

Sucht im Alter
Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter
– zu tolerieren oder zu behandeln?

Bachelorarbeit

im Studiengang Rehabilitationspsychologie



Eingereicht von: Franziska Rode
Geboren am: 08.09.1982, Magdeburg
Matrikel-Nr.: 20073326
E-Mail: f.rode-md@web.de

Erstgutachter: Prof. Dr. Michael Kraus
Zweitgutachter: Prof. Dr. habil. Wolfgang Maiers

Eingereicht am: 07.September 2010

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Alkohol und die möglichen Auswirkungen des Konsums	6
1.1 Alkohol	6
1.2 Alkoholkonsum	6
1.3 Alkoholkonsum im Alter	7
1.4 Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit	8
1.5 Klassifizierung von Alkoholabhängigkeit	11
1.6 Folgen des Alkoholismus	13
1.6.1 Körperliche Folgen	14
1.6.2 Soziale Folgen	15
1.6.3 Psychische Folgen	15
2. Alt werden – alt sein	15
2.1 Begriffsbestimmungen von „Altern“ und „Alter“	16
2.2 Die demographische Situation	18
2.3. Alt sein heute	18
2.4 Psychosoziale Probleme im Alter	22
3. Alkoholismus im Alter	24
3.1 Bedingungsfaktoren von Alkoholismus im Alter	25
3.2 Diagnostik und Besonderheiten substanzbezogener Symptomatik im Alter	26
3.3 „Alkoholikertypen“ im Alter	28
3.4 Zusammenhang zwischen riskantem Alkoholkonsum, Lebensalter und Geschlecht	30
4. Ältere Suchtkranke therapieren oder nicht?	32
4.1 Motivationale Aspekte für eine mögliche Therapie	33
4.2 Behandlungsansätze	34
4.3 Therapiemöglichkeiten älterer Alkoholabhängiger	35
4.4 Wirksamkeit der Behandlung älterer Suchtkranker	37
Schlussbemerkungen	39
Literatur	41
Eidesstattliche Erklärung	44

Einleitung

In den europäischen Ländern steigt die Zahl der älteren Bevölkerung stetig an. Während immer mehr Menschen, auch auf Grund der heutigen medizinischen Versorgung, ein hohes Alter erreichen, sinkt die Zahl der Geburten. Die Jugend ist zur demographischen Minderheit geworden. Die Struktur der Alterspyramide kehrt sich langsam um. Die demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung ist - gekoppelt mit der größeren Lebenserwartung - einer der Indikatoren dafür, dass auch der Anteil der älteren süchtigen Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt. Vermehrt erreichen chronisch süchtige Menschen ein höheres Lebensalter. Hinzu kommt, dass durch die im Alter zusätzlich auftretenden Probleme und Anforderungen die Zahl der „Spätabhängigen“ zunimmt.

Der Lebensstil der heutigen 65 bis 75jährigen hat sich vor allem in der Lebensgestaltung gewandelt. Soziale Verhaltensweisen, wie sportliche, kulturelle Aktivitäten, Lernen usw., welche früher vorrangig jüngeren Menschen zugewiesen wurden, werden immer mehr als Voraussetzung für ein erfolgreiches Alter definiert. Auch das Konsumverhalten unterscheidet sich kaum vom Verhalten jüngerer Erwachsener (Vgl. Höpflinger, 2009, S. 5). Neben Medikamenten-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit spielt der Alkohol in der älteren Generation, wie auch in der gesamten Bevölkerung, eine weitere und bedeutende Rolle.

Ähnlich wie in den jüngeren Jahren kann man kaum eine Grenze zwischen Missbrauch und Sucht ziehen. Noch dazu ist der Alkoholkonsum von älteren Menschen weniger auffällig, da einige Interaktionen im Sozialleben, wie das Arbeitsleben, wegfallen. Durch den Ruhestand gibt es keine arbeitsrechtlichen Verpflichtungen, die zur sozialen Kontrolle des Arbeitslebens gehörten. Ebenso wird durch den Verlust des Partners oder durch den immer kleiner werdenden Familienkreis die Tendenz zur Aufdeckung des Alkoholkonsums verringert.

Nach früheren Expertenmeinungen galt der Alkoholismus als eine sich selbstbegrenzende Krankheit, da in den früheren Jahren die meisten Alkoholiker nicht älter als 60 Jahre wurden. Diese Lehrmeinung ist nun auf Grund der Altersexplosion überholt worden (Vgl. Lutz, 1996, S.22).

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Problem des Altersalkoholismus begann erst in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Bisläng liegt noch kein deutlicher Fokus auf Suchtprävention und Suchttherapie im Bereich der Gerontologie und Geriatrie.

Das Thema wird noch nicht deutlich bei der Ausbildung von Betreuungs- und Pflegepersonal in Senioreneinrichtungen artikuliert.

Stahlhut schreibt 2003 in ihrer Diplomarbeit: „Nicht selten reagieren Mitarbeiter der ambulanten und stationären Altenhilfe auf die Alkoholabhängigkeit bei Senioren mit Unsicherheit, Berührungsangst und Verdrängung. Ihre Ansichten sind ambivalent: Soll nicht der alte Mensch seinen Lebensabend so verbringen können, wie er es selbst gerne möchte, notfalls auch mit Alkohol?“.

Während meines Studiums kristallisierte sich mein Interesse für das Thema Abhängigkeitserkrankungen heraus, insbesondere der Umgang und die Therapie der Alkoholabhängigkeit. Bei meinen Einsätzen in mehreren suchtspezifischen Praktikumseinrichtungen fiel mir auf, dass diese sich vor allem auf jüngere Drogenkonsumenten spezialisierten, was vermutlich mit der größeren Anzahl jüngerer Anhänger zusammenhängt. Nirgends lag der Fokus auf älteren Abhängigen. Schätzungsweise haben 400.000 ältere Menschen in Deutschland ein Alkoholproblem. Jedoch sind in den Einrichtungen der Suchthilfe ältere Männer und Frauen nur selten anzutreffen. Dieses Phänomen werde ich in meiner Arbeit näher betrachten. Konzentriert sich die Gesundheitspolitik wenig auf die Behandlung älterer suchtkranker Menschen, weil die Eingliederung älterer pensionierter Suchtkranker in die Gesellschaft kaum Bedeutung hat? Ist die Therapie für den einzelnen Betroffenen überhaupt sinnvoll, da der Alkoholkonsum vom ihm selbst nicht als Sucht, sondern vielmehr als „Belohnung“ im Ruhestand angesehen wird?

Zu Beginn meiner Bachelorarbeit werde ich den Unterschied zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit vom Alkoholkonsum darstellen. Im Rahmen dieses Kapitels werde ich auch auf mögliche Erklärungsansätze und Folgen einer Alkoholproblematik eingehen.

Das nächste Kapitel meiner Bachelorarbeit fokussiert sich dann auf das Altwerden und Altsein. Es folgt eine Begriffsbestimmung von Alter und Altern. Ab wann spricht man vom älteren Menschen bzw. vom alten Menschen? Des Weiteren werde ich auf die psychosozialen Probleme im Alter, die aus verschiedenen Lebensbedingungen sowie aus einschlägigen Lebensveränderungen resultieren, eingehen.

Im dritten Gliederungspunkt fokussiere ich mich dann auf die Alkoholproblematik im Alter. Man kann das problematische Trinken älterer alkoholabhängiger Menschen in „early-onset-Trinker“ und „late-onset-Trinker“ klassifizieren. Mit der ersten Bezeichnung sind diejenigen gemeint, die bereits in jüngeren Jahren ein Alkoholproblem besaßen und dies bis ins hohe Alter fortsetzen. Die zweite Klassifizierung trifft zu auf die Betroffenen, die

erst jenseits des 60. Lebensjahr alkoholabhängig werden. Daraus abgeleitet werde ich mich mit möglichen Bedingungsfaktoren für einen Spätalkoholismus befassen.

Im vierten und letzten Kapitel meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit den Vor- und Nachteilen der möglichen Therapieansätze von älteren Suchtkranken. Hier werde ich mich näher mit den Behandlungskonzepten der Sucht im Alter befassen.

1. Alkohol und die möglichen Auswirkungen des Konsums

1.1 Alkohol

Das Wort *Alkohol* stammt aus dem arabischen Wort *al-kuhl* ab, welches > das Feinste< bezeichnete. Im 16. Jahrhundert übernahmen die Alchemisten dieses Wort für die farblose, brennbare und brennend schmeckende Flüssigkeit. (Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2003, S. 6). Im heutigen allgemeinen Sprachgebrauch bezeichnet man den zur Gruppe organischen Verbindungen gehörenden Äthylalkohol als Alkohol. Er wird aus unterschiedlichen Grundstoffen und durch die Vergärung von Zucker gewonnen. Alkohol besitzt eine berauschende Wirkung (Vgl. DHS e.V., 2009, S. 1).

„Das besondere Gefährdungspotenzial von Alkohol besteht darin, dass sein Erwerb, Besitz und Handel legal sind. Er ist praktisch unbeschränkt verfügbar und wird von ca. 90 % der Bevölkerung konsumiert. Somit ist Alkohol ein fester Bestandteil unserer Kultur“ (Stahlhut, 2003, S. 7).

1.2 Alkoholkonsum

Laut dem wissenschaftlichen Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2009) liegt seit einigen Jahren der Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol in Deutschland relativ konstant bei etwa 10 Litern. Obwohl er in den letzten zwanzig Jahren um mehr als 15 Prozent zurück ging, liegt Deutschland im weltweiten Vergleich damit immer noch in der Spitzengruppe.

Den Alkoholkonsum muss man auch im Zusammenhang mit seinen Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit der Bevölkerung betrachten. Jeder Mensch hat ein individuelles Krankheitsrisiko, das durch solche Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, Cholesterinspiegel, Bewegungsmangel oder bestehende Erkrankungen (z.B. Diabetes) beeinflusst wird. Auch im Hinblick auf den Umgang mit Alkohol hat jeder sein persönliches Suchtpotenzial. Mit der Menge und der Häufigkeit des konsumierten Alkohols steigt das individuelle Risiko, alkoholbedingt zu erkranken, psychischen oder sozialen Schaden zu erleiden (Vgl. DHS, 2003, S.14).

In den vergangenen Jahren wurden zur Einschätzung des individuellen Risikos Konsumklassen definiert:

„ Risikoarmer Konsum: Bis 30 g bzw. 40 g Reinalkohol pro Tag für Männer, bis 20 g/Tag für Frauen.

Riskanter Konsum: Mehr als 30 g bzw. 40 g bis 60 g Reinalkohol pro Tag für Männer, mehr als 20 g bis 40 g/Tag für Frauen.

Gefährlicher Konsum: Mehr als 60 g bis 120 g Reinalkohol pro Tag für Männer, mehr als 40 g bis 80 g/Tag für Frauen.

Hochkonsum: Mehr als 120 g Reinalkohol pro Tag für Männer, mehr als 80 g/Tag für Frauen.“ (DHS e. V., 2009, S.14).

Erläuterung

Anteil von Reinalkohol pro Alkoholart:

- Bier 0,33 l = 13 g
- Wein 0,21 l = 16 g
- Sherry 0,1 l = 16 g
- Likör 0,02 l = 5 g
- Whiskey 0,02 l = 7 g



(Abb. 1: Vgl. statistische Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) für das Jahr 2008)

1.3 Alkoholkonsum im Alter

Untersuchungen zum Alkoholkonsum speziell älterer Menschen liegen kaum vor. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfasste z. B. erstmals 2006 die Altersgruppe

der 60- bis 64-Jährigen. In der Repräsentativerhebung 2006 zeichnet sich ab, dass zwar das Rauschtrinken für die ab 50-Jährigen (mehr als fünf Gläser Alkohol bei einem Trinkanlass) abnimmt, der durchschnittliche tägliche Alkoholkonsum aber anscheinend besonders hoch ist (Vgl. DHS e.V., 2009, S. 20).

Durchschnittlicher täglicher Alkoholkonsum in Gramm/Tag nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Frauen	Männer
18-19	3,19	12,41
30-39	3,98	15,24
40-49	5,74	16,56
50-59	5,15	17,53
60-69	3,40	14,70
70-79	2,39	12,23
18-79	4,06	15,06

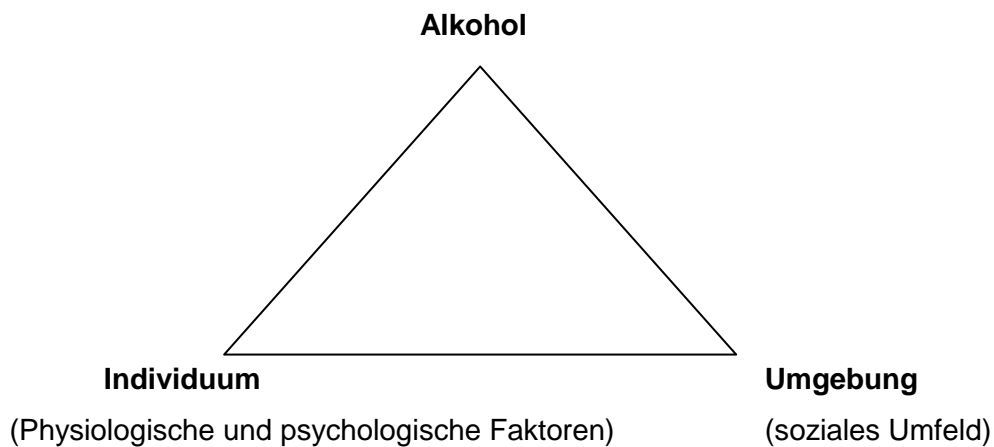
(Quelle: Robert-Koch-Institut, Bundesgesundheitsurvey 1998)

Hilde Lutz (1996) führt in ihrem Artikel „Alkoholabhängigkeit im Alter“ aus, dass der Anteil der Älteren im Hinblick auf die Gesamtzahl der Alkoholkranken anscheinend zwischen zwei bis neun Prozent liegt. Der Alkoholkonsum im Alter gehe insgesamt zurück, dies macht sich allerdings erst nach dem 80. Lebensjahr drastisch bemerkbar. Es ist anzunehmen, dass sich viele ältere Alkoholkonsumenten in der Grauzone zur Sucht befinden. Verlässliche Daten für Deutschland liegen, anders als in den USA, jedoch nicht vor.

