Alkoholabhängigkeit im Alter : Herausforderung für Diagnostik und Beratung

Autor(en): **Ruhwinkel, Bernadette**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **39 (2013)**

Heft 2

PDF erstellt am: **28.03.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800034

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Alkoholabhängigkeit im Alter – Herausforderung für Diagnostik und Beratung

Grenzwerte für riskanten Alkoholkonsum sind an das hohe Alter nicht angepasst. Nach schwieriger Diagnostik erfolgt zu selten eine Fachberatung für ältere Menschen mit Abhängigkeitsproblemen, obwohl die Prognose der Behandlung abhängiger Menschen im Alter gut ist. Der Einbezug des Familiensystems ist zentral.

Bernadette Ruhwinkel
Dr. med., Leitende Ärztin, Alterspsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw), Wieshofstrasse 102, CH-8408 Winterthur +41 (0)52 224 35 00, bernadette.ruhwinkel@ipw.zh.ch, www.ipw.ch

Schlagwörter:
Alkohol | Alter | Diagnostik | Beratung | Vernetzung | Angehörige |

Diagnostik und Screening bei chronisch riskantem Alkoholkonsum

Nicht riskanter Konsum von Alkohol bedeutet: Männer 24g Alkohol pro Tag (= 0,5 - 0,6 l Bier/0,25-0,3 l Wein) und Frauen 12 g Alkohol pro Tag sowie 2 alkoholfreie Tage pro Woche.[1]

Herr O. ist 81 Jahre alt und lebt alleine. Bisher hatte er keine grösseren gesundheitlichen Einschränkungen, nimmt aber zwei Antihypertensiva und ein Schmerzmittel (Nichtsteroidales Antirheumatikum) wegen seiner Kniearthrose. Seit seine Frau vor fünf Jahren verstarb, gehört es zu seinen abendlichen Ritualen, dass er «...ein Vierteli Rotwein zum Znacht trinkt.» Hin und wieder beim Fernsehen auch etwas mehr. In Gesellschaft trinkt er höchstens ein Glas, denn im Vergleich zu früher verträgt er weniger. Nach einem Sturz wird Herr O. mit einer Schenkelhalsfraktur ins Kantonsspital eingeliefert. Dort teilt er den Ärzten auf die Frage, ob er Alkohol trinkt und wie viel, mit, dass er gelegentlich in Gesellschaft trinke. Sein abendliches Ritual hat er entweder vergessen oder aus Scham vor dem Verdacht, er habe möglicherweise durch den Alkohol seinen Sturz mit provoziert, verdrängt.

Laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) haben 6% der Frauen und 8,1 % der Männer zwischen 65 und 74 Jahren, sowie 5,3 % der Frauen und nur noch 3,8 % der Männer über 75 Jahren einen chronisch problematischen Alkoholkonsum.[2] Bei niedrigeren Grenzwerten wird der riskante Konsum bei ca. 25 % der Männer und 8 % der Frauen ab 60 Jahren gesehen.[3]

Angenommen, Herrn O's behandelnde Ärzte sind mit einem Screeninginstrument zur Erkennung von Alkoholproblemen im Alter vertraut, die sie bei unklaren Stürzen und/oder leicht erhöhten Leberwerten routinemässig nutzen. Z.B. den international verwendeten und sehr praktikablen AUDIT-C.[4] Beim AUDIT-C gelten mehr als 6 Punkte bei Männern und mehr als 4 Punkte bei Frauen als Hinweis auf einen Alkoholmissbrauch.[5] Dabei kommt Herr O. eingedenk seines Rituals auf maximal 4 Punkte. Dennoch ist dieser Mann aufgrund seines Alters, mit dem reduzierten Wasserhaushalt, der reduzierten Leberdurchblutung, der verlangsamten Enzymaktivität und der Wechselwirkung der anderen Medikamente mit dem sehr regelmässigen Alkoholkonsum ein Hochrisikopatient für neuropsychologische Komplikationen wie Krampfanfälle und Delirien.[6]

Hürden der Beratung

Herr O. würde postoperativ Entzugserscheinungen wie hypertensive Krisen, Schwitzen, Unruhezustände und ein Entzugsdelir entwickeln, wenn der Arzt den Entzug nicht aus seiner Erfahrung heraus medikamentös behandelt hätte. Er wusste, dass das ältere Gehirn deutlich rascher als ein unter 60-jähriges mit einem Delir reagieren kann.

