suchtberatungsstellen und in Suchtkliniken, im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil, untervertreten sind. Nach Meyer und Müller (2009a) haben die Suchtberatungsstellen im Alters- und Pflegeheim eine marginale Bedeutung. Nur gerade 67 der 557 befragten Heimleitenden haben für die Alkoholproblematik eine Suchtberatungsstelle beigezogen (S. 21).

Die Befragungsergebnisse von Meyer und Müller (2009a) zeigen weiter, dass die Haltung der befragten Heimleitenden gegenüber alkoholabhängigen Bewohnenden uneinheitlich, ambivalent und eher nachsichtig ist. Gleichzeitig wird die ethische Zwangslage der Befragten zwischen Laisser-faire und Paternalismus im Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnenden erkennbar (S. 6). Häufig fehlen Handlungsanleitungen und Konzepte sowie das Wissen über den Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnenden (S. 28–29).

Fachliteratur zu alkoholabhängigen älteren Heimbewohnenden

In Deutschland, Österreich und Amerika wurden in den vergangenen 15 Jahren Befragungen in Alters- und Pflegeheimen zu Alkoholproblemen bei älteren Bewohnenden durchgeführt. Der Vergleich von Schweizer und ausländischer Fachliteratur ist wegen uneinheitlich verwendeter Fachbegriffe nur bedingt möglich. Die unterschiedlichen Konzeptionen der Befragungen in den einzelnen Studien im In- und Ausland erschweren den direkten Vergleich der Resultate.

Einzelne Fachbücher befassen sich mit Suchtproblematiken bei älteren Menschen. Jedoch gibt es zu alkoholabhängigen Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz nur wenig Fachliteratur und lediglich einzelne, teilweise schon ältere Studien. Beratungsstellen für Suchtfachfragen, beispielsweise Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) und Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs (ZüFAM), setzen sich mit dem Thema «Sucht im Alter» auseinander und geben Broschüren zu alkoholabhängigen älteren Menschen ab.

1.2 Berufsrelevanz und Zielsetzung

Berufsrelevanz

Die demografische Alterung (Kap. 1.1) führt dazu, dass in Alters- und Pflegeheimen der Anteil der alkoholabhängigen Bewohnerinnen/Bewohner zunehmen wird.

Lützenkirchen et al. (2010) bemängeln, dass es allgemein zu wenig sozialarbeiterische Betreuung in stationären Einrichtungen gibt, in denen sich ältere Menschen befinden. Weiter stellen sie fest, dass Suchthilfe und Altersarbeit mangelhaft miteinander verknüpft sind (S. 75). Ältere Menschen stellen ihrer Ansicht nach eine vernachlässigte Risikogruppe für Alkoholabhängigkeit dar (S. 92). Nach Helmut Lambers (2010) ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, Menschen, die von Exklusion oder Exklusionsrisiken bedroht sind, dabei zu unterstützen, am System (wieder) teilhaben zu können (S. 119). Sozialarbeitende verfügen nach Hiltrud von Spiegel (2011) nebst wissenschaftlichem Wissen über berufsethische Verhaltensleitlinien, berufseigene Handlungsmethoden und eine spezifische Fachsprache (S. 49). Dem Wertewissen wird eine besondere Wichtigkeit zugeschrieben (S. 71). Sozialarbeitende betrachten ihre Klientinnen/Klienten als autonom und fähig, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Dabei akzeptieren die Sozialarbeitenden, dass die Wirklichkeitskonstruktionen ihrer Klientinnen/Klienten und ihre Deutungen prinzipiell gleichberechtigt sind. Neue Sichtweisen auf ein Problem entstehen somit nur im dialogischen Austausch und Verhandeln zwischen Sozialarbeitenden und Klientinnen/Klienten (S. 110). Durch ihre Anwesenheit in stationären Einrichtungen können Sozialarbeitende die spezifischen und individuellen Belastungen und Bedürfnisse der Bewohnenden besonders gut erfassen und gleichzeitig die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen erkennen und fördern (Marianne Bosshard, 2008, S. 157).

Zielsetzung

Die Autorinnen wollen einerseits die Bedeutung der Thematik Alkoholabhängigkeit im Alter in Alters- und Pflegeheim hervorheben. Andererseits möchten sie anhand der vielseitigen Methoden der Sozialen Arbeit im Alters- und Pflegeheim die Interventionsmöglichkeiten bei alkoholabhängigen Bewohnenden aufzeigen und daraus Empfehlungen für die Soziale Arbeit im Alters- und Pflegeheim ableiten.

1.3 Fragestellungen

Basierend auf der Ausgangslage und Problemstellung zur Thematik «Alkoholabhängige ältere Bewohnerinnen und Bewohner im Alters- und Pflegeheim: Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit» haben die Autorinnen die folgenden vier Fragestellungen abgeleitet:

- 1. Was wird unter Alter und Alkoholabhängigkeit verstanden?**
- 2. Welche Ursachen führen zu einer Alkoholabhängigkeit im Alter und was sind die Folgen für die alkoholabhängigen älteren Menschen?**
- 3. Welche Herausforderungen ergeben sich durch die alkoholabhängigen älteren Bewohnenden im Alltag eines Alters- und Pflegeheims?**
- 4. Was für Interventionsmöglichkeiten hat die Soziale Arbeit bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim?**

Die Fragen werden in den Kapiteln 2 bis 6 behandelt und beantwortet.

1.4 Adressatinnen und Adressaten

Die Arbeit richtet sich an Professionelle der Sozialarbeit, an Fachpersonen anderer Professionen und Disziplinen, die mit älteren Menschen (60+) und deren Angehörigen in Kontakt kommen sowie an Suchtberatungsstellen. Auch (Haus-)Ärztinnen und (Haus-)Ärzte, Pflegefachkräfte und Leitende von Alters- und Pflegeheimen sollen mit dieser Bachelor-Arbeit angesprochen werden.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in sieben Kapitel gegliedert.

Im ersten Kapitel wird die Leserschaft anhand der Ausgangslage und Problemstellung an die Thematik der alkoholabhängigen älteren Bewohnerinnen und Bewohner im Alters- und Pflegeheim herangeführt. Weiter werden die Berufsrelevanz, Zielsetzung sowie die Fragestellungen dieser Bachelor-Arbeit behandelt.

Das zweite Kapitel setzt sich mit den vielschichtigen Betrachtungsweisen des Alters auseinander. Es beschreibt die vier Altersphasen der alternden Menschen und erklärt die Bedeutung der modernen Altersmodelle für alkoholabhängige ältere Menschen. Abschliessend wird der Leser in die Lebenswelt der alkoholabhängigen älteren Heimbewohnenden im Alters- und Pflegeheim eingeführt.

Das dritte Kapitel befasst sich mit dem Begriff Alkohol, der gesellschaftlichen Akzeptanz von Alkohol und der Definition von Alkoholabhängigkeit. Anschliessend werden die Voraussetzungen erläutert, nach denen alkoholkonsumierende Menschen als krank diagnostiziert werden. Danach werden die verschiedenen Konsummuster sowie die Verlaufsphasen bis zur Alkoholabhängigkeit beschrieben. Anschliessend werden die Unterschiede zwischen den früh und den spät (ab 60+) alkoholabhängig gewordenen Menschen aufgezeigt.

Im vierten Kapitel werden die Ursachen für die späte Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit und ihre Folgen dargestellt. Um den Zusammenhang von Alterungsprozess und Alkoholabhängigkeit aufzeigen zu können, befassen sich die Autorinnen mit den Entwicklungsaufgaben im Alter. Anhand des multifaktoriellen Ursachenmodells werden mögliche Faktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit erläutert. Darunter fallen vor allem Einschränkungen des Wohlbefindens und kritische Lebensereignisse, z.B. die Pensionierung. Anschliessend wird die Alkoholabhängigkeit anhand der Systemtheorie erklärt. Die Lebensqualität kann durch Alkoholabhängigkeit massiv eingeschränkt sein. Dies wird aufgrund der zahlreichen somatischen und psychischen Erkrankungen sowie der vielfältigen psycho-sozialen Problemstellungen erkennbar.

Das fünfte Kapitel erklärt die Begriffe Co-Abhängigkeit und Konflikt sowie das methodische Vorgehen der Autorinnen, um sich ein realistisches Bild zu den Herausforderungen durch alkoholabhängige ältere Bewohnende im Alltag des Alters- und Pflegeheimes machen zu können. Weiter beschreibt es den Anteil der alkoholabhängigen Bewohnenden in der Schweiz und die zahlreichen Herausforderungen, welche durch alkoholabhängige ältere Bewohnende im Alters- und Pflegeheim auf verschiedenen Ebenen entstehen können. Nebst Konflikten entstehen dabei grundsätzliche ethische Fragestellungen bezüglich dem Umgang mit alkoholabhängigen Menschen. Die Aussagen aus der Fachliteratur und den Studien werden mit Aussagen von sechs Expertinnen/Experten ergänzt.

Das sechste Kapitel befasst sich mit Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im Alters- und Pflegeheim bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden. Eingangs setzen sich die Autorinnen mit der Sozialen Arbeit und den Aufgaben von Sozialarbeitenden in Alters- und Pflegeheimen auseinander. Anschliessend werden die Behandlungsziele und ein möglicher Behandlungsablauf aufgezeigt. Anhand des Phasenmodells der allgemeinen Handlungstheorie werden sozialarbeiterische Interventionsmöglichkeiten in Alters- und Pflegeheimen bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden dargestellt. Dazu gehören u.a. die Informationsvermittlung über Behandlungsmöglichkeiten, die psychosoziale Diagnose, Motivationsdiagnostik und -arbeit, Case Management, Angehörigenarbeit und Empowerment.

Im siebten Kapitel leiten die Autorinnen aus den gewonnenen Erkenntnissen Empfehlungen für die Soziale Arbeit in Bezug auf alkoholabhängige ältere Heimbewohnerinnen und -bewohner ab. Am Schluss folgt der Ausblick auf mögliche weitere Bachelor-Themen und das Schlusswort.

Am Ende jedes Kapitels beantworten die Autorinnen die jeweilige Fragestellung und fassen die gewonnenen Erkenntnisse in einem Fazit zusammen.

2. Alter und Wohnform Alters- und Pflegeheim

«Alte Menschen sind junge Menschen,
die zufällig vor uns älter werden.»

(Heinrich Böll, zit. in Eckart Hammer, 2007, S. 30)

Die Kapitel zwei und drei gehen der ersten Fragestellung nach, was unter Alter und Alkoholabhängigkeit verstanden wird.

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, was unter Alter verstanden wird. Dazu geben die Autorinnen Einblick auf Alter und Altern heute, auf die Altersphasen in höherem Lebensalter und auf moderne Altersmodelle. Anschliessend wird die Wohnform Alters- und Pflegeheim vorgestellt. Am Schluss folgt ein Fazit zur Kapitelfrage, was unter Alter verstanden wird.

2.1 Begriffe Alter und Altern

Das *Alter* bezeichnet einen bestimmten Lebensabschnitt, dem nach soziokulturellen Wertvorstellungen und sozialen Organisationsstrukturen einer Gesellschaft bestimmte Rollen sowie Verhaltensweisen zugeordnet oder in dem nach spezifischen Einstellungen, Orientierungen und nach Reifen und Informationsstand bestimmte soziale Positionen angestrebt werden (Karl-Heinz Hillmann, 2007, S. 20).

Altern wird als ein lebenslang andauernder komplexer, individueller Prozess der biologischen, sozialen und psychologischen Entwicklung des Menschen verstanden, der sich unter konkreten Lebensbedingungen innerhalb bestimmter gesellschaftlicher Verhältnisse vollzieht und mit der Geburt beginnt sowie mit dem Tode endet. Beim Altern geht es um Wachstum und Reifung und schliesst die Vergänglichkeit sowie die Nähe zum Tod mit ein (Andreas Kruse & Hans-Weber Wahl, 2010, S. 10). Altern ist ein Balanceakt zwischen mehrfachen (physischen) Einschränkungen und Grenzen sowie der Möglichkeiten von Selbstverwirklichung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Rolf D. Hirsch, 2011, S. 151).

2.2 Alter und Altern heute

Alter und Altern gelten als mehrdimensionale Erscheinungen. Es gibt keine allgemeingültigen Kriterien, wann ein Mensch als alt gilt. Der Begriff Alter erfordert die Unterscheidung des kalendarischen, des biologischen, des psychologischen, des sozialen und des funktionalen Alters.

Das *kalendarische Alter* ist die geläufigste Altersdarstellung in Bezug auf die Anzahl der gelebten Jahre. Jeder ist danach so alt, wie es sich rechnerisch aus der Differenz zwischen Geburt- und aktuellem Datum ergibt. Das Alter berechtigt zu bestimmten Handlungen (z.B. Kindergarten- und Schuleintritt, Alkoholkonsum, Stimm- und Wahlrecht) (Dieter Kreft & Ingrid Mielenz, 2005, S. 67). Das *biologische Alter* setzt mit der vollkommenen Entwicklung des Organismus, gemessen an der biologischen Uhr bzw. Norm ein. Es ist von biologischen Reifungsprozessen (genetische Veranlagung) und exogenen Einflüssen (Umweltfaktoren) abhängig. Das *psychologische Alter* zeigt auf, inwieweit ein Mensch im Vergleich zu anderen in der Lage ist, sich an sein individuelles Älterwerden und den damit verbundenen Anforderungen der Umgebung anzupassen. Bestimmte, oft normativ festgelegte Fähigkeiten oder Verluste werden entweder gut oder ungünstig verarbeitet. Das *soziale Alter* kennzeichnet die in einer Gesellschaft bestehenden Einstellungen und Etikettierungen, die mit einer bestimmten Gruppe in Verbindung gebracht werden (z.B. Kleidung, Familienstand, Sprache). Das *funktionale Alter* nimmt auf

die Leistungsfähigkeit in Alltagsfunktionen Bezug. Es stellt den Versuch dar, biologisches, psychologisches und soziales Alter aufeinander zu beziehen (Jürgen Weineck, 2004, S. 524).

Das Alter gehört in allen Gesellschaften neben dem sozialen Status, dem Geschlecht und der ethnischen Gruppenzugehörigkeit zu den zentralen Merkmalen sozialer Differenzierung. Inwieweit in einer Gesellschaft Menschen der Zugang zu sozialen Rollen offensteht oder verwehrt wird, ist demnach auch eine Frage des Lebensalters (Kruse & Wahl, 2010, S. 8).

2.3 Altersphasen in höherem Lebensalter

Es ist nicht einfach zu bestimmen, wann ein Mensch als alt gilt. Die Ausweitung der nachberuflichen Phase durch vorzeitige Pensionierungen einerseits und durch eine verlängerte Lebenserwartung andererseits hat dazu geführt, dass die Einteilung in Erwerbstätige und Rentnerinnen/Rentner zu grob geworden ist. Heute wird von vier Phasen im Lebenslauf älterer Erwachsener ausgegangen, wobei der Beginn der verschiedenen Lebensphasen individuell variieren kann. François Höpflinger (2006) definiert die vier Altersphasen in höherem Lebensalter wie folgt:

1. Phase: Spätes Berufsleben und nahende Pensionierung (etwa 50–65 Jahre)

Frauen und Männer stehen noch im Berufsleben, befinden sich aber kurz vor der Pensionierung. Das Alter variiert, indem die Erwerbstätigkeit endet. Frühpensionierungen (meist ein Jahr vor dem offiziellen AHV-Alter) sind in den letzten Jahrzehnten in der Schweiz rasant angestiegen. In dieser Lebensphase werden die eigenen Kinder erwachsen und ziehen von zu Hause weg (S. 29).

2. Phase: Autonomes Rentenalter – die jungen Alten

(meist ab 64 Jahren bei Frauen/ab 65 Jahren bei Männern)

Einerseits fällt die Erwerbsarbeit weg, andererseits ist diese Lebensphase durch hohe soziale und persönliche Autonomie gekennzeichnet. Gute Gesundheit und hohe Kompetenzen erlauben es, die Zeit nach der Pensionierung nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten und zu geniessen. Frauen und Männer sind meistens engagiert – sei es bei der Unterstützung ihrer Angehörigen (z.B. Enkelkinderbetreuung) oder in der Freiwilligenarbeit (S. 30).

3. Phase: Fragiles Rentenalter – die Betagten, die alten Alten (häufig ab 80 Jahren)

Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen), funktionelle Einschränkungen und Sturzunfälle häufen sich. Funktionale Anpassungen sind notwendig, um ein eigenständiges Leben weiterführen zu können. Bei noch guten geistigen Fähigkeiten müssen Menschen in dieser Phase oft die Grenzen und Einschränkungen des alternden Körpers und externe Hilfe akzeptieren (ibid.). Das Positive in dieser Phase ist der mögliche Beginn von Urgrosselternschaft.

4. Phase: Abhängiges Alter – die Hochaltrigen

Das Risiko von Pflegebedürftigkeit steigt im hohen Alter rasch an. Kognitive und demenzielle Erkrankungen kommen hinzu. Selbstständiges Leben ist kaum mehr möglich. Viele Menschen in dieser Lebensphase sind selbst bei einfachen Alltagsaktivitäten auf Hilfe anderer Menschen angewiesen. Meist folgt in dieser Phase der Umzug in ein Alters- und Pflegeheim (S. 32).

In der vorliegenden Bachelor-Arbeit verwenden die Autorinnen die Bezeichnung *ältere Menschen (60+)*. Diese Bezeichnung schliesst alle oben aufgeführten Altersphasen mit ein.

2.4 Altersmodelle

Die soziale Rolle bestimmt das soziale Alter. Die Beurteilung, ob eine Person jung oder alt ist, ist mit einem Verhaltenskodex verbunden. Die Zugehörigkeit zur Altersgruppe «Alter» kann das Verhalten und Erleben älterer Menschen (60+) beeinflussen, sofern sie die gesellschaftlichen Alterszuschreibungen übernehmen. Ob und in welchem Ausmass das Fremdbild das Selbstbild nachhaltig positiv oder negativ prägt, hängt davon ab, wie stark bindend eine soziale Rolle empfunden wird (Stefan Pohlmann, 2004, S. 25–26).

Das Bild über das Alter hat sich in den letzten Jahrzehnten aufgrund der gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen sowie aufgrund der steigenden Lebenserwartung massgeblich verändert. Gertrud M. Backes und Wolfgang Clemens (zit. in François Höpflinger & Pasqualina Perrig-Chiello, 2009) bestätigen, dass traditionelle Defizitvorstellungen zum Alter weitgehend durch neue gesellschaftliche Modelle des aktiven erfolgreichen und selbstständigen Alterns ersetzt worden sind:

- *Modell des erfolgreichen Alterns:* Aktive Gestaltung von Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Es beinhaltet gesellschaftspolitisch gesundheitsfördernde Ansätze und individuelle Strategien für das aktive Altern. Verpflichtungen zum lebenslangen Lernen und lebenslanger gesunder Lebensführung können die Folge sein (S. 22).
- *Modell des produktiven Alterns:* Auch alte Menschen können bzw. müssen gesellschaftlich wertvolle Leistungen erbringen. Dadurch könnten Forderungen nach einer Erhöhung des Pensionsalters oder der Aufwertung der Freiwilligenarbeit durch ältere Menschen verbunden werden (ibid.).
- *Modell eines «bewussten und selbstgestalteten Alters»:* Altern kann aktiv mitgestaltet werden. Lebenslange Entwicklung und Selbstverwirklichung sind möglich und wichtig. Kombiniert mit Anti-Aging-Tendenzen besteht die Gefahr, das Alter in einer jugendbetonten Gesellschaft verdrängen zu wollen (ibid.).
- *Modell des solidarischen Alterns:* Es ist das neueste Modell und beinhaltet die Generationensolidarität zwischen Jung und Alt. Das Modell umfasst auch die Solidarität von alten gesunden Menschen in Form von Hilfe gegenüber hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen (ibid.).

François Höpflinger (2009) stellt eine Betonung der Gestaltbarkeit des Alters sowie eine starke Differenz zwischen dem tatsächlichen und dem subjektiv empfundenen Alter fest. In einer stark jugendbetonten Gesellschaft ist es für Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen «früher alt aussehen» als Gleichaltrige, besonders schwierig. Viele dieser neuen (Wunsch-)Modelle beziehen sich auf die zweite Altersphase (autonomes Rentenalter). Negative Altersbilder konzentrieren sich hingegen stärker auf die dritte und vierte Altersphase (fragiles Rentenalter, abhängiges Alter). Dort begrenzen altersbezogene Einschränkungen den individuellen Gestaltungsspielraum, die häufig den Umzug ins Alters- und Pflegeheim erfordern. Die längere Selbstständigkeit im Alter bewirkt, dass stationäre Alterseinrichtungen und ihre Bewohnenden noch mehr an den Rand des Lebens gedrängt werden. Die bisherigen Lebenserfahrungen prägen den Umgang mit den jeweiligen Altersprozessen. Folglich werden Menschen je älter sie sind, desto ungleicher (S. 7–8).

2.5 Wohnform Alters- und Pflegeheim

Ein *Altersheim* stellt eine Wohnform dar, bei der die Bewohnenden in der Regel für längere Aufenthalte (meist bis ans Lebensende) aufgenommen werden. Die Bewohnenden erhalten individuelle medizinische und soziale Betreuung (Eidgenössisches Departement des Innern [EDI], 2011, S. 4).

Ein *Pflegeheim* ist eine Institution, welche pflegebedürftige und/oder chronisch-krank Menschen betreut. Den Bewohnenden bietet es Sicherheit, Betreuung und institutionelle Pflege auch bei ausgeprägter Multimorbidität (ibid.).

In der Schweiz gibt es 1'595 Alters- und Pflegeheime unterschiedlicher Grösse. Kleinere Heime haben etwa 25 bis 35 Betten, grosse Heime über 100 Betten (EDI, 2011, S. 9). Nach Angaben des EDI zählt die Wohnbevölkerung der Schweiz 7'743'826 Menschen. Davon sind 1'291'726 Menschen 65 Jahre oder älter. Etwas mehr als 7% der 65+ leben in Alters- und Pflegeheimen, die Mehrheit davon sind Frauen (S. 31). Gesamtschweizerisch kommt nach Höpflinger (2006) in Alters- und Pflegeheimen auf vier Frauen ein Mann. Auch das Pflegepersonal besteht hauptsächlich aus Frauen. Es handelt sich also bei Alters- und Pflegeheimen um stark weiblich geprägte Wohn- und Lebenswelten (S. 44).

Die Alters- und Pflegeheime umfassen hauswirtschaftliche, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Betreuung älterer Menschen, die aufgrund ihres physischen und/oder psychischen Allgemeinzustandes auf Hilfeleistungen angewiesen sind. Die Dienstleistungen der Alters- und Pflegeheime befinden sich heute meistens unter einem Dach, sodass die Bewohnenden nicht umziehen müssen, wenn sich ihre Pflegebedürftigkeit erhöht. Pflegebedürftigkeit ist heute der wichtigste Grund für einen Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim. Weitere Gründe sind z.B. keine Partnerin/kein Partner, kein Freundeskreis sowie Verwahrlosung (Höpflinger, 2006, S. 115). Die stationäre Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen stellt hohe Anforderungen an Pflege und Betreuung und ermöglicht meist eine pflegerische Rund-um-die-Uhr-Versorgung (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich [ISPM], 2008, S. 70).

2.6 Beantwortung der Kapitelfrage und Fazit

Beantwortung der Kapitelfrage

Die Kapitelfrage, was unter Alter verstanden wird, beantworten die Autorinnen folgendermassen:

Das Alter ist nebst dem Geschlecht das wichtigste gesellschaftliche Differenzierungsmerkmal. Es prägt ganze Lebensabschnitte und entscheidet über Teilhabe oder Ausschluss an gesellschaftlichen Aktivitäten. Alter und Altern wird von stereotypischen sowie von Vorurteilen geprägten gesellschaftlichen Vorstellungen mit beeinflusst.

Altersphasen in höherem Lebensalter sind nicht mehr nur durch Erwerbstätige und Rentnerinnen/Rentner zu unterscheiden. Heute wird von vier Phasen im Lebenslauf älterer Erwachsener ausgegangen. Der Beginn der verschiedenen Lebensphasen kann individuell variieren.

Das Altersbild hat sich in den vergangenen Jahrzehnten aufgrund der gesellschaftlichen und demografischen Veränderung massgeblich verändert. Der «Imagewandel» des Alters durch moderne gesellschaftliche Altersmodelle kann mit der gesteigerten Lebenserwartung und mit der längeren Selbstständigkeit im Alter zu tun haben.

Die Alters- und Pflegeheime umfassen hauswirtschaftliche, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Betreuung älterer Menschen, die aufgrund ihres physischen und/oder psychischen Allgemeinzustandes auf Hilfeleistungen angewiesen sind.

Fazit

Das Älterwerden ist in unserer auf Leistung und Jugendlichkeit orientierten Gesellschaft trotz verbesserter Lebensbedingungen und mehr Gestaltungsmöglichkeiten einfacher, gleichzeitig aber auch anspruchsvoller geworden. Alterungsprozesse verlaufen heute aufgrund der vielen beruflichen und sozialen Wahlmöglichkeiten und der gesellschaftlichen Veränderungen individueller.

Die Soziale Arbeit sowie die Alters- und Pflegeheime werden aufgrund der demografischen Alterung vermehrt mit älteren Menschen in Kontakt kommen. Das bedeutet, dass die professionellen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit und die Wohnformen für die älteren Menschen erweitert werden müssen. Damit verbunden ist die individuelle Aus- oder Weiterbildung der Sozialarbeitenden zum Thema Alter. In den Alters- und Pflegeheimen wird die Soziale Arbeit zukünftig vermehrt ein neues Aufgabenfeld bearbeiten können.

Im nachfolgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, was unter Alkoholabhängigkeit verstanden wird.

3. Alkohol und Abhängigkeit

*«Der Alkohol ist die Droge unserer Gesellschaft,
mit der wir von Kindheit an täglich konfrontiert werden.»*

(Wolf-Detlef Rost, zit. in Lützenkirchen et al., 2010, S. 19)

Dieses Kapitel befasst sich mit der Frage: Was wird unter Alkoholabhängigkeit verstanden? Zu Beginn wird der Begriff Alkohol und dessen Akzeptanz in der Gesellschaft aufgezeigt. Darauf folgen die Begriffserklärungen Abhängigkeit und Sucht sowie die Alkohol-Konsummuster. Anhand der Typologie der Alkoholikerinnen und Alkoholiker wird die Zielgruppe der Bachelor-Arbeit – die late-onset-Trinkenden – und im Vergleich dazu die early-onset-Trinkenden vorgestellt. Anschliessend folgen die Verlaufsphasen einer Alkoholabhängigkeit. Zum Schluss wird die zweite Kapitelfrage und damit verbunden die erste Fragestellung beantwortet und ein Fazit gezogen.

3.1 Begriff Alkohol

Das Wort Alkohol, auch bekannt als «Geist des Weins», «Lebenswasser» oder «Feuerwasser» ist arabischen Ursprungs (Al-Kuhl) und bedeutet «feines Pulver», «Augenschminke» sowie «das Feinste» (Michael Soyka & Heinrich Kufner, 2008, S. 1). Die Eidgenössische Alkoholverwaltung [EAV] definiert Alkohol als Sammelbegriff für eine organisch-chemische Stoffklasse (2010, S. 39). Die Naturwissenschaft entdeckte im 17. Jahrhundert die chemische Struktur des Alkohols. Nach Sucht Info Schweiz (2011) wird die Substanz, die allen alkoholischen Getränken zugrunde liegt als Ethylalkohol (Ethanol, C_2H_5OH) bezeichnet. Ethanol, auch Trinkalkohol genannt, ist eine wasserhelle, leicht entzündliche, brennend schmeckende Flüssigkeit. Für Genusszwecke entsteht Ethanol bei der Vergärung von Früchten, Getreide oder Kartoffeln. Ethanol lässt sich auch rein synthetisch herstellen und findet als Industrialkohol zur Herstellung von Lösungsmitteln für Lackzusätze, für kosmetische Erzeugnisse, als Thermometerfüllung und von Arzneimitteln Verwendung (S. 1).

3.2 Alkohol in der Gesellschaft

Nach Angaben der Sucht Info Schweiz (2011) wird in der Alkoholforschung die Trinkmenge an sogenannten Standardgläsern gemessen (1 dl Wein, 3 dl Bier, 0,2 dl Schnaps) (S. 3). Der Konsum alkoholischer Getränke in der Schweiz nimmt seit 1990 (jährlicher Konsum von etwa 11 Litern pro Kopf) tendenziell ab und stagniert seit 2008 bei jährlich etwa 8,7 Litern reinen Alkohols pro Kopf (EAV, 2010, S. 21). Im Jahr 2009 konsumierte eine Person durchschnittlich 37,9 Liter Wein, 57,3 Liter Bier, 3,9 Liter Spirituosen und 1,5 Liter Obstwein. Männer trinken deutlich häufiger und mehr Alkohol als Frauen (Sucht Info Schweiz, 2011, S. 2).

In der Schweizer Gesellschaft existiert nach Sucht Info Schweiz (2011) beim Alkoholkonsum eine Ambivalenzkultur. Alkohol ist als Kultur- und Konsumgut fest in der Gesellschaft verankert und leicht verfügbar. Nebst dem Nikotin ist Alkohol die am häufigsten verbreitete legale, stoffgebundene psychotrope Substanz (S. 1). Zu gesellschaftlich bedeutsamen Ereignissen wie Weihnachten, Jahreswechsel und Familienfesten sowie zu einem guten Essen und zum gemütlichen Beisammensein gehört das «gepflegte Trinken» für viele Menschen dazu (Wilma Funke & Dieter Garbe, 2002, S. 11).

Die Reaktion der Gesellschaft gegenüber dem auffälligen Alkoholkonsum älterer Menschen (60+) lässt sich nach Meyer und Müller (2009b) durch zwei Grundmuster charakterisieren: Zum einen durch wohlmeinende Toleranz, die sich in einem grosszügigen Laissez-faire äussert. Typische Ausdrucksschemata dazu sind z.B. «Nun lass sie/ihn doch...» oder «nun können wir ihr/ihm den Alkohol auch nicht mehr wegnehmen...». Dem gegenüber steht die paternalistische Einstellung, welche das Ziel verfolgt, das Wohlergehen anderer Personen auch ohne deren Einwilligung, im Extremfall gegen ihren Willen, herzustellen. Dabei werden die betroffenen Personen ihrer Autonomie beraubt (S. 21).

3.3 Täglicher Alkoholkonsum im Alter

Die Einnahme alkoholischer Getränke bewirkt individuelle Stimmungsveränderungen wie z.B. Entspannung, Euphorisierung, Steigerung von Genussfähigkeit und Geselligkeit, aber auch Vergessen von Sorgen und die Reduzierung von Stresserleben (Funke & Garbe, 2002, S. 11).

Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 des BFS (2008a, S. 5) zeigen, dass täglicher Alkoholkonsum im Alter häufig ist und dass Männer deutlich mehr Alkohol trinken als Frauen (Tab. 1). Dies gilt nach Angaben der Sucht Info Schweiz (2011) für alle Altersgruppen (S. 2). Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) schätzt, dass etwa zwei Drittel der Alkoholabhängigen in der Schweiz Männer sind (2006, S. 7). Das Bundesamt für Gesundheit [BAG] geht davon aus, dass in der Schweiz etwa 300'000 Alkoholabhängige leben. Die Dunkelziffer der nicht erfassten Alkoholabhängigen schätzt das BAG als hoch ein (ohne Datum, Zahlen und Fakten).

Alkoholkonsum mindestens 1-mal pro Tag		
Alter	Männer	Frauen
45–54 Jahre	23%	9%
55–64 Jahre	32%	15%
65–74 Jahre	43%	22%
75+ Jahre	46%	17%

Tab. 1: Täglicher Alkoholkonsum der Schweizer Bevölkerung ab 45-jährig (BFS, 2008a, S. 5).

Zu beachten ist, dass nicht alle Menschen in gleichem Masse dazu neigen, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Entscheidend ist die Trinkmenge, die individuelle Vulnerabilität (Verletzlichkeit) sowie die erlernten Strategien, mit den verschiedenen Anforderungen des Lebens zurechtzukommen (Kreft & Mielenz, 2005, S. 43).

Täglicher Alkoholkonsum kann beim Erwachsenen nach sechs bis acht Jahren und bei Jugendlichen nach vier bis sechs Jahren zur Alkoholabhängigkeit führen (Kreft & Mielenz, 2005, S. 44). In der Tab. 2 werden der Krankheitsbeginn und die dazugehörigen individuellen sozialen Bedingungen bei Alkoholabhängigen im Alter dargestellt.

Krankheitsbeginn bei Alkoholabhängigen im Alter		
	Early-onset-Trinkende	Late-onset-Trinkende
Alter	unter 60	über 60
Häufigkeit	2 Drittel	1 Drittel
Persönlichkeit	instabil	relativ stabil
Wohnsitz	häufig wechselnd	konstant
Familienanamnese*	positiv	negativ
Intoxikationstage**	häufig	selten
Therapiechancen	mässig	gut
*Anamnese: Krankengeschichte		
**Intoxikation: Vergiftung des Körpers durch zu hohen Alkoholkonsum		

Tab. 2: Krankheitsbeginn und die dazugehörigen individuellen sozialen Bedingungen bei Alkoholabhängigen im Alter (nach Mundle et al., 1998 in Soyka & Küfner, 2008, S. 327).

Die SFA schätzt den Anteil der late-onset-Trinkenden (Späteinsteigerinnen, Späteinsteiger, ab 60+) auf einen Drittel und denjenigen der early-onset-Trinkenden (Früheinsteigerinnen, Früheinsteiger) auf zwei Drittel aller alkoholabhängigen Personen in der Schweiz (ohne Datum, S. 9).