1.4 Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit

Die Entstehung von Abhängigkeit ist ein Prozess, bei dem viele Faktoren eine Rolle spielen, die im Sinne eines Netzwerkes interagierend zusammenwirken. Sie lassen sich am bio-psycho-sozialen Modell erklären: Eine Reihe von psycho-sozialen Faktoren ist verantwortlich für einen mehr oder minder regelmäßigen Alkoholkonsum. Neurobiologische Faktoren sind ausschlaggebend, dass ein immer exzessiver werdendes Trinkverhalten trotz aufkommender gesundheitlicher oder sozialer Probleme beibehalten wird (Aufrechterhaltung). Wenn das Trinken nicht mehr steuerbar ist, kommt zu einem Kontrollverlust (Vgl. DHS e.V., 2003, S.31).

Die Entstehungsbedingungen lassen sich am einfachsten mit dem bekannten Dreiecksmodell beschreiben:



(Abb. 2, Vgl. Feuerlein, 2000, S.61)

Diese drei Eckpunkte bestehen aus:

- den spezifischen Wirkfaktoren der Substanz Alkohol
- den individuellen Merkmalen der Person (biologisch, psychologisch)
- den sozialen Faktoren der Umgebung (kulturell, direktes Umfeld) (Vgl. DHS e.V., 2003, S.31).

Die Substanz Alkohol besitzt eine psychotrope Wirkung. Sie beeinflusst eine Reihe von basalen psychischen Funktionen wie die Stimmung, die Wahrnehmung und den Antrieb. Dies kann mehr oder minder ausgeprägt zu einem Abhängigkeitssyndrom führen. Das Individuum, welches ein weiterer Faktor im Dreiecksgebilde darstellt, wird von genetischen Faktoren wie auch von der psychischen Entwicklung aus seinem sozialen Umfeld geprägt. Eine direkte und dominante Vererbung von stoffgebundener Abhängigkeit ist wissenschaftlich nicht erwiesen. Dennoch sprechen einige Argumente dafür, dass vor allem beim Alkoholismus die genetischen Faktoren eine große Bedeutung haben (Vgl. Feuerlein, 2000, S.61 ff). Dabei scheint das zentrale Nervensystem nach individueller genetischer Ausstattung und deren erfahrungsabhängiger Modulation auf Alkohol unterschiedlich zu reagieren. Dies erklärt auch, dass es unterschiedliche Wirkungen von Alkohol auf die einzelnen Individuen gibt. Bei bestimmten Menschen besteht eher eine entängstigende und bei anderen eine euphorisierende Wirkung (Vgl. DHS e.V., 2003, S. 34). Ein weiterer Punkt, der das Individuum in seiner Abhängigkeit prägt, sind die psychologischen Faktoren. Hierbei spielt die Qualität der Bindungsfamilie eine große Rolle. Nach dem wissenschaftlichen Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für

Suchtfragen (2003) haben Untersuchungen ergeben, dass möglicherweise ein hoher Grad an psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt ein wichtiger Risikofaktor für ein späteres Auftreten einer Abhängigkeitserkrankung verantwortlich ist. Nach der DHS-Info (2003) erhöhen hyperkinetische Syndrome, wie Aufmerksamkeitsstörungen oder Teilleistungs- und Verhaltensstörungen im Kinder- und Jugendalter, das Risiko einer späteren Alkoholabhängigkeit. Aus psychoanalytischer Sicht treten bei einem Teil der Alkoholkranken aufgrund von Enttäuschungserlebnissen eine sogenannte orale Fixierung in der psychosexuellen Entwicklung auf. Später im Erwachsenenleben wird durch das Trinken von Alkohol das Leben von Frustrationen erträglicher gemacht (Regression). Nach der Spannungs-Reduktions-Hypothese kann Alkohol in niedrigen Konzentrationen in Stresssituationen Spannungsgefühle mindern. Schwierigkeiten im Arbeitsleben oder unbekannte soziale Situationen können z. B. negativen Stress auslösen.

Der exzessive Alkoholkonsum kann mithilfe der Lerntheorie, wie der Konditionierung, erklärt werden. So wird ein Verhalten verstärkt, das zur Minderung einer Bedürfnisspannung und dem folgenden Erleben positiver Wirkungen von Alkohol einhergeht. Entsprechend nehmen diese Auftretenswahrscheinlichkeit und das auf den Konsum ausgerichtete Verhalten zu. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen der Persönlichkeit Alkoholkranker wurde bislang keine spezielle Suchtstruktur erkannt. Jedoch scheinen Personen, die eine bestimmte Wirkungserwartung haben, besonders suchtfähig zu sein. Eine allgemeine Voraussetzung für eine psychische Abhängigkeit ist allein die Wahlfreiheit zum Trinken. Empirische Studien sprechen dafür, dass Personen mit einer dissozialen oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung häufig eine Alkohol- (oder Drogen-) abhängigkeit entwickeln. Menschen mit Angststörungen benutzen häufig das Trinken von Alkohol zur Selbstheilungszwecken (Vgl. DHS e.V., 2003, S. 32f).

Das unwiderstehliche Verlangen nach dem Suchtmittel, was charakteristisch für die psychische Abhängigkeit ist, nennt man "craving". Dabei verlieren die Betroffenen ihre Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und natürlich der Menge der konsumierten Mittel. Der übermächtige Wunsch nach dem Suchtmittel bekommt immer mehr an Bedeutung im Leben der Betroffenen. Die Persönlichkeit verändert sich oft schleichend, und bleibt anfangs oftmals noch unbemerkt. Jedoch werden Veränderungen, wie z.B. sozialer Rückzug, Kritikschwäche, Gedächtnisschwierigkeiten oder nachlassende Geschicklichkeit deutlich. Durch die Zentrierung des Denkens und Handelns auf das Suchtmittel leiden nicht nur die Betroffenen, sondern auch ihr Umfeld mit.

Die physische Abhängigkeit wird in Toleranzerwerb (um einer Wirkungsverminderung zu begegnen) und in Entzugserscheinungen deutlich. Der Körper reagiert mit physischen Symptomen, wenn das Suchtmittel abgesetzt wird. Diese Symptome variieren dann in ihrer Art und im Ausmaß je nach Substanz (Vgl. Derr/Bojack, 2009, S. 188).

Laut Feuerlein (2000) ist das soziale Umfeld ein weiterer Faktor, der bei der Entstehung einer Abhängigkeit mitwirken kann. Die Einflüsse der wichtigsten Primärgruppe, also die der Familie, sind vielfältiger Natur. Dabei spielt z. B. die Reihenfolge der Geschwister oder die Stellung innerhalb der Familienhierarchie eine große Rolle. Auch das Verhältnis zwischen Kindern und Eltern sowie zum eigenen Partner kann als sozialer Faktor die Entstehung einer Abhängigkeit mitbestimmen. Bestimmte Berufsgruppen fördern den Konsum von Suchtstoffen, vor allem von Alkohol. Feuerlein (2000) teilt in seiner Veröffentlichung die Berufe in verschiedene psychosoziale Anforderungen ein:

- „instrumentell (z.B. Arbeitsbelastung, Arbeitstempo, Schichtarbeit)
- sozioemotional (Kontrolle, Konkurrenz, Eintönigkeit)
- frustrierend (geringer Verdienst, schlechte Aufstiegschancen)
- fehlende „Dispositionsspielräume“ bei der Arbeit
- Umfang und Art sozialer Kontakte bei der Arbeit“.

Ein weiterer Bestandteil, der zur Begünstigung einer Abhängigkeitserkrankung führen kann, sind großgesellschaftliche Faktoren. Darunter versteht man Veränderungen im sozialen Umfeld, wie Umzug in eine andere Stadt, Arbeitslosigkeit, Flüchtlingsschicksal oder Pensionierung. Allerdings müssen diese Faktoren nicht bei jedem Menschen Stress hervorrufen. Schließlich seien noch Probleme durch Geldüberhang, Werbung, Trinksitten oder Freizeit zu benennen. Diese begünstigen den schnelleren und „günstigeren“ Zugriff auf alkoholische Getränke (Vgl. Feuerlein, 2000, S.64).

1.5 Klassifizierung von Alkoholabhängigkeit

Der Begriff „Alkoholismus“ wurde im Jahr 1852 durch den schwedischen Arzt Magnus Huss geprägt. Dieser Begriff diente zur Beschreibung von körperlichen Folgeschäden durch übermäßigen Alkoholkonsum. In der heutigen Zeit wird Alkoholismus der Alkoholabhängigkeit gleichgestellt. Die internationalen Klassifikationsschemata – 10. Version der International Classification of Diseases (ICD-10) und IV. Version des Diagnostic and Statistical Manual der American Psychiatric Association (DSM IV) unterscheiden zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit (Vgl. Feuerlein, 2000, S.55f). Während in beiden Schemata die Definition von Abhängigkeit vergleichbar ist, gehen sie bei der Beschreibung von Alkoholmissbrauch auseinander.

Laut dem ICD-10 handelt es sich bei einem Abhängigkeitssyndrom „um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch (...) Alkohol zu konsumieren“ (Dilling et al., 2005, S.92). Die Diagnose Abhängigkeit wird nur dann gestellt, wenn innerhalb des letzten Jahres drei oder mehrere der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. „Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches (substanzspezifisches) Entzugssyndrom (...) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums (...).
4. Nachweis einer Toleranz. (...).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. (...)“ (Dilling et al., 2005, S.93).

Diese Kriterien finden sich - allerdings verteilt auf 7 Items - im DSM IV wieder. „Bei der Abhängigkeit sind also vor allem die Symptome entscheidend, die früher unter den Begriffen der körperlichen Abhängigkeit (Toleranzentwicklung, Auftreten körperlicher Entzugssymptome) und psychischer Abhängigkeit (z.B. verminderte Kontrollfähigkeit, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen, Alkoholkonsum trotz Wissens um schädliche Folgen) zusammengefasst wurden“ (Feuerlein, 2000, S. 56).

Unterschiedlich ist die Definition von „Missbrauch“ oder dem „schädlichen Gebrauch“ (Terminologie ICD-10) von Alkohol.

In der ICD-10 wird darunter verstanden, dass die Diagnose eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten erfordert. Jedoch beweisen eine akute Intoxikation und ein sogenannter „Kater“ allein noch keinen Gesundheitsschaden, der für die Diagnose schädlicher Gebrauch erforderlich ist (Vgl.

Dilling et al., 2005, S.92). Hingegen wird der Begriff Missbrauch im DSM IV durch folgende psychosoziale Kriterien bestimmt:

- „1. Wiederholter Konsum, der zur Vernachlässigung von Pflichten bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen der Konsum eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer).
3. Wiederkehrende rechtliche Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum.
4. Fortgesetzter Konsum trotz Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches oder körperliches Problem, das durch den Konsum von Alkohol verursacht wird“ (Feuerlein, 2000, S. 56).

1.6 Folgen des Alkoholismus

„Nichtmedizinische Folgeschäden“ (Feuerlein, 2000, S.65) treten häufiger vor den medizinischen Folgekrankheiten einer Alkoholabhängigkeit auf, für deren Entwicklung ein schwerer langjähriger Alkoholmissbrauch vorangegangen sein muss. Meist betrifft es nicht nur die abhängige Person sondern auch deren Bezugspersonen. Feuerlein (2000) bezieht die nichtmedizinischen Folgeschäden auf folgende Bereiche:

1. „Suizidalität
2. Schädigungen der Primärgruppe, insbesondere die Familie
3. Schädigungen der beruflichen Situation
4. Beeinträchtigungen der Verkehrstüchtigkeit
5. Kriminalität“.

Rommelspacher (2000) schreibt in seinem Auszug „Pathophysiologische Aspekte des Alkoholismus und der alkoholischen ZNS-Schädigung“, dass Alkohol über keinen eigenen Rezeptor im Zentralen Nervensystem (ZNS) verfügt. Wahrscheinlich kommt seine Wirkung durch die Beeinflussung der Rezeptorproteine anderer Substanzen zustande. Die daraus resultierenden Folgen unterscheidet man in körperliche, soziale und psychische Auswirkungen, die eng miteinander verknüpft sind.

1.6.1 Körperliche Folgen

Alkohol schädigt nahezu alle Organe, entweder direkt oder durch Fehlernährung mit resultierendem Vitamin- und Mineralstoffmangel. Besonders empfindlich reagieren dabei die Leber und das Nervensystem. Aus diesem Grund wird bei Alkoholikern eine erhöhte Morbidität (Wahrscheinlichkeit zu erkranken) und Mortalität (Wahrscheinlichkeit zu sterben) als bei der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung verzeichnet (Vgl. Halasz/Stepansky, 1994, S.98).