Herr O. wurde sorgfältig vor dieser schweren Komplikation geschützt, aber wie ging die Behandlung weiter?

Herr O. wurde postoperativ rasch in eine Reha-Klinik verlegt, wo seine Muskeln wieder trainiert wurden, sodass er wieder sicher laufen kann. Die Diagnose der Abhängigkeit ging dabei unter und Herr O. konnte sein Ritual wieder aufnehmen. Trotz Früherkennung des Problems erfolgt oft keine Beratung der abhängigen älteren Menschen.[7] Dies hat zum einen mit negativen Altersbildern von BehandlerInnen zu tun («Lassen wir dem Mann doch seinen Rotwein, er hat ja sonst nichts mehr vom Leben»), die die Folgen dieser resignativen Haltung nicht beachten und dem älteren Menschen ungefragt die Entscheidung, was geschehen soll, abnehmen. Ausserdem fehlt es an klaren strukturellen Vorgaben, wie Ärzte und Ärztinnen in diesem Fall eine Behandlung fortsetzen müssten.

Kognitive Defizite und Alkohol im Alter

Herr A. ist 74 Jahre alt. Er wird gegen seinen Willen auf die Akutaufnahmestation für demenzkranke Menschen der Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW) eingewiesen, nachdem er im Pflegeheim Tag und Nacht nur geschrien hatte, dass er dort nicht bleiben wolle. Was war geschehen? Seit Jahren lebte er mit seiner Frau in einem kleinen Vorort. Er hatte Jahrzehnte auf dem Bau gearbeitet und seine Frau und er haben zwei

Kinder. Sein Hobby war immer das Turnen. Er war stolz darauf gewesen, im Handstand die Treppe heruntergehen zu können. Aufgrund von Durchblutungsstörungen (Rauchen, Alterszucker) wurden ihm aber vor sechs Jahren beide Beine amputiert. Anschliessend hat er seine Zeit vor allem zu Hause verbracht und viel Alkohol getrunken (ca 4 - 6 Flaschen Bier pro Tag). Mit seinen Prothesen war er aber mobil.
Dennoch kam die Ehefrau mit seiner Pflege, vor allem wenn er getrunken hatte, zunehmend an ihre Grenzen. Er lehnte alle externen Hilfsangebote ab und wollte auch kein Spitalbett. Frau A. hatte mit ihren 70 Jahren ein chronisches Rückenleiden. Die Finanzen reichten nicht. Die Frau wurde immer unruhiger und verzweifelter und ging mit ihrem Mann mehrfach in die Notaufnahme im Kantonsspital, da sie sich keinen Rat mehr wusste. Dort fielen seine zunehmenden kognitiven Defizite auf und die Verdachtsdiagnose Demenz war allzu rasch gestellt. Wegen Überforderung der Frau wurden die ÄrztInnen im Kantonsspital nach wiederholter Notfallaufnahme tätig und schickten Herrn A. gegen seinen Willen ins Pflegeheim. Das Thema Alkohol wurde nicht als Problem gesehen. Entzugserscheinungen des Mannes und seine laute Rebellion gegen dieses Vorgehen machten eine Betreuung im Heim unmöglich. Herr A. wurde nach 24 Stunden gegen seinen Willen zu uns überwiesen.