3.4 Begriffe Abhängigkeit und Sucht

Das Wort Sucht leitet sich etymologisch vom germanischen «siech» und dem gotischen «suikan» ab, was krank bedeutet, und drückt damit schon vom Wort her die Leid erzeugenden Folgen für die Betroffenen und deren Umgebung aus. Bei der Bezeichnung Sucht handelt es sich um einen unscharfen, umgangssprachlichen Begriff (Brigitte Vetter, 2007, S. 151).

Um eine wissenschaftlich präzise Diagnose und eine Behandlung von Suchtproblemen zu ermöglichen, ersetzte die WHO 1964 den Begriff Sucht durch Abhängigkeit. Der Begriff Abhängigkeit ist wertneutraler, deshalb verwenden die Autorinnen ausschliesslich diesen Begriff.

Der Begriff Abhängigkeit wurde durch die Begriffe psychische und physische Abhängigkeit erweitert, womit eine Differenzierung der Abhängigkeitsform möglich ist (Soyka & Kufner, 2008, S. 7).

- Die *psychische Abhängigkeit* zeichnet sich aus durch das unwiderstehliche Verlangen nach einer weiteren oder dauernden Einnahme einer Substanz, hier Alkohol, um Lust zu erzeugen oder Missbehagen zu vermeiden, und sie ist mit einer mangelnden Kontrollfähigkeit verbunden. In der Fachsprache wird dieses Verlangen als «Craving» bezeichnet. Die psychische Abhängigkeit stellt das eigentliche Problem einer Abhängigkeitsentwicklung dar (ibid.).
- Die *physische Abhängigkeit* kennzeichnet das Auftreten von Entzugssymptomen und die Toleranzentwicklung. Entzugssymptome treten nach längerem Konsum von Alkohol und dessen nachfolgendem Absetzen auf. Die Toleranzentwicklung fordert eine Dosissteigerung nach längerem Konsum, um die gleiche Wirkung wie am Anfang zu erzielen (ibid.).

3.5 Alkoholabhängigkeit nach ICD-10

Die Klassifikation von Krankheiten dient mittels der international verwendeten Klassifikationssystemen ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO) und DSM IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen als Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung [APA]) dazu, nach einheitlichen Vorschriften ein vollständiges Bild einer Krankheit zu erhalten. In beiden Systemen werden für die Klassifikation einer spezifischen Störung Leitlinien und Kriterien beschrieben (Eva Kleinemeier, 2004a, S. 14–16).

In der Schweiz wird in den psychiatrischen Kliniken, in den Spitälern und Heimen sowie bei den Krankenkassen hauptsächlich mit dem ICD-10 gearbeitet. Die Autorinnen zeigen deshalb die Abhängigkeitskriterien des ICD-10 näher auf und gehen nicht auf das DSM IV ein.

Eine **Alkoholabhängigkeit gilt als Krankheit**, weist eine medizinische Diagnose auf und wird anhand der folgenden sechs ICD-10-Kriterien festgelegt:

- Starkes Verlangen nach Alkohol
- Verlust der Kontrollfähigkeit über Anfang, Beendigung und Menge des Konsums
- Körperliche Entzugssymptome beim Reduzieren oder Absetzen des Alkohols
- Toleranzentwicklung gegenüber der Wirkung des Alkohols, dadurch Steigerung der Alkoholmenge, um die gewohnte Wirkung zu erreichen
- Vernachlässigung anderer Interessen und Aktivitäten zugunsten des Alkoholkonsums
- Trotz Kenntnis über eindeutig schädliche soziale, physische sowie psychische Folgen, wird der Alkoholkonsum weitergeführt

Sind innerhalb eines Jahres mindestens drei dieser Kriterien gleichzeitig vorhanden, wird von einer Alkoholabhängigkeit im medizinischen Sinne gesprochen (Horst Dilling, Werner Mombour & Martin Heinrich Schmidt, 2008, S. 99–100).

3.6 Konsummuster

Ein Konsummuster wird als das Verhalten einer Person mit dem Suchtmittel, hier Alkohol, verstanden. Die Unterscheidung nach Konsummuster erlaubt es, die unterschiedlichen therapeutischen Interventionen auf den jeweiligen Konsumtyp abzustimmen. In Anlehnung an neuere internationale Wissenschaftsstandards der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen [EKDF] unterscheidet die schweizerische Alkoholpolitik grundsätzlich die drei folgenden Konsummuster (Abb. 1):

Risikoarmer Konsum

Konsum, bei dem die Wahrscheinlichkeit einer Selbst- und/oder Fremdschädigung gering ist. Der Begriff ist allerdings nicht scharf definierbar, da die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung von zahlreichen Grössen abhängt wie z.B. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Konsummotivation der konsumierenden Person; Art, Toxizität und Menge der konsumierten Substanz resp. Begleitsubstanzen; Häufigkeit des Konsums und das Konsumumfeld (BAG, 2010, S. 93).

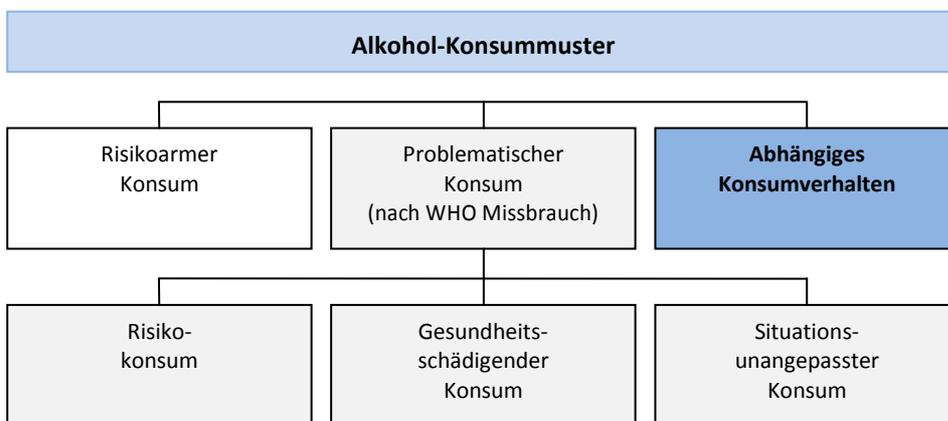


Abb. 1: Alkohol-Konsummuster im Überblick (BAG, 2008, S. 7).

Problematischer Konsum

Unter diesen Begriff fallen der *Risikokonsum*, der *gesundheitsschädigende Konsum* und der *situationsunangepasste Konsum* (z.B. Fahren in angetrunkenem Zustand). Beim Risikokonsum sind die Probleme nicht sichtbar aber unterschwellig vorhanden. Der gesundheitsschädigende Konsum führt zu konkreten Problemen auf physischer, psychischer oder sozialer Ebene. Beim problematischen Alkoholkonsum muss keine Abhängigkeit vorliegen (BAG, 2010, S. 92).

Abhängiges Konsumverhalten

Die Entwicklung einer Abhängigkeit kann sich über Jahre erstrecken oder sich innerhalb von sehr kurzer Zeit einstellen (Kap. 2.2). Es gibt keine bestimmte Konsummenge, die anzeigt, ab wann jemand abhängig ist (BAG, 2010, S. 90).

Als Alkoholikerinnen und Alkoholiker werden diejenigen Menschen bezeichnet, die vom Alkohol so abhängig sind, dass sie nicht mehr auf ihn verzichten können. Die gesellschaftliche Bezeichnung Alkoholikerin/Alkoholiker ist oft verbunden mit Charakterschwäche, Willensschwäche und Inkompetenz. Seit 1968 gilt die Abhängigkeit nach WHO als Krankheit (Vetter, 2008, S. 172).

3.7 Typologien der Alkoholikerinnen und Alkoholiker

Die wissenschaftlichen Typologien der Alkoholikerinnen und Alkoholiker stellen ein Ordnungssystem der Trinkgewohnheiten dar. Die grössere Homogenität innerhalb eines Typus lässt klarere Aussagen hinsichtlich Bedingungsfaktoren, Verlaufsphasen und Folgeschäden einer Alkoholabhängigkeit zu (Soyka & Kufner, 2008, S. 250).

In der Literatur gibt es eine Vielzahl verschiedener Typologien der Alkoholikerinnen und Alkoholiker. Diese sind kaum mehr überschaubar. Die Autorinnen stellen die **Zielgruppe der Bachelor-Arbeit** – die **late-onset-Trinkenden** – und im Vergleich dazu die early-onset-Trinkenden vor.

Die beiden Typologien unterteilen die älteren Alkoholabhängigen nach ihrem Konsumbeginn:

- **Early-onset-Trinkende:** Früheinsteigerinnen/-einsteiger, die schon in jungen Jahren (unter 21 Jahren) mit dem Alkoholkonsum begonnen haben, der sie bis in das hohe Alter hinein begleitet (auch alt gewordene, chronische Alkoholiker genannt). Im Verlauf des jahrzehntelangen Alkoholkonsums entstehen klinische Kontakte (z.B. Hausarzt, Spital, Suchtberatungsstellen, Entzugskliniken). Meist handelt es sich um eine multimorbide Patientengruppe (Mehrfacherkrankte), oft mit einer lang andauernden sozialen Desintegration und mit einer häufig langen psychiatrischen und suchtherapeutischen Anamnese (Krankheitsgeschichte) (Meyer & Müller, 2009a, S. 3).
- **Late-onset-Trinkende:** Späteinsteigerinnen/-einsteiger, die erst in späteren Jahren (60+) eine Alkoholabhängigkeit entwickeln. Nach Meyer und Müller (2009a) beschreiben mehrere Studien, dass bei late-onset-Trinkenden der Auslöser einer Abhängigkeit meist kritische Lebensereignisse sind, z.B. Pensionierung. Den betroffenen Personen mangelt es an Bewältigungsstrategien, um die subjektiv empfundenen Belastungs- und Stresssituationen zu verarbeiten. Bei late-onset-Trinkenden wird zwischen drei Formen unterschieden:
 - a) **Symptomatische Form:** Bei dieser Gruppe handelt es sich um eine sekundäre oder symptomatische Alkoholabhängigkeit bei einer zugrunde liegenden somatischen oder psychischen Erkrankung (z.B. Demenz oder Depression).
 - b) **Subakute, maladaptive Form:** Die Alkoholabhängigkeit erfolgte als Ausdruck eines misslungenen Übergangs ins dritte Lebensalter (häufig nach Pensionierung auftretend) im Sinne einer untauglichen Selbstmedikation.
 - c) **Akute reaktive Form:** Die Abhängigkeit stellt sich nach einem kritischen Lebensereignis (z.B. Pensionierung, Partnerverlust) ein (S. 3).

Grundlegende soziale Unterschiede zwischen early- und late-onset-Trinkenden	
Early-onset-Trinkende	Late-onset-Trinkende
niedriger sozioökonomischer Status	hoher sozioökonomischer Status
geringe Bildung	hohe Bildung
Erfahrung von exzessivem Trinkverhalten in der Familie	wenig familiäre Trinkerfahrung
häufig geschieden oder Single	häufig familiäre Bindungen
Vermeidungsverhalten bei Konflikten	problemlösungsorientiertes Verhalten
häufig Probleme mit der Justiz	selten Probleme mit der Justiz
Langzeitraucherinnen und Langzeitraucher	häufig Nichtraucherinnen und Nichtraucher

Tab. 3: Grundlegende soziale Unterschiede zwischen early- und late-onset-Trinkenden (Dirk K. Wolter, 2011, S. 104).

Zwischen den early-onset-Trinkenden und den late-onset-Trinkenden bestehen grundlegende medizinische, psychologische und soziale Unterschiede (Tab. 3). Weiter unterscheiden sie sich in Bezug auf Trinkgewohnheiten, Krankheitsverlauf und Therapiechancen. Early-onset-Trinkende weisen einen schwereren Krankheitsverlauf auf als late-onset-Trinkende.

3.8 Verlaufsphasen einer Alkoholabhängigkeit

Bevor ein Mensch in eine Alkoholabhängigkeit gerät, durchläuft er das Vor- und das Gewohnheitsstadium – «vom Laster zur Krankheit». Die Entstehung einer Abhängigkeit verläuft immer in Phasen.

Vorstadium

Der Konsum von Alkohol kann psychische Funktionen wie Wohlbefinden und Entspannung unterstützen. Er kann den Abbau von Hemmungen, Linderung von Angst, Schmerz oder Vergessen ermöglichen oder auf den Erhalt sowie die Steigerung von Leistungsfähigkeit ausgerichtet sein. Die dank der psychotropen Substanz positiv erlebten Gefühlszustände (Beruhigung, Stimulanz, Halluzination) werden zu Beginn meist unbewusst, später bewusst durch weiteren Konsum immer wieder hervorgerufen (BAG, 2010, S. 14).

Gewohnheitsstadium

Auf das Vorstadium folgt das Gewohnheitsstadium. Im Gewohnheitsstadium wird der Alkohol zunehmend häufiger, regelmässiger, intensiver und in grösseren Mengen konsumiert. Der Alkoholkonsum wird zur Gewohnheit und physische und/oder psychische Gewöhnung treten ein. Die positiven Effekte sind geringer als im Vorstadium (Suzanne Lischer, 2011, S. 8).

Abhängigkeitsstadium

Erst nach dem mehr oder minder deutlichen Durchlaufen des Vor- und Gewohnheitsstadiums gelangt ein Mensch in das Abhängigkeitsstadium. Es gibt keine bestimmte Konsummenge, die anzeigt, ab wann jemand abhängig ist. Durch die Abhängigkeit entstehen Schäden im physischen, psychischen und sozialen Bereich. Der im Gewohnheitsstadium erlebte Konsumzwang führt im Abhängigkeitsstadium zum Kontrollverlust. Der Alkohol ist zum dominanten Lebensinhalt geworden (BAG, 2010, S. 90).

3.9 Beantwortung der Kapitelfrage, der ersten Fragestellung und Fazit

Beantwortung der Kapitelfrage

Die Kapitelfrage, was unter Alkoholabhängigkeit verstanden wird, beantworten die Autorinnen wie folgt:

Alkohol ist in unserer Gesellschaft ein akzeptiertes und als Kultur- und Konsumgut fest verankertes und leicht verfügbares Suchtmittel. Alkohol ist ein Begleiter durch alle Schichten der Gesellschaft.

Um eine präzise Diagnose und eine Behandlung der Alkoholabhängigkeit zu ermöglichen, ist die Unterscheidung der Alkohol-Konsummuster sowie die Differenzierung nach psychischer und physischer Abhängigkeit von Bedeutung. Mittels der Klassifikation von Krankheiten nach ICD-10 oder DSM IV ist es möglich, anhand von Leitlinien und Kriterien ein vollständiges Bild der Alkoholkrankheit zu erhalten.

Die Schädlichkeit des Alkoholkonsums hängt nicht nur vom Konsummuster ab. Ebenso von Bedeutung sind Faktoren wie das Alter, der gesundheitliche Allgemeinzustand, die durchschnittliche Trinkmenge pro Jahr und Gelegenheit, das konkrete Konsumumfeld oder die individuellen Reaktionsmuster unter Alkoholeinfluss. Die Entstehung einer Abhängigkeit ist ein dynamischer und fließender Prozess.

Die Unterteilung der älteren Alkoholabhängigen nach ihrem Konsumbeginn ergibt die early-onset-Trinkenden und die late-onset-Trinkenden. Zwischen den beiden Typologien bestehen grundlegende medizinische, psychologische und soziale Unterschiede. Weiter unterscheiden sie sich in Bezug auf Trinkgewohnheiten, Krankheitsverlauf und Therapiechancen. Early-onset-Trinkende weisen einen schwereren Krankheitsverlauf auf als late-onset-Trinkende.

Bevor ein Mensch in eine Alkoholabhängigkeit gerät, durchläuft er das Vor- und das Gewohnheitsstadium. Durch die Abhängigkeit entstehen Schäden im physischen, psychischen und sozialen Bereich.

Fazit

Die Symptome einer Alkoholabhängigkeit werden lange nicht beachtet oder erkannt. Die Begründung kann darin liegen, dass der Alkohol gesellschaftlich akzeptiert und leicht verfügbar ist. Es kann aber auch sein, dass viele Menschen das reale Gefährdungspotenzial des Alkohols verkennen und die nötige Distanz und den Respekt vor dem Alkohol und seinen Folgen verlieren.

Für die Sozialarbeitenden in allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit ist es wichtig, dass sie die Anzeichen eines problematischen oder abhängigen Konsummusters erkennen können. Mit dem Wissen um die Situation, ist es den Sozialarbeitenden möglich, adäquat reagieren zu können und die Alkoholproblematik anzusprechen.

Im Hinblick auf Interventionen ist es für die Sozialarbeitenden wichtig, die drei Verlaufsphasen einer Alkoholabhängigkeit zu kennen. Je nach Konsummuster braucht es unterschiedliche und individuelle Interventionen. Die Interventionen bei den late-onset-Trinkenden im Alters- und Pflegeheim können sich auf die Verbesserung der Gesundheit, die Reduktion des Alkoholkonsums und damit auf die Erhöhung der Lebensqualität richten. Mehr dazu im sechsten Kapitel.

Beantwortung der ersten Fragestellung

Mit der Beantwortung der Kapitelfrage «Was wird unter Alter verstanden?» in Kap. 2.6 und der oben aufgeführten Kapitelfrage «Was wird unter Alkoholabhängigkeit verstanden?» ist die erste Fragestellung «Was wird unter Alter und Alkoholabhängigkeit verstanden?» beantwortet.

Das folgende Kapitel zeigt auf, welche Ursachen zu einer Alkoholabhängigkeit im Alter führen und was die Folgen für die alkoholabhängigen älteren Menschen sein können.

4. Ursachen und Folgen von Alkoholabhängigkeit im Alter

*«Sucht ist ein ebenso schillernder Begriff wie Liebe:
Jede und jeder, der sie erlebt, verbindet
damit seine ganz persönlichen Vorstellungen.»*

(Dirk R. Schwoon, 2004, S. 37)

Dieses Kapitel befasst sich mit der zweiten Fragestellung: Welche Ursachen führen zu einer Alkoholabhängigkeit im Alter und was sind die Folgen für die alkoholabhängigen älteren Menschen?

Zu Beginn erläutern die Autorinnen die Aspekte der menschlichen Identitätsbildung und die Entwicklungsaufgaben, welchen sich Menschen im Alter stellen müssen. Anschliessend werden die wesentlichen Ursachen für die späte Alkoholabhängigkeit auf der Ebene Individuum, Sozialfeld, Substanz (Alkohol) und Gesellschaft aufgezeigt und anhand der Systemtheorie erklärt. Weiter werden die physischen, psychischen und sozialen Folgen, welche Alkoholabhängigkeit im Alter auslösen können, erläutert. Am Schluss folgen die Beantwortung der zweiten Fragestellung und ein Fazit.

4.1 Identität und Entwicklungsaufgaben im Alter

4.1.1 Begriff Identität

Nach Hillmann (2007) bedeutet Identität die Übereinstimmung einer Person mit sich selbst. Die persönliche Identität bezieht sich auf die Einmaligkeit des Individuums im Zusammenhang mit seiner Lebensgeschichte. Identität bildet sich erst im Verlaufe der Sozialisation durch Interaktionen mit anderen und das Lernen von sozialen Rollen (S. 355).

Identität und Identitätsbildung ist ein lebenslanger Prozess. Die mit dem Älterwerden verbundenen beruflichen, persönlichen und sozialen Änderungen stellen die Identität des Individuums durch innere Zweifel oder Änderungen des Fremdbildes immer wieder in Frage. Identität umfasst das menschliche Grundbedürfnis nach Anerkennung und Zugehörigkeit. Sie ermöglicht dem Individuum die Selbstverortung, individuelle Sinnbestimmung und sozial akzeptierte Formen der individuellen Bedürfnisbefriedigung (Heiner Keupp, 2011, S. 636–637).

4.1.2 Fünf Säulen der Identität

Die Integrative Therapie, welche von Hilarion Petzold 1965 begründet wurde, umschreibt mit dem Modell der fünf Säulen Lebensbereiche, in denen Menschen ihre Identität entwickeln. Die Säulen enthalten: Leib und Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit, Leistung und Freizeit, materielle Sicherheit sowie Werte und Normen. Die Säulen beeinflussen sich gegenseitig und verändern sich im Verlauf des Lebens. Zum vollen Identitätserleben gehören die fünf Säulen zusammen. Wenn eine wegfällt, kann sie nicht von den anderen kompensiert werden (Hilarion Petzold & Ulrike Mathias, 1982, S. 172).

Fehlende Copingstrategien und mangelnde Ressourcen verhindern, dass beeinträchtigte Lebensgefühle und die mögliche Bedrohung der Identität in einem oder mehreren Lebensbereichen wieder ausgeglichen bzw. abgewendet werden können (Getrud M. Backes & Wolfgang Clemens, 2008, S. 175).

4.1.3 Entwicklungsaufgaben

Gemäss der Theorie der Identitätsbildung von Erik E. Erikson verläuft die menschliche Entwicklung in acht Stufen: Vertrauen vs. Misstrauen (1. Lebensjahr); Autonomie vs. Scham und Zweifel (2.–3. Lebensjahr); Initiative vs. Schuldgefühl (4.–5. Lebensjahr); Leistung bzw. Werksinn vs. Minderwertig-

keitsgefühl (6. Lebensjahr bis Pubertät); Identität vs. Rollenkonfusion (13.–20. Lebensjahr); Intimität vs. Isolierung (20 bis etwa 45 Jahre); Generativität vs. Stagnation (45 bis 65 Jahre); Integrität vs. Verzweiflung (65 bis Tod) (Sophia Altenthan, Sylvia Betscher-Ott, Wilfried Gotthardt, Hermann Hobmair, Reiner Höhle, Wilhelm Ott, Rosmarie Pöll & Karl-Heinz Schneider, 2008, S. 223–228).

Die Reihenfolge der Entwicklungsstufen ist durch genetische Entwicklungsprogramme festgelegt. Auf jeder Stufe muss der Mensch Krisen bewältigen. Die Art und Weise, wie er diese bewältigt, beeinflusst die nachfolgenden Entwicklungsstufen. Der positive Entwicklungsschritt ist geglückt, wenn die Entscheidung der Anpassung nach den eigenen Werten geschieht (Dieter Ulich, 1987, S. 65).

Ältere Erwachsene befinden sich in der achten und letzte Stufe: *Ich-Integrität gegen Verzweiflung*. Sie beinhaltet die Konfrontation mit dem Tod und die Lebensbilanz. Im günstigen Fall ist das Individuum mit sich, seinen Mitmenschen und der Umwelt ins Reine gekommen (Ich-Integrität). Fällt die Lebensbilanz negativ aus, besteht die Gefahr der Verzweiflung (Altenthan et al., 2008, S. 228).

Die erfolgreiche Bewältigung der entwicklungsbedingten Aufgaben (Abb. 2) bildet die Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit des alternden Menschen (Altenthan et al., 2008, S. 332). Wenn der betroffene ältere Mensch versagt oder Konflikte entstehen, kommt es zu starken intrapsychischen Belastungen, die Erikson als «Lebenskehl und Verzweiflung» beschreibt. Dabei steigt die Gefahr, physisch oder psychisch Schaden zu nehmen (Barbara Bojack, Elke Brecht & Christina Derr, 2010, S. 23).

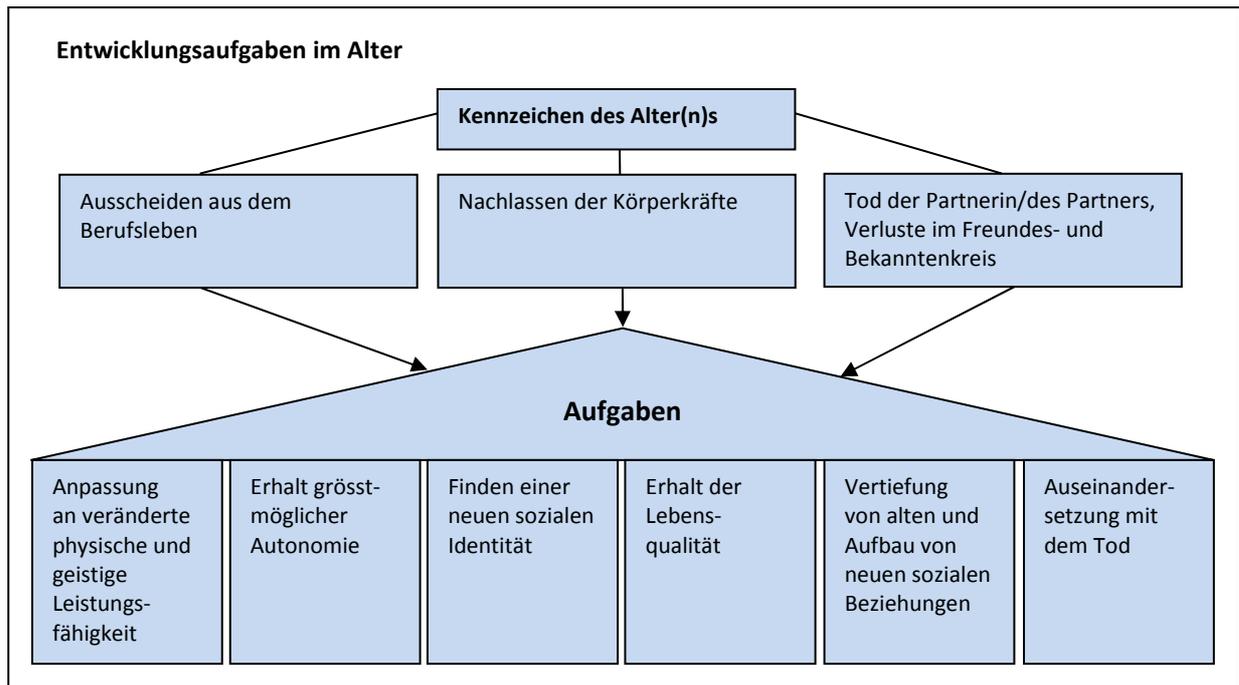


Abb. 2: Entwicklungsaufgaben im Alter (Altenthan et al., 2008, S. 335).

Um auf neue Situationen und Aufgaben reagieren zu können, greifen Menschen auf Copingstrategien zurück. Der Begriff Coping umfasst angepasste, flexible, zielgerichtete und differenzierte Formen des Umgangs mit Belastungen. Coping wirkt stabilisierend und ermöglicht Individuen in belastenden Situationen die psycho-soziale Anpassung (Bojack et al., 2010, S. 24). Bei Veränderungen reagieren ältere Menschen in der Regel so, wie sie es bisher immer getan haben. Dabei bilden eine stabile Partnerschaft, ein gutes soziales Umfeld, stabile Kontrollüberzeugungen, Interesse und Aktivität wichtige Ressourcen (Marianne Künzel-Schön, 2000, S. 11). Geistige Einschränkungen können dazu

führen, dass ältere Menschen unflexibler werden und sich weniger rasch auf neue Situationen einstellen können (Suchthilfe Direkt, ohne Datum, S. 19). Vermeidende Copingstrategien, wie Verleugnung und Distanzierung, können zu einer Fehlentwicklung, z.B. Alkoholabhängigkeit, führen. Eine aktive Auseinandersetzung mit dem Verlust und den Folgen, das Verbalisieren von Gefühlen und bewusste Trauerarbeit begünstigen die Wiederherstellung des neuen psychischen Gleichgewichts (Ulich, 1987, S. 137).

Die Fähigkeit zur Verarbeitung von Belastungssituationen im Alter hängt mit der Lebenserfahrung, der Persönlichkeit und der emotionalen Stabilität zusammen (Backes & Clemens, 2008, S. 100).

4.2 Multifaktorielle Ursachen für Alkoholabhängigkeit beim Individuum

Gemäss Vetter (2007) sind sich Fachpersonen aus der Medizin einig, dass für die Entstehung und Entwicklung von Alkoholabhängigkeit multifaktorielle Ursachen auf mehreren Ebenen verantwortlich sind. Die Ebenen sind: Individuum, Sozialfeld, Substanz (hier Alkohol), Gesellschaft sowie die drei Konsummuster (Abb. 3). Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit kann ursprünglich primär nur durch einen der Faktoren ausgelöst werden (S. 155–157). Das Multifaktorielle Ursachenmodell versucht, den Anspruch auf Vollständigkeit der vielseitigen Ursachen zu erfüllen und berücksichtigt dabei Hypothesen und Ergebnisse aus unterschiedlichen Untersuchungsansätzen (Lischer, 2011, S. 13). Da die gesellschaftspolitische Ebene einen wesentlichen Einfluss hat, weshalb Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen immer noch nicht ernst genommen wird, erachten die Autorinnen das Multifaktorielle Ursachenmodell für diese Bachelor-Arbeit als besonders geeignet. Die Autorinnen haben das Modell auf die late-onset-Trinkenden angepasst.

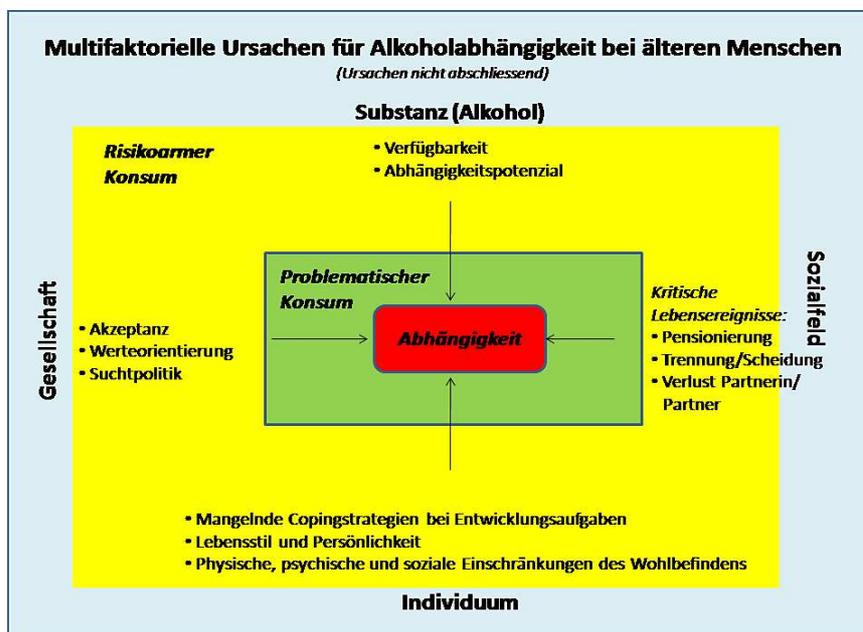


Abb. 3: Multifaktorielle Ursachen bei late-onset-Trinkenden (eigene Darstellung).

Die vier Faktorengruppen Individuum, Sozialfeld, Substanz und Gesellschaft stehen in Wechselwirkung zueinander. Wenn irgendwo eine Veränderung stattfindet, z.B. durch eine Scheidung, hat das Auswirkungen auf die übrigen Faktoren. Abhängigkeitsprozesse sind immer als komplexe und heterogene biografische Verläufe zu betrachten (Dirk K. Wolter, 2011, S. 66). Alkoholabhängige ältere Menschen bilden eine heterogene Gruppe. Die Wechselwirkungen zwischen dem Individuum, des sozialen Umfeldes und der Substanz (Alkohol) werden vom Public-Health-Ansatz in der schweizerischen Sucht-

politik unterstrichen. Der Public-Health-Ansatz beinhaltet ein gesundheitspolitisches Konzept, bestehend aus Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und weiteren gesundheitsbezogenen Interventionen. Diese Interventionen richten sich auf die Verbesserung der Gesundheit, der Lebensverlängerung und der Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungsgruppen (BAG, 2010, S. 25).

Die im Modell aufgeführten Faktoren, welche Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen verursachen können, werden nachfolgend erklärt.

4.2.1 Ebene Individuum

Lebensstil und Persönlichkeit

Grundsätzlich gilt: Je höher der Alkoholkonsum im mittleren Lebensabschnitt, umso grösser das Risiko einer Alkoholabhängigkeit im Alter. Dabei sind Menschen, die trotz altersbedingter nachlassender Alkoholtoleranz ihren problematischen Konsum nicht einschränken, Konflikten aus dem Weg gehen, unter Belastungssituationen vermehrt trinken und ein Umfeld haben, das den Alkoholkonsum nicht thematisiert, besonders gefährdet (Wolter, 2011, S. 104). Gemäss Höpflinger (2009) hängt die Gesundheit im Alter eng mit dem bisherigen Lebensstil und Gesundheitsverhalten zusammen (S. 6).

Nach Pasqualina Perrig-Chiello hat das Wohlbefinden einen grossen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Lebenszufriedenheit der älteren Menschen. Wohlbefinden lässt sich dabei in die Gruppen physische, psychische und soziale Ressourcen einteilen. Diese werden im Laufe des Alterungsprozesses eingeschränkt (zit. in Backes & Clemens, 2008, S. 208).

Physische Einschränkungen

Chronische Erkrankungen und physische Beschwerden nehmen im Alter zu. Häufig dient der Alkohol als Selbstmedikation, um physische Beschwerden zu lindern oder Schmerzen erträglicher zu machen (Backes & Clemens, 2008, S. 208). Multimorbidität im Alter setzt die Stressresistenz der Betroffenen herab. Zudem überschneiden sich dadurch häufig alters- und alkoholbedingte Symptome, was die Diagnose erschwert. Oft wird Alkoholabhängigkeit von (Haus-)Ärztinnen/(Haus-)Ärzten, Pflegenden als «kleineres» Übel angesehen oder fehldiagnostiziert (Meyer & Müller, 2009a, S. 9–10).