Bei langjährigem Alkoholkonsum kann es zu alkoholbedingten ZNS-Erkrankungen, wie z.B. das Wernicke-Korsakoff-Syndrom (Enzephalopathie) kommen. Auch alkoholbedingte Bewegungsstörungen können hinzukommen. Hierbei wurde eine Parkinson-Symptomatik während des Alkoholmissbrauchs und /oder des Alkoholentzugs bei Patienten über 50 Jahre beobachtet. Oft trat diese Symptomatik zusammen mit einem Haltungstremor, einer Ataxie und Verwirrtheit auf. Desweiteren zählen kognitive Störungen zu Folgeschäden einer Alkoholabhängigkeit. Dabei bleibt die allgemeine Intelligenz intakt und der IQ unverändert. Schwierigkeiten bestehen bezüglich des abstrakten Denkens und der Fähigkeiten, Probleme zu lösen. Auch das räumliche Sehen und die komplexen motorischen Leistungen sind ebenfalls betroffen. Ebenso fällt den Betroffenen das Lernen neuer Inhalte schwer oder es treten Blackouts (Episoden von einer vorübergehenden anterograden Amnesie) auf. Die Betroffenen sind dabei nicht in der Lage, sich an ein großes Segment ihrer Aktivitäten zu erinnern, was zunächst eine Beunruhigung hervorruft, die später verdrängt wird. Diese Verdrängung ist geradezu ein Maß für die Stärke der Verleugnung der Krankheit. Eine weitere alkoholbedingte ZNS-Erkrankung ist die alkoholische Demenz. Dabei verschlechtern sich alle kognitiven Fähigkeiten zunehmend. Der Gebrauch neuer Informationen, die Fähigkeit, mit allgemeinen Anforderungen zu Recht zu kommen, sowie zunehmend das Langzeitgedächtnis sind gestört (Vgl. Rommelspacher, 2000, S.130ff).

Körperliche Entzugssymptome:

- bei Abstinenz kommt es zu einem unruhigen Schlaf, zu Übelkeit, starkem Schwitzen und Zittern,
- die Patienten sind ängstlich, reizbar und depressiv verstimmt,
- eventuell treten epileptische Anfälle auf.

Nach Abstinenzbeginn klingen nach einigen Tagen bis höchstens wenigen Wochen die körperlichen Entzugssymptome ab (Vgl. Halasz/Stepansky, 1994, S.99).

1.6.2 Soziale Folgen

In einem späten Stadium des chronischen Alkoholkonsums treten persönliche Vernachlässigung und ein gestörtes Sozialverhalten auf. Ebenfalls werden Apathie, Reizbarkeit, emotionale Labilität und Streitsüchtigkeit beschrieben (Vgl. Rommelspacher, 2000, S. 130ff). Die entstehenden Persönlichkeitsveränderungen stoßen auf Ablehnung bei der Familie und im Freundeskreis. Durch die daraus resultierenden Eheprobleme tritt eine vermehrte Scheidungsrate auf. Die zwangsläufige Vereinsamung führt ihrerseits zu einem erhöhten Anstieg des Alkoholkonsums, was die soziale Isolation weiter verschlimmert. Somit geraten die alten Menschen, die schon von Vornherein geringe soziale Kontakte besaßen, in eine völlige Einsamkeit (Vgl. Halasz/Stepansky, 1994, S.98).

1.6.3 Psychische Folgen

Durch den chronischen Alkoholkonsum kommt es zu einer charakteristischen Veränderung der Persönlichkeit. Der Betroffene hat weniger Kontrolle über sich selbst und schämt sich seiner Sucht. Des Weiteren leiden die Alkoholiker unter Minderwertigkeitskomplexen sowie Depressionen. Die unangenehmen körperlichen Entzugserscheinungen führen zu einem ständig auf den Alkohol gerichteten Denken (Vgl. Halasz/Stepansky, 1994, S.98). Die Selbsteinschätzung des Alkoholkranken stimmt in den seltensten Fällen mit der Fremdeinschätzung aus seinem Umfeld überein.

2. Alt werden – alt sein

Das Ende des Lebens ist klar durch den Tod begrenzt. Der Übergang vom mittleren zum höheren Erwachsenenalter ist jedoch immer schwieriger zu bestimmen. Der Ruhestand, der noch bis Ende der 1970er Jahre klar als Schritt ins Alter gewertet wurde, hat einen Teil seiner determinierenden Wirkung verloren. In der heutigen Zeit spricht man von Vorruhestand, gleitendem Übergang in den Ruhestand, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer. Damit wurde der Austritt aus dem Erwerbsleben auf durchschnittlich unter 60 Jahren gedrückt (Vgl. Backes/Clemens, 1998, S. 23).

2.1 Begriffsbestimmungen von „Altern“ und „Alter“

Bisher gibt es unter den Experten keine allgemeine Definition des Alterns. „Altern“ ist ein multifaktorielles Geschehen, welches biopsychosozial und gesellschaftlich beeinflusst wird. Dabei spielen auch individuelle Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse eine große Rolle (Vgl. Reiners, 2004, S. 41).

Am geläufigsten ist uns die Bestimmung durch die Anzahl der von uns gelebten Jahre in Form des sogenannten kalendarischen oder chronologischen Alters (Vgl. Stahlhut, 2003, S.12). „Es ist orientierungsgebend, z.B. als Grobstruktur im administrativen Bereich (Vorbereitungs-, Arbeits- und Ruhestandsphase), für den rechtlichen Bereich, wo fiktive Altersgrenzen dem Menschen Rechte zusprechen oder aberkennen (Einschulung, Wahlberechtigung etc.)“ (Reiners, 2004, S. 42).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert das jeweils erreichte chronologische Alter wie folgt:

50 bis 60 Jahre	=	alternder Mensch
61 bis 75 Jahre	=	älterer Mensch
76 bis 90 Jahre	=	alter Mensch
91 bis 100 Jahre	=	hochbetagter Mensch
Über 100 Jahre	=	langlebiger Mensch (Vgl. Junkers, 1995, S.7)

Das kalendarische Alter ist jedoch wenig aussagekräftig und kann nicht als umfassender Maßstab für „Alter“ gesetzt werden (Vgl. Reiners, 2004, S.42). Stahlhut (2003) bezieht sich in ihrer Arbeit „Alkoholabhängigkeit bei Senioren“ auf die Umbenennung der Alters- in die Alternsforschung durch Max Bürger (1939). Dieses sei somit der Beginn der entwicklungsorientierten und dynamischen Betrachtungsweise des Alterns als Prozess gewesen. Sie führt aus, dass das Alter gemessen an der *biologischen Uhr* bereits mit der vollständigen Entwicklung des Organismus einsetzt. Dies sei bereits zum wesentlichen Teil genetisch festgelegt und kann durch bestimmte biologische und organische Befunde nachgewiesen werden.

Unterschiedliche Faktoren, die kultureller, gesellschaftlicher und politischer Natur sein können, bestimmen jedes einzelne Menschenleben. Diese gesellschaftlichen und kulturellen Einflüsse wirken auf den Alterungsprozess und dies bezeichnet man als *epochales Altern*. Dazu gehören Generationskonflikte, die aufgrund unterschiedlicher Epochen bestimmte Lebensinhalte formen.

“Die heute älteren und alten Menschen haben in bestimmten Lebensphasen ganz andere politische, soziale und kulturelle Bedingungen vorgefunden als die jüngeren Kohorten sie hatten oder noch vorfinden werden“ (Backes/Clemens, 1998, S.20). Deshalb fühlen sich ältere Menschen in Gesellschaft Gleichaltriger wohler, da sie gleiche miterlebte epochale Ereignisse verbindet. Es findet meistens dann ein Austausch über Notzeiten (z.B. Kriegsjahre) und deren Bewältigung oder gemeinsame schöne Erinnerungen statt. Wenn dieser Gesprächsaustausch durch Verlust ihrer „Generationsmitmenschen“ nicht mehr stattfinden kann, fühlen sich alte bzw. ältere Menschen einsam (Vgl. Junkers, 1995, S.7). Mit zunehmendem Alter verändern sich innerhalb der Primärgruppe (Familie) und im sozialen Leben die Rollen. Dieses wird als das *soziale Altern* betrachtet. Jede Veränderung im Leben wird als Neu- oder Umorientierung bezeichnet. Als solcher Abschnitt zur Neuorientierung wird der Ruhestand als Beginn des eigentlichen Alterns angesehen.

Als letzte Einteilung des Alterns beschreibt Gabriele Junkers (1995) in ihrem Buch „Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alters“ das *psychologische Alter*. Dies ist im Wesentlichen eine Sache der Persönlichkeit. Hierbei kommt es darauf an, wie jeder einzelne Mensch den Umgang der obengenannten Neu- und Umorientierungen im Leben verarbeitet. Das subjektive Altersempfinden wird ebenfalls dem psychologischen Alter zugewiesen. Bei dieser Selbsteinschätzung spielen Müdigkeit, Mattigkeit, Krankheit und Behinderung eine bedeutende Rolle.

Tendenziell ist somit eine Auflösung von starren Altersgrenzen zu verzeichnen. Es ist sinnvoller, sich an Fähigkeiten und Fertigkeiten von einzelnen älteren Menschen zu orientieren, statt das kalendarische Alter zu betonen. Die funktionalen Kriterien sind in der Zukunft gewichtiger, denn in keiner Phase des Lebens sind die Unterschiede zwischen kalendarisch Gleichaltrigen so groß wie im Alter. Somit ist es besser, von Lebensphasen im Alter zu sprechen (Vgl. Reiners, 2004, S. 44).

Der Trend zum aktiven Altern zeichnet sich in einigen europäischen Ländern bereits deutlich ab. Statt als „Ruhestand“ werden diese Jahre als „dritte Lebensphase“ definiert, in der sich die älteren Menschen „neu erfinden“ können. Dazu gehören u. U. neue berufliche Wege, Erfüllung langgehegter Träume oder Mitarbeit an gemeinnützigen Projekten (Vgl. Ostwald, 2010, S.4)

2.2 Die demographische Situation

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts betrug die durchschnittliche Lebenserwartung nur ca. 40 bis 45 Jahre. Hüllinghorst beschreibt 2003 in „*Die Menschen werden älter – die Probleme verändern sich?!*“ eine gestiegene Lebenserwartung bei Frauen bis zu 80 Jahren und bei Männern bis zu 74 Jahren bis ins Jahr 1998.

Der Anstieg der Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung resultiert aus vielfältigen Gründen: medizinische Fortschritte, veränderte Ernährung, Hygiene, Erziehung, Wissen, geringere psychische Beanspruchung bei geringerer Arbeits- und längeren Urlaubszeiten. Dadurch erhöht sich automatisch der Anteil der älteren Bevölkerung. Hinzu kommt der starke Geburtenrückgang, der auch durch die Migration ausländischer Bürger nicht ausgeglichen werden kann (Vgl. Minnemann, 1994, S.9).

Laut Angaben des Bundesamtes für Statistik lässt sich aus der neuen Sterbetafel 2004/2006 erkennen, dass die Männer eine Lebenserwartung von 80,6 Jahren und die Frauen eine Lebenserwartung von 84, 5 Jahren haben werden. Konkret wird deutlich, dass der Anteil der über 60jährigen bei 25 Prozent liegt. Das sind rund 21 Millionen Männer und Frauen unserer Bevölkerung. Schätzungsweise werden im Jahr 2050 rund 36% der Bevölkerung Deutschlands 60 Jahre und älter sein.

Während die Anzahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen sinkt, steigt die Gruppe der Älteren und Hochbetagten stetig an. Vor 100 Jahren kamen beispielsweise auf einen über 70-Jährigen 79 jüngere Personen. In der heutigen Zeit sind es nur noch 12 und in 40 Jahren werden es nur noch 8 sein (Vgl. Stahlhut, 2003, S.14). Laut Prognose einer aktuellen Untersuchung der UN-Bevölkerungsagentur UNFPA wird die Bevölkerung der westlichen Welt „grauer“ (Vgl. Ostwald, 2010, S.4).

2.3. Alt sein heute

Durch den raschen gesellschaftlichen Wandel von Technologien, Sozialstrukturen und Wirtschaftsverhältnissen werden alte Menschen gezwungen, sich mit den modernen Lebens- und Kommunikationsformen permanent auseinander zu setzen. Die Gesellschaft fordert von den Alten immer mehr ein Verhalten nach dem neuen Lebensmotto „alt und innovativ“ (Vgl. Höpflinger, 2009, S.5). Nicht jeder alternde Mensch ist diesen Anforderungen im notwendigen Umfang gewachsen. Der Druck durch die neuen Technologien nimmt z. B. gerade für beruflich erfolgreiche Menschen zu. Viele versuchen, dem Tempo der Geräte durch Doping ihrer Körper beizukommen. „Wer die negative

Gedankenspirale irgendwann nicht mehr stoppen kann, wird mürber, oder greift zu Alkohol und Drogen“ (Prange, 2010, S. 52), wird Götz Mundle zitiert, Professor der Medizin, Geschäftsführer und Therapeut der Oberbergkliniken. Des Weiteren sagt Mundle, wer Höchstleistung bringen will, muss auch einen Leerlauf akzeptieren. Wie schwer dieser aktive Lernprozess für die Betroffene ist, sieht er an den Menschen, die seine Klinik aufsuchen. Denn das eigentliche Problem ist, dass die emotionale Kompetenz auf der Arbeit sinkt und die fachliche der Leute dabei steigt (Vgl. Prange, 2010, S.52).