Einbezug von Angehörigen

Bei uns auf der Station konnten wir Herrn A. rasch beruhigen indem wir ihm den fehlenden Alkohol durch Medikamente substituierten. Frau A. war aber weiter sehr aufgebracht und musste von unserem Sozialdienst und einer Psychologin intensiv betreut werden, denn sie sass mit all ihren finanziellen Fragen ganz alleine da und hatte Schuldgefühle, den Partner so abgeschoben zu haben. Die Kinder zeigten wenig Verständnis für die Lage der beiden Eltern und lehnten in einem Familiengespräch jegliche Unterstützung ab. Herr A. wollte nach Hause gehen, Frau A. wollte und konnte ihn aber so nicht mehr betreuen. In Einzelgesprächen wurde Herr A. über den Zusammenhang von Alkohol und seinen kognitiven Defiziten und Alltagsschwierigkeiten aufgeklärt und er zeigte sich bereit, einen schrittweisen sanften Entzug zu machen und mit Rücksicht auf seine Frau noch etwas bei uns auf der offenen Psychotherapiestation für ältere Menschen zu bleiben. Die Kognitionen besserten sich von Tag zu Tag und seine Frau meinte neidisch: «Der ist wohl bei Euch in den Ferien». Nachdem sich auch Frau A. etwas erholt und Vertrauen zu uns gefasst hatte, konnten wir in wenigen Paargesprächen klären, dass der Alkohol die leichten kognitiven Defizite von Herrn A., die bis zuletzt feststellbar blieben, massiv verstärkt hatte und die Pflege von ihm zu Hause verunmöglichte. Gemeinsam mit Frau A. arbeiteten wir Kriterien heraus, die erfüllt sein müssten, damit Herr A. wieder in sein Zuhause gehen könnte. Im Alltag trainierten wir mit ihm an seiner Selbstständigkeit und die Ehefrau war mehrfach bei der Morgenpflege dabei und konnte von unseren Pflegefachkräften lernen, wie sie ihn in seiner Selbstständigkeit unterstützen konnte, ohne ihm, wie in der Vergangenheit, zu viel abzunehmen.
Herr A. hat sein Ziel erreicht, er ist seit vielen Monaten wieder daheim. Zwar musste er sich mit Spitex und Spitalbett einverstanden erklären, aber dazu war er, nach all den Erfahrungen, gerne bereit. Zum Abschluss schloss das Paar bei uns einen Vertrag: Herr A. versprach darin, dass er keinen Alkohol mehr trinken will («...auf keinen Fall, denn ich will möglichst nicht in so ein Heim») und seine Frau nicht mehr darum bittet, ihm Alkohol zu kaufen, Frau A. versprach, dass sie ihm auch dann keinen Alkohol mehr bringt, wenn er darum bitten sollte.

Probleme der Früherkennung:

An diesen Fallbeispielen zeigt sich die Problematik der Früherkennung der Alkoholabhängigkeit im Alter:

1. Es fehlt an für das Alter adaptierten Grenzwerten riskanten Alkoholkonsums bei Menschen über 60 Jahren insbesondere dann, wenn sie auch noch Medikamente nehmen müssen.
2. Die Diagnostik ist äusserst schwierig und bedarf bei diesem schambesetzten Thema in dieser Generation viel Feingefühl. Bilder vom weisen Alten und der Anspruch, endlich seine Probleme selber im Griff zu haben, stehen einer ehrlichen Auskunft über den aktuellen Alkoholkonsum ebenso im Weg wie die Unwissenheit, dass Bagatellisierungen in dieser Frage gerade für ältere Menschen, wenn sie ins Krankenhaus kommen lebensbedrohliche Komplikationen (Delirien) nach sich ziehen können.
3. Screeninginstrumente, die auch den regelmässigen Umgang mit Alkohol in niedriger Dosierung und in Kombination mit Medikamenten erfragen und den körperlichen Zustand des Menschen mit einberechnen, fehlen bisher.
4. Das konsequente Beachten von unspezifischen Frühwarnzeichen einer Abhängigkeit im Alter, wie Sturz und Schwindel, schlecht einstellbarer Blutdruck oder Überforderung bei der Pflege durch Angehörige kann in der Somatik auch heute noch nicht überall vorausgesetzt werden.



5. Ein strukturiertes Vorgehen nach der Diagnose der Abhängigkeit durch den Arzt/die Ärztin ist oft nicht vorhanden. Das heisst, dass eine Aufklärung des Patienten/der Patientin und der Angehörigen nur dann stattfindet, wenn der Arzt/die Ärztin sich mit der Problematik auseinandergesetzt und eine positive Vorstellung vom Alter hat.

Beratung ist wichtig

Die Vernetzung der somatischen ÄrztInnen mit Suchtfachstellen muss optimiert werden. Die konsiliarische Beratung durch einen Alterspsychiater oder einen Fachberater für Fragen zu Sucht im Alter im Krankenhaus oder in der Reha-Klinik könnte genutzt werden, um Herrn O. über die Risiken seines Verhaltens aufzuklären und über die veränderte Wirkung dieser vergleichsweise kleinen Alkoholmenge in seinem Körper zu informieren. In diesem Beratungsgespräch könnte Herr O. erfahren, dass er eine grosse Chance hat, seine Abhängigkeit zu behandeln, ja, dass die Prognose in seinem Alter sogar besser ist als in jüngeren Jahren[8] und dass, bei Fortsetzung des Rituals in dieser Form, sein Risiko für weitere Stürze, andere Komplikationen bis hin zu einer vorzeitigen Heimplatzierug statistisch gesehen steigt. Wichtig wäre in dieser Beratung, Herrn O. neben der Informationsvermittlung auch Möglichkeiten der Behandlung in seiner Nähe aufzeigen zu können und ihm dabei immer die Freiheit zu lassen, selbst zu entscheiden, ob er sich in seinem Alter dieser Problematik stellen will oder lieber nicht. Herr A. und seiner Frau war der Zusammenhang zwischen dem Alkohol und seinen Schwierigkeiten überhaupt nicht klar. Durch wenige Gespräche, in denen er wiederholt auf den Zusammenhang von Alkohol und seinen kognitiven Defiziten und der erhöhten Hilfsbedürftigkeit hingewiesen wurde, konnte seine Motivation zum Entzug und zur Abstinenz erreicht werden. Seine Frau war erleichtert, als sie mit ihren Bedürfnissen auch wahrgenommen wurde, und zeigte sich sehr motiviert, an seiner Rückkehr nach Hause mitzuarbeiten, da sie eigentlich auch nicht gern alleine leben wollte.