Psychische Einschränkungen

Psychische Ressourcen unterscheiden sich nach Persönlichkeitsvariablen wie Selbstkonzept, Kontrollüberzeugungen und kognitiven Variablen wie Intelligenz und Gedächtnis. Für das psychische Wohlbefinden sind innerliche Kontrollüberzeugungen besonders wichtig. Es macht einen Unterschied, ob man sich einer schwierigen Situation oder Belastungen gewachsen fühlt oder nicht. Bei kognitiven Leistungseinbussen bestehen starke individuelle Unterschiede, die eng mit den physischen, psychischen und sozialen Ressourcen zusammenhängen (Backes & Clemens, 2008, S. 208). Untersuchungen belegen, dass die persönliche Umgebung sowie Aktivitäten die Aufrechterhaltung von intellektuellen Fähigkeiten im höheren Alter massgebend positiv beeinflussen (Künzel-Schön, 2000, S. 71).

Soziale Einschränkungen

Soziale Ressourcen wie Nachbarschaft, Finanzen, soziales Netz und Wohnverhältnisse verändern sich während des Älterwerdens, z.B. durch den Auszug der Kinder. Eine Pensionierung, die altersbedingte Zunahme von Todesfällen im Familien- und Freundeskreis sowie die abnehmende Mobilität führen dazu, dass sich soziale Kontakte im Laufe des Älterwerdens immer mehr reduzieren. Damit geht auch ein Teil der sozialen Kontrolle verloren, und eine Alkoholabhängigkeit bleibt länger unentdeckt (Backes & Clemens, 2008, S. 209).

Nach Meyer und Müller (2009a) sind folgende psycho-soziale Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit im Alter besonders wesentlich:

- unfreiwillige Veränderung der Lebensumstände
- Sinnverlust, Langeweile, mangelnde Zukunftsperspektiven
- Einsamkeit, Isolation
- gedankliche Beschäftigung mit dem Tod
- Funktions- und Aktivitätsverlust
- Verlust an persönlicher Autonomie (S. 10).

Nach Herbert J. Leherr (2009) sind Gefühle von Langeweile, des «Nicht-mehr-gebraucht-Werdens», Einsamkeit oder die Konfrontation mit Krankheit oder Behinderung oft genannte Gründe, um mit Alkohol die Situation erträglicher zu machen (S. 14).

Einschränkungen des Wohlbefindens und kritische Lebensereignisse (z.B. Pensionierung, Scheidung, Tod der Partnerin/des Partners) sind emotional belastend, unabhängig davon, ob sie absehbar waren oder überraschend kamen. Entscheidend für den Leidensdruck ist die kognitive Bewertung der Situation. Wird sie negativ bewertet, entstehen Gefühle wie z.B. Unfähigkeit (Altenthan et al., 2008, S. 193–194). Eine emotionale Belastung kann sich auch in einer Krise zeigen, die Gerald Caplan (zit. in Dieter Ulich, 1985, S. 17) wie folgt definiert: «Periode des Ungleichgewichts, die von psychischem und physischem Unbehagen begleitet sowie von begrenzter Dauer ist, und die zeitweilig die Fähigkeit der Person, kompetent zu bewältigen oder die Sache in den Griff zu bekommen, stark strapaziert.» Nach Soyka und Küfner (2008) kann Alkohol in einer Stress- oder Krisensituation beruhigend oder angstlösend wirken (S. 235).

4.2.2 Ebene Sozialfeld

Nach Backes und Clemens (2008, S. 175), Ulich (1987, S. 79) sowie Meyer und Müller (2009a, S. 10) hilft Alkoholkonsum, kritische Lebensereignisse besser zu ertragen. Wie in Kap. 3.7 erwähnt, können bei den late-onset-Trinkenden kritische Lebensereignisse der Auslöser einer Alkoholabhängigkeit sein. Deshalb werden nachfolgend die kritischen Lebensereignisse näher ausgeführt.

Kritische Lebensereignisse

Kritische Lebensereignisse bedeuten deutliche, abrupte Veränderungen in der Kontinuität einer Lebenssituation. Die wesentlichen Bedürfnisse, Interessen und Überzeugungen der betroffenen Person werden in Frage gestellt (Ulich, 1987, S. 79). Nach Backes und Clemens (2008) erfordern sie von der betroffenen Person psycho-soziale Anpassungs- und Bewältigungsleistungen in Form von Copingstrategien. Kritische Lebensereignisse können entweder als bedrohlich oder als einschneidend, sowohl negativ wie auch positiv, empfunden werden. Subjektiv und objektiv gesehen, müssen sie jedoch bedeutsam sein (S. 175).

Als kritische Lebensereignisse gelten bei älteren Menschen nach Altenthan et al. (2008) insbesondere:

- Austritt aus dem Erwerbsleben
- Trennung und Scheidung
- Tod der Partnerin/des Partners (S. 332).

Sie werden nachfolgend beschrieben:

Austritt aus dem Erwerbsleben

Bei einer Pensionierung bzw. bei einer erzwungenen Frühpensionierung werden Menschen gezwungen, die Lebensbezüge und sozialen Beziehungen neu zu ordnen. Die Pensionierung bedeutet für viele Menschen eine grosse, und vor allem für Männer teilweise eine krisenhafte Umstellung: Weniger Einkommen, berufliche Kontakte brechen ab und Anerkennung aus dem Berufsleben fallen weg (Altenthan et al., 2008, S. 333). Gemäss Toni Faltermaier müssen innerhalb einer Partnerschaft neue Formen des Zusammenlebens gefunden und Aufgaben neu verteilt werden. Beziehungen, die sich nach der Aufgabe der Erwerbstätigkeit als «unerträglich» herausstellen, können mit Alkohol vermeintlich besser ertragen werden (zit. in Altenthan et al., S. 333). Männer bekunden nach Höpflinger (2009) mit der fehlenden Tagesstruktur und der verstärkten sozialen Isolation oft mehr Mühe als Frauen (S. 7). Nach Barbara Mary Hiss (2003) sind vor allem sehr leistungsorientierte Menschen, deren Lebensinhalt sich vorher ausschliesslich auf die Arbeit konzentriert hat, gefährdet (S. 21).

Trennung und Scheidung

In den letzten Jahrzehnten haben Trennungen und Scheidungen im Alter deutlich zugenommen. Das veränderte Rollenbild und die gewachsene finanzielle Unabhängigkeit der Frau könnten dabei eine Rolle spielen. Die schleichende Entfremdung und Desillusionierung zwischen den Eheleuten oder das «Fremdgehen» der Partnerin/des Partners gelten als Hauptgründe. Scheidungen wirken sich auf die sozialen Beziehungen zu den Kindern aus und können das Risiko für Suizid, soziale Isolation, finanzielle Probleme und Depressionen erhöhen (Backes & Clemens, 2008, S. 73). Paare mit traditionellen Rollenvorstellungen haben ein höheres Risiko, im Alter geschieden zu werden als Paare mit einer partnerschaftlichen Rollenverteilung (Eckart Hammer, 2007, S. 65).

Verlust der Partnerin/des Partners

Todesfälle werden im Alter naturgemäss wahrscheinlicher. Verwitwung trifft aufgrund der höheren Lebenserwartung mehr Frauen als Männer. Die Bewältigungschancen der überlebenden Partnerin/des überlebenden Partners sind eingeschränkt, wenn vorher keine oder wenig soziale Unterstützung und Integration bestanden hat oder soziale Kompetenzen wie Kommunikation oder Konfliktfähigkeit fehlten. Frauen profitieren bei der Bewältigung der Trauerphase von ihren vertiefteren sozialen Fähigkeiten (Backes & Clemens, 2008, S. 73). Der Tod der Partnerin/des Partners erzwingt ebenfalls eine Neuorientierung. Entscheide müssen alleine getroffen werden, die Vertrauens- und Begleitperson für Gespräche, Rat und Freizeitaktivitäten fehlt. Die ausgelösten Emotionen wie Schock, Trauer, Ängste, Verzweiflung und Schuldgefühle sind äusserst belastend. Entscheidend für die Bewältigung des Partnerverlustes ist die soziale und emotionale Unterstützung durch Familie und Freunde während der Trauerphase (Altenthan et al., 2008, S. 333). Die Beziehungspflege oder das Knüpfen von neuen Kontakten fällt älteren Menschen oftmals, u.a. wegen der eingeschränkten Mobilität, schwerer. Alkohol dient häufig als Beziehungersatz und zur Abhilfe von Gefühlen des Schmerzes und der Trauer (Hiss, 2003, S. 21).

4.2.3 Ebene Alkohol

Verfügbarkeit

Die Verfügbarkeit des Alkohols hängt mit den gesellschaftlichen Werten und Leitbildern zusammen. Diese spiegeln sich im Verkaufspreis, in Ausschankzeiten, in Orten der Kauf- und Konsummöglichkeiten sowie in gesetzlichen Bestimmungen, z.B. Altersbeschränkungen (Dirk R. Schwoon, 2004, S. 19). Laut

dem BAG (2010) steht die schweizerische Alkoholpolitik im stetigen Spannungsfeld zwischen Individuum, Gesellschaft, Staat und Markt. Dabei stehen Interessen des Gesundheitsschutzes denjenigen der Wirtschaftsfreiheit gegenüber (S. 21).

Abhängigkeitspotenzial

Die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit ist in Kap. 3.8 beschrieben. Das Abhängigkeitspotenzial hängt mit der Wirkung der Medikamente und den neurobiologischen Eigenschaften der Substanz zusammen. Alkohol weist gegenüber anderen Suchtmitteln, z.B. Nikotin, ein geringeres Abhängigkeitsrisiko auf (Wolter, 2011, S. 73).

4.2.4 Ebene Gesellschaft

Akzeptanz

Wie in Kapitel 3.2 ausgeführt, ist Alkoholkonsum in der Schweiz weit verbreitet. Das BAG (2010) beurteilt die breite gesellschaftliche Akzeptanz von Alkohol ebenfalls als gefährlich. Viele Menschen verkennen das reale Gefährdungspotenzial und verlieren die nötige Distanz und den Respekt vor dem Alkohol und seinen Folgen (S. 41). Johannes Lindenmeyer (2005) spricht hier von einem «Eisbergphänomen», da nur ein kleiner Teil der durch Alkohol verursachten Probleme öffentlich wird (S. 34). Nach Meyer und Müller (2009a) begründen alters- und geschlechtsspezifische Normen, weshalb Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen wenig beachtet wird (Kap. 3.3). Männern wird im Gegensatz zu den Frauen grösserer Alkoholkonsum vielfach als «Torheit des Alters» verziehen (S. 9–10).

Werteorientierung

Lützenkirchen et al. (2008) halten fest, dass Sucht im Alter allgemein in kommunalen und institutionellen Gremien kaum ein Thema ist. Im Vordergrund stehen nach wie vor die Jugendlichen, welche als besonders vulnerable Gruppe gelten. Alkoholabhängige Menschen sind mit Vorurteilen belegt und werden, sobald ihr Zustand auffällt, ausgegrenzt. Wenn dazu noch die Problemlage «Alter» hinzukommt, häufen sich die negativen Zuschreibungen. Diese Menschen gelten in der Gesellschaft als «Ballastexistenz» (S. 80).

Suchtpolitik

In der Schweiz sind die älteren Menschen als potenziell gefährdete Zielgruppe für eine Alkoholabhängigkeit noch wenig politisch diskutiert. Nationale Aufklärungskampagnen richten sich hauptsächlich an Jugendliche oder an Autofahrende. Im neuen Leitbild zur Suchtpolitik strebt das BAG (2010) eine Differenzierung der Zielgruppenorientierung über den Jugendschutz hinaus an (S. 7). Obwohl ältere Menschen in Zusammenhang mit Suchtkrankheiten erwähnt werden, äussert das BAG keine konkreten Absichtserklärungen bei dieser Zielgruppe (S. 72). Innerhalb des Nationalen Programmes Alkohol (NPA) 2008–2012 wird versucht, die schweizerische Alkoholpolitik strategisch auszurichten und die Aktivitäten aller beteiligten Stellen und in Organisationen zu koordinieren (S. 37). Konkrete Massnahmen auf Bundesebene betreffend alkoholabhängigen älteren Menschen sind den Autorinnen nicht bekannt.

4.3 Systemtheoretische Erklärung zu Alkoholabhängigkeit

Es gibt zahlreiche Theorien und Modelle zur Erklärung von Alkoholabhängigkeit. Die Autorinnen führen die Systemtheorie aus.

Die Systemtheorie ermöglicht den Sozialarbeitenden, Alkoholabhängigkeit nicht nur als individuelles Problem, sondern als dynamisches Phänomen zwischen den Systemen zu verstehen. Zudem erzeugt die systemische Perspektive neue Informationen über das System (Arist von Schlippe & Jochen Schweitzer, 2007, S. 51).

Bei diesem Ansatz stehen die wechselseitigen Beziehungen eines Individuums mit seiner Umwelt im Zentrum. Grundannahme ist, dass alle einzelnen Elemente eines Lebensbereichs, hier System genannt (z.B. Familie), dem ein Mensch angehört, zueinander in einer wechselseitigen Beziehung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Der Begriff «System» umfasst eine Ganzheit, die aus einzelnen Elementen besteht (Altenthan et al., 2008, S. 43–44). Systeme sind geschlossen, beziehen und organisieren sich aus sich selbst heraus. Systeme werden durch Kommunikation bestimmt und gelten als kontingent. Kontingenz bedeutet, dass etwas geschieht oder nicht geschieht (Jürgen Nowak, 2009, S. 81–82). Aufgrund ihrer selbstorganisierten Funktion können Systeme von aussen nicht zerstört, sondern lediglich verstört werden (von Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 51).

Ein kritisches Lebensereignis verunmöglicht es einem sozialen System (z.B. Familie), nach den gewohnten Regeln weiter zu funktionieren. Es erzwingt neue Rollen und Funktionen, da bisher vorhandene nicht mehr ausgefüllt werden können. Die Betroffenen müssen ihr Verhaltensrepertoire überarbeiten, z.B. durch Erlernen neuer Copingstrategien und sich neue Rollen suchen. Individuen probieren neue Verhaltensweisen aus, die sich in akzeptierenden und ablehnenden Verhaltensmustern äussern können. Ablehnende Verhaltensmuster wollen die Veränderung beseitigen, akzeptierende Verhaltensmuster bauen auf der veränderten Situation auf. Alkoholabhängigkeit als Folge eines unbewältigten kritischen Lebensereignisses gilt als ablehnendes Verhaltensmuster, das sich (erfolglos) mit dem Wiederherstellen der Vergangenheit befasst. Indem das Individuum versucht, seine unbefriedigende Situation zu verändern, wird das gesamte System dysfunktional (Walter Milowiz, 2009, S. 58–68).

Nach Paul Watzlawick (zit. in Milowiz, 2009) ist Alkoholabhängigkeit als Symptom ein Mittel der Metakommunikation (Kommunikation über die Beziehung), das ausdrückt «Mach dir Sorgen um mich». Gleichzeitig erzwingt es einen anderen Umgang mit der betroffenen Person (S. 69).

Die Folgen von Alkoholabhängigkeit im Alter sind gross. Das nachfolgende Kapitel beschreibt die physischen und psychischen Schädigungen sowie die Auswirkungen auf das soziale Umfeld.

4.4 Folgen von Alkoholabhängigkeit im Alter

Wie aufgeführt, beeinflusst die Alkoholabhängigkeit kurzfristig das aktuelle Verhalten und langfristig die Persönlichkeit sowie das soziale Umfeld der betroffenen Person. Physische und psychische Gesundheitsprobleme sind weitere Folgen. Die Alkoholabhängigkeit verstärkt den physischen Abbau. Der Alterungsprozess wird dadurch beschleunigt. Jedoch müssen nicht alle alkoholabhängigen älteren Menschen zwingend von den nachfolgend aufgeführten Schädigungen betroffen sein.

4.4.1 Somatische Erkrankungen

Alkoholkonsum in grösseren Mengen kann fast alle Organe schädigen. Der Alkohol ersetzt häufig die Ernährung, was zu Mangelerscheinungen führt. Zudem wirkt Alkohol toxisch (vergiftend) auf die Zellen der inneren Organe und des Herz-, Kreislauf- und Nervensystems. Alkoholabhängigkeit kann das Krebsrisiko erhöhen. Der erhöhte Alkoholabbau über die Leber kann zu Leberschädigungen führen. Bei

alkoholabhängigen Menschen stellen Stoffwechsel- und immunologische Störungen sowie Hautveränderungen (z.B. Gesichtsrötungen) weitere physische Erkrankungen dar. Eine weitere Problematik ist die Alkoholepilepsie (Krampfanfälle). Sie geht einher mit Bewusstlosigkeit, Zungenbiss, Muskelstarre sowie Schüttelkrämpfen am ganzen Körper und kann zu kurzfristigem Atemstillstand führen (Theo Wessel & Heinz Westermann, 2002, S. 62–68).

Neben den organischen Erkrankungen sind Unfälle und Stürze eine häufige Folge der Alkoholabhängigkeit. Der Alkoholkonsum, verbunden mit Medikamenten (z.B. Schlaf- und Schmerzmittel), kann schädliche Nebenwirkungen hervorrufen und die Wirkung der einzelnen Substanzen verstärken oder abschwächen. Aufgrund der ähnlichen Wirkmechanismen der Medikamente und des Alkohols haben Alkoholabhängige ein erhöhtes Risiko, schneller und in höheren Dosierungen von den Medikamenten abhängig zu werden. Diese sogenannte Kreuztoleranz bewirkt, dass von Beginn an eine höhere Dosierung der Medikamente benötigt wird, um die gewünschte Wirkung zu erreichen (Heike Schwemmer, 2009, S. 24–25).

4.4.2 Psychische Erkrankungen

Nach Soyka und Kufner (2008) wirkt sich Alkoholabhängigkeit langfristig störend auf das psychomotorische Verhalten (Sprechen, Bewegungskoordination), auf das visuelle System (Sehstörungen) und auf kognitive Funktionen sowie insgesamt negativ auf die Leistungsfähigkeit aus. Alkoholabhängigkeit führt zu Hirnschädigungen und damit verbunden zu einer Wesensveränderungen der alkoholabhängigen Person, z.B. durch eine Verlangsamung der Psychomotorik, des Denkvermögens und durch mangelndes Konzentrationsvermögen. Typische Verhaltensänderungen sind Unzuverlässigkeit, Gleichgültigkeit, Reizbarkeit, Vernachlässigung des äusseren Erscheinungsbildes bis zur Verwahrlosung. Unter Alkoholeinfluss kann es in Konfliktsituationen zu Gewalttaten und verbalen Aggressionen kommen (S. 233–236).

Eine Alkoholabhängigkeit kann zur Entwicklung einer psychischen Erscheinung, z.B. Depression, Persönlichkeitsstörung, Angststörung und suizidalen Neigungen führen. Die Alkoholabhängigkeit und die psychische Störung entstehen unabhängig voneinander. Sie können sich aber gegenseitig im Krankheitsverlauf beeinflussen (Friedhelm Stetter, 2002, S. 494–498).

Gemäss BFS (2008c) haben Suizide (Selbsttötungen) von älteren Menschen in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Jeder dritte Suizid betraf im Jahr 2004 einen über 65-jährigen Menschen (S. 53). Eine Alkoholisierung spielt bei vielen Suizidversuchen und Suiziden eine Rolle (Stetter, 2002, S. 494).

Neurologische Veränderungen können ebenfalls Folge von Alkoholabhängigkeit sein. Die gravierendste, durch Alkohol verursachte neurologisch-psychische Störung ist das Korsakow-Syndrom. Charakterisiert wird es durch den Verlust des Alltagsgedächtnisses, Störungen der Orientierung und Konzentrationsfähigkeit, unsicheren Gang, Desorientierung und Apathie (Vetter, 2007, S. 289).

4.4.3 Psycho-soziale Probleme

Fachkräfte aus Medizin und klinischer Psychologie bestätigen, dass eine Alkoholabhängigkeit bei den meisten Betroffenen negative Auswirkungen auf die unmittelbare soziale Umgebung hat. Die abhängige Person kann wichtige Rollenaufgaben (z.B. als Partnerin/Partner) nicht mehr erfüllen. Dadurch wird der emotionale und körperliche Kontakt zum Abhängigen geringer. Lautstarke familiäre Auseinandersetzungen und nächtliche Ruhestörungen können in der Nachbarschaft zu weiteren Streitereien und schlimmstenfalls zur Wohnungskündigung führen. Die Alkoholabhängigkeit kann die existenzielle Notlage der alkoholabhängigen Person verschärfen oder herbeiführen. Die laufenden Rechnungen werden nicht mehr bezahlt, die Schulden häufen sich. Delikte wie Kleindiebstähle kommen auch bei alkoholabhängigen älteren Menschen vor. Sie ziehen sich aus Scham und Schuldgefühlen noch mehr zurück und vereinsamen (Wessel & Westermann, 2002, S. 48–50).

Die älteren alkoholabhängigen Menschen begegnen häufig öffentlichem Stigma. Sie können aber auch unter Selbststigma (z.B. durch Scham- und Schuldgefühle) leiden, indem sie die Zuschreibung der Gesellschaft zu ihrer eigenen Überzeugung machen. Das Wort Stigma ist lateinischen Ursprungs und bedeutet Brand- und Schandmal. Diese negativen Merkmale unterscheiden eine Person physisch, psychisch oder sozial von allen übrigen Mitgliedern einer Gruppen oder der Gesellschaft. Ihr droht die soziale Deklassierung, Isolation oder sogar allgemeine Verachtung (Hillmann, 2007, S. 864).

4.5 Beantwortung der zweiten Fragestellung und Fazit

Beantwortung der zweiten Fragestellung

Die zweite Fragestellung: Welche Ursachen führen zu einer Alkoholabhängigkeit im Alter und was sind die Folgen für die alkoholabhängigen älteren Menschen? kann wie folgt beantwortet werden:

Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit ist immer auf mehrere Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen zurückzuführen. Nebst individuellen Faktoren wie z.B. die Einschränkungen des Wohlbefindens sowie kritische Lebensereignisse im Sozialfeld beeinflussen gesellschaftliche Faktoren wie die Suchtpolitik die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Oft wird die Alkoholabhängigkeit bei älteren Menschen nicht erkannt bzw. den altersbedingten Einschränkungen zugeschrieben.

Ältere Menschen (60+) müssen sich mehreren Entwicklungsaufgaben stellen. Dazu gehört u.a. die Anpassung an die veränderte physische und psychische Leistungsfähigkeit. Der Verlust der Partnerin/ des Partners durch Tod oder Scheidung und die Pensionierung können bis dahin stabile Lebensbereiche erschüttern und die eigene Identität in Frage stellen. Entwicklungsaufgaben und kritische Lebensereignisse erfordern von den Betroffenen grosse Anpassungsleistungen. Mangelnde Copingstrategien und Ressourcen verhindern, dass ältere Menschen (60+) diese Belastungen bewältigen können. Systemisch betrachtet gilt Alkoholabhängigkeit als Symptom und Folge eines dysfunktionalen Systems, dessen Dysfunktionalität auf ein kritisches Lebensereignis zurückzuführen ist.

Die somatischen, psychischen und psycho-sozialen Folgen von Alkoholabhängigkeit sind vielfältig und wirken sich meistens auf mehreren Ebenen gleichzeitig aus, beispielsweise Schädigung der Organe und des Herz-, Kreislauf- sowie Nervensystems, der Alkohol stört das psychomotorische Verhalten und kann zu Wesensveränderungen wie Unzuverlässigkeit, Reizbarkeit, Vernachlässigung des äusseren Erscheinungsbildes bis zur Verwahrlosung führen. Bei älteren Menschen ist Alkohol häufig verantwortlich für Stürze oder Unfälle.

Alkoholabhängigkeit beeinflusst das soziale Umfeld der Betroffenen und ist häufig verbunden mit finanziellen Problemen. Alkoholabhängige ältere Menschen und late-onset-Trinkende werden zudem stigmatisiert und gemieden. Als Folge ziehen sie sich noch mehr in die soziale Isolation zurück. Durch den Wegfall der sozialen Kontrolle trinken die Betroffenen allenfalls mehr, und die Alkoholabhängigkeit bleibt länger unerkannt.

Fazit

Älterwerden ist kein einfacher Prozess. Entwicklungsaufgaben im Alter bergen durch kritische Lebensereignisse eine grosse Herausforderung. Die Ursachen für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit im Alter (60+) sind deshalb auch immer auf diesem Hintergrund zu betrachten. Für die Sozialarbeitenden sind entwicklungspsychologisches Wissen und suchtspezifische Kenntnisse hilfreich, um die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit im Alter (60+) erklären zu können. Die Folgen von Alkoholabhängigkeit sind vielfältig und bilden Anlass für zahlreiche psycho-soziale Probleme, mit denen sich die Sozialarbeitenden befassen müssen.

Das folgende Kapitel geht auf die Herausforderungen durch alkoholabhängige ältere Bewohnende für den Alltag im Alters- und Pflegeheim ein.

5. Herausforderungen durch alkoholabhängige ältere Bewohnende für den Alltag im Alters- und Pflegeheim

«Alkoholabhängigkeit ist bei uns im Heimalltag nur eine von vielen Herausforderungen.»

(Irmtraut Bandi, Interview vom 22. Juli 2011)

Dieses Kapitel geht der dritten Frage nach: Welche Herausforderungen ergeben sich durch die alkoholabhängigen älteren Bewohnenden im Alltag eines Alters- und Pflegeheimes?

Zu Beginn werden die Begriffe Co-Abhängigkeit und Konflikt erklärt. Danach zeigen die Autorinnen auf, wie sie das Informationsmaterial erarbeitet haben. Anschliessend werden die Herausforderungen im Heimalltag, die sich durch die alkoholabhängigen Bewohnenden bei den Heimleitenden, den Pflegefachkräften, den Mitbewohnenden sowie dem Reinigungspersonal stellen können, aufgezeigt. Weiter werden ethische Fragestellungen aufgegriffen. Am Schluss folgen die Beantwortung der dritten Fragestellung und ein Fazit.

5.1 Begriffe Co-Abhängigkeit und Konflikt

Co-Abhängigkeit

Eine Co-Abhängigkeit bezeichnet Haltungen und Verhaltensweisen von Personen, die durch ihr Handeln dazu beitragen, dass der abhängige Mensch abhängig bleiben kann (Jörg Fengler, 2002, S. 100). Beispiel: Angehörige bringen ihrem im Heim wohnenden alkoholabhängigen Familienmitglied Alkohol mit und unterstützen damit seine Abhängigkeit. Nach Fengler geschieht das Handeln der Angehörigen meist unter Bitten oder Appellen des Alkoholabhängigen. «Falsche Fürsorge» oder übermässige Liebe kann zu Co-Abhängigkeit führen (S. 100).

Konflikt

Der Begriff Konflikt ist mit negativen Assoziationen wie Streit, Ärger oder Bedrohung verbunden. Das jeweilige Erleben und das Verständnis für den Konflikt hängt von der momentanen Gefühlslage und Lebenssituation der Betroffenen ab sowie von biografischen Erfahrungen mit dem Bewältigen von Konfliktsituationen. Konflikt ist immer mit einem hohen Grad an Aufregung und Spannung verbunden. Um in Konfliktsituationen konstruktiv vorgehen zu können, müssen sowohl Konfliktzusammenhänge als auch die ablaufenden Dynamiken verstanden werden (Günter Buck, 2007, S. 572).

5.2 Methodisches Vorgehen

Fachliteratur und Studien

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, haben die Autorinnen festgestellt, dass in der Schweiz aktuelle Studien zu Häufigkeit, Entstehung, Verlauf, Behandlung und Prävention von Suchtkrankheiten in höherem Alter und im Speziellen bei late-onset-Trinkenden weitgehend fehlen. Zu den spezifischen Herausforderungen an den Alltag in Schweizer Alters- und Pflegeheimen, die durch alkoholabhängige ältere Bewohnende entstehen, gibt es wenig Fachliteratur und einzelne Studien.

Eine aktuelle Studie der Schweiz wurde von der Forel Klinik (Fachklinik für alkohol-, medikamenten- und tabakabhängige Frauen und Männer in Zürich) 2007 durchgeführt. Meyer und Müller (2009a)

haben bei 1'437 Schweizer Alters- und Pflegeheimen eine Erhebung über die Wahrnehmung von Alkoholproblemen und den Umgang mit ihnen erhoben. Die Befragung richtete sich ausschliesslich an die Heimleitenden, wovon 557 den Fragebogen ausgefüllt zurücksandten. Die Studie «Alkohol im Alters- und Pflegeheim: Ethische- [sic!] und Versorgungsaspekte bei Altersalkoholismus» wird aus aktualitätsgründen in der vorliegenden Bachelor-Arbeit am meisten verwendet.

Für die Direktion Altersheime der Stadt Zürich hat Patricia Infanger (2009) eine schriftliche Umfrage bei den Leitenden der Betreuungs- und Pflorgeteams in den 28 Altersheimen der Stadt Zürich zur Auftretenshäufigkeit von problematischem Trinkverhalten, Alkohol und Medikamentensucht sowie zu den dadurch verursachten Hauptproblemen im Heimaltag durchgeführt (S. 33–35).

Die Resultate der Befragungen von Infanger sowie Meyer und Müller sind fast identisch.

Eine ältere Studie aus dem Jahre 1986 als Lizentiats-Arbeit von Elsbeth Kalbermatter im St. Josefs-Altersheim Susten im Kanton Wallis zum Thema «Der Alkoholkonsum im Altenheim» konnte für die Fragestellung zum Teil verwendet werden. Zu Kalbermatter gelangten die Autorinnen nach einem Gespräch mit der Dienststelle Forschungsförderung der Universität Freiburg. Elsbeth Kalbermatter stellte den Autorinnen ihre unveröffentlichte Studie zur Verfügung.

Zusätzlich erweiterten die Autorinnen ihr Fachwissen zur Alkoholabhängigkeit bei älteren Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim mittels Internetrecherchen, Fachbüchern, -artikeln, Lexika und Enzyklopädien und lassen dieses in die Bachelor-Arbeit einfließen.

Telefonische und E-Mail-Auskünfte

Im Weiteren unterstützten Spezialistinnen und Spezialisten diverser Fachstellen die Autorinnen durch telefonische sowie E-Mail-Auskünfte. Die Aufzählung ist nicht abschliessend: Dienststelle Forschungsförderung der Universität Freiburg; Forel Klinik, Kompetenzzentrum für die Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Tabakabhängigkeit; Pro Senectute Thun, Heim-Infostelle; Sozialamt des Kantons Bern für private Haushalte und Heime, die Suchtpatientinnen und -patienten aufnehmen; Direktion Altersheime der Stadt Zürich, Stabsstelle Betreuung und Pflege; Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA); Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM).

Leitfadeninterviews mit Expertinnen und Experten

Um sich nebst der Fachliteratur und den Studien ein realistisches Bild zu den Herausforderungen durch alkoholabhängige Bewohnende im Alltag des Alters- und Pflegeheimes machen zu können, haben die Autorinnen sechs Expertinnen/Experten zu diesem Thema ausgewählt. Die Fachpersonen decken die Bereiche Sozialdienstleitung (Irmtraut Bandi), Heimleitung (Therese Kohli), Pflegefachfrau im Alters- und Pflegeheim, Suchtberatungsstelle (Ruedi Studer, dipl. Sozialarbeiter FH) und den medizinischen Bereich (Prof. Dr. med. Michael Soyka, international bekannter Suchtforscher und ärztlicher Direktor der Privatklinik Meiringen) ab. Die Autorinnen haben Richard Müller als Mitverfasser der Studie: «Alkohol im Alters- und Pflegeheim: Ethische- [sic!] und Versorgungsaspekte bei Altersalkoholismus» angefragt.

Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch. Die Interviewtermine wurden per Mail vereinbart. Die Interviews wurden mittels Leitfaden durchgeführt. Der Fragenkatalog wurde den Expertinnen/Experten vorgängig per Mail zugesandt. Die Fragen wurden entsprechend dem Berufsfeld der Expertinnen/Experten angepasst.

Zu Beginn der Interviews wurden die Expertinnen/Experten über die Verwendung der Daten informiert sowie ihre Einwilligung eingeholt, sie mit Namen in der Bachelor-Arbeit nennen zu dürfen. Die Gespräche dauerten zwischen 60 und 90 Minuten. Eine Autorin übernahm die Gesprächsleitung, die andere Autorin führte Handnotizen und fragte bei Unklarheiten nach.

Die Handnotizen wurden von den Autorinnen direkt im Kapitel verwendet. Es erfolgte keine separate Aufarbeitung der Daten.

Durch die Interviews haben die Autorinnen keine neuen Erkenntnisse zur vorhandenen Fachliteratur und den Studien erhalten. Gewissheit erhielten die Autorinnen insofern darüber, dass keines der drei Alters- und Pflegeheime ein Konzept für alkoholabhängige Bewohnende führt.

5.3 Interviews mit Expertinnen und Experten

Die Interviews wurden mit folgenden Fachpersonen geführt:

- Bandi, Irmtraut; Leiterin Sozialdienst des Alters- und Pflegeheimes Utzigen; Interview vom 22. Juli 2011
- Kohli, Therese; Heimleiterin des Alters- und Pflegeheimes Glockenthal, Steffisburg; Interview vom 24. August 2011
- Müller, Richard; Dr. phil., Soziologe, Mitverfasser der Studie «Ethische- [sic!] und Versorgungsaspekte bei Altersalkoholismus», 2009a; Interview vom 23. August 2011
- Pflegefachfrau; Alters- und Pflegeheim Schlössli am See, Bönigen b. Interlaken (die Gesprächspartnerin will namentlich nicht erwähnt werden, deshalb verwenden die Autorinnen ihre Berufsbezeichnung); Interview vom 24. August 2011
- Studer, Ruedi; dipl. Sozialarbeiter FH, Sozial-Beratungszentrum Luzern (SoBZ); Interview vom 11. August 2011
- Soyka, Michael; Prof. Dr. med., ärztl. Direktor der Privatklinik Meiringen, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie; Interview vom 2. September 2011

Die Autorinnen hätten gerne eine alkoholabhängige Person im Heim interviewt. Dies, um zu erfahren, wie sie/er das Leben mit der Alkoholabhängigkeit im Heim, den Heimalltag und die Behandlungsmöglichkeiten erlebt. Die Anfragen wurden von den Heimleitenden aus Datenschutzgründen abgelehnt.