Rolf Hüllinghorst (2003) beschreibt in seinem Artikel „Die Menschen werden älter - die Probleme verändern sich?!“ ein Projekt von der Firma Boehringer Ingelheim, das sich auf eine bessere Lebensqualität für Menschen in der zweiten Lebenshälfte bezieht. Dabei werden fünf verschiedene Typen von älteren Menschen beschrieben, die natürlich nicht in der „Reinform“ auftreten, sondern sich untereinander vermischen bzw. ineinander übergehen.

Die Ernährungsbewussten

Dieser Typus ernährt sich aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes kalorienbewusst und meidet Risikofaktoren, wie Alkohol, Nikotin oder fettreiches Essen. Je ungesünder sich dieser Persönlichkeitstypus fühlt, desto ernährungsbewusster verhält er sich. Die Ernährungsbewussten besitzen daher eher eine konservative Mentalität, da sie kaum Interesse an freizeitlichen Aktivitäten oder Lust an neuen Erfahrungen haben. Durch dieses Desinteresse und der eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten lebt dieser Typus häufig isoliert.

Die Passiven

Dieser Persönlichkeitstypus ist meist männlich und über 60 Jahre. Sofern sie nicht bereits im Ruhestand leben, findet man sie in vielen verschiedenen Berufsarten: Gelernte und Ungelernte, Arbeiter und Angestellte, Freiberufler, Gewerbetreibende und Landwirte. Der passive Persönlichkeitstyp lässt sich in zwei Gruppen unterteilen: Die sozial Schwachen, die schon immer mehr oder weniger vor sich hingelebt haben, und die Berufstätigen, die vor oder nach der Pensionierung vor dem „Nichts“ stehen. Beide Gruppen haben es nie gelernt, sich sinnvoll privat zu beschäftigen. Sie ziehen sie sich aus der Öffentlichkeit zurück, da sie in Resignation verfallen. Der Lebensgenuss ist ihnen fremd, Alkohol und Nikotin gehören jedoch oft zum normalen Alltag.

Die Aktiven

Dieser Typus verkörpert die unauffällige Mitte unter den Menschen der zweiten Lebenshälfte. Diese sind erfolgreich im Beruf und verfügen über ein mittleres bis leicht gehobenes Einkommen. Der aktive Persönlichkeitstypus steht im Zenit seines Lebens: Es läuft beruflich wie privat sehr gut, er gestaltet sein Leben aktiv und ist offen für Neues. Allerdings hat er Angst: Der Höhepunkt seines Lebens wird als bedrohlicher Wendepunkt und die nahende Pensionierung als plötzlicher Schlag gesehen. Der Aktive fragt sich, ob er im Alter immer noch so aktiv und vital sein wird, wie jetzt. Dabei verdrängt er seine Angst, indem er verstärkt auf Lebensgenuss wie vermehrten Alkoholkonsum und übermäßiges Essen setzt. Er fühlt sich dabei stark und ignoriert die langfristigen Folgeschäden.

Der Risikotyp

Dieser Persönlichkeitstyp ist überwiegend männlich und meist Anfang bis Mitte 50. Er steht im Arbeitsleben und kommt aus dem Arbeitermilieu. Das Leben dieses Risikotyps ist auf den Feierabend konzentriert: Das private Wohlergehen, materielle Dinge und der einfache Lebensgenuss stehen im Vordergrund. Gerne gönnt er sich ein Bier in der Stammkneipe oder vor dem Fernseher. Der Alkohol dient zur Kompensation eines monotonen und unbefriedigenden Lebens. Soziale Hilfsbereitschaft sowie verantwortungsvolles Gesundheits- oder Umweltbewusstsein sind ihm fremd. Durch sein Risikoverhalten ist seine Gesundheit stark gefährdet. Dieser Persönlichkeitstypus lebt in einem Umfeld, in dem Tabak und Alkohol dazugehören und einen sozial verbindenden Charakter haben.

Die Körperbewussten

Die Körperbewussten findet man schon in der Altersgruppe der 40- bis 50jährigen. Dieser jüngere Persönlichkeitstyp stellt die Menschen der zweiten Lebenshälfte mit dem höchsten Bildungsniveau und Einkommen dar. Mit einer beruflichen und materiellen Zufriedenheit geht gleichzeitig eine hohe allgemeine Lebenszufriedenheit einher. Dieser Persönlichkeitstypus hat ein stark ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein. Er ist eine besonders aktive und vitale Persönlichkeit. Das Alter betrachten die Körperbewussten als eine Phase der Reife und eigentlich ist es für sie weniger eine Frage der Lebensjahre, sondern einer „junggebliebenen Lebensphilosophie“ (Vgl. Hüllinghorst, 2003, S. 1ff).

Die Differenzierung der älteren Menschen in diese Typologie deutet an, dass der Mensch im Alter ebenso differenziert zu betrachten ist, wie in den jüngeren Lebensstadien. „Den oder die typischen Alten“ gibt es also nicht. Folgt man dieser Typisierung erkennt man

jedoch bereits, welche Alterstypen für einen eventuellen Alkoholmissbrauch anfällig sein könnten. Nur bei den Ernährungs- und Körperbewussten scheint das Suchtpotenzial geringer ausgeprägt zu sein.

Laut einer Studie der Kölner Sporthochschule (2010) lebt nur jeder siebte Deutsche rundum gesund. Bei einer Befragung von 2500 Bundesbürgern aus 12 Bundesländern bewegen sich nur 13,9 Prozent ausreichend, ernähren sich gesund, rauchen nicht und trinken wenig Alkohol. Auf einer statistischen Skala leben die Bürger aus Mecklenburg-Vorpommern mit 19,8% am gesündesten. Das Schlusslicht mit 7,9% bilden die Sachsen-Anhalter, die vermehrt Alkohol, Nikotin und ungesundes Essen zu sich nehmen. Des Weiteren sind sie weniger körperlich aktiv und fühlen sich gestresster gegenüber den anderen Bundesbürgern (Vgl. Umfrage von DKV/DSHS, 2010, S.7).

Francois Höpflinger (2009) greift das Thema ebenso auf und beschreibt in seinem Artikel „Wandel des Alters“ vier neue Modelle zum aktiven Alter. Die neuen Leitbilder zum Alter orientieren sich stark an den gesellschaftlichen Modellen eines leistungsorientierten und selbstverantwortlichen Lebens. Nach Höpflinger lassen sich gegenwärtig vier zentrale Ideologien des modernen Alterns feststellen:

Das erste Modell des „erfolgreichen Alterns“ bezieht sich stark auf eine aktive Gestaltung von Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Diese gesundheitsfördernden Ansätze könnten – über lebenslangen Lernen und gesunder Lebensführung hinweg - ein aktives Altern zur Folge haben.

Das zweite Modell zentriert sich auf wertvolle Leistungen, die von älteren Menschen erbracht werden können. Jedoch kann dieses Modell „eines produktiven Alterns“ sehr wohl für eine Ausdehnung der Lebensarbeitszeit ausgelegt werden.

Das dritte Modell beschäftigt sich mit dem „bewussten und selbstgestalteten Altern“ in einer ständig wandelnden Gesellschaft. Hierbei entwickeln sich ältere Menschen ein Leben lang, verwirklichen sich selbst und gestalten die gesellschaftlichen Veränderungen aktiv mit. Dieses Bestreben kann aber auch zu einer Verdrängung des Alterns in einer jungbetonten Gesellschaft führen.

Das vierte Modell des modernen Alterns befasst sich mit dem „solidarischen Altern“. Dieses beschäftigt sich mit der Solidarität zwischen Jung und Alt sowie das Hilfe zeigende Verhalten von gesunden älteren Menschen gegenüber hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen.

Höpflinger (2009) beschreibt alternde Menschen, die bis zum Lebensende aktiv bleiben. Diese Menschengruppen werden höchstwahrscheinlich nicht in Gefahr geraten, spät zum Alkoholiker zu werden, da sie aktive Lösungsstrategien für ihre Probleme anwenden können. Mich interessieren in meiner Arbeit die Menschen, die nicht wissen, wie sie mit ihren Problemen umgehen sollen und den Alkoholkonsum als Problemlösestrategie ansehen.

2.4 Psychosoziale Probleme im Alter

Welches Bild haben die über 50-Jährigen von sich selbst und wie sieht sie die Gesellschaft? Begleitet durch den raschen technologischen Wandel trägt der nicht mehr Erwerbstätige das Stigma des „Unproduktiven“, da der heutige Gesellschaftstypus auf Leistung und Produktivität ausgerichtet ist (Vgl. Engelmajer/Schüller, 1994, S. 51). Es besteht das weitverbreitete Vorurteil, dass ältere Menschen einerseits nicht mehr leistungsfähig und andererseits pflegebedürftig sind. Derartige negative Fremdbilder des Alters bekräftigen die negativen Aspekte des Selbstbildes alter Menschen (Vgl. Lackner, 1994, S. 73).

Zu dem stellt der heutige „Jugendwahn“ ein weiteres Konfliktpotential dar, das mit der Realität der Gesellschaftsentwicklung immer mehr in Widerstreit gerät (Vgl. Engelmajer/Schüller, 1994, S. 51).

Die Einsamkeit im Alter wird als weiteres Problem in diesem Lebensabschnitt von Preitler, Berger und Schweighofer (1994) in ihrem Artikel „Einsamkeit im Alter“ dargestellt. Das Alter stellt im Leben eines Menschen eine Krisensituation dar. Folgende Faktoren könnten die Lebensqualität des alternden Menschen beeinträchtigen: „ das Ausscheiden aus dem Berufsleben, Sinn- und Nutzlosigkeitsgefühle, finanzielle Probleme, Verlust von Angehörigen, Bekannten und Partnern, Einsamkeit, Zunahme körperlicher Leiden etc.“ (Halasz/Stepansky, 1994, S.103). Wird der ältere Mensch mit den Veränderungen und Konflikten im Alter nicht fertig, erlebt er die Umstellung auf den dritten Lebensabschnitt als nicht bewältigbare Krise.

In der Gesellschaft ist der Stereotyp, dass alte Menschen in Ruhe gelassen werden wollen, verbreitet. Demnach ziehen sich ältere Menschen zurück und geben frühere Rollen und Aktivitäten ab. Diese Ansicht vertritt auch die „Disengagement-Theorie“, die das langsame Lösen von der Gesellschaft als natürliche Annäherung an den Tod beschreibt. Dem gegenüber steht die „Aktivitätstheorie“, die von den Bedürfnissen älterer Menschen ausgeht und meint, dass ältere Menschen am zufriedensten sind, wenn sie aktiv sein können. Des Weiteren wollen ältere Menschen sehr wohl Rollen und

Funktionen ausfüllen, damit sie das Gefühl des Gebrauchtseins weiterhin besitzen. Legt man die von Hüllinghorst (2003) erwähnte Typologie zu Grunde, werden alle vorgenannten Theorien über das Verhalten alter Menschen nachweisbar sein – je nach dem, welche Typen zur Untersuchung herangezogen werden. Der Aktive findet sich ebenso wie der Passive, der Zurückgezogene wie der Risikoliebhaber.

Einsamkeit im Alter kann – im Hinblick auf meine Thematik - eine bedeutende Rolle spielen. Möglicherweise tröstet sich der vereinsamte ältere Mensch mit Alkohol über seine Einsamkeit hinweg.

Aus Untersuchungen geht hervor, dass alleinstehende Personen den höchsten Anteil der Vereinsamung zeigen. Innerhalb dieser Alleinstehenden fühlen sich verwitwete Personen häufigsten einsam. Besonders dann, wenn die Betroffenen eine sehr starke Bindung zum Partner besaßen. Dieser Verlust des Partners führt im zunehmenden Alter verstärkt zur Einsamkeit. Einsamkeit wirkt sich auch stark auf das physische Wohlbefinden aus.

Einsame ältere Menschen fühlen sich selbst öfters krank und haben einen schlechteren Gesundheitszustand (Vgl. Preitler / Berger / Schweighofer, 1994, S. 86f).

Mögliche Ursachen für die Krise Alter

Physische Faktoren	Psychische Faktoren	Soziale Faktoren
Vermehrte chronische Erkrankungen (Schmerzen, Behinderungen)	Verminderung der intellektuellen Fähigkeiten	Pensionierung
Körperliche Abbauerscheinungen	Negatives Bild des alternden Körpers	Soziale Isolierung
	Angst, nicht gebraucht zu werden	Autonomieverlust
	Sinnlosigkeitsgefühle	Verschlechterung der Lebensbedingungen im Altersheim oder in der Familie

(Quelle: Halasz, Stepansky (1994). Sucht im Alter – Mißbrauch von Medikamenten und Alkohol. S. 104)

3. Alkoholismus im Alter

Im Alter treten Suchterkrankungen durch altersbedingte physische Besonderheiten in spezieller Ausprägung auf. Alkoholismus im Alter ist nach der Medikamentenabhängigkeit die zweitverbreitetste substanzbedingte Störung. Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. sind aktuell schätzungsweise 2 - 3% der Männer und 0,5 - 1% der Frauen von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit betroffen. Etwa 10% weisen ein Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln auf. Illegale Drogen, wie Kokain, Heroin oder Cannabis werden von älteren Erwachsenen gegenwärtig kaum konsumiert.