Fazit

Werden ältere Menschen über die Risiken und Möglichkeiten betreffend ihrer Abhängigkeit, auch im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten,[9] aufgeklärt und treffen sie auf ein Helfernetz, das ihnen eine Reduktion ihres Suchtmittels oder sogar die Abstinenz zutraut, dann zeigt sich aus unserer Erfahrung in der IPW deutlich, dass auch Menschen von über 60 Jahren mit professioneller Begleitung einen guten Weg aus der Abhängigkeit finden können. Wo dies gelingt, ergibt sich zumeist eine drastische Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, der Lebensqualität und eine Zunahme der Autonomie im Alltag bis hin zum Abwenden einer ungewollten Platzierung.

Jeder ältere Mensch sollte so sorgfältig wie möglich über seine Abhängigkeit aufgeklärt sein, auch wenn das für ihn unangenehme Themen beinhaltet.[10] Eine sorgfältige Erhebung des Konsumverhaltens ohne zu pathologisieren oder zu werten (ob mit Audit-C und oder dem unumgänglichen sorgfältigen Gespräch zum Vertrauensaufbau) ist die Voraussetzung dafür, die Problematik nicht zu verfehlen. Mit dem Hinweis, dass die KlientInnen sich das von uns als ihren TherapeutInnen wenigstens einmal anhören müssen, damit sie selbst für sich



eine gute Entscheidung fällen können, gelingt im Anschluss an die Problemerfassung und Diagnostik meistens ein konstruktives Beratungsgespräch, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting.

Derartige Kurzinterventionen, die auch im Rahmen einer Hausarztkonsultation erfolgen könnten, haben sich bei älteren Menschen als durchaus effektiv erwiesen.[11] Die meisten älteren Menschen sind anschliessend motiviert, kleine Ziele der Reduktion des Suchtmittels konsequent zu verfolgen. Wenn dann auch Angehörige und das HelferInnennetz motiviert werden, die Reduktion oder Abstinenz zu unterstützen, kann eine nachhaltige Arbeit zur Eindämmung der Abhängigkeit und ihrer Folgen gelingen. Der gesundheitsfördernde Aspekt mässigen Alkoholkonsums wird im Alter propagiert (ein Glas Rotwein pro Tag sei gesund), aber die epidemiologischen Daten, auf die sich diese Behauptung stützt, könnten auch so interpretiert werden, dass Alkoholkonsum ein Indikator für besonders robuste Gesundheit im Alter ist. Menschen die im Alter krank werden, stellen den Alkoholkonsum zumeist ein, die, die weiter trinken können, das sind die besonders gesunden.[12]●

Literatur

Kessler, D./Salis Gross, C./Koller, S./Haug, S. (2012): Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz. Zürich: Institut für Sucht und Gesundheitsforschung.

Mann, K./Laucht, M./Weyerer, S. (2009): Suchterkrankungen in der Lebensspanne. Nervenarzt 80: 1293-1301.

Schnoz, D./Salis Gross, C./Grubenmann, D./Uchtenhagen, A. (2006): Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

van Etten, D. (2010): Beurteilung des Alkoholkonsums mit dem Kurztest AUDIT-C. SuchtMagazin 36(3): 38-40.

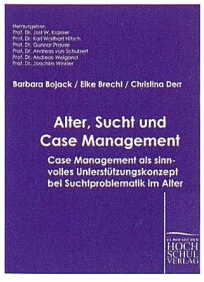
Wolter, D.K. (2011): Sucht im Alter – Altern und Sucht. Stuttgart: Kohlhammer.