In den folgenden Kapiteln werden die Erkenntnisse aus der Fachliteratur und den Studien mit den Aussagen der Interviewpartnerinnen/-partner ergänzt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten die Autorinnen in diesem Kapitel darauf, jeweils das Interviewdatum als Quelle anzugeben. Die Textpassagen, welche die Interviewpartnerinnen/-partner sprechen lassen, werden in *Kursivschrift* dargestellt.

5.4 Anteil alkoholabhängige Bewohnende

In Bezug auf Alkoholkonsum im Alters- und Pflegeheim zeigt sich nach Meyer und Müller (2009b), dass in praktisch allen der 557 Heime Menschen wohnen, die ein problematisches Konsumverhalten zeigen. In zwei Dritteln (371) der Heime leben eine bis zwei Personen, die einen abhängigen Alkoholkonsum pflegen (S. 24).

Die Umfrage von Infanger (2009) zeigt, dass in praktisch allen Heimen der Stadt Zürich Bewohnende leben, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. In 19 Heimen leben zwei Bewohnende, die alkoholabhängig sind (S. 33).

Im St. Josefs-Altersheim Susten (Wallis) zeigt sich nach Kalbermatter (1986), dass 19 der 150 Bewohnenden einen problematischen bis abhängigen Alkoholkonsum ausweisen (S. 79).

Nach Einschätzung von Irmtraut Bandi verfügen 40 der 200 Bewohnenden des Alters- und Pflegeheimes Utzigen über ein problematisches und abhängiges Konsumverhalten. Gemäss der Aussage von Therese Kohli weisen zwei der 48 Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim Glockenthal eine Alkoholabhängig-

keit auf. Nach Angaben der Pflegefachfrau lebt eine Person der 33 Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim Schlössli am See mit einer Alkoholabhängigkeit.

Irmtraut Bandi, Therese Kohli und die Pflegefachfrau bestätigen den in der Einleitung erwähnten Umstand, dass die Alkoholabhängigkeit der Bewohnenden nicht im Alters- und Pflegeheim entstand, sondern dass die Personen bereits mit der Abhängigkeit ins Heim eingezogen sind.

Wie im Kap. 2.5 dargestellt gibt es in der Schweiz 1'595 Alters- und Pflegeheime (EDI, 2011, S. 9) in denen gesamthaft 91'931 Bewohnende leben (S. 11). Anhand der oben aufgeführten Zahlen zeigt sich der Anteil der Bewohnerinnen/der Bewohner mit einem problematischen und abhängigen Alkoholkonsum als relativ klein (etwa 1%). Unklar ist, wie viele davon late-onset-Trinkende sind. Mit Blick auf das einzelne Alters- und Pflegeheim kann aber bereits eine Bewohnerin/ein Bewohner mit einem problematischen oder abhängigen Konsumverhalten den Heimaltag negativ beeinflussen. Dabei gilt es zu beachten, dass es auch alkoholabhängige Bewohnende gibt, die sich an die internen Abläufe und Regeln halten und im Heimaltag weder auffallen noch stören.

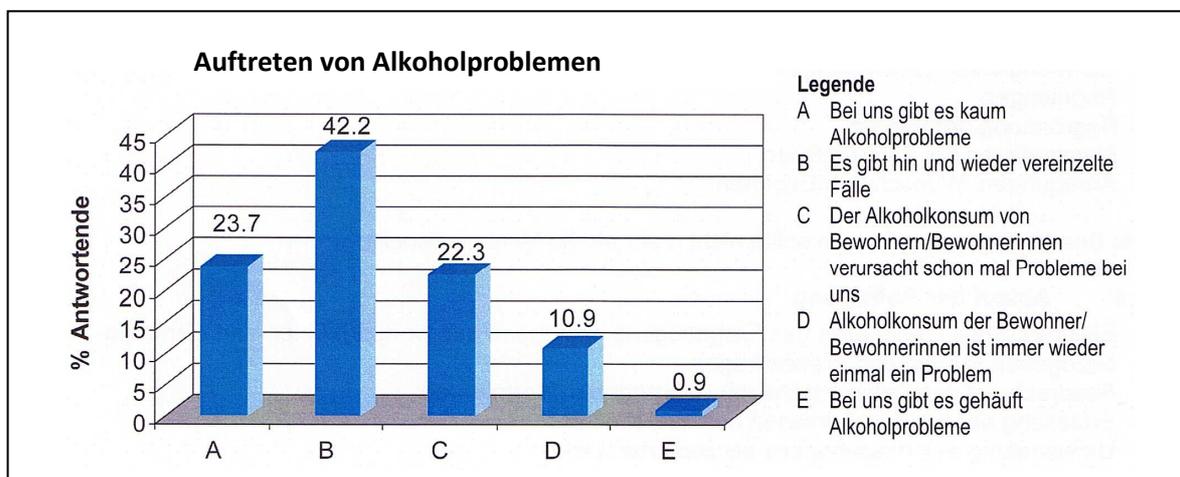
Nachfolgend ein Blick auf die Herausforderungen im Heimaltag, welche durch die alkoholabhängigen Bewohnenden entstehen können.

5.5 Herausforderungen im Heimaltag durch die Alkoholabhängigkeit

Wie nehmen die Heimleitenden sowie die Pflegefachkräfte die Problematik der Alkoholabhängigkeit bei den Bewohnenden wahr? Gibt es institutionelle Regeln betreffend des Alkoholkonsums im Heim? Wie wird im Alters- und Pflegeheim auf Regelverletzungen reagiert? Welche Konflikte können durch die alkoholabhängigen Bewohnenden im Heim entstehen? Antworten auf diese Fragen werden nachfolgend aufgezeigt.

5.5.1 Wahrnehmung der Alkoholabhängigkeit im Heimaltag

Die Studie von Meyer und Müller (2009a) zeigt deutlich, dass die Alkoholabhängigkeit in den Alters- und Pflegeheimen von den Heimleitenden nicht als Problem wahrgenommen wird (Tab. 4). Die überwiegende Mehrheit der 557 Heimleitenden, nämlich 65,9% (A und B) stellen kaum oder nur vereinzelt resp. hin und wieder eine Alkoholabhängigkeit bei Bewohnenden im Heimaltag fest. 22,3% haben schon mal Probleme und 10,9% der Befragten sagen, dass der Alkoholkonsum der Bewohnenden immer wieder einmal ein Problem darstelle. Lediglich 0,9% (das sind fünf der 557 Heimleitenden) äusserten sich, häufig Probleme mit alkoholabhängigen Bewohnenden zu haben (S. 14–16).



Tab. 4: Auftreten von Alkoholproblemen in Alters- und Pflegeheimen (Meyer & Müller, 2009a, S. 16).

Beim Recherchieren haben die Autorinnen die gleichen Erfahrungen gesammelt wie Meyer und Müller (2009a) durch die Studie «Ethische- [sic!] und Versorgungsaspekte bei Altersalkoholismus» und Kalbermatter (1986) mittels ihrer Lizentiats-Arbeit «Der Alkoholkonsum im Altenheim». Die telefonisch angefragten Alters- und Pflegeheimleitenden im Kanton Bern haben die Frage, ob bei ihnen im Heim alkoholabhängige ältere Personen wohnen würden, meistens verneint.

Obwohl Irmtraut Bandi und Therese Kohli von der neuen Bewohnerin/dem neuen Bewohner Offenheit beim Eintrittsgespräch erwarten, können sie gut nachvollziehen, wenn die Alkoholabhängigkeit verschwiegen wird. Da die meisten alkoholabhängigen Bewohnenden durch eine Hausärztin/einen Hausarzt oder von der Psychiatrischen Klinik ins Heim überwiesen werden, existieren Einweisungsberichte. Diese enthalten die Familien- und Krankheitsanamnese (sofern bekannt), den Einweisungsgrund, ihre/seine gesundheitliche Situation (z.B. Alkoholabhängigkeit) sowie Angaben zur Medikamentenindikation. Eine Alkoholabhängigkeit ist jedoch kein Ausschlusskriterium für eine Aufnahme in die Alters- und Pflegeheime Utzigen und Glockenthal.

Pflegefachkräfte und alkoholabhängige Bewohnende

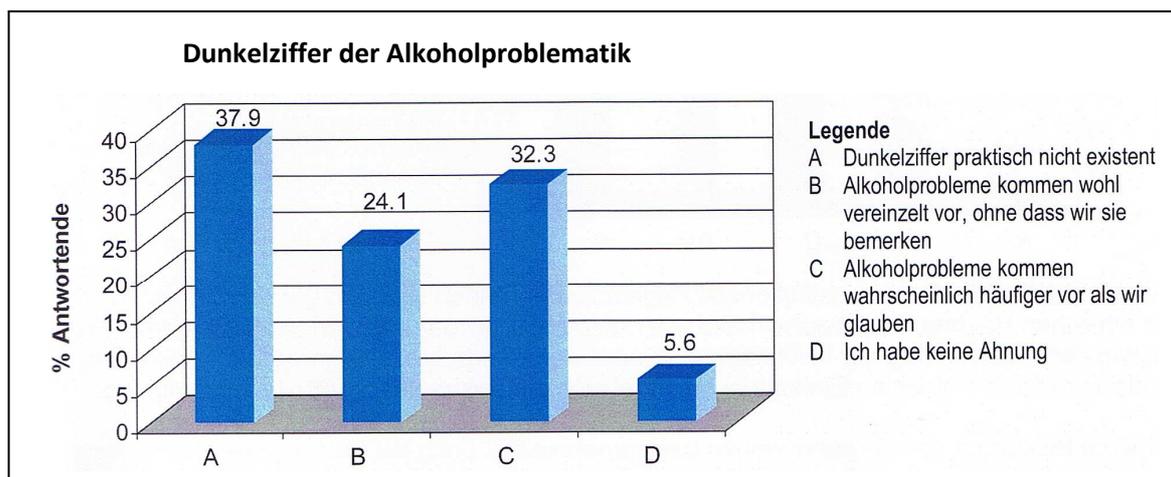
Eine weitere Ursache, die Alkoholproblematik nicht erkennen zu können oder zu wollen, liegt nach Gerhard Berger (1999) bei den Arbeitsbedingungen in Alters- und Pflegeheimen. Die subjektiv erlebten Belastungen der Pflegefachkräfte durch erhöhten Zeitdruck wegen Personalmangel stellt eine Schwachstelle der Arbeitsbedingungen dar. Arbeitssituationen, die durch Zeitdruck charakterisiert sind, äussern sich durch das Gefühl, in derartigen Situationen weder selbst- noch fremdbestimmte Qualitätsstandards in der pflegerischen Arbeit nach Wunsch erfüllen zu können. Das Gefühl der häufigen Überforderung der Pflegefachkräfte (z.B. durch alkoholabhängige Bewohnende) begleitet den Pflegealltag. Die individuelle Überforderung kann sich in erhöhter Gereiztheit und einer reduzierten Toleranz gegenüber dem Verhalten der Heimbewohnenden zeigen (S. 147–148).

Nach Bojack et al. (2010) wird in Alters- und Pflegeheimen eine Alkoholabhängigkeit von Bewohnenden meist unbewusst respektive oftmals auch bewusst übergangen. Wird eine Alkoholproblematik auffällig oder störend, reagieren die Pflegefachkräfte nicht selten aus Unsicherheit ambivalent und verdrängen das Problem. Ein Grund für diesen unprofessionellen Umgang mit der Alkoholproblematik liegt in einem überwiegend mangelhaften Informationsstand über Wirkungsweisen und Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten (Kap. 4.4.1). Das «Gewährenlassen» des Alkoholkonsums oder gar das bewusste Verabreichen von Psychopharmaka zur «Ruhigstellung» störender Bewohnerinnen/Bewohner sei vielfach festzustellen (S. 80). Nach Kurt Seifert (2011) werden auch in Schweizer Alters- und Pflegeheimen Psychopharmaka zur «Ruhigstellung» der Bewohnenden verwendet (S. 2).

Dunkelziffer der Alkoholprobleme in Alters- und Pflegeheimen

Wie bereits in Kap. 3.2 aufgezeigt, ist in der Schweiz die gesellschaftliche Akzeptanz von Alkohol hoch. Aufgrund der Ambivalenzkultur kann, bezogen auf die Einschätzung von Alkoholproblemen in Alters- und Pflegeheimen, von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Nach Angaben der Interviewpartnerinnen/-partner wirken im Heimalltag Co-Abhängigkeiten verstärkt mit. Deshalb kann in Alters- und Pflegeheimen von einer erheblichen Dunkelziffer der Problemwahrnehmung ausgegangen werden.

Die Studie von Meyer und Müller (2009a) zeigt (Tab. 5), dass 37,9% keine Dunkelziffer hinsichtlich der Existenz von Alkoholproblemen in ihrem Heim haben. Über die Hälfte der Befragten (56,4%, B und C) gesteht, dass Alkoholprobleme vereinzelt vorkommen können, ohne dass sie bemerkt würden oder häufiger vorkämen, als gemeinhin geglaubt wird. Nur 5,6% der Befragten räumen ein, dass sie keine Ahnung hinsichtlich der Dunkelziffer der Alkoholproblematik in ihrem Alters- und Pflegeheim haben (S. 17).



Tab. 5: Dunkelziffer der Alkoholprobleme in Alters- und Pflegeheimen (Meyer & Müller, 2009a, S. 17).

Die Autorinnen sehen den Zusammenhang, dass die Dunkelziffer so hoch ist, darin, dass die Alkoholproblematik in den Heimen von den Heimleitenden und Mitarbeitenden kaum oder nur vereinzelt resp. hin und wieder wahrgenommen wird und dass die Pflegefachkräfte mit den alkoholabhängigen Bewohnenden meistens überfordert sind. Die Überforderung kann sich in «wegsehen» ausdrücken. Dass Co-Abhängigkeiten unter solchen Bedingungen weitergeführt werden können, ist nicht verwunderlich. Das bewusste Verabreichen von Psychopharmaka zur «Ruhigstellung» störender Bewohnerinnen/Bewohner ist für die Autorinnen fragwürdig. Die Heimleitenden und die Mitarbeitenden sollten nach Meinung der Autorinnen eine Alkoholproblematik erkennen und ansprechen können. Aus- und Weiterbildungen zu Sucht im Alter sind dazu wichtige Instrumente. Das Wissen um die negativen Auswirkungen gleichzeitiger Einnahme von Alkohol und Medikamenten, lässt dann hoffentlich auch die Verabreichung der Psychopharmaka zur «Ruhigstellung» verschwinden. Ausbildung alleine reicht aber nicht aus. Die Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte in den Heimen müssen sich verbessern, um die Belastungen und den Arbeitsdruck zu reduzieren.

Institutionelle Regeln zum Alkoholkonsum können die Handlungen aller Heimmitarbeitenden im Alltag unterstützen. Dazu mehr im folgenden Kapitel.

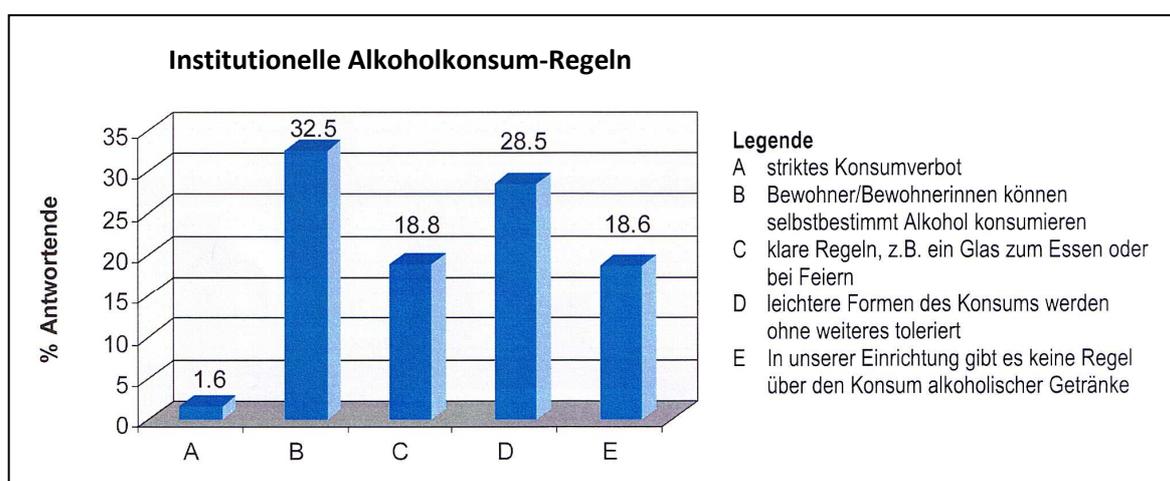
5.5.2 Institutionelle Regeln zum Alkoholkonsum

Alters- und Pflegeheime sind durch institutionelle Normen, von Organisations- und Rollenstrukturen sowie damit verbundener Orientierungssicherheit geprägt. Alltägliche Handlungsmuster werden normiert, typisiert und zu Routinen geformt. Dadurch entsteht Verhaltenssicherheit für die Bewohnenden sowie für die Mitarbeitenden der Alters- und Pflegeheime. Es werden aber auch Verhaltensanforderungen an die im Heim lebenden und arbeitenden Personen gestellt. Der Alltag der Heime richtet sich nach zeitlichen und räumlichen Vorgaben, die auch vom Arbeitsrhythmus der Angestellten mitbestimmt werden (Backes & Clemens, 2008, S. 253).

Aus der Erfahrung von Richard Müller sind Begründungen für das Einhalten der Regeln kaum von Interesse, solange sich die Heimbewohnenden an die expliziten und impliziten Regeln des Zusammenlebens im Heimalltag halten. Erst bei Regelverletzungen wird nach den Gründen gefragt, und allfällige Sanktionen werden ein Thema.

In der Fachliteratur und durch die Interviews haben die Autorinnen festgestellt, dass die Regeln über den Alkoholkonsum in Alters- und Pflegeheimen variieren. Von restriktivem Alkoholverbot bis zur sehr liberalen Haltung ist alles anzutreffen. Meyer und Müller (2009a) haben herausgefunden (Tab. 6), dass lediglich 1,6% der befragten Heime ein striktes Alkoholkonsumverbot haben. Selbstbestimmt Alkohol konsumieren können die Bewohnenden in 32,5% der Heime. In 28,5% der Heime wird ein risikoarmer Alkoholkonsum ohne Weiteres toleriert. In 18,8% der Alters- und Pflegeheime bestehen klare Regeln (z.B. ein Glas Wein/Bier beim Essen) zum Alkoholkonsum. Die Anzahl der Heime, die gar keine Regeln aufweisen, liegt bei 18,6% (S. 18).

Ein generelles Verbot des Alkoholkonsums in Alters- und Pflegeheimen scheint nach Meyer und Müller sowie den Interviewpartnerinnen/-partnern kaum sinnvoll. Nach deren Angaben wird eine restriktive Haltung vielfach als illegitime Bevormundung der alkoholabhängigen Heimbewohnenden betrachtet.



Tab. 6: Alkoholkonsum-Regeln in den Alters- und Pflegeheimen (Meyer & Müller, 2009a, S. 18).

Irmtraut Bandi, Therese Kohli und die Pflegefachfrau weisen darauf hin, dass die Kontrolle der individuell vereinbarten Alkoholkonsumregeln schwierig wird, wenn die alkoholabhängigen Bewohnenden ihre Alkoholika selber einkaufen oder durch Angehörige oder Besucher «beliefert» werden. Nach Meyer und Müller (2009a) stimmen 71% der 557 befragten Heimleitenden in den Alters- und Pflegeheimen der Schweiz dieser Aussage zu (S. 19).

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist nach Ansicht der Interviewpartnerinnen/-partner (Michael Soyka, Ruedi Studer, Pflegefachfrau, Richard Müller, Therese Kohli und Irmtraut Bandi) nicht immer gegeben. Vielfach spielen Angehörige die Alkoholproblematik herunter oder vermeiden aus Scham die Auseinandersetzung mit dem betroffenen Familienmitglied. Es gibt aber auch Angehörige, die bei den Heimmitarbeitenden Hilfe erbitten.

Nach Therese Kohli existieren im Alters- und Pflegeheim Glockental individuelle «elastische» Alkoholkonsumregeln. Die ein oder zwei Glas Wein oder Bier pro Tag werden den alkoholabhängigen Bewohnenden im Sinne von kontrollierter Medikation «verschrieben». Im Alters- und Pflegeheim Utzigen werden gemäss Irmtraut Bandi mit den alkoholabhängigen Bewohnenden individuelle Vereinbarungen zur Tagestrinkmenge ausgearbeitet (Anhang A).

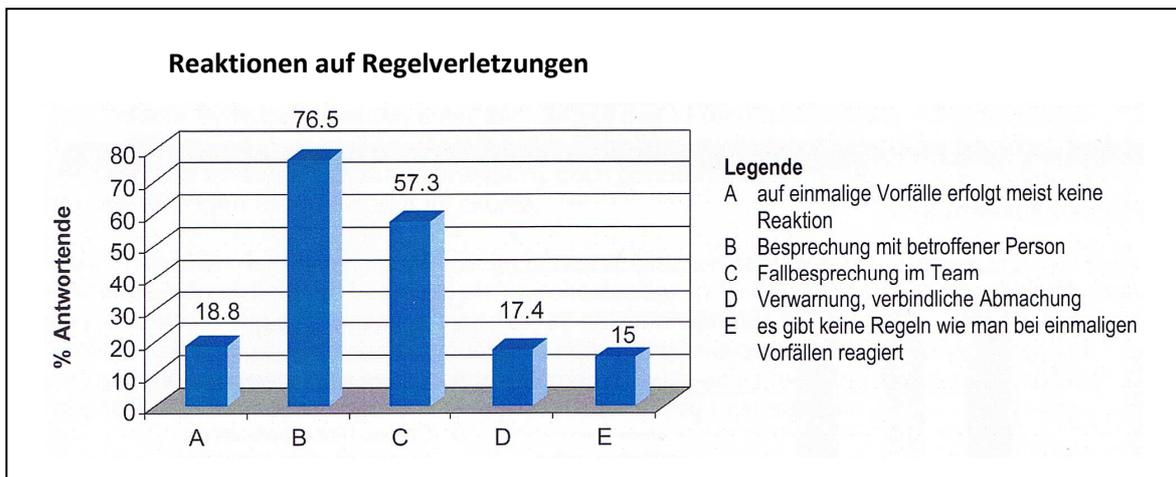
Barbara Steiner (2009) hat in einem Interview im Alters- und Pflegeheim Blumenau (Kanton Zürich) vom Heimleiter Felix Graf erfahren, dass die alkoholabhängigen Bewohnenden ihre tägliche Alkoholation auf einmal oder in mehreren Rationen, ähnlich wie eine Medikamentenabgabe, erhalten. Dass

sich die Bewohnenden hin und wieder zusätzlich Alkohol beschaffen, ist nach Felix Graf Realität. In der Zusammenarbeit mit den alkoholabhängigen Bewohnenden geht es immer wieder darum, auszuhandeln, wie viel Alkohol den Betroffenen pro Tag zugestanden wird (S. 18–19).

Was nützen Regeln, wenn sie nicht eingehalten werden? Darauf wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen.

5.5.3 Reaktionen auf Regelverletzungen

Regelverletzungen werden in den Alters- und Pflegeheimen unterschiedlich gehandhabt (Tab. 7). Die Studie von Meyer und Müller (2009a) zeigt, dass bei gelegentlichen Vorfällen in rund 19% der Fälle meist keine Reaktion erfolgt. Bei drei Vierteln der Regelverletzungen (76,5%) wird mit der betroffenen Person ein Gespräch geführt und/oder der Vorfall wird im Team besprochen (57,3%). In rund 17% der Vorfälle erfolgen eine Verwarnung und eine verbindliche schriftliche Abmachung mit der alkoholabhängigen Person. Bei 15% der 557 Alters- und Pflegeheime existiert keine Regelung, wie bei Alkoholvorfällen reagiert werden soll (S. 21).



Tab. 7: Reaktionen auf Regelverletzungen (Meyer & Müller, 2009a, S. 21).

Nach Aussagen von Irmtraut Bandi, Therese Kohli und der Pflegefachfrau wird bei Regelverletzungen immer mit der betroffenen Person gesprochen. Dabei werden, nach Möglichkeit, auch die Angehörigen, die zuständige Ärzteschaft und, falls involviert, die Psychologin/der Psychologe beigezogen. Die Vorfälle werden ebenfalls in den Teamsitzungen besprochen. Hält sich die Bewohnerin/der Bewohner auch nach den geführten Gesprächen nicht an die Regeln, werden die Abmachungen schriftlich festgehalten. In allen drei Heimen werden zwischen der betroffenen Person und dem Heim schriftliche Vereinbarungen (z.B. zur täglichen Körperpflege, zum Trinkverhalten im Heimaltag und zur Medikamenteneinnahme) festgehalten. Ein Beispiel einer Vereinbarung findet sich in Anhang A. Die einschneidendste Massnahme bei Nichteinhalten der Vereinbarungen ist der Heim-Ausschluss.

Regelverletzungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit können unterschiedlich sein. Der folgende Abschnitt zeigt mögliche Probleme auf.

5.5.4 Konflikte im Heimalltag durch die Alkoholabhängigkeit

Wie in Kap. 4.3 der Systemtheorie beschrieben, steht das Individuum (die alkoholabhängige Bewohnerin/der alkoholabhängige Bewohner) mit seiner sozialen Umwelt (den Angehörigen, Freunden und Bezugspersonen; im Speziellen den Pflegefachkräften und den Mitbewohnenden) in wechselseitigen Beziehungen. Die unterschiedlichen Perspektiven und das «Ineinander-verwoben-Sein» können im Heimalltag zu Konflikten führen.

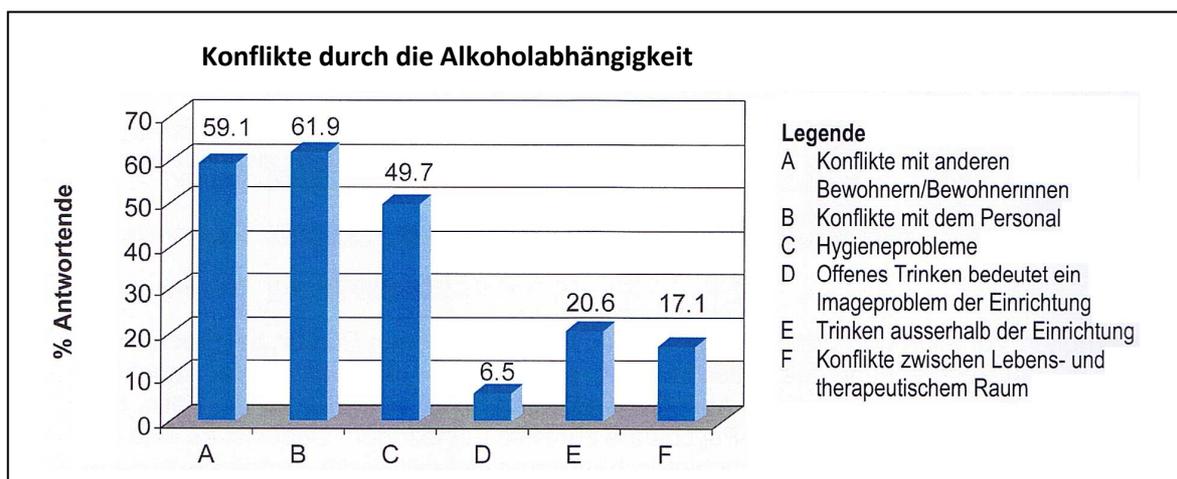
Perspektive der alkoholabhängigen Bewohnenden und den Mitbewohnenden

Wenn alkoholabhängige Bewohnende oft angetrunken oder betrunken im Heimalltag auffallen, können sie nach Angaben der Interviewpartnerinnen/-partner Verhaltensweisen zeigen, die sie unbeliebt machen (z.B. Streitigkeiten mit den Mitbewohnenden oder anpöbeln und anbetteln von Besucherinnen/Besuchern und Pflegefachkräften um Geld oder Zigaretten).

Nach Höpflinger und Stuckelberger (2000, S. 171), Infanger (2009, S. 34) sowie Meyer und Müller (2009b, S. 28–30) zeigt sich, dass in den Alters- und Pflegeheimen das unangepasste Verhalten alkoholisierter Bewohnender im öffentlichen Raum als sehr störend empfunden wird. Die alkoholisierten Bewohnenden können laut werden, schimpfen, Mitbewohnende belästigen, ein aggressives Verhalten zeigen oder sich exhibitionistisch verhalten. Indirekt störend sind auch ungepflegtes Aussehen oder unappetitliche Tischmanieren. Bei gemeinsamen Ausflügen oder Feiern kann es zu übermäßigem Alkoholkonsum kommen, der die anderen Heimbewohnenden stört und die Stimmung trübt (Tab. 8). Mangelnde Compliance (Bereitschaft zur Mitarbeit) der alkoholabhängigen Bewohnenden, verbunden mit ihrer Uneinsichtigkeit zur Krankheit können den Heimalltag massiv stören.

Eine Studie aus dem Jahre 2002 über die Situation von heim- und pflegebedürftigen alkoholabhängigen Bewohnenden in Leipzig zeigt die gleichen Ergebnisse wie diejenigen von Infanger sowie Meyer und Müller aus dem Jahre 2009 (Jens Kaluza, 2002, S. 326–328).

Die Autorinnen schliessen daraus, dass das Phänomen der Konflikte durch die Alkoholabhängigkeit in Alters- und Pflegeheimen nicht neu ist.



Tab. 8: Konflikte im Heimalltag durch die Alkoholabhängigkeit (Meyer & Müller, 2009a, S. 22).

Alkoholabhängige Bewohnende finden im Heimalltag nur schwer nicht alkoholabhängige Freunde oder gar eine neue Partnerin/einen neuen Partner. Der Alkoholkonsum im Heimalltag verhindert soziale Kontakte zu nicht alkoholabhängigen Mitbewohnenden eher, als dass er sie fördert (Meyer & Müller, 2009a, S. 12).

Irmtraut Bandi, Therese Kohli und die Pflegefachfrau bestätigen die Aussagen von Meyer und Müller. Die alkoholabhängigen Bewohnenden werden von den nicht trinkenden Mitbewohnenden gemieden und von der Gemeinschaft ausgeschlossen. Meist will sich niemand mit den alkoholabhängigen Bewohnenden auseinandersetzen. Sie werden stigmatisiert. Nach Irmtraut Bandi finden alkoholabhängige Bewohnende im Heimalltag, unter ihresgleichen, nach kurzer Zeit in geselligen Runden zusammen.

Kalbermatter (1986) zeigt einen Zusammenhang auf zwischen der Qualität der Lebenssituation im Alters- und Pflegeheim und dem Alkoholkonsum: Jene Heimbewohnende, die ihre Lebenssituation als unbefriedigend erlebten und zahlreiche Schwierigkeiten (z.B. keine sozialen Kontakte, Gefühl von Einsamkeit und Abhängigkeit, schlechter gesundheitlicher Allgemeinzustand) nannten, griffen häufiger zum Alkohol als jene, die ihre Situation als weniger problematisch einschätzten. Alkoholkonsum kann somit als eine Verhaltensweise bezeichnet werden, mit der im Heimalltag versucht wird, den persönlichen Problemen zu begegnen (S. 106–112).

Perspektive der Mitarbeitenden

Nach Infanger (2009, S. 34) und Siegfried Weyerer, Martina Schäufole und Ingrid Hendlmeier (2006) stellen alkoholabhängige Bewohnende auch für die Mitarbeitenden (z.B. Pflegefachpersonen, interner Sozialdienst, (Heim-)Ärztinnen/(Heim-)Ärzte, Psychologinnen/Psychologen und evtl. auch der Seelsorgerin/des Seelsorgers) eine Herausforderung dar. Aggressives, unkooperatives oder abweisendes Verhalten der alkoholabhängigen Bewohnenden kann hohe Ansprüche an die sozialen Kompetenzen der Mitarbeitenden stellen. Ereignisse mit alkoholisierten Bewohnenden können punktuell viele personelle Ressourcen binden. Zudem fallen für das Reinigungspersonal oft mehr Wäsche und Reinigungsarbeiten an. Manchmal sind sie die ersten, die wegen den leeren Flaschen im Zimmer einen vermehrten Alkoholkonsum entdecken (S. 229). Aggressives Verhalten der alkoholisierten Bewohnenden kann nach Kaluza (2002) bei den Pflegefachkräften Angst und Unsicherheit auslösen, weil das Berufsverständnis der Pflegefachkraft nicht auf alkoholabhängige Bewohnende ausgerichtet ist. In den Alters- und Pflegeheimen wird bezüglich der Konfliktbewältigung mehrheitlich improvisiert und auf praktische Erfahrungen vertraut. Das Fehlen von Richtlinien und Handlungsanweisungen erschwert den Pflegealltag (S. 328).