Wie bereits erwähnt steigt durch den demographischen Wandel die Anzahl der älteren Mitbürger. Bis zum Jahr 2020 wird über ein Viertel der europäischen Bevölkerung 65 Jahre oder älter sein. Allein dadurch wird sich auch die Gesamtzahl der älteren Suchtkranken erhöhen. Dieser Trend ist zurzeit in den Fachberatungsstellen für Suchtkranke und ihrer Angehörigen noch nicht feststellbar. Eine der Ursachen dafür ist, dass substanzbedingte Störungen bei Älteren oftmals lange Zeit im Verborgenen existieren und von Angehörigen und dem Umfeld stillschweigend hingenommen werden. Hinweise auf Hilfsangebote für Betroffene werden selten erteilt und von älteren Abhängigen kaum angenommen. Das gängigste Vorurteil dabei ist „Das lohnt sich nicht mehr“ (Vgl. DHS e.V., 2009, S. 6 f).

Den meisten älteren Suchtkranken, aber auch ihren Angehörigen ist nicht bewusst, dass der Alkoholkonsum den Körper im höheren Lebensalter physisch anders angreift. Im höheren Lebensalter nimmt die Alkoholverträglichkeit ab, da Körperzellen das Wasser nicht mehr so gut speichern können und somit der Flüssigkeitsgehalt des Körpers sinkt. Hinzu kommt, dass ältere Menschen kaum Durst verspüren und dadurch nicht ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen. Dieselbe Menge vom getrunkenen Alkohol führt zu einer höheren Alkoholkonzentration im Blut und hat entsprechend eine stärkere Wirkung als im jüngeren Erwachsenenalter.

Auch der Abbau des Alkohols – dies übernimmt zu 90 – 95% die Leber - verlangsamt sich im höheren Erwachsenenalter. Diese Verlangsamung scheint aus noch unbekanntem Gründen Männer stärker zu betreffen als Frauen (Vgl. DHS e.V., 2009, S.21).

3.1 Bedingungsfaktoren von Alkoholismus im Alter

Es stellt sich zunächst die Frage, woher die Motivation bei betroffenen älteren Suchtpatienten gekommen ist, übermäßigen Alkohol zu konsumieren? Dies ist nicht nur für das Hintergrundverstehen wichtig, sondern auch für die Förderung einer Krankheitseinsicht und- akzeptanz des jeweiligen Suchtpatienten. Bestimmte negative Erlebnisse aus dem Leben jedes einzelnen Betroffenen führten zu Trauer, Furcht vor dem Tod, Einsamkeit, Nachlassen körperlicher und geistiger Fähigkeiten sowie zu Depression und Isolation (Vgl. Voßmann/Geyer, 2006, S.223).

„Vielmehr lässt sich die Sucht, auch im Alter, als das Ergebnis eines komplexen Wechselspiels verschiedener biologischer, psychologischer und sozialer Einzelfaktoren verstehen. Ein älterer Mensch hat in dieser Lebensphase so viel Krisensituationen wie nie zuvor in seinem Leben zu bewältigen“ (Derr/Bojack, 2009, S. 189).

Wenn man von den heutigen 60jährigen und älteren Suchtpatienten ausgeht, wurden diese vor, während und direkt nach dem zweiten Weltkrieg geboren. Somit haben sie die Kriegs- und Nachkriegszeit als Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene erlebt. Die durch den Krieg hervorgerufenen Erlebnisse wie der Einsatz als Kindersoldat, Tod eines Familienangehörigen, Flucht, Vertreibung oder Vergewaltigung waren ebenso prägend wie die Nachkriegserlebnisse (Vgl. Voßmann/Geyer, 2006, S.223). Diese bestanden dann meist aus Hungersnöten, Elend, neuen Lebenswohnumgebung beschaffen, evtl. in einem anderen Land aufzuwachsen sowie sich an eine neue Rollenverteilung, da evtl. der Vater gefallen war, zu gewöhnen. Auch konnten durch diese Kriegswirren viele Kriegskinder keinen Schulabschluss erlangen, was zu einem erheblichen Mangel an Selbstwert führen konnte.

Voßmann und Geyer (2006) bringen einen weiteren Punkt an, der zur Förderung von Alkoholkonsum bei einigen älteren Suchtpatienten führen könnte, ist der Verlust von Angehörigen. Besonders stark emotional sind die Patienten betroffen, die ihren Partner oder ihre Partnerin mit einer schweren Erkrankung intensiv behandelt und dann verloren haben. Meist ist dies dann ein Grund, relativ spät mit dem Alkoholmissbrauch anzufangen. Auch ältere sog. „Quartalstrinker“ fallen aus unterschiedlichen Anlässen in ein tiefes Loch und erleiden nach jahrelanger Alkoholabstinenz einen Rückfall (Vgl. Voßmann/Geyer, 2006, S.223).

Im Gegensatz dazu beschrieb Schmitz-Moormann in seinem Buch „Alkoholgebrauch und Alkoholismusgefährdung bei alten Menschen“ im Jahre 1991, dass die große Mehrheit von Witwen und Witwer abstinent sind. Er schreibt, dass in diesem Punkt sichtbar wird, dass Alkohol im Normalkonsum nicht als Anti-Stress-Droge, insbesondere nicht im Angesicht der Einsamkeit verwandt wird. Nur dort, wo eine bestehende Beziehung

besonders belastet ist, also bei Geschiedenen oder getrennt Lebenden, bestehe eine stärkere Gefährdung. Auch würden ein höheres Bildungsniveau sowie ein höheres Einkommen, mit der Wahrscheinlichkeit eines höheren Alkoholkonsums korrelieren (Vgl. Schmitz - Moormann, 1991, S. 26).

Ebenda findet sich nicht selten der unerwartete Verlust des beruflichen Status als Grund für einen späten Start in die Alkoholabhängigkeit. Dies geschieht durch Arbeitslosigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, vorgezogene Vorruhestandregelung oder Berentung sowie Pensionierung. Das durch Arbeit geprägte Leben verliert an Strukturen und an sozialer Kontrolle (Vgl. Voßmann/Geyer, 2006, S.223). Die Berentung ist nicht nur ein Resultat der wegfallenden beruflichen Anerkennung, sondern auch die Verkleinerung des sozialen Netzwerkes sowie finanzielle Einbußen (Vgl. Havemann-Reinecke et al., 1998, S. 7).

Besonders für Menschen mit einer narzistischen Struktur stellt das Ausscheiden aus dem Berufsleben eine Krise dar. Voßmann und Geyer (2006) zitieren daher passend König (1989) der dazu schreibt:

„Die Pensionierung wird vom narzistisch Strukturierten als existenziell bedrohlich erlebt. Ohne Arbeit fühlt er sich in seinem Selbst amputiert und kaum lebensfähig. Findet er keinen Ersatz, gerät er in eine Krise, die auch zu psychosomatischen Krankheitserscheinungen führen kann. Narzistisch strukturierte Menschen lieben die Bewunderung ihrer Mitarbeiter und haben oft sie bewundernde Partnerinnen und Partner. Bei der Pensionierung fällt die Bewunderung weg. Der bisher Bewunderte leidet am Nachlassen der Bewunderung der Kollegen, oftmals lässt auch die Bewunderung des Partners beim Karriereknick nach. Am Ende seines Berufslebens ist er allein, sehr einsam“.

Durch seine Untersuchung der Trinkgewohnten älterer Menschen stellte Schmitz-Moormann (1991) fest, dass die Älteren allgemein hauptsächlich aus „gesellschaftlichen Verpflichtungen“ heraus und selten allein trinken. Der „allein trinkende Alkoholiker“ kommt erst in einem späteren Krankheitsstadium vor (Vgl. Gehl / Lutz, 1995, S. 53).

3.2 Diagnostik und Besonderheiten substanzbezogener Symptomatik im Alter

Sucht im Alter verläuft in aller Regel leise, im Verborgenen und wird häufig nicht wahrgenommen oder verharmlost. Sowohl bei den Abhängigen als auch bei den Angehörigen bestehen große Hemmschwellen, die Krankheit Alkoholismus als solche anzuerkennen. Da typisch überschießende Symptome wie Trinkexzesse oder

Impulsdurchbrüche mit aggressiven Äußerungen im Alter kaum noch vorkommen, erschwert dies die Diagnostik (Vgl. Voßmann/Geyer, 2006, S.222).

Bemerkenswert ist, dass ältere Menschen anders trinken als jüngere. Sie trinken weniger exzessiv und ihre Rauschzustände sind weniger ausufernd. Da sie über den Tag verteilt trinken, halten sie ihren Alkoholpegel konstant. Da die älteren Alkoholabhängigen den Alkohol zumeist zu Hause konsumieren, ist eine absolute Anzahl von Betroffenen nicht zu ermitteln (Vgl. DHS e.V., 2009, S.24).

Bei Männern und Frauen im höheren Erwachsenenalter stehen andere Alkoholfolgeschäden im Vordergrund als in jüngeren Jahren. Neben häuslichen Unfällen - wie Stürzen – treten eine verminderte körperliche sowie geistige Leistungsfähigkeit und Voralterung der Organe auf (Vgl. DHS e.V., 2009, S.25). Das Nachlassen der Leistungsfähigkeit, Merkfähigkeitsstörungen, Interessenlosigkeit, sozialer Rückzug, Verwahrlosung sowie mangelnde Körperhygiene können bei Alkoholabhängigkeit als Symptome auftreten, werden jedoch häufig fehlinterpretiert und nicht mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht (Vgl. Voßmann/Geyer, 2006, S.222).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2009) führt des Weiteren auf, dass alkoholassoziierte Krankheiten wie Lebererkrankungen bis hin zur Leberzirrhose, hirnorganische Schädigungen und Krebserkrankungen z.B. der Speicheldrüse, der Bauchspeicheldrüse und des Enddarms auftreten können.

Ein noch nicht ausreichend beachtendes, jedoch schwerwiegendes Problem ist die Wechselwirkung zwischen Alkohol und Medikamenten. Alkohol kann die Aufnahme und den Abbau von Medikamenten verlangsamen oder beschleunigen bzw. die Verarbeitung des Wirkstoffs durch den Organismus verändern. Die Wirksamkeit von Medikamenten kann dadurch verändert oder im Extremfall aufgehoben werden. Umgekehrt können Medikamente die Wirkung des Alkohols verstärken bzw. den Alkoholabbau verzögern. Die oben erwähnte geringere Alkoholverträglichkeit verschärft das Problem weiter (Vgl. DHS e.V., 2009, S.25ff).

Grundsätzlich sind bei älteren suchtkranken Patienten ähnliche Symptome wie bei jüngeren Patienten zu erwarten. Mundle/Wormstall (1996) schreiben, dass aufgrund veränderter physiologischer Prozesse Auffälligkeiten wie eine akute Alkoholtoxikation oder eine Toleranzentwicklung häufig schon bei geringen Trinkmengen auftreten. Wie oben bereits erwähnt weisen ältere Suchtpatienten bei gleicher Alkoholmenge einen höheren Blutspiegel als bei jüngeren Erwachsenen auf.

Die Entzugssymptome sind im Alter häufig schwerwiegender und dauern länger an. Dabei beobachtet man vermehrt kognitive Defizite, Schlafstörungen und einen stärkeren Anstieg des Bluthochdrucks (Vgl. Mundle/ Wormstall, 1996, S.140f).

3.3 „Alkoholikertypen“ im Alter

Die gängige Fachliteratur beschreibt meist zwei Typen von älteren Alkoholikern: „late onset“ und „early onset“. Auffällig ist, dass die verschiedenen Wissenschaftler die Gruppenbezeichnungen unterschiedlich schreiben. In der Fachliteratur existieren die Schreibweisen „Late-Onset“, „late onset“ oder LOA für Late-Onset-Alkoholiker. Ebenso existieren die Schreibweisen „Early-Onset“, „early onset“ oder EOA für Early-Onset-Alkoholiker nebeneinander. Ich verwende in meiner Arbeit daher generell die Abkürzungen EOA und LOA.

Der EOA-Typus beschreibt die langjährigen oder überlebenden Alkoholkranken, die schon im früheren Lebensalter mit dem Trinken angefangen haben. Dieser Trinktypus war bereits in jüngeren Jahren alkoholabhängig und setzt dieses Verhalten bis ins hohe Alter hinein - sofern er dieses erreicht – fort (Vgl. Trabert, 1998, S.100). Die weitaus meisten Alkoholkranken zählen zu dieser Gruppe und ein großer Teil von ihnen lebt in Heimen bzw. in gerontopsychiatrischen Institutionen.

In Studien von Hurt et al. (1988), Whelan (1995) bzw. Schonfeld et al. (1991) auf die sich Fleischmann (1997) in seinem Artikel bezieht, wurde festgestellt, dass zu der Gruppe der „frühen“ Alkoholiker vorwiegend Männer gehören und diese auffallend oft geschieden sind. Viele davon sind primär ledig geblieben, da sie eher in instabilen sozialen Beziehungen leben. Trotzdem fühlen sie sich in ihrem sozialen Kontext, also ihrem Freundeskreis, wohl. Sie haben einen schlechteren Schulabschluss, des Öfteren Ausbildungen abgebrochen und folglich einen eher niedrigeren beruflichen Status. Jedoch sind sie häufig im höheren Lebensalter noch erwerbstätig und nicht so oft berentet, wie man es in Anbetracht der Folge- und Begleitschäden erwarten könnte. „Aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur scheinen sie Schwierigkeiten zu haben, sich in bestehende Strukturen einzufügen. Häufig haben sie mehrmals in ihrem Leben reguläre Arbeitsplätze verloren. Es bleiben oft nur fragwürdige - auch illegale – Erwerbsquellen oder der Weg in die bescheidene Selbständigkeit“ (Fleischmann, 1997, S. 244).