Wolter, D.K. (2012): Sucht im Alter. Zentrale Themen, Kontroversen und künftige Entwicklungen. Psychotherapie im Alter 2(9): 161-180.

Endnoten

1 Vgl. Wolter 2011.
2 Vgl. die Präsentation von Bonassi anlässlich der KAP-plus-Tagung vom 21.09.2011 (siehe Endnote 9); vgl. auch Artikel von Notari/Delgrande Jordan/Gmel in dieser Ausgabe.
3 Vgl. Wolter 2012.
4 Vgl. van Etten 2010.
5 Wolter 2011: 251-252. AUDIT: Alcohol USE Disorders Identification Test- Screeningfragebogen für riskanten Alkoholkonsum; modifiziert für den Gebrauch in deutschsprachigen Ländern mit zehn Fragen, von denen die ersten drei als gutes Screening für Hinweise auf Alkoholmissbrauch auch bei älteren Menschen Gültigkeit haben und als Audit C bezeichnet wird. Die Cut-off-Werte scheinen aber nicht überall gleich zu sein; bei www.praxis-suchtmedizin.ch ist ein Cut-off von 5 bei Männern und 4 bei Frauen angegeben.
6 Wolter 2011: 102–105.
7 Kessler et al. 2012: 69.
8 Vgl. Schnoz 2006.
9 Vgl. die Präsentation von Delgrande anlässlich der KAP-plus-Tagung vom 21.09.2011 zum Thema «Alkohol im Alter»: www.tinyurl.com/an42wum, Zugriff 19.02.2013.
10 Dies ist eine zentrale Forderung des Strukturpapiers «Abhängigkeit», welches von verschiedenen Fachleuten der Alterspsychiatrie aus den Bereichen Pflege, Psychologie, Medizin (Psychiatrie/Geriatrie) und dem Suchtexperten der Erwachsenenpsychiatrie in der Integrierten Psychiatrie Winterthur erstellt worden ist. Es befasst sich mit den wichtigsten Unterschieden zwischen Abhängigkeit im Alter und Abhängigkeit in anderen Lebensabschnitten. Das Dokument kann bei der Autorin bestellt werden.
11 Vgl. Mann 2009: 1300.
12 Vgl. Wolter 2012: 171.

Bücher zum Thema



Alter, Sucht und Case Management. Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter
Barbara Bojack/Elke Brecht/Christina Derr
2010, EHV, 125 S.

Bei dem Stichwort «Sucht» denkt man häufig als Erstes an Drogensucht, insbesondere an die Abhängigkeit von verbotenen Betäubungsmitteln. Dabei passiert es leicht, dass die Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln, insbesondere von Alkohol und Medikamenten, übersehen wird. Eine besondere Herausforderung stellt dabei insbesondere die Sucht im Alter dar. Als Lösungsansatz stellen die Autorinnen eine Variation des Case Managements vor, das nach einer eingehenden Vertiefung in die Ausgangsproblematik hinsichtlich seiner Funktionen und Aufgaben betrachtet wird. Wie sich eine derartige Konzeption praktisch umsetzen lässt, wird abschliessend anhand eines Fallbeispiels vorgestellt. Darüber hinaus wird ein Weg entwickelt, wie Abhängige in Kooperation mit ihrem sozialen Umfeld agieren können.



Alt und schwer erreichbar. «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» bei benachteiligten Gruppen
Eva Soom Ammann/Corina Salis Gross
2011, AVM, 140 S.

Gesundheitsförderung ist zu einer zentralen Public-Health-Strategie für die Stärkung des selbstbestimmten Alterns und der Lebensqualität auch bei bereits bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen avanciert. Benachteiligungen wie tiefe Renten oder langjährige schwere körperliche Arbeit und soziale Isolation können jedoch problematische Gesundheitsverläufe nach sich ziehen. Tiefer sozioökonomischer Status, Geschlecht und Migrationshintergrund sind dabei wichtige Faktoren. Angebote sprechen jedoch eher Menschen aus der Mittelschicht mit genügend ökonomischen Ressourcen und gutem Bildungs- und Sozialkapital an. Die Gesundheitsförderung kommt also nicht dort an, wo sie besonders benötigt wird. Müssen die Angebote folglich angepasst und zu ihnen gebracht werden? Doch wie sind sie zu erreichen? Wissenschaftliche Literatur und bewährte Praxis sind die Grundlagen zur Beantwortung solcher Fragen in diesem Buch.