Perspektive der Angehörigen

Angehörige der Heimbewohnenden können nach Infanger (2009, S. 34) und Ursula Lehr (2007) für die Pflegefachkräfte eine zusätzliche Belastung bedeuten. Die Pflegefachkräfte erwarten oft ein grösseres Engagement der Familie für die Heimbewohnenden, während die Angehörigen von den Angestellten des Heimes volle Betreuung für den ihnen anvertrauten Angehörigen erwarten (S. 321). Wie bereits unter Kap. 5.5.2 aufgezeigt, ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, welche ihrem alkoholabhängigen Familienmitglied beim Besuch Alkohol mitbringen, nicht immer gegeben. Die Angehörigen selber wollen vielfach die Problematik, die der Alkoholismus des Familienmitglieds auslösen kann, nicht wahrhaben.

Perspektive der Heimleitenden

Die Leitenden der befragten Alters- und Pflegeheime legen grossen Wert auf gutes Ansehen in der Öffentlichkeit. Dass die alkoholabhängigen Bewohnenden dem Image des Heimes schaden könnten, wird nach Meyer und Müller (2009a) lediglich von 36 der 557 Heimleitenden befürchtet. Dagegen sehen rund ein Fünftel der Befragten den Konsum ausserhalb der Einrichtung als problematisch an. 95 der befragten Heimleitenden befürchteten ein Konfliktpotenzial zwischen Lebensraum und therapeutischem Raum (S. 22). Nach Kaluza (2002) könnte eine Heimvertragskündigung einer alkoholab-

hängigen Person ein Imageproblem für das Heim verursachen, wenn die Presse davon erfahren und negative Schlagzeilen über das Heim verbreiten würde (S. 327).

Irtraut Bandi sagt, dass die Verhaltensweisen der alkoholabhängigen Bewohnenden auf dem Heimgelände und in der Öffentlichkeit dem Ruf des Heimes nicht schaden dürfen. Deshalb werden Informationsveranstaltungen zum Thema Alkohol im Heim für alle Interessierten durchgeführt. Durch Anlässe und Veranstaltungen im Alters- und Pflegeheim, wie beim Tag der offenen Tür oder einem Sommerfest, wird Imagepflege betrieben.

Die Autorinnen sehen darin die Möglichkeit, dass die ansässigen Geschäftsleute, Privatpersonen, die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter der Heimbewohnenden sowie Behördenmitglieder die offene Kultur des Heimes erleben können.

5.6 Ethische Grundhaltungen

Die Heimleitenden sowie die Mitarbeitenden der Alters- und Pflegeheime sind täglich mit ethischen Haltungen und Fragestellungen konfrontiert, z.B.: Wie weit geht das Recht der Heimbewohnenden auf Selbstbestimmung? Wie können die alkoholabhängigen Bewohnenden vor der Stigmatisierung durch Mitbewohnende geschützt werden? Fragen, die nicht einfach zu beantworten sind. Bevor die Autorinnen ethische Fragestellungen aufzeigen, wird der Begriff Ethik kurz erklärt.

5.6.1 Begriff Ethik

Das Wort Ethik stammt vom griechischen *ethos* und bedeutet so viel wie Gewohnheit, Gesittung und Charakter. Nach Niklas Luhmann ist Ethik eine Reflexionstheorie der Moral oder eine Moralphilosophie. Gegenstand der Ethik nach diesem Verständnis sind moralische Phänomene und Werte (Franz Stimmer, 2006, S. 35).

Notker Schneider beschreibt im Fachlexikon der sozialen Arbeit Ethik folgendermassen:

Ethik bezeichnet im philosophischen Sprachgebrauch ein System von Urteilen, die sich auf Handlungen und Einstellungen beziehen und diese als (moralisch) gut oder schlecht, angemessen oder unangemessen, verantwortbar oder unverantwortbar usw. ausweisen. Versteht man unter Moral die Summe der in einer Gesellschaft geltenden Normen und Regeln, so ist Ethik die systematische Reflexion, Begründung und Kritik dieser Normen. Ethik dient der umfassenden Ordnung und Orientierung individueller und gesellschaftlicher Praxis. Ethik ist in engerem Sinne normative Theorie des Handelns. (2007, S. 280)

Ethik bezeichnet das Nachdenken über Moral. Moral hingegen bezeichnet den Gesamtbereich dessen, worauf sich Ethik reflektiert. Die ethische Reflexion richtet sich zum einen auf die Begründung resp. Legitimation der Praxis und zum anderen auf die Anleitung und Überprüfung einer konkreten Einzelaktion (Kreft & Mielenz, 2005, S. 258). Dieser Grundsatz ist im Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz festgehalten.

Der ethischen Kritik kann also sowohl das System (z.B. die Soziale Arbeit), das Handlungsprofil (z.B. eine Institution der Sozialen Arbeit) als auch das Handeln einer Praktikerin/eines Praktikers (z.B. Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter) unterzogen werden.

5.6.2 Ethische Fragestellungen bei Pflegefachkräften

Wie bereits erwähnt, fühlen sich Pflegefachkräfte in den Alters- und Pflegeheimen im Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnenden nicht selten überfordert und unsicher. Die Pflegefachkräfte sehen sich oft in einem ethischen Konflikt, der sich vor allem in der Abgrenzung von individuellen Freiheitsrechten äussert. Dieser Konflikt entsteht aus dem Prinzip der Autonomie der abhängigen Bewohnerin/des abhängigen Bewohners heraus, denen eine Eigenverantwortlichkeit für ihre Handlungen zugestanden wird, insofern sie Dritte nicht gefährden. Das Selbstbestimmungsrecht ernst zu nehmen, bedeutet, jedes Ziel mit den alkoholabhängigen Bewohnenden zu vereinbaren und von ihnen nur das zu fordern, wozu diese im Moment in der Lage sind. Wenn ältere Menschen (60+) nicht mehr für sich selber sorgen können und auf Hilfe angewiesen sind, ist es besonders schwierig, zwischen Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und der beschriebenen Reaktionen (Kap. 5.5.4) von alkoholabhängigem Verhalten die Balance zu halten (Sylke Werner, 2010, S. 47).

Nach Meinung von Richard Müller liegen die Gründe für eine mögliche Intervention nicht im Alkoholkonsum, sondern vielmehr in der ernsthaften Beeinträchtigung der Gesundheit und der Einschränkung der Autonomie der alkoholabhängigen Bewohnenden durch den übermässigen Alkoholkonsum sowie den damit verbundenen negativen Auswirkungen auf das soziale Umfeld. Das Recht älterer Menschen auf Behandlung, aber auch das Recht, eine solche zu verweigern, erfordert eine breite Diskussion in allen Einrichtungen der Altenhilfe.

5.6.3 Ethische Fragestellungen bei (Heim-)Ärztinnen und (Heim-)Ärzten

Soyka und Küfner (2008) sehen aus medizinischer und therapeutischer Sicht eine Reihe ethischer Konflikte in der Suchtbehandlung. Eine besteht in der Gegenüberstellung des Wohls des Einzelnen und der ethisch-medizinischen Verpflichtung. Diese Gegenüberstellung entspricht einerseits der Entwicklung von bevölkerungsbezogenen Ansätzen (Public Health) der Suchtprävention und andererseits dem individuellen klinischen Therapieansatz. Beide Ansätze gilt es angemessen zu beachten. Ein weiterer ethischer Konflikt ergibt sich aus dem Machtgefälle zwischen der Ärzteschaft und den alkoholabhängigen Bewohnenden (asymmetrische Beziehung). Hier entsteht ein Konflikt zwischen der Respektierung der Autonomie und dem Prinzip der Fürsorge (S. 308).

Nach Michael Soyka bilden ethische Richtlinien und Standards Rahmenbedingungen sowohl für jede Form der Therapie als auch für wissenschaftliche Studien zur Therapie einer Störung oder Krankheit. Sie sind von praktischer Relevanz für Behandlungsverträge und sind im wissenschaftlichen Bereich für den Ethikantrag einer Studie erforderlich.

5.6.4 Ethische Fragestellungen bei Sozialarbeitenden im Alters- und Pflegeheim

Die Aufgabe der Sozialarbeitenden besteht darin, individuelle, neutrale und vertrauliche Informations- und Orientierungshilfe bei sozialen Problemstellungen zu leisten. Für Pflegefachkräfte stellen die Sozialarbeitenden einen wichtigen Partner im Heimalltag dar (Margit Mayr & Markus Lehner, 2009, S. 77).

Die Arbeitsbeziehungen der Sozialarbeitenden im Heim gestalten sich zahlreich (z.B. zu den Pflegefachkräften, der Ärzteschaft). Dass die Sozialarbeitenden allen Beteiligten und deren Wünsche und Anforderungen gerecht werden können, ist nicht einfach, wenn gar unmöglich. Im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial (2010) werden ethische Richtlinien für das moralische berufliche Handeln für die Sozialarbeitenden dargelegt. Der Berufskodex dient als Instrument zur ethischen Begründung der Arbeit mit Klientinnen/Klienten, die in besonderer Weise verletzlich oder benachteiligt sind (Individuum, Familien, Gruppen und Gemeinwesen) (S. 4).

Im Alters- und Pflegeheim unterstützen die Sozialarbeitenden einerseits die Bewohnenden, deren Angehörige, Bezugspersonen, Beiständinnen/Beistände usw. und andererseits die Mitarbeitenden im Heim sowie die Heimleitenden.

5.7 Lösungsansätze

Aufgrund der dargestellten Herausforderungen im Heimalltag durch die Alkoholabhängigkeit und den ethischen Fragestellungen vertreten die Autorinnen die Meinung, dass klare und verbindliche Regeln in Form von Richtlinien, Konzepten, Ablaufschemen und Handlungsanweisungen für die Transparenz und das zielgerichtete Vorgehen bei alkoholabhängigen Menschen für alle Berufsgruppen wichtig und sinnvoll sind. Die gemeinsame Haltung sollte heimintern und -extern kommuniziert werden.

Die Altersheime der Stadt Zürich verfügen über «Ethische Richtlinien für die Altersheime der Stadt Zürich». Die Richtlinien wenden sich an die Heimleitenden, alle Mitarbeitenden, die Heimbewohnenden sowie an die Angehörigen und andere externe Gruppen (z.B. Ärzteschaft). Die Richtlinien entwerfen aus ethischer Sicht eine Vision für das Zusammenleben in den Altersheimen. Zugleich enthalten sie alltagstaugliche Anweisungen hinsichtlich des Umgangs mit schwierigen Situationen und Konstellationen (Stadt Zürich Altersheime, 2008, S. 2–9).

Bojack et al. (2010) zeigen auf, dass in der Fachliteratur der Ruf einerseits nach realitäts- und patientenorientierten und andererseits nach Abhängigkeitskonsum bezogenen Konzepten zum Umgang mit Betroffenen in Alters- und Pflegeheimen laut wird. Professionelle Handlungskonzepte ermöglichen den Heimleitenden sowie den Mitarbeitenden, den problematischen Alkoholkonsum bzw. die Abhängigkeit frühzeitig zu erkennen. Dadurch kann beispielsweise dem manipulativen Verhalten der alkoholabhängigen Person angemessen begegnet und eine förderliche Haltung eingenommen werden (S. 81).

Die Spitex Wipkingen hat in Pionierarbeit im Jahre 2007 zusammen mit der Zürcher Fachstelle für Alkohol und Medikamente (ZüFAM) für den professionellen Umgang mit «Sucht im Alter» ein Ablaufschema erarbeitet (*Anhang B*). Dieses enthält auch Hinweise auf Hilfsmittel wie Merkblätter, Vereinbarungen usw. sowie auf allenfalls beizuziehende Fachleute (Barbara Hess, 2009, S. 37–39).

Die Sozialarbeitenden sollten, nach Meinung der Autorinnen, in Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen die Thematik «Sucht im Alter» nicht nur im Alters- und Pflegeheim, sondern in allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit thematisieren und sich an der Erarbeitung von Richtlinien, Konzepten, Handlungsanweisungen usw. beteiligen.

5.8 Beantwortung der dritten Fragestellung und Fazit

Beantwortung der dritten Fragestellung

Die dritte Frage, welche Herausforderungen sich durch die alkoholabhängigen älteren Bewohnenden im Heimalltag ergeben, beantworten die Autorinnen wie folgt:

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Alters- und Pflegeheime der Schweiz immer mehr mit Bewohnenden konfrontiert sind, die nicht in das traditionelle Bild eines Heimes passen. Ältere Menschen, die in ein Alters- und Pflegeheim umziehen, stellen keine homogene Gruppe dar, denn sie haben unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche an die Wohnform sowie an den Wohnalltag. Alkoholabhängige Menschen lassen sich häufig nicht ohne Weiteres in die Konzepte der Alters- und Pflegeheime integrieren. Sie bringen ihre Trinkgewohnheiten mit, und diese können sich herausfordernd auf den Heimalltag auswirken.

Die Herausforderungen durch die Alkoholabhängigkeit im Heimalltag sind vielfältig. Wenn alkoholabhängige Bewohnende angetrunken oder betrunken im Heimalltag auffallen, können sie unerwünschte Verhaltensweisen zeigen und Konflikte beispielsweise zwischen den Mitbewohnenden, den Mitarbeitenden und den Heimleitenden auslösen. Pflegefachkräfte sind häufig auf die besonderen Anforderungen in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit unzureichend vorbereitet.

Die Autorinnen sind der Meinung, dass der Heimalltag sich auch positiv auf die Alkoholabhängigkeit auswirken kann. Die geordnete Tagesstruktur, die regelmässigen Mahlzeiten, die sozialen Kontakte

und sinnstiftenden Aktivitäten können dazu führen, dass sich ein übermässiger Alkoholkonsum verringern lässt.

Je nach Alters- und Pflegeheim gestaltet sich der Umgang mit Alkoholkonsum und -abhängigkeit durch die Heimleitenden unterschiedlich. Von restriktivem Alkoholverbot bis zur sehr liberalen Haltung ist alles vorhanden. Regelverletzungen werden unterschiedlich gehandhabt. Die einschneidendste Konsequenz ist der Heimausschluss. Die Autorinnen haben den Eindruck erhalten, dass in einem kleineren Heim, wie beispielsweise im Glockenthal (48 Plätze) oder im Blumenau (55 Plätze), weniger restriktive Regeln durchgesetzt werden und mehr auf das Individuum eingegangen wird als in grösseren Heimen wie beispielsweise Utzigen (200 Plätze).

Fazit

Die Autorinnen vertreten die Meinung, dass in einem kleineren, familiär geführten Alters- und Pflegeheim vermutlich besser auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der alkoholabhängigen Bewohnenden eingegangen werden kann. Grössere Alters- und Pflegeheime sind stark strukturiert und anonym. Sie können weniger gut auf zusätzliche Bedürfnisse von Bewohnenden eingehen. Die Autorinnen sind der Meinung, dass in den kleineren Alters- und Pflegeheimen gezielte und nachhaltige Programme zur Aufrechterhaltung des «kontrollierten Trinkens» (nach den individuell festgehaltenen Vereinbarungen) bzw. der Abstinenz sowie zur Vermittlung und Förderung sozialer Kompetenzen für alkoholabhängige Bewohnende angeboten werden könnten. Eine aktive Teilnahme der Heimbewohnenden an den Arbeiten und Aufgaben im Heimalltag, wie beispielsweise Tisch decken, Mithilfe in der Küche oder im Garten, wirkt nicht nur aktivierend, sondern auch integrierend.

Alkoholabhängige Bewohnende in den Alters- und Pflegeheimen bilden trotz einer unbekanntem Dunkelziffer eine Minderheit. Deshalb und um einer weiteren Stigmatisierung vorzubeugen, vertreten die Autorinnen die Haltung, dass es für die Alkoholabhängigen keine speziellen Heime braucht. Eine Unterbringung in Heimen nur für Alkoholabhängige begünstigt nach Einschätzung der Autorinnen weder «gesunde» soziale Kontakte noch die erwünschten Verhaltensveränderungen der abhängigen Bewohnenden.

Weiter kommen die Autorinnen zum Schluss, dass eine Alkoholabhängigkeit in Alters- und Pflegeheimen nicht unerkannt bleiben oder als unerheblich abgetan werden darf. Das Bewusstsein soll bei den Heimleitenden, den Mitarbeitenden und wenn möglich bei den Angehörigen geschaffen werden, dass es sich lohnt, Abhängigkeiten anzusprechen. Die Heim-Sozialarbeitenden können dabei unterstützend wirken, indem sie das Bewusstsein, beispielsweise mittels disziplinübergreifendem Fachaus-tausch, fördern und mit anderen Sozialdiensten in Alters- und Pflegeheimen im Sinne eines regelmässigen Erfahrungsaustausches über aktuelle Themen und Tendenzen im Heimalltag diskutieren. Dadurch kann fach- und themenspezifisches Wissen ausgetauscht werden.

Dass eine Alkoholabhängigkeit im Heimalltag übergangen, übersehen oder durch die Laissez-faire-Haltung geduldet wird sowie störende Bewohnende mittels Medikamenten ruhiggestellt werden, kann für den Moment die einfachere «Lösung» sein. Längerfristig gesehen kann es durch diese Haltung zu vermehrten Herausforderungen im Heimalltag und zu Folgeschädigungen der alkoholabhängigen Bewohnenden kommen. Diese können sich im sozialen Bereich äussern und die Teilhabe der alkoholabhängigen Bewohnenden am gesellschaftlichen (Heim-)Leben teilweise massiv einschränken.

Die Sozialarbeitenden im Heim sind insofern gefordert, dass sie zwischen den Heimleitenden, den Mitarbeitenden, den Bewohnenden sowie den Angehörigen einerseits über Ursachen und Folgen der Alkoholabhängigkeit fachspezifisch informieren oder andererseits versuchen, die Konfliktsituationen adäquat angehen zu können und mit allen Beteiligten konstruktive Lösungen zu erarbeiten. Wird in den Alters- und Pflegeheimen eine gemeinsame Haltung gegenüber den Alkoholabhängigen entwickelt

und das nötige Grundwissen zum adäquaten Umgang mit ihnen vermittelt, können die Alltagskonflikte verringert und die Wohn- und Arbeitsatmosphäre im Heim verbessert werden.

Imagepflege ist den Heimleitenden wichtig. Die Thematik Alter und Alkoholabhängigkeit erfordert eine transparente Diskussion innerhalb der Alters- und Pflegeheime. Dadurch kann gegen innen und aussen eine klare Haltung eingenommen werden. Langfristig gesehen stellt ein intaktes und gepflegtes Image des Alters- und Pflegeheimes auch neue Bewohnende sicher.

Wie in der Einleitung erwähnt, ist die vernetzte Zusammenarbeit der Alters- und Pflegeheime mit Suchtberatungsstellen eher gering. Die Autorinnen sind der Meinung, dass sich die Sozialarbeitenden vermehrt vernetzen und die vorhandenen Hilfsmittel zum Thema «Sucht im Alter» nutzen sollten, z.B. die ethischen Richtlinien der Altersheime Stadt Zürich und das Ablaufschemata der Spitex Wipkingen (beide Vorlagen könnten auf andere Städte und Organisationen modifiziert werden). Weiter können Beratungsstellen wie beispielsweise ZFA, ZüFAM, Blaues Kreuz, SoBZ, Berner Gesundheit (beges) fachspezifische Auskünfte zu Sucht im Alter erteilen oder Broschüren abgeben. Die Zusammenarbeit der Sozialarbeitenden mit der Ärzteschaft, den Heimleitenden, den Pflegefachkräften, den Bewohnenden und deren Angehörigen sowie mit allen beteiligten Personen rund um den alkoholabhängigen Menschen erachten die Autorinnen als anspruchsvoll. Deshalb ist es für die Sozialarbeitenden wichtig zu wissen, bei welchen Fachstellen die nötigen Informationen und Hilfestellungen zu holen sind.

Das folgende Kapitel zeigt die Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden auf.

6. Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden

«Wenn eine Therapie richtig enden soll, dann muss sie richtig beginnen – indem man ein lösbares Problem aushandelt.»

(Jan Haley, zit. in Insoo Kim Berg & Scott D. Miller, 2007, S. 51)

Dieses Kapitel befasst sich mit der vierten Fragestellung: Was für Interventionsmöglichkeiten hat die Soziale Arbeit bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim?

Zu Beginn werden wichtige Begriffe erklärt. Anschliessend wird die Soziale Arbeit und sozialarbeiterisches Handeln im Alters- und Pflegeheim erläutert. Danach werden die vier Stufen einer Alkoholbehandlung vorgestellt. Abschliessend werden anhand eines sozialarbeiterischen Problemlösungsmodells mehrere Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt, die Sozialarbeitenden im Alters- und Pflegeheim bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden zur Verfügung stehen. Am Schluss folgen die Beantwortung der vierten Fragestellung und ein Fazit.

6.1 Wichtige Begriffe

6.1.1 Intervention

Gemäss Duden (2000) bedeutet intervenieren «vermitteln, Protest anmelden, sich einmischen» (S. 502). Nach Pschyrembel (2007) umfasst der Begriff Intervention alle Massnahmen, die Krankheiten heilen oder lindern oder die Prävention von Krankheiten bzw. die Gesundheit fördern sollen. Dazu zählen auch Medikamente, Behandlungsverfahren usw. (S. 257). Martin Hafen (2005) spricht systemtheoretisch von Interventionen, wenn versucht wird, kommunikativ oder physisch in die Prozesse eines Systems einzugreifen. Dabei unterscheidet er zwischen physischen Interventionen (z.B. Operation, Ernährung, Medikamente) und kommunikativen Interventionen (z.B. Beratung, Triagearbeit) (S. 234–235). Von Spiegel (2011) definiert Intervention als geplante, methodische Handlung, die strategisch zur Erreichung eines Ziels eingesetzt wird. Interventionen umfassen meist eine Anzahl von Verhaltensweisen, die situativ und individuell zusammengestellt werden (S. 253).

Gesundheitsgerichtete Interventionen können auf folgenden drei Ebenen stattfinden.

6.1.2 Prävention, Früherkennung und Behandlung

Hafen (2005) definiert die Begriffe Prävention, Früherkennung und Behandlung wie folgt:

Prävention

Anlass ist ein Problem, das gesellschaftlich präsent ist, aber bei der Zielgruppe bislang nicht aufgetreten ist. Prävention soll Schutzfaktoren fördern und Risikofaktoren beseitigen. Um das Risiko zu mindern, werden die zu behandelnden Ursachen definiert bzw. die krankmachenden Einflussfaktoren identifiziert. Daraus entstehen Präventionsmassnahmen (Hafen, 2005, S. 262). Diese finden auf der Ursachenebene statt (S. 234).

Früherkennung

Hafen (2005) beschreibt die Früherkennung als Schnittstelle zwischen Prävention und Behandlung. Sie hat zum Ziel, Krankheiten beim Individuum in einem frühen Stadium zu erkennen (S. 265). Die Früherkennung bedingt eine Systematisierung auf der Ebene der Beobachtung, des Austausches dieser Beobachtungen und der Einleitung von behandelnden Massnahmen (Hafen, 2006, S. 3).

Behandlung

Die Behandlung bezweckt die Verhinderung von Folgeproblemen eines bestehenden Problems sowie die Heilung beim Individuum. Sie richtet den Blick auf die Zukunft und verhindert weitere Risiken, die mit dem Problem zusammenhängen. Die individuellen Massnahmen richten sich nach dem konkreten Einzelfall (Hafen, 2005, 269–270). Hafen unterscheidet bei den Interventionen zwischen psychischen (z.B. Medikamente) und kommunikativen (z.B. Beratung) Behandlungen (S. 234).

Nobert Herriger und Hans-Ludwig Schmidt bezeichnen die Begriffe Prävention, Früherkennung und Behandlung als primäre Prävention, sekundäre Prävention und tertiäre Prävention (zit. Johannes Schiller & Susanne Zeller, 2007, S. 125).

Anstelle von Prävention wird auch von Gesundheitsförderung gesprochen. Die Begriffe bezeichnen oft das Gleiche. Prävention setzt sich jedoch mit der Bekämpfung von Risikofaktoren für Krankheiten auseinander und ist pathogen (krankheitserregend) orientiert. Gesundheitsförderung strebt die Aktivierung und Erhaltung menschlicher und natürlicher Ressourcen, die soziale Unterstützung sowie Partizipation an (Monika Köppel, 2007, S. 23).

Nach Hafen (2005) bedingen sich Prävention und Behandlung wechselseitig und gelten deshalb als Kontinuum (S. 244). Jede Prävention beinhaltet immer behandlerische und umgekehrt jede Behandlung auch präventive Aspekte (246).

Aufgrund der Ausgangslage, dass alkoholabhängige Heimbewohnende bereits abhängig ins Alters- und Pflegeheim einziehen, setzen Prävention und Früherkennung zu spät ein. Deshalb fokussieren die Autorinnen nachfolgend Interventionen auf der Behandlungsebene. Doch zuerst werden die Soziale Arbeit und das spezifische Aufgabengebiet von Sozialarbeitenden im Alters- und Pflegeheim erläutert.

6.2 Soziale Arbeit

6.2.1 Begriff Soziale Arbeit

Nach Pschyrembel (2007) umfasst Soziale Arbeit die pädagogischen, therapeutischen und beratenden Dienstleistungen des Sozialwesens. Ihre Dienstleistungen richten sich an Menschen aller Altersstufen. Die Aufgaben umfassen u.a. die Bewältigung und Prävention von Krankheiten sowie die Beratung und Betreuung in unterschiedlichen Settings wie beispielsweise in der Seniorenbetreuung (S. 457–458).

Nach Maja Heiner (zit. in Peter Erath, 2006) zeichnet sich Soziale Arbeit durch ein breites Aufgaben- und Interventionsspektrum aus. Die Aufgaben umfassen die fallbezogene Unterstützung von Klientinnen/Klienten zur Optimierung ihrer Lebensweisen, die Veränderung ihrer Lebensbedingungen und die fallunabhängige bzw. -übergreifende Verbesserung der sozialen Infrastruktur. Soziale Arbeit hat dabei den Anspruch von Ganzheitlichkeit, systemischer Ausrichtung und strukturierter Offenheit. Das beinhaltet eine umfassende Aufgabenwahrnehmungs- und Problembearbeitung in der individuellen Fallarbeit mit Blick auf das soziale Umfeld sowie die Fähigkeit, verschiedene Vorgehensweisen anzuwenden und das eigene Handeln reflektieren zu können (S. 133–134).

Menschen haben nach Werner Obrecht (zit. in Silvia Staub-Bernasconi, 2007) Bedürfnisse. Ein Bedürfnis ist ein interner Zustand, der nicht mit dem für den Organismus befriedigenden Zustand (Wohl-

befinden) übereinstimmt. Individuen kompensieren ein allfälliges Defizit durch ein äusseres Verhalten (S. 171–172). Nach Staub-Bernasconi (2007) sind diese Bedürfnisse universell. Sie umfassen biologische (z.B. Erholung, physische Integrität), psychische (z.B. Fertigkeiten, Regeln) sowie soziale Bedürfnisse. Letztere äussern sich durch das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung, Autonomie, sozialer Anerkennung, Gerechtigkeit sowie nach Zugehörigkeit durch Teilnahme im Sinne einer Funktion innerhalb eines sozialen Systems wie z.B. der Familie oder einer Gemeinschaft. Dort fallen Rechte und Pflichten an. Bewusste Bedürfnisse äussern sich in Wünschen. Diese sind legitim, wenn sie die Bedürfnisse von anderen Individuen nicht beeinträchtigen (S. 172–173). Nach Obrecht (zit. in Michael Klassen, 2009) unterstützt die Soziale Arbeit Individuen mit Ressourcen, damit diese ihre legitimen Wünsche und Rechte befriedigen und ihre Pflichten wahrnehmen können. Durch Hilfe zur Selbsthilfe ermächtigt und befähigt sie Klientinnen/Klienten zur Wahrung ihrer Selbstverantwortung, damit sie sich sozial (re-)integrieren können (S. 92–93).

Heiko Kleve (zit. in Erath, 2006) bezeichnet Soziale Arbeit als postmoderne Profession. Die Soziale Arbeit gilt aufgrund ihrer universell generalistischen Arbeitsweise und Zielgruppenorientierung oft als eigenschaftslos. Die Postmoderne ist geprägt von Ambivalenz und Uneindeutigkeit. Die Soziale Arbeit profitiert dabei von ihrem Merkmal der Eigenschaftslosigkeit (S. 131).

6.2.2 Mandate der Sozialen Arbeit

Soziale Hilfe richtet sich nicht nur an Klientinnen/Klienten, sondern findet immer innerhalb eines gesellschaftlichen Kontextes statt (Erath, 2007, S. 69). Staub-Bernasconi (2007) bezeichnet diese zweifache Mandatierung, bestehend aus Adressatinnen/Adressaten von Hilfeleistungen und gesellschaftlichen Akteurinnen/Akteuren, als Doppelmandat. Deren Interessen müssen gleichermaßen berücksichtigt werden. Das Doppelmandat umfasst die gesamten Handlungen von Sozialarbeitenden innerhalb der Bandbreite von «Hilfe» bis «Kontrolle». Nach Michael Bommers und Albert Scherr ist das der Grund des «notorisch schlechten Gewissens» der Sozialen Arbeit (zit. in Erath, 2006, S. 69). Aufgrund des Professionsverständnisses der Sozialen Arbeit fordert Staub-Bernasconi (2007) ein drittes Mandat in Form von ethischen Handlungsprinzipien. Diese sind im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz festgehalten. Dadurch können Professionelle der Sozialen Arbeit ihre Entscheidungen und ihr Handeln abstützen und begründen, unabhängig von Druckversuchen von Klientinnen/Klienten bzw. von gesellschaftlichen Akteurinnen/Akteuren und dem jeweiligen Zeitgeist. Der Menschenrechtsbezug im Berufskodex legitimiert sie dazu, über Gesetze, Verträge und Aufträge hinaus zu handeln und eigene Aufträge zu bestimmen (S. 199).

6.2.3 Berufskodex und Berufsethik

Gemäss dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial (2010) beruht das Handeln der Professionellen der Sozialen Arbeit auf der Würde und den Rechten der Menschen, der sozialen Gerechtigkeit sowie auf ethischen Kriterien. Professionelle der Sozialen Arbeit streben die Gleichbehandlung aller Menschen an. Sie respektieren dabei das Selbstbestimmungsrecht der Menschen. Indem Professionelle der Sozialen Arbeit ihr Handeln stetig reflektieren, wird es ethisch begründet. Im Sinne des berufsethischen Handelns klären sie die Menschen über die Ursachen ihres sozialen Ausschlusses auf und lassen sie bei der Problemlösung teilhaben. Damit ermöglichen sie ihnen die Fähigkeit, unter verschiedenen Angeboten wählen und über das Vorgehen mitentscheiden zu können. Im Sinne der sozialen Gerechtigkeit müssen sich Professionelle der Sozialen Arbeit jeglichen Diskriminierungen von Menschen widersetzen und sozial ungerechte oder auf Menschen schädlich einwirkende Anordnungen, Massnahmen und Praktiken öffentlich hinterfragen (S. 8–10).

Nachfolgend gehen die Autorinnen auf die Soziale Arbeit im Alters- und Pflegeheim ein.

6.3 Soziale Arbeit im Alters- und Pflegeheim

6.3.1 Klinische Sozialarbeit

Nach Harald Hansen (2011) ist die Soziale Arbeit im Alters- und Pflegeheim Teil der Klinischen Sozialarbeit. Deren Hauptziel ist, die durch Krankheit oder Behinderung gefährdete psycho-soziale Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien oder Gruppen durch interaktive und personenorientierte Arbeitsformen zu erhalten und zu fördern (S. 797).

Nach Anne Kottler (2004) strebt Klinische Sozialarbeit nach Lösungen für psychische und soziale Konflikte, damit Menschen wieder in die Gemeinschaft eingeschlossen werden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Merkmal Klinischer Sozialarbeit ist das «*klinische Auge*». Hinter diesem multiperspektiven Ansatz steht die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise ICF («International Classification of Functioning, Disability and Health») der WHO. Danach gelten biologische, psychische und soziale Entstehungsbedingungen für Gesundheit bzw. Krankheit und individuelle Prägungsfaktoren als gleichwertig und werden deshalb gleichzeitig in einem integrativen Behandlungsplan berücksichtigt (S. 32).

Rainer Ningel (2011) beurteilt die Beziehung zwischen der Sozialen Arbeit und der Medizin aufgrund der unterschiedlichen Problemfokussierung bzw. Betrachtungsweise der krankheits- und gesundheitsfördernden Einflussfaktoren als schwierig. Die Medizin nimmt in der Hierarchie der Hilfesysteme eine höhere Stellung ein und hat umfassendere Einflussmöglichkeiten als die Soziale Arbeit (S. 65). Sozialarbeitende hingegen zeichnen sich nach Ningel durch ihren ganzheitlichen Blick auf Klientinnen/Klienten sowie die Fähigkeit zur Netzwerkarbeit aus (S. 15). Ihre Allrounderfähigkeiten und «Allzuständigkeit» erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dabei profitiert sie von berufseigenen Eigenschaften wie Kommunikationsbereitschaft, Partizipation, Konzept-/Methodenvielfalt und der Fähigkeit, die Sprache der angrenzenden Professionen sprechen und deren Fachterminologie verstehen zu können (Köppel, 2007, S. 30–31).