Aus Fleischmanns Untersuchungen (1997) in einem psychiatrischen Krankenhaus ergab sich, dass die EOA eine geringere Belastung mit Alkoholproblemen aus der Herkunftsfamilie haben. Wenn diejenigen jedoch genetisch vorbelastet sind, bedingt dies eine Erhöhung der Mortalität. Schlussfolgernd daraus ist eine geringe Anzahl von EOA im

höheren Alter. Des Weiteren stellte sich heraus, dass die Suizidbelastung in den jüngeren Jahren höher ausgeprägt ist als im Alter. Fleischmann bezog sich in seinen Untersuchungen auf Studien Browsers. Brower et al. (1994) fanden heraus, dass der Trinkstil der EOA diskontinuierlich und exzessiv gegenüber der Trinkmenge einer jüngeren Altersgruppe ist. Jedoch sind Entzugsdelirien oder Entzugssymptome nicht seltener als bei jüngeren Alkoholikern.

Was aufgrund des langen Krankheitsverlaufes nicht überrascht, sind die erheblichen Folge- und Begleiterscheinungen. Jedoch nehmen die EOA kaum das medizinische Hilfesystem in Anspruch. Diese Patienten trifft man eher in Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen an. Trotz der langen Krankheitsdauer ist die Anzahl der stationären Vorbehandlungen gering. Sie werden oft polizeilich eingewiesen, so dass es meist zu Auseinandersetzungen im therapeutischen Setting kommt. Durch eine geringe intrinsische Motivation haben die Patienten eine ambivalente Haltung dem therapeutischen Prozess gegenüber. Ihr Verhalten schwankt zwischen Anpassung und totaler Ablehnung gegenüber der Therapie, so dass häufig nebenher eine Persönlichkeitsstörung - meist mit dissozialen Merkmalen - diagnostiziert wird. Fleischmann betitelt die EOA als „Drehtürpatienten“, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus angeben, dass sie weiter trinken werden (Vgl. Fleischmann, 1997, S.244).

Die zweite Gruppe (LOA) besteht aus den Menschen, die erst ab dem 60. Lebensjahr, vermutlich aufgrund altersbedingter Belastungen, alkoholabhängig werden. Diese Trinker nehmen vermehrt Alkohol zu sich, um durch den Konsum aktuelle Konflikte und Auseinandersetzungen vermeintlich besser bewältigen zu können. Vermutlich wurde schon in der Vorgeschichte der Betroffenen Alkohol konsumiert, um Stress, schwierige Situationen und schmerzhaft Gefühle besser ertragen zu können (Vgl. DHS e.V., 2009, S.24).

Fleischmann (1997) zitiert aus wissenschaftlichen Untersuchungen von Fitzgerald et al. (1992), Hurt et al. (1988) und Schonfeld et al. (1991). Daraus ergab sich, dass man die LOA häufiger unter den Frauen antrifft. Sie leben in festen Beziehungen und sind meist verheiratet. Bezeichnenderweise verfügen sie über eine höhere Bildung - oft sogar einen Hochschulabschluss - und einen höheren beruflichen Status. Meist wird als Auslöser ihres höheren Alkoholkonsums die Pensionierung oder die frühere Berentung durch das Vorruhestandsalter angesehen. Ihr soziales Netzwerk besteht jedoch nach der Entlassung aus dem Arbeitsleben weiterhin. Interessant ist, dass zu den LOA auch überproportional viele Hausfrauen gehören. Im Gegensatz zu den EOA nehmen sie das medizinische Hilfesystem an, denn mehr als die Hälfte ist in hausärztlicher Behandlung. Jedoch besteht kaum Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen. Whelan fand 1995 heraus,

dass der Trinkstil der LOA gegenüber der EOA kontinuierlich ist und das exzessive Trinkmenge eher die Ausnahme sind. Des Weiteren fand er heraus, dass die LOA häufig an somatischen Erkrankungen leiden und somit neben der Alkoholkrankheit ein gleichzeitiger Medikamentenmissbrauch diagnostiziert wird (Vgl. Fleischmann, 1997, S.244f).

Ebenso schlussfolgerte Fleischmann (1997) nach seinen Untersuchungen an dem Merkmalsprofil des LOA, dass es Parallelen zu Medikamentenabhängigkeit im höheren Alter gibt. Trotz der günstigeren „Trinkanamnese“ haben sie erhebliche Begleit- und Folgeschäden, die die Leber, den Pankreas, Magen- Darmtrakt sowie das Blut und Herz betreffen. Ähnlich wie bei den EOA haben sie zudem im hohen Maße organische Psychosyndrome. Diese Gruppe von Patienten ist eher bereit, weiterführende Behandlungsangebote anzunehmen. Beim Ablauf der therapeutischen Behandlung treten weniger Komplikationen oder Rückfälle auf. Diese Patienten sind intrinsisch motiviert und kommen deshalb seltener erneut zur Behandlung (Vgl. Fleischmann, 1997, S.244f).

Hilde Lutz (1996) benennt in ihrem Artikel „Alkoholabhängigkeit im Alter“ einen dritten Typus. Dieser beinhaltet den intermittierenden Trinker, der in frühen Jahren alkoholabhängig war, dann abstinent wurde und aufgrund altersbedingter Belastungen oder fehlender sozialer Kontrolle wieder rückfällig wird. Die sogenannten Quartalstrinker, die in Intervallen ihre Kontrolle über ihr Trinkverhalten verlieren, können in diese Gruppe eingeordnet werden. Daher dürfte die Gruppe der intermittierenden Trinker recht umfangreich sein. Auch Quinten und Grönke-Jeuck (2002) zählen langjährig abstinent lebende Alkoholiker, die unter den Belastungen des Alters rückfällig werden können, zur dritten Problemgruppe.

3.4 Zusammenhang zwischen riskantem Alkoholkonsum, Lebensalter und Geschlecht

Martina Schäufele (2009) bezieht sich in ihrem Artikel „Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter“ auf verschiedene Studien, die sich mit der Prävalenz für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit im höheren Lebensalter beschäftigen. Im Vergleich der Untersuchungsgruppen fiel auf, dass sich mit steigendem Alter der Probanden der Anteil der Suchtkranken darunter z. T. um mehr als die Hälfte verringerte, wobei auch die größere Mortalität der Abhängigen eine Rolle spielen wird. Aus Querschnittstudien, die innerhalb ihrer älteren Untersuchungspopulationen unterschiedliche Altersgruppen differenziert haben, ließ sich eine Abnahme des riskanten

Alkoholkonsums in jeder folgenden Altersgruppe erkennen. Beispielsweise reduzierte sich der Alkoholkonsum von 14 alkoholischen Getränken in der Woche in der Gruppe der über 75-Jährigen auf 11% gegenüber der Gruppe der 60-Jährigen mit 15%. Auch konnte ein Rückgang bei den Frauen mit täglichem Alkoholkonsum in den entsprechenden Altersgruppen von 12% auf 9% verzeichnet werden.

Ungeachtet der rückläufigen Tendenz sind die ermittelnden Raten als substantiell zu betrachten, vor allem bei den älteren Männern, bei denen die Anteile mit starkem oder riskantem Alkoholkonsum zwischen 26,9% und 5% der Betroffenen schwanken. Bei den Frauen variieren die entsprechenden Werte zwischen 12% und 0%. Schäufele (2009) warnt davor, das Ausmaß des Problems anhand der dargestellten Prävalenzen zu unterschätzen. Eine Reihe von relevanten Bevölkerungsgruppen wie z.B. körperlich und kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen, obdachlose ältere Menschen, untere sozioökonomische Schichten sowie ältere Menschen in Krankenhäusern mit einer Dauerversorgung waren in diesen Untersuchungserhebungen kaum oder nicht repräsentiert. Die Industrieländer sollten sich deshalb bewusst sein, dass die Zahl von älteren Menschen mit einem riskanten Alkoholkonsum stetig wächst. Als Gründe wurde die zunehmende Lebenserwartung genannt, aber auch der erheblich gestiegene Alkoholkonsum der Nachkriegsgenerationen, der insbesondere bei Frauen zugenommen hat.

Dieser erhöhte Anteil von alkoholkranken Frauen wurde auch in der Studie von Claudia Quinten und Ute Grönke-Jeuck (2002) in dem Erfassungszeitraum 01.07.1999 bis 31.12.2000 festgestellt. Die 72 Patienten und Patientinnen im Alter von 55 bis 75 Jahre absolvierten eine mindestens drei- bis maximal sechzehnwöchige Maßnahme. Im Gegensatz zu den Studien, auf die sich Schäufele (2003) bezog, lag bei einer Geschlechtsverteilung von 58% Männer und 42% Frauen der Frauenanteil höher. In der Altersgruppe 55 bis 65 Jahre lag der Anteil der Frauen bei 80% (N=24) und der Männer bei 73,8% (N=31). Ein Viertel der Patienten verteilte sich auf die Kategorie 66 bis 75 Jahre (N=17). Recht hoch lag der Anteil der Nicht-Erwerbstätigen mit 72,27 % (N=52). 98,6% leben im eigenen Haushalt. Auffallend hoch liegt der Anteil der Verwitwung (40%) und des dauerhaften Alleinlebens (63,3%) bei den Frauen. Die letzten beiden Punkte sind auch in der von Geyer und Penzek (2007) durchgeführten Studie an alkoholkranken Patienten zwischen 55 und 80 Jahren auffällig. Insgesamt konnte ein Drittel der an der Studie von Quinten und Grönke-Jeuck beteiligten Patienten als LOA (29,2%) eingestuft werden. Wobei dies mit 40% insbesondere auf Frauen, die möglicherweise unter einem Partnerverlust leiden, zutrifft (Vgl. Quinten/Grönke-Jeuck, 2002, S. 435ff).

Eine weitere Studie über den riskanten Alkoholkonsum im Alter führte Heribert Fleischmann (1997) durch. Während der Behandlung von 1153 stationär aufgenommenen

Suchtkranken im Bezirkskrankenhaus Regensburg wurden 114 Patienten, die über 55 Jahre und älter waren, für die Studie ausgesucht. Der Anteil der männlichen Patienten lag dabei 81%. Die Untersucher teilten die Alkoholiker ebenfalls in EOA sowie in LOA ein. Jedoch teilten sie den EOA bereits einen Krankheitsbeginn vor dem 30. Lebensjahr zu und den LOA einen Erkrankungsbeginn nach dem 45. Lebensjahr. „Das Verteilungsmuster der mißbrauchten Substanzen im Alter spiegelt vermutlich das Präferenzmuster in der Jugend wider (Kohorteneffekt). Eine in der Jugend fixierte Konsumpräferenz der legalen Droge Alkohol zeigt über das gesamte Lebensalter hohe Stabilität“ (Fleischmann, 1997, S.242).

Wie auch bei jüngeren Alkoholkonsumenten zeigen sich im Alter geschlechtsspezifische Aspekte. Männer leiden auch im höheren Lebensalter häufiger an Suchterkrankungen und zwar vorwiegend an Alkoholabhängigkeit. Der Anteil der weiblichen EOA liegt nur bei 11%. Somit ist ein bereits im früheren Erwachsenenalter ein geschlechtsspezifischer Trend zu beobachten. Dabei muss aber beachtet werden, dass die Erstmanifestation der Erkrankung bereits der Ende der 50er Jahre erfolgte. Damals war das Trinken von Alkohol für Frauen noch ungewöhnlich.

In der Gruppe der weiblichen LOA befanden sich bereits 29% der Frauen. Dies bedeutete, dass Dreiviertel der untersuchten Frauen nach ihrem 45. Lebensjahr mit einer Alkoholabhängigkeit begonnen hatten. Dies ist möglicherweise auf Veränderungen der gesellschaftlichen Einstellung in den letzten 40 Jahren in Richtung Toleranz und Akzeptanz des Alkoholkonsums von Frauen zurückzuführen (Vgl. Fleischmann, 1997, S.242f).

Zusammenfassend kann man konstatieren, dass trotz abnehmender Alterstendenz der Alkoholmissbrauch in der Bevölkerung signifikant ist. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es anscheinend beim Einstieg in die Sucht. Männer beginnen in der Regel früher und dauerhafter mit dem Alkoholkonsum, Frauen steigen oft erst im Rentenalter in die Alkoholsucht ein. Der Ausgangspunkt ist jedoch fast immer im Sozialbereich zu suchen.

4. Ältere Suchtkranke therapieren oder nicht?