Die neun Rollen der Klinischen Sozialarbeit	
« Broker »	Ressourcenvermittlerin/-vermittler für Klientinnen/Klienten, Hilfe beim Kontakt mit Angehörigen, externen Beratungsstellen u.a.
« Advocate »	Fürsprecherin/Fürsprecher für die Belange der Klientinnen/Klienten, Geltendmachung finanzieller Mittel
« Educator »	Wissens- bzw. Bildungsvermittlerin/-vermittler, z.B. für spezielle Kommunikationsstrategien
« Enabler »	Befähigerin/Befähiger der Klientinnen/Klienten, z.B. mittels Empowerment
« Case Manager »	Organisatorin/Organisator bzw. Koordinatorin/Koordinator von sozialarbeiterischen und therapeutischen Dienstleistungen
« Counselor »	(sichtbarste Rolle): Beraterin/Berater und Vertrauensperson für Klientinnen/Klienten
« Mediator »	Konfliktmanagerin/-manager zwischen zwei Parteien
« Consultant »	Spezialistin/Spezialist bzw. strategische/r Beraterin/Berater, z.B. zu Suchtfragen
« Researcher »/« Evaluator »	Forscherin/Forscher über die Methoden und Techniken in Zusammenhang mit dem Beratungs- bzw. Behandlungsprozess, evaluiert Prozesse und Ergebnisse

Tab. 9: Die neun Rollen der Klinischen Sozialarbeit und ihre Aufgaben (Kottler, 2004, S. 29–30).

Nach Rachelle Dorfman (zit. in Kottler, 2004) üben Sozialarbeitende im klinischen Kontext innerhalb eines systematischen Hilfeprozesses neun Rollen aus (S. 29).

Nach Ansicht der Autorinnen eignen sich diese neun Rollen (*Tab. 9*), um die vielfältigen Aufgaben der Sozialarbeit im Alters- und Pflegeheim aufzuzeigen.

Die Rollen werden in Kapitel 6.5 anhand von Interventionsmöglichkeiten konkretisiert.

6.3.2 Aufgaben der Sozialarbeitenden

Sozialarbeitende, die mit älteren Klientinnen/Klienten arbeiten, tun dies nach Christian Zippel und Sibylle Krause (2009) unter gerontologischen Aspekten. Sozialarbeitende können mit ihrer Arbeit dazu beitragen, dass Würde und Selbstbestimmung der betroffenen Menschen im Alters- und Pflegeheim respektiert werden und ihre geistigen, seelischen, sozialen und physischen Bedürfnisse befriedigt werden. Dabei unterstützen sie die Heimbewohnenden darin, ihr Leben und Wohnen im Heim selbstbestimmt zu gestalten, um es (wieder) als sinnvoll zu empfinden. Sozialarbeiterische Beratung umfasst auch die Unterstützung der Bewohnenden bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen wie z.B. den Verlust der Partnerin/des Partners (S. 347–348).

Zippel und Krause (2009) nennen folgende Aufgabenfelder für Sozialarbeitende in Alters- und Pflegeheimen:

- Koordination der Aufnahmeformalitäten, führen des Erstgesprächs,
- Beratung der Heimbewohnenden, z.B. Informationsvermittlung über ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Sicherstellung von materiellen Hilfen, Spitalbesuche, Anlaufstelle für Beschwerden,
- psycho-soziale Beratung von Angehörigen, Organisation von Angehörigentreffen, Einbezug in die Freizeitgestaltung der Heimbewohnenden,
- Organisation und Durchführung von Freizeitangeboten und Veranstaltungen, Unterstützung der Heimbewohnenden bei der Ausübung von Hobbys,
- Beratung der Heimleitung und der Heimbewohnenden bei der Mitgestaltung der öffentlichen Räume und ihrer Zimmer,
- Organisation von Besichtigungen, Mitarbeit in Gremien und Öffentlichkeitsarbeit,
- Gemeinwesenarbeit, z.B. mit Kirchgemeinden, Förderung der Freiwilligenarbeit
- sowie organisieren von Weiterbildungen zu spezifischen Themen (S. 348–349).

Laut Irmtraud Bandi (Interview vom 22. Juli 2011) nehmen Sozialarbeitende des Wohn- und Pflegeheimes Utzigen an verschiedenen interdisziplinären Rapporten und Sitzungen teil. Weiter sind sie an externen Standortgesprächen dabei (z.B. in der Psychiatrie), erarbeiten interne Konzepte und organisieren Heimanlässe.

Nachfolgend beleuchten die Autorinnen den theoretischen Hintergrund dieser alltagsbezogenen Sozialarbeit.

6.3.3 Lebensweltorientierung

Bosshard (2008) ist der Meinung, dass sich das Konzept der Lebensweltorientierung in stationären Einrichtungen besonders gut eignet, damit Sozialarbeitende ein Gefühl und Verständnis für die individuellen Belastungen, Gesundheitsrisiken, Defizite sowie Fähigkeiten, Ressourcen und Gesundheitskräfte der Bewohnenden erhalten. Durch den Fokus des Alltags der Bewohnenden werden Denkweisen und individuelle Bewertungen der Bewohnenden über ihr Handeln und über Geschehnisse erfahr-

bar. Die zeitlichen, räumlichen und sozialen Strukturen des Alltags der Bewohnenden verschaffen Sozialarbeitenden ein Bild über die sozio-ökonomischen Verhältnisse und die kulturellen Bedingungen. Diese Alltagsroutinen der Bewohnenden geben Auskunft über ihre individuelle Bedeutung und wo sie Veränderungsabsichten fördern bzw. hindern (S. 157–158). Nach Hans Thiersch (zit. in Schiller & Zeller, 2007) fordert der lebensweltorientierte Ansatz von Sozialarbeitenden Respekt für die Verständnis- und Handlungsmuster der Klientinnen/Klienten in ihrer Lebenswelt. Gleichzeitig sind sie aufgefordert, hinderliche Verhältnisse zu verbessern. Diese Veränderungen müssen mit den Klientinnen/Klienten ausgehandelt werden (S. 169).

Nachdem die Autorinnen die Soziale Arbeit und ihre Aufgaben dargelegt haben, gehen sie nun auf die Alkoholbehandlung bei älteren Menschen ein.

6.4 Behandlung von alkoholabhängigen älteren Heimbewohnenden

6.4.1 Behandlungsplanung und -inhalte

Nach Ambros Uchtenhagen (2004) sind die Erfolgsaussichten einer Behandlung umso besser, je sorgfältiger und gezielter sie geplant wurde. Die Indikationsstellung erfasst die Lebenssituation, Vorgeschichte, Ressourcen, Beratungs- und Behandlungsbedürfnisse, Präferenzen der alkoholabhängigen Menschen sowie den Grad ihrer Veränderungsbereitschaft. Diese Angaben werden mit der Behandlung abgestimmt («treatment matching»). Dabei sind Mehrfachabhängigkeiten, Multimorbidität und relevante Übergangs- oder Krisensituationen zu berücksichtigen wie beispielsweise ein kürzlich erfolgter Verlust der Partnerin/des Partners. Physische und/oder psychische Begleiterkrankungen schränken die Wahl der Therapieangebote ein und stellen hohe Anforderungen an die behandelnde Institution. Bei der Behandlungswahl sind die subjektiven Erwartungen und Präferenzen der alkoholabhängigen Menschen mit einzubeziehen, um die Compliance zu stärken (S. 19–21).

Ältere Menschen haben nach Bojak et. al. (2010) andere Bedürfnisse als jüngere oder erwerbstätige Menschen. Ihre Lebenssituation erfordert altersgerechte Themen in der Alkoholbehandlung, beispielsweise die Bilanzierung und Würdigung der Lebensereignisse/-leistung, die Verarbeitung von Verlusten im Familien- und Bekanntenkreis, der Beziehungsaufbau zu Angehörigen oder zu Bekannten sowie die Vorbildfunktion für Enkelkinder. Ähnliche Lebensverläufe oder Lebenslagen von Gruppenteilnehmenden bewirken, dass die Hemmschwelle der therapiemässig unerfahrenen late-onset-Trinkenden sinkt und sie sich besser öffnen können (S. 77–79).

6.4.2 Hauptziel der Alkoholbehandlung bei älteren Menschen

Die komplette Herstellung der Gesundheit durch die Alkoholbehandlung erachten die Autorinnen bei älteren Heimbewohnenden als illusorisch. Während einige Suchtmedizinerinnen/-mediziner die *Abstinenz* einer Alkoholbehandlung als oberstes Ziel festlegen, stellen Mediziner wie Dirk W. Schwoon und H.B. Wagner die Förderung bzw. Erhaltung der *Lebensqualität* ins Zentrum. Nach ihrer Meinung garantiert Abstinenz alleine keine Verbesserung der Lebensqualität. Weitere Teilziele wie z.B. die soziale Absicherung richten sich nach der individuellen Befindlichkeit, Lebenssituation und dem Krankheitsverlauf der alkoholabhängigen Menschen (Kleinemeier, 2004b, 37–38). Lützenkirchen et al. (2010) stellen in Interviews von Expertinnen/Experten aus verschiedenen Disziplinen, die sich mit alkoholabhängigen älteren Menschen befassen, ebenfalls fest, dass Abstinenz und kontrolliertes Trinken nicht als zwingendes Behandlungsziel angesehen wird. Vielmehr wird beabsichtigt, die sozialen Kontakte zu fördern und Einsamkeit abzubauen, damit alkoholabhängige ältere Menschen vermehrt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können (S. 71).

Im Jahresbericht 2010 der Forel Klinik wird unter Lebensqualität physisches und psychisches Befinden, soziale Beziehungen und Lebensumstände, wie beispielsweise die Wohn- und die finanzielle Situation erfasst (S. 14). Nach Roland Schmidt (2008) bilden physiologische und psychische Grundbefindlichkeiten bzw. der allgemeine Gesundheitszustand und die geistige Leistungsfähigkeit wichtige Ansatzpunkte für die Lebensqualität von älteren Menschen. Ein gutes soziales Netz kann die Wirkungen von belastenden Faktoren eindämmen. Interventionen von Gesundheitsberufen, einschliesslich der Sozialen Arbeit, zielen darauf ab, das physische, psychische und psycho-soziale Wohlbefinden zu fördern und belastende Faktoren (z.B. belastende Beziehungen) in ihren Wirkungen positiv zu beeinflussen (S. 130–131).

Bei Wilhelm Feuerlein steht bei der Verbesserung der Lebensqualität die Verhinderung des weiteren physischen und psychischen Abbaus, die Erhaltung vorhandener Kompetenzen, die Stärkung sozialer Kompetenzen (Fähigkeit zur Selbstversorgung) sowie die (Re-)Aktivierung des sozialen Netzes im Vordergrund (zit. in Bojack et al., 2010, S. 75–76). Der in Kap. 4.2 erwähnte Public-Health-Ansatz fokussiert ebenfalls die Verbesserung der Lebensqualität bei abhängigen Menschen (BAG, 2010, S. 25).

Im geschützten Kontext des Alters- und Pflegeheims erachten die Autorinnen die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität als sinnvoll und realistisch. Einerseits sind die physischen Bedürfnisse der Heimbewohnenden (Kap. 6.2.1) gesichert. Andererseits bedeutet Lebensqualität für alle Menschen etwas anderes, sodass dieses Ziel entsprechend auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen angepasst und ausformuliert werden kann.

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den verschiedenen Phasen einer Alkoholbehandlung bei älteren Menschen, sofern sich diese zu einer solchen entschliessen.

6.4.3 Behandlungsablauf bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden

Statistische Daten aus deutschen Suchtfachkliniken zeigen, dass ältere Menschen, entgegen Vorurteilen, gut motivierbar und therapierbar sind. Es schliessen weitaus mehr über 60-Jährige die Entwöhnungsphase planmässig ab als jüngere Teilnehmende. Late-onset-Trinkende, vor allem weibliche, haben sehr gute Erfolgsaussichten (Bojack et al., 2010, S. 78).

Es wird zwischen zwei Formen von Behandlungsabläufen unterschieden: Der abgestufte Behandlungsablauf «stepped care» und der idealtypische Behandlungsablauf. «Stepped care» unterscheidet verschiedene Intensitätsstufen und strebt eine minimale Behandlung an, z.B. den Besuch einer Selbsthilfegruppe. Erst wenn diese nicht erfolgreich ist, wird über eine umfassendere Behandlung entschieden (Soyka & Küfner, 2008, S. 472). Der idealtypische Behandlungsablauf umfasst die vier Phasen Kontaktphase, Entzug, Entwöhnung und Nachsorge (Tab. 10).

Da die Selbstheilung nach Soyka und Küfner (2008) bei Menschen mit einem abhängigen Konsummuster (Kap. 3.6) wenig vorkommt, gilt der physische Entzug und die (psychische) Entwöhnungsbehandlung vom Alkohol als Voraussetzung, um den Konsum (vorläufig) abzusetzen bzw. einzuschränken (S. 264). Bei alkoholabhängigen älteren Menschen empfehlen sowohl Michael Soyka (Interview vom 2. September 2011) wie auch Ruedi Studer (Interview vom 11. August 2011), den Entzug und die Entwöhnung stationär durchzuführen. Gründe liegen in der Multimorbidität, im erhöhten Medikamentenkonsum sowie in den physischen und/oder psychischen Einschränkungen, die schwere Komplikationen verursachen können.

Aufgrund dieser Einschätzung erachten die Autorinnen bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden den *idealtypischen Behandlungsablauf* (Tab. 10) als geeigneteren Behandlungsablauf, sofern die (vorläufige) Abstinenz angestrebt wird. Deshalb wird er näher vorgestellt.

Idealtypischer Behandlungsablauf für Alkoholabhängige		
Phasen/Dauer	ambulante Stellen/Institutionen	stationäre Institutionen
1. Kontaktphase (Wochen, Monate)	<ul style="list-style-type: none"> • (Haus-)Ärztin/(Haus-)Arzt • Suchtberatungsstelle • Selbsthilfegruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinkrankenhaus • Psychiatrische Klinik
2. Entzugsphase (1–4 Wochen)	<ul style="list-style-type: none"> • zu Hause 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinkrankenhaus • Psychiatrische Klinik • Suchtklinik
3. Entwöhnungsphase (6–24 Wochen)	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinik • (Haus-)Ärztin/(Haus-)Arzt • Psychosoziale Beratungsstelle/ Suchtberatungsstelle • Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Klinik • Fachkrankenhäuser für Alkohol- abhängige • Suchtklinik • Tagesklinik
4. Nachsorgephase/ Nachbehandlung (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • (Haus-)Ärztin/(Haus-)Arzt • Suchtberatungsstelle • Selbsthilfegruppen • Psychotherapeutin/Psychotherapeut 	<ul style="list-style-type: none"> • Übergangsheim • Wohnheim

Tab. 10: Idealtypischer Behandlungsablauf für Alkoholabhängige (Soyka & Kufner, 2008, S. 330).

Bei Rückfällen müssen nicht zwangsläufig alle Phasen erneut durchlaufen werden. Da die Erfolgsaussichten einer Behandlung mit ihrer Dauer grundsätzlich zunehmen, ist es sinnvoll, Rückfälle als Bestandteil des Veränderungsprozesses zu akzeptieren und Klientinnen/Klienten möglichst lange für die Weiterführung der Behandlung zu motivieren (Wessel & Westermann, 2002, S. 128).

Nachfolgend werden die vier Phasen des idealtypischen Behandlungsablaufs beschrieben.

Kontaktphase

Nach Soyka und Kufner (2008) gehen dieser Phase häufig Hinweise auf physische oder psychische Folgen (Kap. 4.4) oder soziale Auffälligkeiten bzw. Konflikte (Kap. 5.5.4) voraus. In der Kontaktphase liegt der Schwerpunkt bei der Förderung der Motivation, der Krankheitseinsicht sowie der Compliance. Die ersten Beratungsgespräche sind entscheidend, da sie wichtige Impulse vermitteln und Weichen stellen können. Untersuchungen haben ergeben, dass bestimmte beraterische Interventionen den Motivationsprozess positiv beeinflussen können. Dabei haben sich insbesondere die unter der Bezeichnung FRAMES zusammengefassten Faktoren als wirksam erwiesen (S. 408–410):

- «Feedback»: Informationsvermittlung über negative Folgen der Alkoholabhängigkeit,
- «Responsibility»: Rückgabe der Verantwortung an die alkoholabhängigen Menschen,
- «Advice»: Beratung über Beratungsziele/-möglichkeiten und Vorgehensweise,
- «Menu»: Ermöglichen einer Wahl zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten,
- «Empathy»: Einfühlungsvermögen in die Situation der alkoholabhängigen Menschen,
- «Self-efficacy»: Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung der Betroffenen hinsichtlich Veränderung (S. 408).

In der Kontaktphase sind alkoholabhängige Menschen nach Soyka und Kufner (2008) hin und her gerissen zwischen ihren Bedürfnissen und Wünschen. Vielfach müssen sie zuerst in ihrem Selbstwert

gestärkt werden, damit ihre Hoffnung und Wirkungserwartungen auf die angestrebten Veränderungen zunehmen (S. 409).

Entzug

Das Hauptziel dieser Phase ist nach Soyka und Küfner (2008) der Unterbruch des Alkoholkonsums und das vorläufige Erreichen der Abstinenz mit medizinischen und therapeutischen Massnahmen. Entzugsbehandlungen sollten bei schweren Entzugserscheinungen oder zusätzlichem Medikamentenmissbrauch stationär durchgeführt werden (S. 413–414). Medikamente helfen, Entzugssymptome abzuschwächen und das Suchtverlangen einzudämmen (z.B. Anti-Craving-Medikamente) (Frank Andersohn, 2004, S. 51).

Entwöhnung

Soyka und Küfner (2008) bezeichnen die Entwöhnung als entscheidende Phase. Hier gilt es, die vorläufige Abstinenz zu stabilisieren und längerfristig einen neuen Abhängigkeitsprozess zu verhindern (S. 415–416). Obwohl grundsätzlich Abstinenz angestrebt wird, besteht nach Kleinemeier (2004b) im Sinne der Schadensminderung die Alternative des kontrollierten Konsums. Der Anspruch des kontrollierten Konsums ist erfüllt, wenn Menschen ihr Trinkverhalten nach zuvor festgelegten Trinkregeln richten (S. 36). Die Entwöhnungsphase beinhaltet Einzel- oder Gruppentherapien mit unterschiedlichen psychoanalytischen, verhaltens-, gestalt- oder soziotherapeutischen Ausrichtungen (S. 62).

Nachsorge

Soyka & Küfner (2008) empfehlen, die Nachsorge möglichst einmal in der Woche in der Nähe des Wohnortes der Betroffenen durchzuführen. Die Nachsorge umfasst die soziale Rehabilitation der ehemals alkoholabhängigen Menschen in die Familie und das soziale Umfeld (S. 421–422). Beratende sollten bereits während der Entwöhnungsphase mit den Betroffenen Kontakt aufnehmen, um die Motivation weiter aufrechtzuerhalten und Rückfällen vorzubeugen (S. 466). Ziele der Nachsorge sind die Aufrechterhaltung der Abstinenz bzw. der weiteren Verbesserung der Lebensqualität, der Transfer der Veränderungen in den Alltag, die Bearbeitung von Rückfällen sowie Nach-/Weiterbehandlung von psychiatrischen Störungen (S. 345).

Einwilligung zur Alkoholbehandlung

Voraussetzung für die Selbstbestimmung von Menschen bezüglich Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung ist nach Martin Hautzinger und Elisabeth Thies (2009) die umfassende Aufklärung über die Behandlung. Damit von informierter Zustimmung («informed consent») ausgegangen werden kann, müssen Klientinnen/Klienten einwilligungsfähig sein: Sie müssen die Informationen verstehen, um darauf eine Entscheidung nach ihrem freien Willen treffen zu können (S. 27). Nach Ansicht von Meyer und Müller (2009a) kommen fürsorgliche (paternalistische) Handlungen nicht in Frage, wenn jemand sprach- und selbstbestimmungsfähig ist (S. 31). Die Beurteilung, ob jemand nach Artikel 16 im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) urteils- und damit handlungs- und selbstbestimmungsfähig ist, um über die Inanspruchnahme oder Ablehnung einer Alkoholbehandlung zu entscheiden, liegt in der ärztlichen Verantwortung.

Bevor die Autorinnen auf die Interventionen eingehen, werden grundsätzliche Überlegungen zum sozialarbeiterischen Handeln angestellt.

6.5 Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

6.5.1 Vorgehensweise von Sozialarbeitenden bei Problemlösungen

Das dritte Mandat der Sozialen Arbeit erfordert nach Staub-Bernasconi (2007) nebst ethischen Leitlinien inter- und transdisziplinäres wissenschaftliches Beschreibungs- und Erklärungswissen für soziale bzw. psycho-soziale Probleme (S. 200). Die professionelle problemlösende Handlung zeichnet sich nach Werner Obrecht (zit. in Maria Solèr, Daniel Kunz, Urban Brühwiler & Beat Schmocker, 2009, S. 18) durch eine Abfolge methodischer Denkschritte aus. Diese bilden die Grundlage für den sozialarbeiterischen Handlungsplan.

Das nachfolgende Problemlösungsmodell (Abb. 4) der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit setzt sich aus den fünf Phasen Situationsanalyse; Prognose/Bewertung/Problemerkennung; Zielsetzung/Planung; Verfahrensentscheidung und Evaluation zusammen. Anhand des Modells werden die sozialarbeiterischen Interventionsmöglichkeiten dargestellt (weiss). Die blauen Begriffe entsprechen den vier Phasen des idealtypischen Behandlungsablaufs (Tab. 10).

Die Interventionen nehmen Bezug auf die Fragestellung und finden im Alters- und Pflegeheim statt.

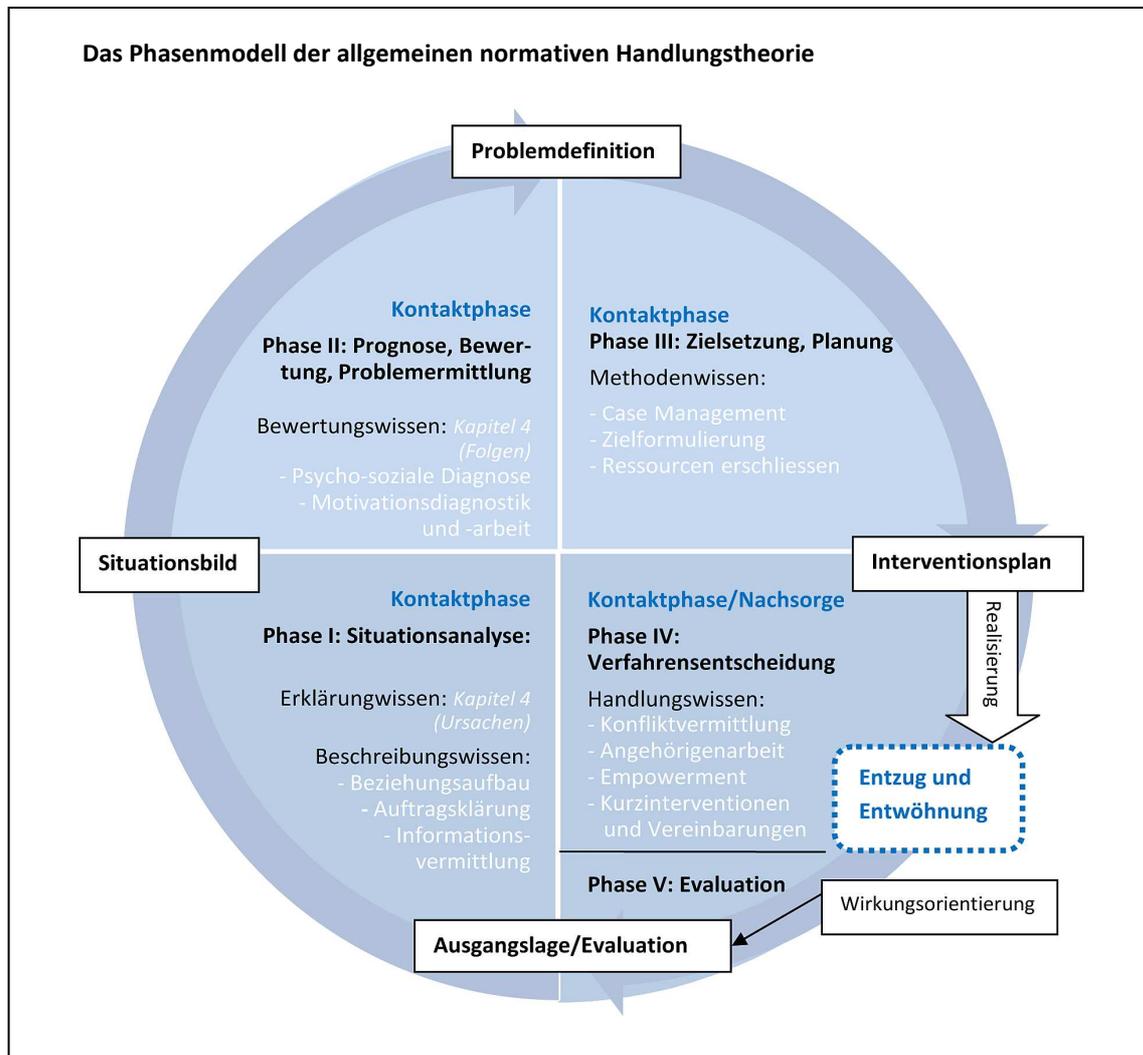


Abb. 4: Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie (Solèr et al., 2009, S. 21, mit Anpassungen der Autorinnen).

6.5.2 Phase I der Situationsanalyse

In dieser Phase beschaffen Sozialarbeitende Informationen und ordnen die Fakten. Sie klären die Rahmenbedingungen und geben Informationen ab. Der Beziehungsaufbau ist in dieser Phase entscheidend.

Der englische Ausdruck in der Klammer bei der Interventionsbezeichnung entspricht der jeweiligen Rolle der Sozialarbeitenden (Kap. 6.3.1).

Beziehungsaufbau («Counselor»)

Ein stabiles Vertrauensverhältnis bildet die Voraussetzung für die Compliance der Klientinnen/Klienten. Dabei können Sozialarbeitende auf die Fertigkeiten der klientenorientierten Gesprächsführung nach Carl Rogers zurückgreifen: aktives Zuhören, Echtheit, einführendes Verstehen und positive Wertschätzung (Esther Weber, 2005, S. 13). Wolter (2011) erachtet den Aufbau einer therapeutischen Beziehung bei älteren Menschen schwieriger als bei jüngeren. Ältere Menschen sind in der Regel vorsichtiger und äussern mehr Vorbehalte zu therapeutischen Einrichtungen oder Massnahmen. Das Vertrauensverhältnis erweist sich anschliessend aber als dauerhafter als bei jüngeren Klientinnen/Klienten. Sobald sich ältere Menschen zu Veränderungsschritten entschlossen haben, sind sie einsichtiger und konsequenter in der Umsetzung als jüngere (S. 194). Sozialarbeitende in Alters- und Pflegeheimen haben Respekt vor den Ansichten und Gewohnheiten der Bewohnenden, auch wenn sie diese als nicht gesundheitsfördernd betrachten. Trotz ihrer physischen und psychischen Einschränkungen achten Sozialarbeitende alkoholabhängige Bewohnende als vollwertige Menschen, indem sie ihre Meinung einfordern und ihre Lebensleistung würdigen.

Da Heim-Sozialarbeitende in der direkten Lebenswelt der Betroffenen arbeiten, begegnen sie den Heimbewohnenden oft spontan in den Räumlichkeiten des Heimes. Damit besteht eine gute Ausgangslage für ein Vertrauensverhältnis. Aufgrund ihrer lebensweltorientierten Arbeitsweise sind Sozialarbeitende mit den institutionellen Rahmenbedingungen, dem Leitbild und der Haltung der Heimleitung und Mitarbeitenden gegenüber alkoholabhängigen Bewohnenden vertraut. Weiter kennen sie das Dossier der Heimbewohnenden und die Umstände des Heimeintritts. Allenfalls kennen sie gewisse Problematiken bereits durch den interdisziplinären Fachaustausch. Damit ergibt sich die Chance, dass Sozialarbeitende aktiv auf alkoholabhängige Bewohnende zugehen, sie in ein informelles Gespräch verwickeln oder ihnen ein Gespräch anbieten. Damit können schwellende Konflikte frühzeitig angesprochen und Eskalationen vermieden oder reduziert werden.

Auftragsklärung («Counselor»)

Da die Haltung der Mitarbeitenden im Alters- und Pflegeheim gegenüber alkoholabhängigen Bewohnenden vielfach widersprüchlich ist, ist es umso wichtiger, dass sich Sozialarbeitende bei «fehlenden» bzw. widersprüchlichen Aufträgen auf ihren Berufskodex berufen, um ihr Handeln zu legitimieren.

Bei Beginn der Kontaktphase steht die Auftragsklärung im Zentrum. Sozialarbeitende erfragen dabei den Grund für die Kontaktaufnahme, das Anliegen und die Erwartungen der Klientinnen/Klienten und allenfalls weiterer Auftraggebender (Sigrid Haselmann, 2009, S. 175). Wolf Ritscher spricht dabei von primären Auftraggebenden (Klientinnen/Klienten), sekundären Auftraggebenden (professionelle Helferinnen-/Helfersysteme) und tertiären Auftraggebenden (z.B. Angehörige) (2002, S. 184).

Nach Bosshard (2008) hat das Selbstbestimmungsrecht der Klientinnen/Klienten absoluten Vorrang bei Sozialarbeitenden. Das erfordert das Bewusstsein der Sozialarbeitenden, dass sie nicht (sofort) alle Probleme lösen können bzw. müssen. Sozialarbeitende haben im Gegensatz zu Ärztinnen/Ärzten nicht das Recht und die Macht, den Klientinnen/Klienten zu ihrem eigenen Schutz unter Zwang Behandlungsmassnahmen zu verordnen. Umso mehr sollten sie das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen fördern und versuchen, diese mit Motivationsarbeit zu Veränderungen zu bewegen (S. 161).

Aufträge der Ärzteschaft, der Pflegeleitenden können denen von Heimbewohnenden widersprechen, was bei Sozialarbeitenden zu einem Dilemma führen kann. Den Auftrag, eine alkoholabhängige Bewohnerin/einen alkoholabhängigen Bewohner für den Besuch einer Suchtberatungsstelle anzu-melden, sollten Sozialarbeitende anhand der Grundsätze der Selbstbestimmung und dem Mitsprache-recht nur in Absprache mit den betroffenen Bewohnenden ausführen.

Die Soziale Arbeit im Alters- und Pflegeheim arbeitet nicht im Zwangskontext der gesetzlichen Für-sorge. Der Grundsatz der Selbstbestimmung gilt auch bei Familienmitgliedern oder Pflegefachkräften, die den Sozialarbeitenden Forderungen stellen, die den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerin/des Bewohners widersprechen. Das kann beispielsweise die Forderung von Pflegefachkräften sein, Angehörigen einer alkoholabhängigen Bewohnerin/eines alkoholabhängigen Bewohners mitzuteilen, sie sollen das Mitbringen von Spirituosen unterlassen. Auch wenn dieser Wunsch aus Sicht des Heimes verständlich scheint, dürfen Sozialarbeitende nicht einseitig Partei ergreifen. Supervisionen und Inter- visionen können helfen, dieses Spannungsfeld zwischen den Aufträgen der verschiedenen Auftrag- gebenden auszuhalten und einen professionellen Umgang damit zu finden.

Informationsvermittlung («Consultant», «Educator»)

Beratung gilt als Schlüsselkompetenz von Sozialarbeitenden in der direkten Arbeit mit Klientinnen/ Klienten. Sozialarbeitende beraten individuell, kontextspezifisch, lösungs-, zukunfts- und ressourcen- orientiert (Weber, 2005, S. 12–13).

Im Sinne der im Berufskodex festgehaltenen Partizipation, der «informierten Zustimmung» und zur Förderung der Krankheitseinsicht können Sozialarbeitende, zusammen mit der Ärzteschaft, die alkoholabhängige Bewohnerin/den alkoholabhängigen Bewohner und allenfalls Angehörigen und/oder vormundschaftlichen Mandatsträgerinnen und -trägern Informationen über mögliche Ursachen und Folgen der Alkoholabhängigkeit abgeben und über Möglichkeiten und Grenzen einer Behandlung infor- mieren. Erst dann können Bewohnende selbstbestimmt über eine (Nicht-)Behandlung der Alkohol- abhängigkeit entscheiden.

Durch suchtspezifische Kenntnisse, wie beispielsweise über neurobiologische Vorgänge, können Sozial- arbeitende die Alkoholabhängigkeit und erfolglose Abstinenzbemühungen nachvollziehen und alkohol- abhängigen Heimbewohnenden die Vorteile einer medikamentös unterstützten Behandlung (Pharmakotherapie) aufzeigen. Wenn Heim-Sozialarbeitende über zu wenig Suchtkenntnisse verfügen, können sie auf ihr berufliches Netzwerk zurückgreifen und Suchtberatungsstellen kontaktieren. Sozialarbeitende können auch Pflegefachkräfte im Umgang mit alkoholabhängigen Heimbewohnenden unterstützen. Sie können sie beispielsweise aufgrund ihrer Fallkenntnisse über mögliche Ursachen der Alkoholabhängigkeit informieren. Weiter können sie aufgrund ihrer systemischen Betrachtungsweise aufzeigen, dass die sozialen Folgen der Alkoholabhängigkeit, wie z.B. Stigmatisierung, die Beziehung zu den Familienangehörigen beeinflussen kann. Bewohnende könnten sich noch mehr zurückziehen und ihre Angehörigen dadurch veranlassen, ihrerseits die Kontakte zu reduzieren.

6.5.3 Phase II der Prognose, Bewertung und Problemerkennung

In dieser Phase geht es darum, Prognosen zu entwickeln, diese zu bewerten und Probleme sowie Ressourcen zu bestimmen. Die Interventionen bei alkoholabhängigen Heimbewohnenden bestehen aus der psycho-sozialen Diagnose und der Motivationsdiagnostik/-arbeit.

Psycho-soziale Diagnose («Consultant»)

Grundlage für die psycho-soziale Beratung bildet die psycho-soziale Diagnose durch Sozialarbeitende. Sie dient dem Fallverständnis und ist unerlässlich, um die geeignete Behandlung beurteilen und planen zu können. Nach Silke Birgitta Gahleitner (2008) erweitert sie die klassifikatorische Diagnose der Ärzte-

schaft um biografische und lebensweltliche Informationen sowie um die Ressourcen der kranken Menschen. Das Erzählen der Biografie gibt Aufschluss über Defizite, Kompetenzen und Ressourcen der älteren Ratsuchenden. Zudem werden Exklusions- und Inklusionsprozesse erkenn- und nachvollziehbar, was eine gute Grundlage für die Beratungsziele bildet (S. 17–18).

Psycho-soziale Arbeit zielt darauf ab, die Passung zwischen Subjekt und der Aussenwelt der Betroffenen zu erfassen und damit die alltägliche Identitätsarbeit zu verbessern. Durch das Modell «Fünf Säulen der Identität» (Kap. 4.1.2) erkennen Sozialarbeitende beeinträchtigte Lebensbereiche. Durch das Erstellen von Genogrammen oder Ecomaps (soziales Netzwerkinventar) wird das soziale Netzwerk der Klientinnen/Klienten verdeutlicht. Die strukturierte Fallerkundung und das Fallverstehen bilden Voraussetzung für die sozialarbeiterische Interventionsplanung. Sozialarbeitende können auf der Basis der bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise ICF der WHO eine umfassende Problem- und Ressourcenanalyse vornehmen. Diese erfasst auf der individuellen, personalen Ebene sowie auf der Ebene der Umgebung alle Ressourcen, Stärken, Defizite und Schwächen. Damit werden Beratungsthemen abgeleitet und priorisiert (Gahleitner, 2008, S. 19–20).

Als beachtungswürdig erachten die Autorinnen den Ansatz der Salutogenese. Er wurde 1979 von Anton Antonovsky entwickelt und befasst sich mit der Frage, was Menschen trotz einer Vielzahl krankheitserregender Risikokonstellationen und Belastungen gesund hält. Dabei steht das Kohärenzgefühl im Zentrum. Es bezeichnet das Gefühl der Verstehbarkeit, Handbarkeit und Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit bei unvorhergesehenen Ereignissen oder schwierigen Situationen. Das Kohärenzgefühl wird deshalb oft psychisches Immunsystem genannt (Pschyrembel, 2007, S. 434). Ein kranker Mensch gilt deshalb immer auch als ein Individuum mit eigenen Potenzialen und Ressourcen. Die Soziale Arbeit sollte aufgrund ihrer ressourcenorientierten Arbeitsweise die gesunden Seiten eines Menschen bzw. seine salutogenetischen Voraussetzungen erkennen und fördern (Bosshard, 2008, S. 156–157).

Heim-Sozialarbeitende kennen durch das Aufnahmeverfahren das Dossier der Bewohnenden und durch die Teilnahme an interdisziplinären Rapporten im besten Fall auch die Situation der alkoholabhängigen Bewohnerin/des alkoholabhängigen Bewohners. Durch diese Fallkenntnisse sowie gerontologisches und medizinisches Wissen können sie eine differenzierte psycho-soziale Diagnose erstellen.

Motivationsdiagnostik und -arbeit («Counselor»)

Eine Alkoholbehandlung kann nur stattfinden, wenn alkoholabhängige ältere Heimbewohnende bereit sind, etwas an ihrem abhängigen Konsummuster zu verändern.

In den letzten Jahren hat die Diagnostik von Veränderungsprozessen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ende der 1970er-Jahre entwickelten die amerikanischen Psychologen James O. Prochaska und Carlo C. Di Clemente ein therapieunabhängiges Konzept über Veränderungen, das mit motivationalen Interventionen umgesetzt wird. Das Transtheoretische Modell unterscheidet sechs Stadien der Veränderung. Jede Veränderung ist geprägt von Entscheidungen und zurückgenommenen Entscheidungen, erfolgreichen und gescheiterten Veränderungsversuchen. Klientinnen/Klienten durchlaufen auf dem Weg einer nachhaltigen Veränderung in der Regel mehrere spiralförmige Schleifen. Bei einem Rückfall können die Betroffenen in verschiedene Stadien einsteigen (Petra Warschburger, 2009, S. 83).

In der folgenden *Tab. 11* werden in der mittleren Spalte die sechs Stadien der Veränderung des Transtheoretischen Modells erläutert. Mark A. Hubble, Barry L. Duncan und Scott D. Miller (2001, S. 298–301) schlagen dazu sozialarbeiterische Interventionsschwerpunkte (rechte Spalte) vor.

William R. Miller und Stephen Rollnick haben in Zusammenhang mit dem Transtheoretischen Modell mit der *Motivierenden Gesprächsführung* eine Gesprächsstrategie entwickelt, um Menschen zu Veränderungen zu motivieren. Es handelt sich dabei um eine personenzentrierte, direktive, wenig konfrontative Methode. Der Ansatz hat das Motivationskonzept in der Alkoholbehandlung seit den frühen

1990er-Jahren massgeblich verändert und breite Anerkennung gefunden (zit. in Warschburger, 2009, S. 92). Der Ansatz zeichnet sich durch einige Gemeinsamkeiten mit der lösungsorientierten Beratung aus, ist jedoch zielorientierter. Beide Ansätze fokussieren auf die Ressourcen und Stärken der Klientinnen/Klienten und zielen auf eine starke Kooperation mit ihnen ab (Warschburger, 2009, S. 97).

William R. Miller und Stephen Rollnick (2009) gehen davon aus, dass Klientinnen/Klienten selbst über Ressourcen und Veränderungsmotivation verfügen. Um die innere Motivation nach «ausen zu bilden», werden Wahrnehmungen, innere Absichten und Werte der Betroffenen verstärkt (Evokation) und klientenspezifische Selbstdeutungen herausgearbeitet (S. 54). Durch das Aufzählen der Vor- und Nachteile bei beibehalten bzw. verändern des Verhaltens wird der Unterschied zwischen dem erwünschten und dem erlebten Verhalten in Form von Diskrepanz sichtbar. Indem die Betroffenen selbst die Gründe für eine Veränderung äussern, steigen ihre Selbstwirksamkeitsannahmen und damit die Motivation (S. 59–61).

Da sich die Motivierende Gesprächsführung an keine spezifische Altersgruppe richtet, sind die Autorinnen der Ansicht, dass sie sich bei alkoholabhängigen älteren Heimbewohnenden ebenfalls bewährt. Gemäss Michael Soyka (Interview vom 2. September 2011) wird der Ansatz bei alkoholabhängigen Patientinnen/Patienten in der Privatklinik Meiringen angewendet.

Die sechs Stadien der Veränderung und ihre Interventionsschwerpunkte		
Stadien	Inhalt der Stadien (Warschburger, 2009, S. 83)	Interventionsschwerpunkte (Hubble et al., 2001, S. 298–301)
1. Sorglosigkeit/ Absichtslosigkeit «Precontemplation»	Die Person hat keine oder nur eine geringe Veränderungsabsicht. Das Problem wird nicht wahrgenommen. Es fehlt das Wissen über die Konsequenzen des Verhaltens. Es besteht keine Absicht, es innert sechs Monaten zu ändern. Die Kontaktaufnahme erfolgt häufig auf externen Druck.	Zweifel wecken, um Klientinnen/Klienten «behutsam anzustossen». Positives Klima schaffen, in welchem Klientinnen/Klienten Vorteile einer Veränderung erkennen können, z.B. durch Informationen abgeben.
2. Bewusstwerden/ Absichtsbildung «Contemplation»	Das aktuelle Problem wird wahrgenommen und anerkannt. Es besteht noch keine aktive Veränderungsbereitschaft, jedoch wird erwägt, das Problem innert sechs Monaten zu verändern. Grosse Ambivalenz durch Abwägen von Vor-/Nachteilen einer Veränderung.	Geduld ist gefragt! Unterstützenden Rahmen schaffen, damit Klientinnen/Klienten über Veränderungen und deren Risiken ohne Handlungsdruck nachdenken können. Vor vorschnellen Entscheidungen abraten.
3. Vorbereitung/ Handlungsentscheid «Preparation»	Absicht und Verhalten werden integriert. Eine Entscheidung zur Veränderung wird bewusst getroffen. Erste Schritte werden eingeleitet. Beabsichtigt wird eine Umsetzung des anvisierten Ziels innert 30 Tagen.	Klientinnen/Klienten bei Auswahl und Priorisierung der Behandlungsziele unterstützen und Lösungswege/Alternativen aufzeigen. Bei fehlenden Wahlmöglichkeiten droht Widerstand. Fähigkeit zur Problemlösung herausfordern.
4. Handlung «Action»	Problematisches Verhalten wird verändert. Erste positive Resultate sind erkennbar. Das neue Verhalten besteht noch nicht sechs Monate.	Sich im Hintergrund halten, massvolle Unterstützung bei Handlungsschritten anbieten.
5. Aufrechterhaltung «Maintenance» (Dauer: bis fünf Jahre)	Die Stabilisierung der positiven Resultate von Veränderungsbemühungen ist zentral. Das neue Verhalten besteht seit mehr als sechs Monaten. Rückfälle in frühere dysfunktionale Verhaltensmuster sollen verhindert werden.	Klientinnen/Klienten auf mögliche Rückfälle/Rückschritte vorbereiten. Risikofaktoren identifizieren helfen und einen gemeinsamen Präventionsplan erarbeiten.
6. Beendigung «Termination»	Das neue Verhalten wird aufrechterhalten. Es besteht keine Rückfallgefahr mehr.	Keine spezifische Intervention.

Tab. 11: Die sechs Stadien der Veränderung und ihre Interventionsschwerpunkte (Warschburger, 2009, S. 83 und Hubble et al., 2001, S. 298–301).

6.5.4 Phase III der Zielsetzung und Planung

In dieser Phase werden gemeinsam mit den Klientinnen/Klienten Ziele erarbeitet, Ressourcen erschlossen und die Methoden festgelegt. Nach Meinung der Autorinnen nimmt Case Management bei alkoholabhängigen Heimbewohnenden, die sich für eine Alkoholbehandlung entschieden haben, eine Schlüsselrolle ein.

Case Management («Case Manager»)

Multidisziplinäre Case-Management-Teams sind ein unerlässlicher Bestandteil einer integrativen Behandlung, insbesondere bei multimorbiden Klientinnen/Klienten. Studien zeigen, dass Klientinnen/Klienten mit einem Case Management die Behandlungen länger durchhalten, eher in ambulanten Behandlungsformen verbleiben und sich stationäre Aufenthalte reduzieren lassen (Raphaella Basdekis-Jozsa, 2004, S. 111).

Sofern sich die alkoholabhängigen Heimbewohnenden zu einer Alkoholbehandlung entschliessen, nimmt Case Management nach Ansicht der Autorinnen während des gesamten vierstufigen Behandlungsablaufs eine bedeutende Rolle ein. Pflegefachkräfte finden durch den hohen Zeitdruck in der Pflege oft keine Zeit für zusätzliche Aufgaben. Sozialarbeitende im Alters- und Pflegeheim können aufgrund ihrer interdisziplinären und vernetzten Arbeitsweise die verschiedenen Aufgaben der Case Managerin/des Case Managers besonders gut erfüllen.

Nach Michael Galuske (2011) ermöglichen Case Managerinnen/Case Manager als Schlüsselpersonen im Hilfeprozess den Klientinnen/Klienten einen koordinierten Zugang zu Dienstleistungen. Dabei steht die Organisation, Planung und Koordination sowie Überwachung der Unterstützungsleistungen im Vordergrund und weniger die Beratung. Case Management besteht aus fünf Verfahrensstufen: Assessment, Planung, Intervention, Monitoring und Evaluation (S. 199–202).

Grundlage des Assessments im Heimkontext bilden die klassifikatorische und die psycho-soziale Diagnose. Die Planung der Behandlung erfolgt zusammen mit der alkoholabhängigen Bewohnerin/dem alkoholabhängigen Bewohner und der Ärzteschaft. Sozialarbeitende können dazu die beteiligten Stellen zu einer Helferinnen-/Helferkonferenz einladen. Indem Heim-Sozialarbeitende regelmässig an den externen Standortgesprächen teilnehmen, können sie den Behandlungserfolg während des Entzugs und der Entwöhnung überwachen, dokumentieren und frühzeitig den Übergang in die Nachsorge innerhalb des Alters- und Pflegeheims vorbereiten und allenfalls zusätzliche therapeutische Massnahmen (z.B. psychologische Beratung) einleiten. Die Evaluation erfolgt während des gesamten Prozesses in Form von Reflexion und Dokumentation der Behandlungsschritte. Die Endbeurteilung richtet sich auf die im Assessment erhobenen Veränderungsabsichten.

Zielformulierung («Enabler»)

Sozialarbeiterische Unterstützungsleistungen sollten zweck- und zielgerichtet sein. Wenn jemand nichts verändern will, gibt es keine Ziele. Die Zielformulierung ist ein wichtiger Bestandteil im Problemlösungsprozess und ist Grundlage für die spätere Evaluation. Konkrete Ziele schaffen zudem die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis mit Klientinnen/Klienten. «Wohlformulierte Ziele» erfüllen folgende Kriterien: Sie sind den Klientinnen/Klienten wichtig, sind im Kontext der sozialen Beziehungen formuliert, sie umfassen die momentane Situation, sind aus eigener Kraft realisierbar, beschreiben erwünschtes Verhalten, sind positiv formuliert, abgestuft sowie überprüfbar (Weber, 2005, S. 52–58). Durch die anzustrebenden Ziele sollen die Bewohnenden dazu aktiviert werden herauszufinden, welche psychischen und sozialen Bedürfnisse sie haben und mit welchen anderen Mitteln als Alkohol sie ihr Wohlbefinden und schlussendlich die Lebensqualität steigern bzw. erhalten können. Gemäss Kapitel 6.2.1 müssen Sozialarbeitende dabei beachten, dass die Wünsche der alkoholabhängigen Bewohnenden die Bedürfnisse Dritter nicht negativ beeinflussen. Angenommen, ein alkoholabhängiger

Mensch wünscht sich einen Kanarienvogel, den er umsorgen kann und der ihm ein sinnstiftendes Gefühl vermittelt, dann müssen Sozialarbeitende die Rahmenbedingungen (z.B. Hausordnung) klären und das Einverständnis der Heimleitung und allfälliger Zimmernachbarinnen/-nachbarn einholen. Hier sollten sich Sozialarbeitende dafür einsetzen, dass veraltete Regeln oder Ansichten, z.B. über Haustiere in Heimen durch das Vorlegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse hinterfragt und allenfalls angepasst werden. Der aktivierende und wohltuende Einfluss von (Haus-)Tieren auf Heimbewohnende ist mittlerweile anerkannt. Vereinzelt sind Haustiere bereits in Heimen erlaubt, oder es werden spezielle Besuche durch Therapiehunde organisiert.

Bei der Erarbeitung möglicher Ziele, ausserhalb des Entzugs und der Entwöhnungsbehandlung, eignen sich insbesondere zirkuläre Fragestellungen oder Skalierungsfragen, welche die eigene oder die Zuversicht von Angehörigen bezüglich der Veränderungswahrscheinlichkeit erfragen. Das könnte beispielsweise bedeuten, dass sich alkoholabhängige Bewohnende von sich aus verpflichten, während eines bestimmten Zeitraums nur jeden zweiten Tag eine bestimmte Alkoholmenge zu konsumieren. Ziele könnten auch sein, zu vereinbaren, dass die alkoholabhängige Bewohnerin/der alkoholabhängige Bewohner im Heim den psychologischen Dienst aufsucht, um beispielsweise den Verlust der Partnerin/des Partners zu thematisieren, oder einmal wöchentlich an einem heiminternen Anlass teilnimmt. Das können gesellschaftliche (z.B. Spielnachmittag) oder aktivierende Anlässe (z.B. Qi-Gong-Kurs) sein. Die alkoholabhängige Bewohnerin/der alkoholabhängige Bewohner soll sich wieder als Teil der Gesellschaft fühlen. Durch realistische und bedürfnisorientierte Ziele fühlen sich alkoholabhängige Bewohnende ernst genommen und als Mensch mit eigenen Stärken und Schwächen akzeptiert. Mit kleinen Teilzielen werden Erfolgserlebnisse wahrscheinlicher, und die Bewohnenden erhalten neue Motivation und Lebensmut.

Ressourcen erschliessen («Broker»)

Die Erschliessung von Ressourcen ist nach Staub-Bernasconi (2009) die älteste Arbeitsweise der Sozialen Arbeit. Sie bezieht sich ihrer Ansicht nach vor allem auf Ausstattungsprobleme auf der Ebene des Individuums und der Gesellschaft. Darunter fallen u.a. Krankheit und unzureichende Infrastruktur im Gesundheitsbereich. Ressourcen sollen Individuen, Familien, Gemeinschaften besserstellen und insbesondere Klientinnen/Klienten materielle Güter, Wissen über Rechte und Pflichten, Gesetze und Dienstleistungen erschliessen und zugänglich machen (S. 273). Ressourcenerschliessung bedingt das Wissen der menschlichen Bedürfnisse und wie sie miteinander zusammenhängen (Erath, 2006, S. 98).

Bei alkoholabhängigen älteren Heimbewohnenden bedeutet das, die Finanzierung der Alkoholbehandlung in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zu klären und sicherzustellen. Es kann aber auch bedeuten, den Betroffenen Zugang zu Suchtberatungsstellen und zu spezifischen Angeboten zu ermöglichen. Dazu können Sozialarbeitende, z.B. mit freiwilligen Mitarbeitenden zusammen, den Zugang zu einer Selbsthilfegruppe organisieren oder den Kontakt zu Nachbarinnen/Nachbarn, zu denen die Bewohnerin/der Bewohner vor dem Heimeintritt eine gute Beziehung hatte, versuchen wiederherzustellen.

6.5.6 Phase IV der Verfahrensentscheidung und des Handelns

In dieser Phase geht es darum, aus verschiedenen Handlungsoptionen auszuwählen und das Vorgehen festzulegen. Alkoholabhängige Heimbewohnende entscheiden sich nun für oder gegen eine Alkoholbehandlung im Sinne des idealtypischen Behandlungsablaufes. Falls sie einer Behandlung zustimmen, beschränken sich die Aufgaben der Sozialarbeitenden während des stationären Entzugs und der stationären Entwöhnung auf das Case Management. Heim-Sozialarbeitende können in der Nachsorge oder, wenn die alkoholabhängigen Heimbewohnenden eine Alkoholbehandlung abgelehnt haben, bei Konflikten vermitteln sowie mittels Angehörigenarbeit, Empowerment und Kurzinterventionen/Vereinbarungen intervenieren.

Konfliktvermittlung («Mediator», «Advocate»)

Alkoholabhängige Heimbewohnende melden sich in der Regel nicht freiwillig beim Sozialdienst, sondern erst auf Druck der Heimleitung oder der Pflegefachkräfte (Kap. 5.5.4). Häufig entstehen Konflikte, weil beispielsweise zwischen den Angehörigen, vormundschaftlichen Mandatsträgerinnen und -trägern sowie Pflegefachkräften bezüglich Umgang mit alkoholabhängigen Bewohnenden keine gemeinsame Haltung besteht. Angehörige bringen beispielsweise bei ihren Besuchen Alkohol mit, obwohl mit der Vormundin/dem Vormund bzw. der Bezugsperson im Heim eine andere (mündliche) Abmachung besteht. Sozialarbeitende können als «Beschwerdeinstanz» bzw. als Konfliktmanagerinnen/-manager wirken. Dazu können sie auf bestimmte Methoden zurückgreifen wie beispielsweise das Konfliktlösungsmodell von Friedrich Glasl oder das Zwei-Reihen-Gespräch. Bevor Sozialarbeitende vermitteln, müssen sie den Konflikt analysieren, um allfällige Zielkonflikte zu erkennen (Weber, 2005, S. 81). Heim-Sozialarbeitende nehmen gegenüber der alkoholabhängigen Bewohnerin/dem alkoholabhängigen Bewohner eine anwaltschaftliche Funktion ein, wenn sie erkennen, dass sie/er sich zu wenig für ihre/seine Interessen wehren kann. Vor allem weil zwischen Bewohnenden und Ärzteschaft und/oder Pflegeleitenden ein Machtgefälle besteht (Kap. 5.6.3). Deshalb trauen sich Bewohnende oft aus zu viel Respekt nicht, ihre Bedürfnisse zu äussern. Sozialarbeitende sorgen dafür, dass keine Entscheide über die Köpfe der betroffenen Heimbewohnenden gefällt werden, sondern dass diese die Möglichkeit haben, ihre Meinung zu äussern und für ihre Bedürfnisse (z.B. den «Schlummertrunk») einzustehen.

Angehörigenarbeit («Broker»)

Wie in Kap. 4.3 und Kap. 5.5.4 geschildert, ist das Familiensystem der Betroffenen bei der Entstehung und dem dauerhaften Fortbestand einer Alkoholabhängigkeit mitentscheidend. Sozialarbeitende arbeiten ganzheitlich und richten ihren Blick auch auf das soziale Umfeld. Soyka und Kufner (2008) empfehlen bereits in der Kontaktphase der Alkoholbehandlung, die Angehörigen mit einzubeziehen, um Veränderungsmöglichkeiten besser beurteilen und abschätzen zu können (S. 209).

Angehörigenarbeit bezweckt nach Bojack et al. (2010) die Erkennung und Förderung von sozialen Beziehungen und Ressourcen. Auf dem Hintergrund der Systemtheorie (Kap. 4.3) versuchen Sozialarbeitende im Einverständnis der Betroffenen, das Rollengefüge zwischen den klientinnen-/klientenbezogenen Systemen zu klären und zu verbessern. Ein Rückfall in alte schädliche (ablehnende) Verhaltensmuster soll vermieden werden (S. 80). Das soziale Netz als wichtige Ressource von älteren Heimbewohnenden nimmt im Laufe der Zeit immer mehr ab. Umso wichtiger erachten es die Autorinnen, zum sozialen Umfeld Sorge zu tragen und dieses zu pflegen. Freiwillige Mitarbeitende bilden eine wichtige Ressource für soziale Kontakte und gewähren den Bewohnenden den Bezug zur Welt ausserhalb des Heimes. Sozialarbeitende sollten Angehörige nicht von sich aus auf die Problematik der Co-Abhängigkeit hinweisen. Erst wenn von Familienmitgliedern ein entsprechender Auftrag vorliegt, indem sie beispielsweise um Rat ersuchen, können Sozialarbeitende ihnen entsprechende Informationen vermitteln. Hier gilt es sorgfältig zwischen den Interessen der primären (Bewohnenden) und der tertiären Auftraggebenden (Angehörigen) abzuwägen.

Empowerment («Enabler» und «Broker»)

Nach Nobert Herriger (zit. in Erath, 2007) bricht Empowerment die helfende Haltung von Professionen und verabschiedet damit die teilweise entmündigende Macht von Expertinnen/Experten. Empowerment verhilft den Betroffenen wieder zu Kontrollüberzeugung und -erfahrung. Sie sollen erleben, dass sie Brüche und Krisen selber kontrollieren können und sie eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen, um den Alltag bewältigen zu können (S. 163). Der lösungs- und ressourcenorientierte systemische Beratungsansatz betrachtet Klientinnen/Klienten als kundig bzw. als Expertinnen/Experten für ihre Anliegen (von Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 52).

Empowerment richtet nach Stimmer (2006) den Blick auf die Zukunft, auf Kompetenzerlebnisse und frühere Copingstrategien (S. 54). Da late-onset-Trinkende vor ihrer Alkoholabhängigkeit ihr Leben, zumindest ohne bzw. mit wenig Alkohol, gut gemeistert haben, können Sozialarbeitende (ehemals) alkoholabhängige Heimbewohnende dazu befähigen, frühere Copingstrategien zu reaktivieren. Dabei verfügen Sozialarbeitende über systemische Fragetechniken wie beispielsweise zirkuläre Fragen, Fragen nach früheren Copingstrategien und nach Ausnahmen sowie Reframing (Umdeutung). Basierend auf Herrigers Ausführungen geht es darum, den Heimbewohnenden das Gefühl zu vermitteln, sich als Teil der Heimgemeinschaft zu fühlen und eigene Entscheidungen treffen zu können. So können Bewohnende zu einer Teilnahme an einer Gesprächsgruppe oder an Generationenprojekten mit Schülerinnen/Schülern motiviert werden. Letztere können zu mehr Selbstbewusstsein und Lebensfreude führen. Indem sie sich wieder gebraucht fühlen, wird ihr physisches und soziales Wohlbefinden gestärkt. Die Lebensqualität steigt.

Kurzinterventionen und Vereinbarungen («Counselant»)

Sozialarbeitende können (ehemals) alkoholabhängige im Alters- und Pflegeheim, unabhängig davon, ob sie sich einer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung unterzogen haben, nicht nur durch regelmässige Gespräche, sondern auch durch spontane Kurzinterventionen bei ihren Anstrengungen zu einem «kontrollierten» Konsum unterstützen. Dabei profitieren beide Parteien davon, dass Sozialarbeitende und Bewohnende im gleichen Gebäude arbeiten bzw. leben. Insbesondere für unmobile Bewohnende bedeutet die Nähe zu den Heim-Sozialarbeitenden eine grosse Erleichterung. Sozialarbeitende können mit den betroffenen Bewohnenden die Rückfallprävention betreiben. Dabei benennen sie mit der Bewohnerin/dem Bewohner mögliche Risikosituationen für den Alkoholkonsum und erarbeiten gemeinsam einen «Notfallkoffer» (z.B. hilfreiche Sätze).

Die Sozialarbeiterin/der Sozialarbeiter kann zusammen mit der Heimleitung und der Bewohnerin/dem Bewohner Vereinbarungen bezüglich «kontrolliertem Trinken» aushandeln und schriftlich festhalten (*Anhang A*). Diese beinhalten beispielsweise Quantität und Art des alkoholischen Getränks, Ort des Konsums und allfällige Konsequenzen bei Regelbruch. Sozialarbeitende nehmen dabei gegenüber den Bewohnenden eine anwaltschaftliche Rolle ein und beachten gleichzeitig die Forderungen und Rahmenbedingungen (z.B. Leitbild) der Institution. Aufgrund ihres Berufskodex sollten Sozialarbeitende dabei kritisch sein und auf allfällige Widersprüche zwischen individuellen Vereinbarungen und explizit formulierten Regelungen bzw. Konzepten aufmerksam machen und Verbesserungsvorschläge vorlegen.

6.5.7 Phase V der Evaluation («Evaluator»)

In der letzten Phase des Problemlösungsmodells werden das Vorgehen und die Wirkungen beurteilt. Die berufsethischen Prinzipien setzen voraus, dass Sozialarbeitende ihr Handeln stetig reflektieren. Das kann z.B. in Interventionen oder in Supervisionen erfolgen.

Von Spiegel (2011) schlägt vor, die Selbstevaluation mittels Leitfragen anhand dokumentierter Handlungsschritte vorzunehmen (S. 176). Die Selbstevaluation dient der Qualifizierung und Optimierung der eigenen sozialarbeiterischen Arbeit (S. 220). Auch Supervision ermöglicht, das eigene Handeln zu überprüfen.

Case Managerinnen/Case Manager evaluieren den Beratungsprozess im Rahmen ihrer Funktion. Hier geht es vor allem darum, über die Massnahmen und Interventionen Rechenschaft abzulegen.

6.6 Beantwortung der vierten Fragestellung und Fazit

Beantwortung der vierten Fragestellung

Die Frage vier «Was für Interventionsmöglichkeiten hat die Soziale Arbeit bei alkoholabhängigen älteren Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim» wird wie folgt beantwortet:

Professionelle der Sozialen Arbeit verfügen neben berufsethischen handlungsleitenden Prinzipien im Rahmen der Problemlösung über berufseigene Methoden und Handlungskompetenzen sowie einen strukturierten Problemlösungsablauf.

In der ersten Phase stehen die Auftragsklärung und der Beziehungsaufbau zu den alkoholabhängigen Bewohnenden im Zentrum. Die Abgabe von Informationen über Ursachen und Folgen von Alkoholabhängigkeit, Behandlungsmöglichkeiten, Chancen und Risiken, bildet Voraussetzung, damit alkoholabhängige Bewohnende selbstbestimmt entscheiden können.

In der zweiten Phase des Problemlösungsmodells erstellen Heim-Sozialarbeitende bei alkoholabhängigen Bewohnenden eine psycho-soziale Diagnose, diagnostizieren ihre Motivation und fördern diese mit speziellen Gesprächsstrategien wie beispielsweise der Motivierenden Gesprächsführung.

In der dritten Phase des Problemlösungsmodells werden die Ziele festgelegt und die Ressourcen der betroffenen Bewohnenden ermittelt. Die Erhaltung bzw. die Verbesserung der Lebensqualität steht dabei im Zentrum. Die Begleitung der behandlungswilligen Bewohnenden durch Case Management ist dabei äusserst wichtig.

In der vierten Phase wird zusammen mit den alkoholabhängigen Bewohnenden über das Vorgehen entschieden. In der Nachsorge bzw. wenn Heimbewohnende auf eine Alkoholbehandlung verzichten, können Heim-Sozialarbeitende ebenfalls intervenieren. Dazu zählen Methoden wie die Konfliktvermittlung, Empowerment, die Angehörigenarbeit sowie Kurzinterventionen und Vereinbarungen. Late-onset-Trinkende verfügen über gute Chancen, frühere bzw. neue Copingstrategien zu (re-)aktivieren. Angehörige und (frühere) soziale Kontakte bilden wichtige Ressourcen, die (wieder) erschlossen werden können. Sozialarbeiterische Kurzinterventionen im Heimalltag sind geeignet, um mit (ehemals) alkoholabhängigen Bewohnenden in Kontakt zu bleiben und sie mit individuellen Vereinbarungen in ihren Bemühungen zu unterstützen.

Fazit

Sozialarbeitende in Alters- und Pflegeheimen verfügen über ausgewiesene Methoden und Handlungskompetenzen, um Heimbewohnende, Pflegefachkräfte, Heimleitung und Ärzteschaft bei Fragen und Vorgehensweisen bezüglich Alkoholabhängigkeit unterstützen zu können. Durch ihre Alltags- und Lebensweltorientierung verfügen Heim-Sozialarbeitende über gute Kenntnisse des Alltags der Bewohnenden und sind gleichzeitig vertraut mit den institutionellen Strukturen und Rahmenbedingungen. Diese Voraussetzungen erleichtern das Erkennen der individuellen Bedürfnisse der Bewohnenden und deren Beurteilung. Das Selbstbestimmungsrecht der Bewohnenden als primäre Auftraggebende hat dabei Vorrang vor anderen Aufträgen, z.B. von der Ärzteschaft.

Die Autorinnen sind der festen Überzeugung, dass es die Soziale Arbeit in den Alters- und Pflegeheimen braucht. Aufgrund ihrer Allrounderfähigkeiten, der interdisziplinären Ausrichtung und dem ganzheitlichen Blick auf die Situationen der alkoholabhängigen Bewohnenden sowie ihrer berufsethischen Prinzipien können Sozialarbeitende komplexe Fallsituationen und Fragestellungen in hoher Qualität bearbeiten und für die Anliegen der alkoholabhängigen Bewohnenden eintreten. Sozialarbeitende bieten ihre Dienstleistungen individuell und bedürfnisorientiert an und stellen die Abstinenz nicht in den Vordergrund. Dadurch können die Bedürfnisse und legitimen Wünsche der alkoholabhängigen Bewohnenden durch individuelle Beratungsziele umgesetzt werden, um so die Lebensqualität zu steigern. Indem sich die Bewohnenden ernst und angenommen fühlen in ihren

Bedürfnissen und ihrer Persönlichkeit, können sie neuen Lebensmut entwickeln und aktiver am sozialen Leben teilhaben. Heim-Sozialarbeitende können durch ihre Anwesenheit diese kleineren oder grösseren Fortschritte der Bewohnenden unmittelbar beobachten und können sich mit ihnen zusammen an diesen Ereignissen erfreuen oder in (spontanen) Gesprächen helfen Rückschritte aufzufangen. Aus diesem Grunde erachten die Autorinnen die Soziale Arbeit in Alters- und Pflegeheimen nicht nur als sinnvoll, sondern auch für Sozialarbeitende als ein bereicherndes Aufgabengebiet.

Im Anschluss folgt das Kapitel sieben mit den Empfehlungen der Autorinnen für die Soziale Arbeit in Bezug auf alkoholabhängige ältere Bewohnende.

7. Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Die Autorinnen zeigen in der vorliegenden Bachelor-Arbeit wichtige Aspekte für den sozialarbeiterischen Berufsalltag mit alkoholabhängigen älteren Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim auf. Dazu erarbeiteten sie sich spezifisches Wissen über die Zielgruppe der late-onset-Trinkenden, recherchierten nach den Ursachen und Folgen für die Alkoholabhängigkeit im Alter und setzten sich mit den alkoholbedingten Herausforderungen im Heimaltag auseinander. Die in Kapitel 6 aufgezeigten Interventionsmöglichkeiten integrieren das notwendige Handlungswissen für das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit.

In diesem Kapitel leiten die Autorinnen, aufgrund der Fazite zu den jeweiligen Fragestellungen, Empfehlungen für die Soziale Arbeit in Bezug auf alkoholabhängige ältere Heimbewohnende ab. Anschliessend folgt der Ausblick auf mögliche weitere Bachelor-Themen und das Schlusswort.