Wie bei jüngeren Suchtpatienten erfolgt die medizinische Versorgungspraxis suchtmittelabhängiger älterer Menschen in der Regel über die allgemein- und fachärztliche Behandlung und den Aufenthalt in Krankenhäusern sowie Psychiatrischen Fachabteilungen (Vgl. Quinten/Grönke-Jeuck, 2002, S. 434). Jedoch besteht bei älteren

Suchtkranken im Hinblick auf die Rehabilitation eine besondere Facette der therapeutischen Enthaltbarkeit. Das resultiert daraus, dass die Rentenversicherung als Hauptkostenträger das Ziel der Wiederherstellung bzw. der Erhalt einer Berufs- oder Erwerbsfähigkeit hat und diese demzufolge eine Altersgrenze für die Kostenübernahme für Patienten bis 60 Jahren festgeschrieben hat (Vgl., Fleischmann, 1998, S. 174). Im Zuge der aktuellen Renteneintrittsalterdiskussion - Rente erst ab 67 bzw. erste Überlegungen zur Rente ab 70 Jahren - wird die Rentenversicherung hier die Altersgrenzen neu definieren müssen

4.1 Motivationale Aspekte für eine mögliche Therapie

Älteren Suchtkranken und ihren Angehörigen fällt es häufig besonders schwer, die Abhängigkeitserkrankung anzuerkennen. Scham- und Schuldgefühle erschweren mitunter die Einsicht sowie die Inanspruchnahme von Hilfe. Voßmann und Geyer (2006) zeigen in ihrem Artikel „Abhängigkeitserkrankungen im Alter“ klinikinterne Untersuchungen, die belegen, dass nahezu die Hälfte aller älterer Suchtpatienten aufgrund von Druck der Kinder und Enkelkinder eine Therapie gemacht haben. Durch Äußerungen der Enkelkinder „Opa, Du stinkst!“ oder der Hinweis der Kinder, wegen Unzuverlässigkeit die Enkel nicht mehr zur Betreuung vorbei zu bringen, motiviert ältere Suchtpatienten eine Therapie anzufangen. Quinten und Grönke-Jeuck (2002) zählen weitere extrinsische Motivationspunkte auf, die Auslöser für eine Behandlung bei diesem Klientel sein können: „(...) Behandlungsaufforderung durch Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger, überwiegend jedoch spürbare physische Konsequenzen des Alkoholkonsums (Lebercirrhose, Polyneuropathie, Herzschwäche, dilatative Cardiomyopathie, Magengeschwüre, Varizenblutungen, cerebraler Abbau/Demenz), Anraten von Seiten der Ärzte und Trennungsabsichten des Partners oder dessen massive Forderung nach einem abstinenten Verhalten“.

In den Untersuchungen wird kaum über eine mögliche intrinsische Motivation der älteren Suchtkranken geschrieben. Es ist zu überlegen, ob man ihnen generell eigene Motive zur Verhaltensänderung abspricht oder ob diese als zu geringfügig vorhanden zu vernachlässigen sind.

4.2 Behandlungsansätze

Ähnlich wie bei der Diagnostik spielt auch bei der Therapie die Lebenslage älterer Menschen eine wichtige Rolle. Ihnen werden fast die gleichen Möglichkeiten wie bei jüngeren Menschen zur Verfügung gestellt. Entzugsbehandlungen werden eher zur Unterbrechung einer Dauertoxikation indiziert, eine Rehabilitation wird kaum noch in Betracht gezogen (Vgl. Uchtenhagen, 2003, S.18). Aus finanziellen Gründen ist die Gesellschaft, allen voran die Politiker, nicht an einer Behandlung älterer Suchtkranker interessiert. Bei jüngeren Abhängigkeitserkrankten kommen die Rentenversicherungen für eine Therapie auf, da hier vorrangig das Ziel einer beruflichen Rehabilitation ist. Die Krankenkassen kommen dann erst auf, wenn bereits erhebliche Folgekosten, wie häufig stationäre Entgiftungen, entstanden sind. So bleibt oft kein anderer Weg, Suchtkranke in Heimen unterzubringen, wo ein gezieltes therapeutisches Angebot nicht möglich ist (Vgl. Gehl/Lutz, 1995, S. 54). Werden Therapiekosten dann doch übernommen, gibt es in der Therapie spezielle Zielsetzungen und Indikationen für die älteren Patienten. Uchtenhagen (2003) fasst folgende Leitfragen zusammen, die im Einzelfall zu beantworten sind:

- Liegt überhaupt ein therapiebedürftiges Verhalten vor?
- Wird die Lebensqualität der betreffenden Person durch Suchtmittelkonsum beeinträchtigt oder gesteigert?
- Welche Risikofaktoren unterhalten das Suchtverhalten? Sind sie beeinflussbar?
- Wo ist die Grenze des Tolerierbaren? Wann soll man eingreifen?

Hier sei die Art des therapeutischen Eingreifens jedoch sehr abhängig von der Einstellung des Therapeuten.

Uchtenhagen wirft des Weiteren mit der Beantwortung dieser Leitfragen auf, dass nicht jede Art von Suchtmittelkonsum unterbunden oder rigoros eingedämmt werden soll. Dieser Konsum ist eine Art von „Selbstmedikation“, der den Zustand des jeweiligen Süchtigen erträglicher machen soll. Deshalb ist Schadensbegrenzung nur dann angesagt, wenn unakzeptierbare Schäden, wie gesundheitliche Probleme oder Eigen- bzw. Fremdgefährdung (Aggressivität, Nachtlärm, Enthemmung), drohen. Dann sollten mögliche Interventionen überprüft werden. Wer dann einer Therapie bedarf, sollte dabei professionelle Hilfe erfahren. Sei es durch eine abstinenzorientierte stationäre Behandlung, durch medikamentöse Beeinflussung des Suchtverlangens oder durch verhaltenstherapeutische Behandlung. Suchtmittelprobleme im Alter sind nicht selten Signale, die auf die auf eine unbefriedigte Lebenssituation aufmerksam machen sollen.

Hier ist Aufmerksamkeit in der Umgebung gefordert, denn situationsbedingte Suchtgewohnheiten sind eher zu beeinflussen als persönlichkeitsbedingte (Vgl. Uchtenhagen, 2003, S. 18).

Wird sich für eine Suchtbehandlung entschieden, sind die Herausforderungen für die älteren Patienten besonders gravierend. Viele Patienten sind während der Therapie stark verunsichert. Sie haben Angst, den Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein, oder ihren Partner durch die lange Abwesenheit zu verlieren. Des Weiteren haben sie Befürchtungen, sich nicht mehr physisch regenerieren zu können sowie Scham, im hohen „weisen“ Alter eine Entwöhnungsbehandlung durchführen zu müssen. In ihrer Selbsteinschätzung stufen sie ihre eigenen Defizite zu hoch und ihre Fähigkeiten und Ressourcen zu niedrig ein. Sie sind ratlos gegenüber ihrer Zukunftsperspektive und haben Angst vor der Etikettierung, ein „Alkoholiker“ zu sein (Vgl. Quinten, Grönke-Jeuck, 2002, S. 436).

4.3 Therapiemöglichkeiten älterer Alkoholabhängiger

Laut Fleischmann (1998) profitieren ältere Alkoholabhängige nicht von einer altersspezifischen Suchttherapie. Seine Aussage beruht auf Hinrichsens Untersuchungen (1984), die besagen, dass sich in 40 Behandlungsprogrammen zwischen alten und jungen Patienten keine Unterschiede in den Ergebnissen zu verzeichnen waren. Spezielle Programme für ältere Suchterkrankte, wie der Peergroup-Effekt, bewirken höchstens eine bessere Compliance. Somit sollte die Grundbehandlung von älteren Suchterkrankten keine besonderen Anpassungen erfordern. Konsens besteht aber in der Rehabilitation, wo jedoch spezielle Aspekte zu beachten sind. Dazu gehören die Erarbeitung der alterstypischen Lebensereignisse, vorrangige Behandlung der medizinischen Befunde und die Modifikation der einzelnen Therapieziele, was sich mit Uchtenhagens (2003) Ansätzen deckt. Des Weiteren müssen die verbliebene soziale Kompetenz sowie die kognitive Verfassung bei der Indikation berücksichtigt werden (Vgl. Fleischmann, 1998, S.174).

Gaby Gehl (Diplompsychologin) und Hilde Lutz (Diplompsychologin) (1995) heben in ihrem Artikel die Fachklinik Fredeburg besonders hervor, die sich auf die Behandlung von älteren Alkoholikern spezialisierte. In ihren „Seniorengruppen“ werden Patienten über 50 Jahre therapeutisch besonders betreut. Altersentsprechende Behandlungsbausteine, wie kürzere Therapiestunden oder zusätzliche Möglichkeiten zu Einzelgesprächen, haben sich bewährt. Des Weiteren wurde der Einsatz eines altersentsprechenden Personals

herauskristallisiert, da diese den Lebensinhalten der älteren Patienten naheliegender besser folgen können. Gehl und Lutz (1995) gehen auch darauf ein, dass diese therapeutischen Mitarbeiter sehr viel behutsamer im Umgang mit den Älteren vorgehen müssen, da häufig große Angst und Abwehr bei den Betroffenen überwunden werden muss (siehe Ansätze von Quinten / Grönke-Jeuck) . Um diese Gruppe zu erreichen, muss das therapeutische Angebot an Erfolg und Lebenserfahrung ansetzen. Diese beiden Komponenten können zum Vorteil in der Therapie genutzt werden, da ältere im Gegensatz zu jüngeren Alkoholpatienten auf eine Vielzahl von vorhandenen Fähigkeiten zurückgreifen können. Beide Autorinnen weisen deshalb darauf hin, dass eine Ausklammerung älterer Menschen aus dem psychotherapeutischen Prozess in keiner Weise gerechtfertigt werden kann. Die Erfahrungen sprechen eher dafür, dass die Therapie durchaus erfolversprechend ist (Vgl., Gehl/Lutz, 1995, S. 54).

Auch Ambrosius Uchtenhagen (2003) stimmt mit den SpezialistInnen für Alterssucht überein, dass diese mehrheitlich gut beeinflussbar ist. Setzt man psychotherapeutische Verfahren wie verhaltenstherapeutisch orientierte, psychodynamische und Individual- oder Gruppentherapie ein, wird von einer eher günstigeren Therapieprognose berichtet. Förderung einer Einsicht, dass unkontrolliertes Trinken schädliche Auswirkungen zur Folge haben, sowie aktive Motivierung für eine Änderung des Verhaltens aufgrund eines klar strukturierten Verfahrens, sind auch im Alter möglich (Vgl., Uchtenhagen, 2003, S. 19).

Engelhardt und Müller (2009) wenden in einer Alterspsychiatrie in Münsterlingen ein patientInnenorientiertes Behandlungskonzept an. Dieses beinhaltet nicht nur das Ziel, einen Weg zur Abstinenz zu ermöglichen, sondern auch zwei unterschiedliche Wege zur Behandlung, gemessen an der Motivation älterer Patienten. Dieses Angebot passt sich an die Bedürfnisse und Ressourcen der PatientInnen an. Sind die Patienten motiviert für eine Therapie, erhalten sie zunächst eine sechs bis achtwöchige Entwöhnungsbehandlung. Diese umfasst eine Behandlung der psychiatrischen Begleiterkrankungen, Festigung der Motivation sowie psychotherapeutische Verfahren. Die Patienten erlernen trotz des hohen Alters neue Handlungs- sowie Bewältigungsstrategien. Um eine längerfristige Stabilität zu erhalten, werden altersentsprechende Suchtgruppen angeboten, die nach dem klinischen Aufenthalt weiter ambulant besucht werden können. PatientInnen, die nicht an einer weiterführenden Behandlung interessiert sind, werden interdisziplinäre Gespräche angeboten, die die Patienten für eine weitere Suchttherapie motivieren sollen. Bei etwa 30% dieser Patienten ist es möglich, eine Vernetzung von

verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten oder Angebote von Suchtberatungsstellen in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt zu organisieren.

Die Behandlungserfolge nach einer Entgiftung ohne weitere Therapien liegen bei 9 -20%. Nach einer ambulanten Therapie liegen die Erfolge bei 20 - 40% und nach einer Langzeittherapie bei 40 - 60% (Vgl. Engelhardt/Müller, 2009, S. 25ff).

4.4 Wirksamkeit der Behandlung älterer Suchtkranker

Laut Fleischmann (1998) besteht der Eindruck, dass ältere Alkoholranke trotz aller o. a. Schwierigkeiten häufiger weiterführende Behandlungen wahrnehmen und günstigere Behandlungsverläufe haben. Die Erfolgsrate der stationären Behandlung ist ähnlich günstig wie bei jüngeren Patienten. Alle Patienten über 60 Jahre seiner Beobachtungsgruppe, die nach 2 Jahren remittiert waren, blieben auch im weiteren Verlauf stabil.

Die Prognose für die Behandlungserfolge von bereits organisch geschädigten Alkoholikern ist dagegen deutlich ungünstiger. Nach 4 Jahren waren 19 Patienten (32%) sind bereits verstorben, davon 14 EOA. Durchgehend abstinent waren von 60 nur 15 Patienten (25%). Generell gibt es einen Trend zu besseren Behandlungsergebnisse bei den LOA (Vgl. Fleischmann, 1998, S. 176).

Geyer und Penzek (2007) gehen wie Fleischmann von der begründeten Annahme aus, dass Wirkfaktoren, Behandlungsmodule und Interventionsstrategien in der Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger sich nicht wesentlich von der Behandlung jüngerer unterscheiden. Ihrer abschließenden These nach erleichtert die Zusammenfassung älterer Alkoholabhängiger in altershomogenen Gruppen dem Patienten die Krankheitsakzeptanz und den Aufbau einer stabilen Abstinenzfähigkeit. Die Schwerpunktbildung erhöht auch das spezifische Wissen und Können der Therapeuten und Ärzte und trägt damit wiederum zum Behandlungserfolg bei.

Auch nach Quinten und Grönke-Jeuck (2002) lohnt sich Psychotherapie mit älteren Menschen. Die Wirksamkeit der Therapieansätze und -angebote wird durch eine hohe Abstinenzquote, wachsende Veränderungsbereitschaft auch im hohen Alter und überdurchschnittliche Zufriedenheit mit den Behandlungsmaßnahmen bestätigt. Sie weisen auf die Herausforderung hin, der sich Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal auf qualifizierte, sensible und geduldige Weise stellen müssen. Die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Behandlungsangebote für ältere Menschen sowie

eine intensive Vernetzung zwischen den Behandlern vor Ort (Ärzte, Beratungsstellen, Krankenhäuser) und den stationären Therapieeinrichtungen sei wünschenswert und indiziert. Somit würden wichtige Voraussetzungen geschaffen, um auch älteren Suchtmittelabhängigen die Möglichkeit zu geben, in Würde zu altern.

Schlussbemerkungen

Bei allen Überlegungen zu eventuellen Therapien älterer Alkoholkranker sind meines Erachtens die Frage der Motivation und die äußeren Gegebenheiten ausschlaggebend. Ich teile Uchtenhagens (2003) Meinung, dass zuerst geklärt werden muss, ob eine Therapie von dem jeweiligen Suchtabhängigen gewünscht und gewollt ist. Ich bin der Überzeugung, dass ein älterer Alkoholkranker, der keine Einsicht in seine Abhängigkeit hat und auch nicht therapiert werden will, auch nicht um jeden Preis therapiert werden sollte. Anders sieht es aus in Fällen, bei denen Risikofaktoren wie Selbst- oder Fremdgefährdung offensichtlich sind. Die intrinsische Motivation spielt meiner Meinung nach die größte Rolle bei einer Entscheidung für eine Therapie, denn ohne eine positive Einstellung ist ein nachhaltiger Therapieerfolg nicht zu erwarten. Hier liegen jedoch gerade für ältere Abhängige die besonderen Schwierigkeiten. Grönke und Jeuck (2002) betonen die Erfolgchancen durch extrinsische Motivationsanlässe, wie eine Behandlungsaufforderung durch den Arbeitgeber sowie durch die Rentenversicherung, Abwenden des sozialen Umfeldes oder Trennungsabsichten des Partners. Diese Faktoren fallen erfahrungsgemäß bei alkoholkranken Ruheständlern weg. Selbst eine Veränderung im familiären sozialen Umfeld ist bei einem 70- oder 80jährigen kaum zu erwarten, da die Partner und Familienangehörigen oft über Jahrzehnte den Alkoholkonsum toleriert haben. Ausgesprochene Drohungen wie „Wenn du nicht aufhörst zu trinken, dann verlasse ich dich!“ werden in jahrzehntelangen Partnerschaften selten in die Tat umgesetzt. Es ist eher zu beobachten, dass die Partner zu unbewussten Co-Abhängigen werden. Während meiner Arbeit in einer Suchtberatungsstelle, Psychiatrischen Klinik sowie in einer Rehabilitationsklinik für Suchtkranke sind mir kaum ältere Suchtpatienten begegnet. Das mag einerseits am Wegfall extrinsischer Motivation liegen oder an der mangelnden intrinsischen Motivation, wahrscheinlich jedoch an der mangelnden Bereitschaft der Rentenversicherung zur Rehabilitation älterer Suchtkranker. Fleischmann beschrieb bereits 1998 die Probleme bei der Kostenübernahme entsprechender Rehabilitationsmaßnahmen. Uchtenhagen bekräftigt dies in seiner Untersuchung 2003 und mir ist aktuell kein veränderter Stand dazu bekannt. Es werden ältere Alkoholiker in Heimen untergebracht, in denen sie eher verwahrt als behandelt werden. Die Kosten, die hierbei entstehen, sollte man sinnvoller Weise besser für Maßnahmen einsetzen, die den Late-onset-Alkoholismus und eine späteren Heimunterbringung möglichst verhindern. Für die Lösung von Problemen wie soziale Isolierung durch Eintritt in den Ruhestand oder Überforderung durch ständig wachsende Anforderungen im Zeitalter rasanter technischer Entwicklung sollten mehr entsprechende Hilfsangebote und Kontaktmöglichkeiten für ältere Menschen geschaffen werden. Hier

stimme ich Uchtenhagen (2003) völlig zu, der ausführt, dass situationsbedingte Suchtgewohnheiten eher beeinflussbar sind als persönlichkeitsbedingte. Da der Übergang in den Vorruhestand oder ins Rentnerdasein zurzeit bereits ab Mitte 50 eintritt, sollten gerade für diese Altersgruppe gezielte Angebote geschaffen bzw. besser propagiert werden. Studieren ab 50, spezielle Volkshochschulkurse für Senioren oder Seniorentreffs sind bereits im Angebot, erreichen jedoch nur eine spezielle Gruppe der Ruheständler. Es fehlen noch niedrigschwellige Angebote wie Mietertreffs, Mehrgenerationenhäuser oder unkomplizierte Möglichkeiten, sich aktiv im Wohnumfeld zu engagieren.

Mein Fazit ist: Mit dem Alkoholismus wird unsere Gesellschaft sich immer auseinander setzen müssen. Genetische Prädispositionen und situationsbedingte Auslöser werden sich nicht generell vermeiden lassen. Ziel der Gesellschaft muss es sein, die suchtauslösenden Situationen möglichst frühzeitig zu erkennen, auf geeignete Weise rechtzeitig einzugreifen und für den Betroffenen passende Hilfestellungen anzubieten. Im Hinblick auf ältere Alkoholranke muss das familiäre und betriebliche Umfeld besser in die Lage versetzt werden, das Problem als Krankheit zu erkennen und den Betroffenen frühzeitig darauf anzusprechen. Eine Tabuisierung des Themas Alkoholsucht muss vermieden werden. Auch älteren Alkoholkranken und ihrem Umfeld ist die notwendige Hilfestellung zu geben, wenn sie diese für die Bewältigung ihrer Probleme benötigen. Das heißt nicht, dass in jedem Fall eine komplexe therapeutische Behandlung erfolgen muss. Je nach physischer und psychischer Verfassung des Betroffenen sind Maßnahmen anzubieten, die ein selbstbestimmtes würdevolles Altern ermöglichen.

Literatur

- Backes, G. M., Clemens, W. (1998). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim; München: Juventa Verlag.
- Derr, C., Bojack, B. (2009). Abhängigkeit im höheren Alter in stationären Einrichtungen. In: *Soziale Arbeit 5.2009.*, S. 187 - 191.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2003). *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 1*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2008). *Jahrbucht Sucht 2008*. Geesthacht.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2009). *Die Sucht und ihre Stoffe - Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2009). *Substanzbezogene Störungen im Alter*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Engelhardt, L., Müller, B. (2009). Behandlungskontinuität als wichtiger Erfolgsfaktor. In: *SuchtMagazin 3/2009*, S. 25 - 27.
- Engelmajer, E., Schüller, I. (1994). Vorbereitung auf das Alter/Anpassung an die Pensionierung. In: Klicpera, Christian (et al) (Hrsg.). *Psychosoziale Probleme im Alter*. Wien: WUV-Univ.-Verl.
- Feuerlein, W. (2000). Definition, Diagnose und Entstehung des Alkoholismus – Grundzüge der Behandlung. In: Seitz, Helmut K. (u.a.) (Hrsg.), *Handbuch Alkohol: Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden (2. Aufl.)*. Heidelberg: Barth.
- Fleischmann, H. (1997). Alkoholismus bei älteren Menschen in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: *Sucht 43 (4) 1997*, S. 232 - 246.
- Fleischmann, H. (1999). Suchtprobleme im Alter. In: Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart; New York: Thieme. S. 170 - 180.
- Gaßmann, R., Merfert-Diete, C. (2009). *Substanzbezogene Störungen im Alter*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). DCM, Meckenheim.
- Gehl, G., Lutz, H. (1995). Alkoholabhängigkeit älterer Menschen: Zwischen Genuß und Gefährdung. In: *Suchtreport, H. 2/1995*, S. 50 - 54.
- Geyer, D., Penzek, C. (2007). Wirkfaktoren in der stationären Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger. In: Fachverband Sucht (Hrsg.), *Wirksame Therapie: Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung (S. 305 - 316)*. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.
- Halasz, A., Stepansky, R. (1994). Sucht im Alter – Mißbrauch von Medikamenten und Alkohol. In: Klicpera, Christian (et al) (Hrsg.), *Psychosoziale Probleme im Alter*. Wien: WUV-Univ.-Verl.
- Havemann-Reinecke, U., Weyerer, S., Fleischmann, H. (Hrsg.) (1998). *Alkohol und Medikamente, Mißbrauch und Abhängigkeit im Alter*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Höpflinger, Francois (2009). Der Wandel des Alters. In: *Suchtmagazin, Jg. 35(2009), H. 3*, S. 4 - 9.

Hüllinghorst, Rolf (2003). „Die Menschen werden älter – die Probleme verändern sich?!“ Vortrag anlässlich einer Fachtagung in Bielefeld.

Junkers, Gabriele (1995). *Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alters*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.

Lutz, Hilde (1996). Alkoholabhängigkeit im Alter: Seit Ende der 80er Jahre Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. In: *Drogenreport, Jg. 17(1996), Nr. 2*, S. 22 - 26.

Lackner, Regina (1994). Generationenkonflikt. In: Klicpera, Christian (et al) (Hrsg.), *Psychosoziale Probleme im Alter*. Wien: WUV-Univ.-Verl.

Mann, K., Laucht, M., Weyerer, S. (2009). Suchterkrankungen in der Lebensspanne. In: *Der Nervenarzt, Jg. 80(2009), H. 11*, S. 1293 - 130.

Minnemann, Elisabeth (1994). Ältere Menschen in Familie und Gesellschaft. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS). *Sucht im Alter – Prävention und Hilfe für alte Menschen*. Hannover.

Mundle, G., Wormstall, H. (1996). Der abhängige alte Mensch. In: Längle, G., Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.). *Sucht. Die Lebenswelten Abhängiger*. Tübingen: Attempo-Verl.

Ostwald, Gisela (2010). Aus dem Ruhestand wird die „dritte Lebensphase“. Prognosen der UN-Bevölkerungsagentur zu demografischen Veränderungen. In: *Volksstimme Magdeburg vom 08.07.2010*, S.4.

Prange, Sven (2010). Aus der Kurve. Blackberry, iPhone und Netbook haben das Leben unendlich beschleunigt. Machen sie es zu schnell, um es noch glücklich leben zu können? Eine Geschwindigkeitsmessung. In: *Handelsblatt 2010,06./07.08.2010,Nr. 150*, S. 50 - 52.

Preitler, Berger, Schweighofer (1994). Einsamkeit im Alter. In: Klicpera, Christian (et al) (Hrsg.), *Psychosoziale Probleme im Alter*. Wien: WUV-Univ.-Verl.

Quinten, C., Grönke-Jeuck, U. (2002). Die stationäre Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im höheren Lebensalter: Klinische Erfahrungen und Katamnese. In: Fachverband Sucht (Hrsg.), *Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen* (S. 433-442). Geesthacht: Neuland.

Reiners, Marlies (2004). *Alkoholproblematik im Alter: Mögliche Zugänge der Suchtkrankenhilfe zur Förderung einer Veränderungsmotivation*. 2 Bände Düsseldorf: Fachhochschule, Fachbereich Sozialpädagogik, 2004 Diplom-Arbeit.

Rommelspacher, H. (2000). Pathophysiologische Aspekte des Alkoholismus und der alkoholischen ZNS-Schädigung. In: Seitz, Helmut K. (u.a.) (Hrsg.), *Handbuch Alkohol: Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden* (2. Aufl.). Heidelberg: Barth.

Schäufele, Martina (2009). Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter: eine Übersicht. In: *Suchttherapie 2009; 10*, S. 4 - 11.

Schmitz-Moormann, K. (1991). *Alkoholgebrauch und Alkoholismusgefährdung bei alten Menschen*. Hamburg: Neuland.

Stahlhut, Heike (2003). *Alkoholabhängigkeit bei Senioren: Theoretische Grundlagen, gesellschaftliche Bedeutung* (- 90 S). Dortmund: Fachhochschule, Diplom-Arbeit.

Trabert, Wolfgang (1998). Klinik der Alkoholabhängigkeit im Alter. In: Havemann-Reinecke (et al) (Hrsg.). *Alkohol und Medikamente, Mißbrauch und Abhängigkeit im Alter*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Uchtenhagen, A. (2003). Sucht im Alter. In: *Sucht Magazin 4/2003*, S. 16 - 19.

Umfrage von DKV/DSHS (2010). Sachsen-Anhalter leben ungesund. In: *Volksstimme Magdeburg*, 11.08.2010, S.7.

Voßmann, G., Geyer, D. (2006). Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (4), 2006, S. 221 - 227.

www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php, 5.7.2010, 18.45 Uhr.

www.destatis.de, 16.07.2010, 09.20 Uhr.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides Statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Ich versichere außerdem, dass ich keine andere als die angegebene Literatur verwendet habe. Diese Versicherung bezieht sich auch auf alle in der Arbeit enthaltenen Zeichnungen, Skizzen, bildlichen Darstellungen und dergleichen.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Magdeburg, 7. September 2010

Franziska Rode