Beantwortung der vier Fragestellungen

Am Ende der Kapitel 2 bis 6 haben die Autorinnen die jeweiligen Fragestellungen beantwortet und in einem anschliessenden Fazit die gewonnenen Erkenntnisse erläutert. Aus diesem Grund werden die vier Fragestellungen an dieser Stelle nicht wiederholt.

7.1 Empfehlungen

Regionaler Verbund

Die Autorinnen vertreten den Standpunkt, dass die Soziale Arbeit in allen Alters- und Pflegeheimen vertreten sein sollte. Die Soziale Arbeit sollte sich vor Ort, also in den Lebenswelten der Bewohnenden im Alters- und Pflegeheim abspielen. Nach dem Konzept der Lebensweltorientierung ist es den Sozialarbeitenden durch die Alltagsnähe direkt im Heim möglich, auf die individuellen Belastungen, Defizite sowie Fähigkeiten und Ressourcen der Bewohnenden einzugehen. Im Gegensatz zu den Pflegefachkräften und der Ärzteschaft richtet sich der Blick der Sozialarbeitenden nicht nur auf die alkoholabhängige Bewohnerin/den alkoholabhängigen Bewohner, sondern auch auf deren soziales Umfeld. Das erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit, Vernetzung und ausgeprägte Kommunikationsfähigkeiten. Eigenschaften, die Sozialarbeitende berufsbedingt auszeichnen. Aufgrund ihrer Ausbildung verfügen sie über ein breites Methoden- und Handlungswissen, um im Heim komplexe psycho-soziale Problemstellungen bearbeiten zu können.

Nicht alle Heime können sich jedoch einen eigenen Sozialdienst leisten. Die Autorinnen schlagen deshalb vor, Regionale Verbunde zu gründen, aus welchen Alters- und Pflegeheime die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit beziehen können. Bei einem solchen Konzept ist die Soziale Arbeit extern stationiert, kann aber heimintern die Bewohnenden sowie die Heimleitenden und Mitarbeitenden professionell beraten und unterstützen. Sozialarbeitende, z.B. von der Pro Senectute, vom regionalen polyvalenten Sozialdienst, von einer Suchtberatungsstelle, vom Psychiatrischen Dienst der Region könnten sich beispielsweise für diese Dienstleistungen zur Verfügung stellen. Die dazu erforderlichen Stellenprozente müssten vertraglich zwischen dem Sozialarbeitenden resp. ihren Arbeitgeberinnen/-gebern und den Alters- und Pflegeheimen ausgehandelt und vereinbart werden. Diese Art von mobiler Sozialarbeit könnte auch die selbstständig erwerbenden Sozialarbeitenden ansprechen.

Der Auftrag der Sozialarbeitenden besteht darin, das Alters- und Pflegeheim regelmässig, an abgemachten Tagen, zu besuchen und Aufträge vor Ort entgegenzunehmen und zu erfüllen. Das Heim stellt

die nötige Infrastruktur zur Verfügung. Der Regionale Verbund verrechnet dem Heim lediglich die geleisteten Arbeitsstunden der Sozialarbeitenden.

Der Regionale Verbund wird vollumfänglich von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern geleitet und geführt. Zu Beginn kann der Regionale Verbund von einem Sozialarbeitenden-Team mit beispielsweise zwei bis drei Personen entweder von einem externen Büro oder von zu Hause aus gesteuert werden. Die Arbeitspensen könnten auch in Teilzeit sein. Ist der Regionale Verbund angelaufen und hat Erfolg, können die Stellenprozente erweitert und/oder eine Sozialarbeiterin/ein Sozialarbeiter zusätzlich angestellt werden. Finanzieren müsste sich der Regionale Verbund beispielsweise mittels Mitgliederbeiträgen, Spenden, Geldern von den Gemeinden sowie durch die verrechenbaren Dienstleistungen in den Alters- und Pflegeheimen.

Ein Nachteil könnte sein, dass die Nachfrage für die sozialarbeiterische Unterstützung grösser wird, als zu Beginn budgetiert. Folge könnte sein, dass das Heim das sozialarbeiterische Angebot für die Bewohnenden verkleinert oder ganz einstellt. Den Vorteil des Regionalen Verbundes sehen die Autorinnen darin, dass jedes Heim, ob gross oder klein, die Möglichkeit hat, durch Sozialarbeitende fachspezifische Beratung und Unterstützung für ihre Bewohnenden und die Mitarbeitenden zu erhalten. Da solche mobile Sozialarbeitenden durch die verschiedenen Büros und Standorte zwangsläufig direkt mit weiteren externen Stellen zu tun haben, profitieren alle Beteiligten von einer vernetzten Zusammenarbeit und einem hohen Umfang an Wissens- und Erfahrungsaustausch.

Suchtberatungsstellen

Die Suchtberatungsstellen sind ebenfalls gefordert. Aus der Fachliteratur und dem Gespräch mit Ruedi Studer (Interview vom 11. August 2011), dipl. Sozialarbeiter FH im Sozial-BeratungsZentrum Luzern (SoBZ) geht hervor, dass alkoholabhängige ältere Menschen die Suchtberatungsstellen nicht freiwillig aufsuchen. Das kann aus Scham oder Schuldgefühlen sein, oder weil die jetzige Generation der älteren Menschen Hilfe von aussen nicht einfordert, sondern ihre Probleme alleine löst.

Damit die alkoholabhängigen älteren Menschen freiwillig und ohne Scham eine Beratungsstelle aufsuchen, sollte über das Thema «Alkoholabhängigkeit im Alter» in der Gesellschaft und in der Politik offen diskutiert werden. Der Bund hat diesbezüglich erste Absichtserklärungen geäussert. Nun sollten nach Meinung der Autorinnen Taten folgen. Stellt das Thema kein Tabu mehr dar, kann für die älteren Menschen (60+) die Hürde, eine Suchtberatung in Anspruch zu nehmen, kleiner werden. Dazu müssten nach Ansicht der Autorinnen vermehrt auf die Bedürfnisse älterer Menschen angepasste Beratungsangebote geschaffen werden.

Ein Nachteil dieser altersspezifischen Angebote könnte sein, dass sich niemand als alt fühlt bzw. fühlen möchte und niemand subjektiv empfunden einen problematischen oder abhängigen Alkoholkonsum pflegt, und somit solche «Altersangebote» gemieden werden. Ein Vorteil solcher Angebote bestünde darin, dass sie sich auf altersspezifische Themen konzentrieren, wie beispielsweise den Umgang mit dem Verlust der Partnerin/des Partners und dessen Bewältigung.

Die Herausforderung besteht darin herauszufinden, wie Suchtberatungsstellen für ältere Menschen «attraktiv» gemacht werden können.

Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung

Die Prävention von Krankheiten gehört zu den vielfältigen Aufgaben der Sozialen Arbeit. Sozialarbeitende können innerhalb des Alters- und Pflegeheims gesundheitsfördernde Massnahmen vorschlagen, beispielsweise Organisation von Gesprächsgruppen oder Durchführung von Informationsveranstaltungen zum Thema Alkohol. Je nach Massnahme werden externe Suchtexpertinnen/-experten aus den Bereichen Medizin und Soziale Arbeit beigezogen.

Da die Bewohnenden bereits alkoholabhängig ins Alters- und Pflegeheim einziehen, erachten die Autorinnen Präventionskampagnen im Alters- und Pflegeheim als wenig sinnvoll. Sozialarbeitende könnten jedoch Veranstaltungen zum Thema «Alkoholabhängigkeit im Alter» organisieren, um Angehörige oder freiwillige Mitarbeitende über die Folgen und Auswirkungen des Alkohols im Alter zu informieren.

Bei Bewohnenden, die über ein problematisches Alkohol-Konsummuster verfügen, könnte durch Früherkennung die Entwicklung eines abhängigen Konsummusters verhindert werden. Dazu könnten Sozialarbeitende Screeninginstrumente evaluieren, wie z.B. den AUDIT-Test (*Anhang C*). Damit würden sich die in Kap. 4.5 beschriebenen physischen, psychischen und sozialen Folgen reduzieren lassen und das Exklusionsrisiko für die betroffenen Bewohnenden reduzieren. Parallel dazu wären weniger zeit- und kostenintensive Behandlungen notwendig, weil analog des abgestuften Behandlungssystems «stepped care» (Kap. 6.4.3) weniger umfassende Behandlungsformen (z.B. Selbsthilfegruppe) möglich sind.

Forschung

In den vergangenen 25 Jahren wurden wenige Studien zu alkoholabhängigen Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz erarbeitet. Angesichts der prognostizierten Zunahme von abhängigen älteren Menschen infolge der demografischen Alterung erachten die Autorinnen diesen Umstand als unbefriedigend. Die Entwicklung neuer altersgerechter therapeutischer und ärztlicher Angebote zu Alkoholabhängigkeit im Alter setzt aktuelles Fachwissen und eine genaue Analyse der Bedürfnisse voraus. Ein Grund mehr, weshalb sich Sozialarbeitende einsetzen sollten, dass die Anspruchsgruppe der alkoholabhängigen älteren Menschen in der Forschung berücksichtigt wird. Die Autorinnen sind der Meinung, dass sich Hochschulen oder Universitäten mittels empirischer Untersuchungen an der Thematik Alkoholabhängigkeit im Alter beteiligen sollten.

Fragen, die sich stellen, sind beispielsweise, wie Fakten zum Ausmass und zur Tragweite der Thematik, zu volkswirtschaftlichen Folgen und Kosten sowie das Wissen um die Wirkungen von Substanzen und um die Erfolgschancen von Interventionen bei älteren Menschen gewonnen werden können.

Die Erkenntnisse sollten nicht nur der Fachwelt zur Verfügung stehen, sondern auch einem breiten Publikum in verständlicher Sprache zugänglich gemacht werden.

Forschungsdruck entsteht nur, wenn das Problem als solches erkannt wird. Sozialarbeitende sollten sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten dafür einsetzen, dass alkoholabhängige Heimbewohnende kein Randthema bleiben. Beispielsweise, indem die Sozialarbeitenden mittels Fachartikeln in Fachzeitschriften regelmässig auf das Problem hinweisen oder sich an fachübergreifenden Veranstaltungen zum Thema äussern.

7.2 Ausblick

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wird durch die demografische Alterung die Zahl der älteren Menschen mit Alkoholproblemen in Zukunft deutlich ansteigen. Vor diesem Hintergrund ist es von Bedeutung, dass sich die Soziale Arbeit mit dem Thema «Alkoholabhängigkeit im Alter» vermehrt auseinandersetzt und sich dafür engagiert.

Beim Erarbeiten dieser Bachelor-Arbeit sind verschiedene Aspekte aufgetaucht, die im Rahmen der Arbeit nicht näher betrachtet werden konnten. Daraus ergeben sich Vorschläge für weitere Bachelor-Arbeiten:

- Wie können Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit im Alter frühzeitig erreicht werden?
- Welche Stellung hat der Sozialdienst in einem Alters- und Pflegeheim?

- Wie können Suchtberatungsstellen für ältere Menschen «attraktiv» gemacht werden bzw. wie könnte sich die Ausarbeitung eines altersspezifischen Konzepts auf einer Suchtberatungsstelle gestalten?
- Eine Erhebung für eine Bedürfnisanalyse für sozialarbeiterische Dienstleistungen in Alters- und Pflegeheimen erstellen.

7.3 Schlusswort

Die Autorinnen erhoffen sich, mit dieser Bachelor-Arbeit aufzeigen zu können, welche Bedeutung die Thematik Alkoholabhängigkeit im Alter in Alters- und Pflegeheimen aufweist. Aber auch, welchen Auftrag die Soziale Arbeit im Alters- und Pflegeheim hat und wie sich die sozialarbeiterischen Interventionen bei alkoholabhängigen Bewohnenden gestalten.

Die Arbeit mit älteren Menschen ist eine verantwortungsvolle, interessante und spannende Arbeit im Bereich der Klinischen Sozialarbeit. In einem Alters- und Pflegeheim verläuft kein Tag wie der andere. Sozialarbeitende können die Lebensqualität von alkoholabhängigen Bewohnenden durch gezielte Interventionen verbessern. Es kann aber auch Momente geben, in denen Problemsituationen ausgehalten werden müssen, ohne dass befriedigende Lösungen oder Veränderungen gelingen. Zum Glück überwiegen die positiven Erlebnisse.

8. Quellenverzeichnis

- Altenthan, Sophia, Betscher-Ott, Sylvia; Gotthardt, Wilfried; Hobmair Hermann; Höhle, Reiner; Ott, Wilhelm; Pöll, Rosemarie; Schneider Karl-Heinz (2008). *Psychologie*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Andersohn, Frank (2004). Entgiftung. In Krausz, Michael & Haasen, Christian. *Kompendium Sucht* (S. 51–61). Stuttgart: Georg Thieme.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- Backes, Gertrud M. & Clemens, Wolfgang (2008). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (2. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Basdekis-Jozsa, Raphaela (2004). Entgiftung. In Krausz, Michael & Haasen, Christian. *Kompendium Sucht* (S. 105–118). Stuttgart: Georg Thieme.
- Berger, Gerhard (1999). Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In Andreas Zimber & Siegfried Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 138–150). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bojack, Barbara; Brecht, Elke; Derr, Christina (2010). *Alter, Sucht und Case Management. Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter*. Bremen: Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co.
- Bosshard, Marianne (2008). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In Silke Brigitta Gahleitner & Gernot Hahn. *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder*, S. 151–162. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Buck, Günter (2007). Konflikt. In *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (6. Aufl., S. 572–573). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2008). *Nationales Programm Alkohol 2008–2012*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2010). *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (ohne Datum). *Zahlen und Fakten*. Gefunden am 17. Juni 2011, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2008a). *Medienmitteilung. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Die Schweizer Bevölkerung fühlt sich gesund*. Gefunden am 29. Juni 2011, unter: <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=21359>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2008b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Erste Ergebnisse* [Broschüre]. Neuenburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2008c). *Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004* [Broschüre]. Neuenburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2009). *Demografisches Porträt der Schweiz*. Neuenburg: Autor.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner & Schmidt, Martin Heinrich (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Duden (2000). *Die deutsche Rechtschreibung* (22. Aufl.). Mannheim: Autor.

-
- Eidgenössische Alkoholverwaltung [EAV]. (2010). *Alkohol in Zahlen 2010*. Bern: Autor.
- Eidgenössisches Departement des Innern [EDI]. (2011). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2009 – Standardtabellen. Definitive Resultate*. Neuenburg: Autor.
- Erath, Peter (2006). *Sozialarbeitswissenschaft. Eine Einführung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Fengler, Jörg (2002). Co-Abhängigkeit. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 100–105). Landsberg/Lech: ecomed.
- Funke, Wilma & Garbe, Dieter (2002). Alkohol. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 11–18). Landsberg/Lech: ecomed.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2008). Psychosoziale-Diagnostik im Suchtbereich. *SuchtMagazin*, 34 (4), 15–20.
- Galuske, Michael (2011). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (9. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Hafen, Martin (2005). *Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Hafen, Martin (2006). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine komplexe Aufgabe*. Gefunden am 21. August 2011, unter http://www.fen.ch/texte/mh_betrieb_sm4-06.pdf
- Hansen, Harald (2011). Klinische Sozialarbeit. In Hans-Uwe Otto & Hans Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (4. Aufl.), S. 796–802. München und Basel: Reinhardt.
- Hammer, Eckart (2007). *Männer altern anders. Eine Gebrauchsanweisung*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Haselmann, Sigrid (2009). Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit. In Michael-Schwartz, Brigitta (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit* (2. Aufl.), S. 155–206. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hautzinger, Martin & Thies, Elisabeth (2009). *Klinische Psychologie. Psychische Störungen*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Hess, Barbara (2009). Alkoholabhängige KundenInnen [sic!] in der Spitex. *SuchtMagazin*, 35 (3), 37–39.
- Hillmann, Karl-Heinz (2007). *Wörterbuch der Soziologie* (5. Aufl.). Stuttgart: Kröner.
- Hirsch, Rolf D. (2011). Psychotherapie mit Hochbetagten. In Hilarion G. Petzold, Erika Horn & Lotti Müller (Hrsg.), *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit* (S. 147–163). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hiss, Barbara Mary (2003). Alkohol im Altersheim. *SuchtMagazin*, 29 (4), 20–24.
- Höpflinger, François & Stuckelberger, Astrid (2000). *Demografische Alterung und individuelles Altern* (2. Aufl.). Zürich: Seismo.
- Höpflinger, François (2006). *Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Age Report 2004* (2. Aufl.). Zürich: Seismo.
- Höpflinger, François (2009). Der Wandel des Alters. *SuchtMagazin*, 35 (3), 4–8.
- Höpflinger, François und Perrig-Chiello, Pasqualina (2009). *Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
-

- Hubble, Mark A.; Duncan, Barry L. & Miller, Scott D. (2001). Das Augenmerk auf das Richtige, was funktioniert. In Mark A. Hubble; Barry L. Duncan & Scott D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Infanger, Patricia (2009). Suchtprobleme im Altersheim. *SuchtMagazin*, 35 (3), 33–35.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich [ISPM]. (2008). *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich*. Zürich: Autor.
- Jahresbericht 2010. Forel Klinik (ohne Datum). Ellikon: Autor.
- Kalbermatter, Elsbeth (1986). *Der Alkoholkonsum im Altersheim*. Unveröffentlichte Lizentiats-Arbeit.
- Kaluza, Jens (2002). Alkoholiker? Nein, danke! *Zeitschrift Heim+Pflege*, 33 (11), 326–328.
- Keupp, Heiner (2011). Individuum/Identität. In Hans-Uwe Otto & Hans Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (4. Aufl., S. 633). München und Basel: Reinhardt.
- Klassen, Michael (2009). *Soziale Problemlösung als Aufgabe der Sozialen Arbeit, des Case- und Sozialmanagements*. Innsbruck: Studia Universitätsverlag.
- Kleinemeier, Eva (2004a). Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In Michael Krausz & Christian Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 11–22). Stuttgart: Thieme.
- Kleinemeier, Eva (2004b). Ziele der Suchttherapie. In Michael Krausz & Christian Haasen (Hrsg.). *Kompendium Sucht* (S. 35–38). Stuttgart: Thieme.
- Köppel, Monika (2007). *Salutogenese und Soziale Arbeit* (3. Aufl.). Lage: Hans Jacobs.
- Kottler, Anne (2004). *Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs.
- Kreft, Dieter & Mielenz, Ingrid (2005). *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (5. Aufl.). Weinheim; München: Juventa.
- Kruse, Andreas & Wahl, Hans-Werner (2010). *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Wiechenstellungen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Künzel-Schön, Marianne (2000). *Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit*. Weinheim und München: Juventa.
- Lambers, Helmut (2010). *Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit*. Opladen. Barbara Budrich.
- Leherr, Herbert J. (2009). Suchtbehandlung im Alter lohnt sich. *SuchtMagazin*, 35 (3), 14–16.
- Lehr, Ursula (2007). *Psychologie des Alterns* (11. Aufl.). Freiburg: Quelle & Meyer.
- Lindenmeyer, Johannes (2005). *Alkoholabhängigkeit* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lischer, Suzanne (2011). *Der Suchtbegriff – Theorien und Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Lützenkirchen, Anne; Böss, Annegret; Hochberger, Silke; Moll, Gabriele & Wittig, Annika (2010). *Sucht im Alter. Soziale Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen ab 60 Jahren*. Düsseldorf: Jacobs.
- Mayr, Margit & Lehner, Markus (2009). *Herausforderungen der Integrierten Versorgung im Alter. Probleme und Perspektiven*. Linz: Wagner.

- Meyer, Thomas & Müller, Richard (2009a). *Ethische- [sic!] und Versorgungsaspekte bei Altersalkoholismus*. Zürich: Forel Klinik.
- Meyer, Thomas & Müller, Richard (2009b). Alkohol im Altersheim – eine beschreibende Analyse. *abhängigkeiten* (3), 20–38.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg i.B.: Lambertus.
- Milowiz, Walter (2009). *Teufelskreis und Lebensweg*. Systemisch denken im sozialen Feld. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ningel, Rainer (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Bern: Haupt.
- Nowak Jürgen (2009). *Soziologie in der Sozialen Arbeit*. Schwalbach: Wochenschau.
- Petzold, Hilarion & Mathias, Ulrike (1982). *Rollenentwicklung und Identität*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion, Schay, Peter & Ebert, Wolfgang (Hrsg.). (2007). *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (2. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pohlmann, Stefan (2004). *Das Alter im Spiegel der Gesellschaft*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Pyschrembel (2007). *Sozialmedizin*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co.
- Ritscher, Wolf (2002). *Systemische Modelle für die Soziale Arbeit*. Heidelberg: Carl Auer.
- Schiller, Johannes & Zeller, Susanne (2007). *Soziale Arbeit. Geschichte Theorie Profession* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Schmidt, Roland (2008). Soziale Arbeit in der Langzeitpflege. In Kirsten Aner und Ute Karl (Hrsg.). *Lebensalter und Soziale Arbeit*, S. 123–137. Baltmannsweiler: Schneider.
- Schneider, Notker (2007). Ethik. In *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (6. Aufl., S. 280). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme [SFA]. (2006). *Alkohol. Kein gewöhnliches Konsumgut* [Broschüre]. Lausanne: Autor.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).
- Schwemmer Heike (2009). Stationäre Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *SuchtMagazin* (6), 24–26.
- Schwoon, Dirk R. (2004). *Umgang mit alkoholabhängigen Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Seifert, Kurt (2011). Suchtprobleme werden unterschätzt. *ps:Info. Die Zeitschrift für die Mitarbeitenden von Pro Senectute* (1), 2–3.
- Solèr, Maria; Kunz, Daniel; Brühwiler, Urban & Schmocker, Beat (2009). *Einführung in allgemeine und normative Handlungstheorien*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Soyka, Michael & Kufner, Heinrich (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Stadt Zürich Altersheime (2008). *Ethische Richtlinien für die Altersheime der Stadt Zürich* (3. Aufl.). Zürich: Autor.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt.

- Steiner, Barbara (2009). «Man muss den Menschen immer wieder Hoffnung geben». *CURAVIVA* (1), 18–21.
- Stetter, Friedhelm (2002). Selbsttötung. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 494–499). Landsberg; Lech: ecomed.
- Stimmer, Franz. (2006). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Suchthilfe Direkt (ohne Datum). *Sucht im Alter. Hilfe und Lösungswege. Gemeinsam. Einfach. Direkt.* Gefunden am 21. Juli 2011, unter http://www.unabhaengig-im-alter.de/fileadmin/user_upload/dhs/pdf/Sucht_im_Alter_2011.pdf
- Sucht Info Schweiz (2011). *Alkohol. Im Fokus 2011* [Broschüre]. Lausanne: Autor.
- Uchtenhagen, Ambros (2004). Indikationsverfahren – unumgängliche Neuregelung des Zugangs zur Suchthilfe? *SuchtMagazin*, 30 (4), 19–23.
- Ulich, Dieter (1985). *Psychologie der Krisenbewältigung: eine Längsschnittuntersuchung mit arbeitslosen Lehrern*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Ulich, Dieter (1987). *Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit*. München und Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.
- Vetter, Brigitte (2007). *Psychiatrie. Ein systemisches Lehrbuch* (7. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Von Spiegel, Hiltrud (2011). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Warschburger, Petra (2009). *Beratungspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Weber, Esther (2005). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit* (2. Aufl.). Luzern: interact.
- Weineck, Jürgen (2010). *Sportbiologie* (10. Aufl.). Balingen: Spitta.
- Werner, Sylke (2010). Suchtprobleme im Pflegeheim. Ein Tabuthema? *NOVAcura. Das Fachmagazin für Pflege und Betreuung* (11/12), 46–47.
- Wessel, Theo & Westermann, Heinz (2002). *Problematischer Alkoholkonsum. Entstehungsdynamik und Ansätze für ein psychoedukatives Schulungsprogramm*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Weyerer, Siegfried; Schäufele, Martina & Hendlmeier, Ingrid (2006). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen. Repräsentative Ergebnisse aus der Stadt Mannheim. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (4), 229–235.
- Wolter, Dirk K. (2011). *Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zippel, Michael & Krause, Sibylle (Hrsg.). (2011). *Soziale Arbeit für alte Menschen* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse.

9. Anhang

A: Beispiel einer Vereinbarung LXXVIII

B: Ablaufschema der Spitex Wipkingen Zürich LXXIX

C: AUDIT-Fragebogen LXXX

A: Beispiel einer Vereinbarung

Wohn- und Pflegeheim
Utzigen

Vereinbarung

Zwischen
[REDACTED], Wohn- und Pflegeheim Utzigen und
Herrn U. Benninger, Pflegedienstleiter, Wohn- und Pflegeheim Utzigen

Neu abgestützt auf die Medizinischen Massnahmen während dem Spitalaufenthalt im
Inselspital vom 2.8.2005 bis 5.8.2005,
welche von [REDACTED] auch akzeptiert wurden.

- Selbstverantwortlich übernimmt [REDACTED] die tägliche Körperpflege und das Duschen (jeden 2.Tag). Selbstverständlich kann er bei Bedarf jederzeit Unterstützung durch das Pflegepersonal anfordern.
- Die Ordnung im Zimmer bei [REDACTED] lässt einen freien Zugang zum Bett zu, damit pflegerische Handlungen jederzeit gemacht werden können, und dass das Putzteam ungehindert die regelmässige Reinigung vornehmen kann (Bodenfreiheit).
- Montag und Donnerstag werden im Beisein von [REDACTED] und Pflegenden Schränke und Schubladen kontrolliert.
- [REDACTED] erhält täglich von der Abteilung 3x ½ LWK Weisswein und ½ ltK Rotwein.
- Täglich werden vom Personal leere Flaschen und Essensresten im Zimmer entfernt
- Pflegerische Massnahmen, welche ärztlich verordnet sind, werden vom Pflegepersonal ausgeführt und von [REDACTED] vollumfänglich zugelassen. Dies gilt auch für Medikamenten-Einnahme.
- Medikamenten-Einnahme um 08.00h mit einer warmen Ovomaltine.
- Seinen Tag- und Nachrhythmus kann [REDACTED] selber bestimmen. Im Areal ist die Nachtwache über Telefon 2392 oder 2393 erreichbar.
- Ab 27.5.2005 hat [REDACTED] einen Eingangstür-Schlüssel für Haus C.
- Vereinbarungsänderungen können nur von Frau Nyffenegger, Frau Gasser oder Herrn Mattathil (am Wochenende bei Bedarf vom Chef vom Dienst) getroffen werden.
- Begleitung auf Toilette von Bewohnern ist untersagt. [REDACTED] kann über Schwestern-Notruf Hilfe anfordern für die Mitbewohner.

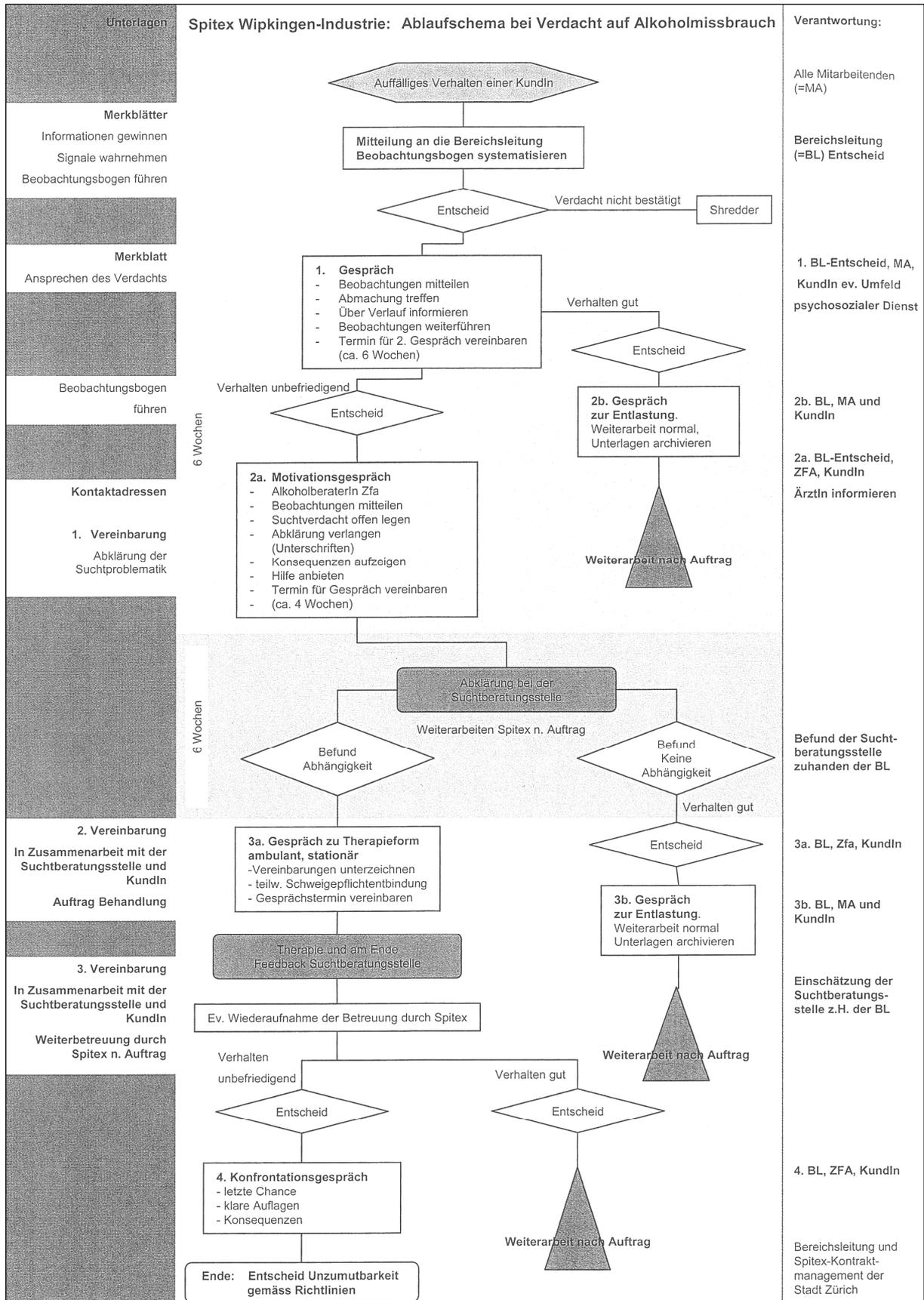
[REDACTED]
[REDACTED]
Wohn- und Pflegeheim Utzigen

[REDACTED]
[REDACTED]
Leiter Pflegeheim und stellvertretend
Wohn- und Pflegeheim Utzigen

[REDACTED]
[REDACTED]
3068 Utzigen, 5.8.2005/UB/SDmme

Wuhlstrasse 110, 3068 Utzigen
Telefon 031 838 21 11 Telefax 031 838 21 21 Postcheckkonto 30 – 909 - 6
Homepage: www.heimutzigen.ch e-mail: info@heimutzigen.ch

B: Ablaufschema der Spitex Wipkingen Zürich



C: AUDIT-Fragebogen

AUDIT-Fragebogen

Da Alkohol vielfach zu gesundheitlichen Schäden führt, werden Sie in diesem Fragebogen nach ihren Trinkgewohnheiten in den letzten Monaten befragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich und übertragen Sie die jeweilige Punktzahl in das leere Feld.

Als Masseinheit gilt: 1 Drink = 1 Stange Bier (3dl) oder 1 Glas Wein/Sekt (1.5dl) oder 1 Glas Rum, Schnaps, Cognac, Whisky oder ähnliches (2cl).

	0	1	2	3	4
Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	Nie	Einmal im Monat oder seltener	Zweimal im Monat	Dreimal im Monat	4 oder mehrmals pro Monat
Wie viele Standarddrinks trinken Sie an einem Tag?	1-2	3-4	5-6	7-8	10 oder mehr
Wie häufig trinken Sie 6 oder mehr Standarddrinks pro Tag?	Nie	seltener als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Mehr oder weniger täglich
Wie oft stellten Sie im letzten Jahr fest, dass Sie mit dem Trinken nicht mehr aufhören können, wenn Sie angefangen haben?	Nie	seltener als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Mehr oder weniger täglich
Wie oft konnten Sie im Verlauf des letzten Jahres nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken haben?	Nie	seltener als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Mehr oder weniger täglich
Wie oft brauchen Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie (am Abend) vorher stark getrunken haben?	Nie	seltener als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Mehr oder weniger täglich
Wie oft empfanden im letzten Jahr Schuld- oder Reuegefühle, nachdem Sie getrunken haben?	Nie	seltener als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Mehr oder weniger täglich
Wie oft war es Ihnen im letzten Jahr unmöglich, sich an das zu erinnern, was am Vorabend geschehen war, weil Sie getrunken haben?	Nie	seltener als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Mehr oder weniger täglich
Sind Sie oder jemand anderer schon einmal verletzt worden, weil Sie getrunken haben?	Nie		Ja, aber nicht im letzten Jahr		Ja, im letzten Jahr
Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nein		Ja, aber nicht im letzten Jahr		Ja, im letzten Jahr
Gesamtpunktzahl					

Auswertung

Der aus zehn Fragen bestehende «Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)» wurde von der WHO speziell zur Erkennung von problematischem und abhängigem Alkoholkonsum entwickelt. Mit seinen drei konzeptionellen Achsen (Trinkmuster, Symptome der Alkoholabhängigkeit, Merkmale des problematischen und abhängigen Alkoholkonsums) deckt AUDIT ein breites Spektrum alkoholassoziierter Probleme ab.

8–15 Punkte weisen auf einen übermäßigen Alkoholkonsum hin
 16–19 Punkte deuten auf ernsthaftere Problematik hin und bedingen eine Beratung oder Therapie
 20 oder mehr Punkte deuten auf eine Alkoholabhängigkeit, die sicher weiter abgeklärt werden soll