

**Zeitschrift:** SuchtMagazin  
**Herausgeber:** Infodrog  
**Band:** 29 (2003)  
**Heft:** 4

**Artikel:** Alkohol im Altersheim  
**Autor:** Hiss, Barbara Mary  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-800893>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 15.03.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Alkohol im Altersheim

Präventiv wirksam und die Abstinenz unterstützend wirken sich Wohnformen aus, die der Tendenz zu sozialem Rückzug und zu Vereinsamung entgegen wirken. Die Mitarbeitenden entsprechender Institutionen brauchen aber eine klare Haltung in Bezug auf die Führung und Betreuung der Betroffenen und ihrerseits Unterstützung, die durch psychiatrische Liaisonarbeit vermittelt werden kann.

BARBARA MARY HISS\*

Alkohol und Medikamente sind im höheren Lebensalter zur Zeit die meist verwendeten Suchtmittel, die oft schon über lange Zeiten in regelmässigem Gebrauch standen. Zwar nimmt die Zahl der Betroffenen mit zunehmendem Alter ab, eine grosse Dunkelziffer muss aber angenommen werden, da der Konsum von Suchtmitteln im Alter wie bei Frauen schon in jüngeren Jahren häufig mit sozialem Rückzug verbunden ist.

\* Barbara Mary Hiss, Dr. phil., Dr. med., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, tätig an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel als Oberärztin der Alterspsychiatrie. Email: barbara.hiss@pukbasel.ch

## Häufigkeit von Suchtkrankheiten im höheren Lebensalter

Als Suchtmittel im höheren Lebensalter spielen heute in erster Linie Alkohol und Medikamente eine wichtige Rolle, Stoffe also, die weit verbreitet und praktisch überall leicht zugänglich sind oder gar auf Bestellung ins Haus geliefert werden. Während man auf der einen Seite nur noch sehr selten und nur unter besonderen Umständen MorphinistInnen begegnet, findet der missbräuchliche Konsum von Schmerzmitteln neben Beruhigungsmitteln immer weitere Verbreitung. Genaue Erhebungen des Medikamentenkonsums sind aber sehr problematisch, da es dabei um die Klärung der exakten Indikation und um Verschreibungspraktiken geht und Abgrenzungen sehr heikel sind.

Illegale Drogen werden vorerst von der hier betrachteten Bevölkerungsgruppe der Über-65-jährigen noch kaum konsumiert, die an den Konsum gewöhnten Generationen wachsen aber nach und werden in zehn bis fünfzehn Jahren die Altersgrenze erreichen. Damit dürften sich ganz neue Fragestellungen ergeben.

## Konsummuster

Im Allgemeinen geht man davon aus, dass die Zahl der Alkoholkranken mit zunehmendem Lebensalter abnimmt. Als Erklärung dafür gilt teilweise die Tatsache, dass die Lebenserwartung Suchtkranker deutlich tiefer liegt als die zu erwartenden Lebensjahre eines gesunden Erwachsenen.

Die schweizerische Gesundheitsbefragung, welche im November 1996 in Teilen publiziert wurde, hat ergeben, dass im Kanton Basel-Stadt 4% der über-65-jährigen Männer mindestens 48g reinen Alkohol täglich konsumie-

ren, während es bei den gleichaltrigen Frauen 2% sind, die 36 und mehr Gramm Alkohol zu sich nehmen. Diese Alkoholmenge ist bei Wein in ungefähr 6dl (Männer) resp. 4.5dl (Frauen) enthalten, bei Bierkonsum in 1.2 L (Männer) resp. 0.9 L (Frauen) oder bei Schnaps in 8cl (Männer) resp. 6cl (Frauen). Diese Zahlen wurden in einer Selbstdeklaration ermittelt, die tatsächlichen Werte dürften noch weit höher liegen.

## Unauffällig

Dabei ist zu bedenken, dass alte alkoholranke Menschen in der Öffentlichkeit selten auffallen, alte Menschen und vor allem die Frauen trinken in der Hauptsache zu Hause hinter verschlossenen Türen. Sie stehen nicht mehr im Berufsleben, wo häufige Kurzabsenzen, Bagatellunfälle oder Unzuverlässigkeiten und Unpünktlichkeiten eigentlich auffallen sollten. Aus zahlreichen Gründen haben sie oft das Führen von Motorfahrzeugen aufgegeben, sind damit kaum in Unfälle durch Fahren in angetrunkenem Zustand verwickelt und bleiben auch selten in Routinekontrollen der Verkehrspolizei hängen. Sie sind oft allein stehend und leben zurückgezogen und sozial weitgehend isoliert. Häufige Arztbesuche werden meistens anders erklärt und die geschilderten Beschwerden sind in der Regel unspezifisch und weisen selten eindeutig auf Alkohol hin. Allfällige diesbezügliche vertiefende Nachfragen durch den Hausarzt werden oft nicht ertragen und mit sofortigem Arztwechsel beantwortet.

Alkohol- und Suchtberatungsstellen werden in der Regel von alten Menschen kaum je aufgesucht, wenn ausnahmsweise doch, dann allenfalls aus einer indirekten Motivation heraus wie zum Beispiel wegen finanzieller Probleme.



Diese verschiedenen Umstände erklären mindestens teilweise, dass die Problematik alter suchtkranker Menschen in der Öffentlichkeit wenig manifest ist und möglicherweise auch anders beurteilt wird als Abhängigkeitsstörungen in anderen Altersgruppen, speziell bei Jugendlichen.

### Alte Menschen in Kliniken

Anders liegen die Verhältnisse in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In somatischen und psychiatrischen stationären Kliniken muss von einer beträchtlichen Anzahl betroffener alter Menschen ausgegangen werden, wobei allerdings in somatischen Spitälern auch mit einer grossen Zahl diagnostisch nicht erfasster Störungsbilder von Alkoholmissbrauch, -abhängigkeit und Folgekrankheiten gerechnet werden muss. In psychiatrischen Kliniken mit stationärem Versorgungsauftrag muss eine Abhängigkeitsstörung mit Alkohol oder Medikamenten bei etwa 25% der alten Patienten als Hauptdiagnose gestellt werden. Das Durchschnittsalter betrug bei einer entsprechenden Erhebung im ersten Quartal 2002 an allen konsekutiv eintretenden Patienten (N=70) an der PUK Basel 76.5 Jahre (Männer 76.3 Jahre und Frauen 76.6 Jahre) bei einer Aufenthaltsdauer von rund 40 Tagen (Männer 43 Tage und Frauen 39 Tage). Zur Zeit nimmt die Häufigkeit der Diagnostikstellung des Auftretens von Störungen mit Alkohol bei Patienten der alterspsychiatrischen Abteilungen der PUK Basel tendenziell zu.

### Alkohol als Teil oder Folge der Lebensgeschichte

Für viele alte Menschen ist der Konsum von Alkohol eine alte Gewohnheit. Bereits in jungen Jahren setzt für die meisten Mitglieder unserer Gesellschaft das Trinken alkoholhaltiger Getränke im gesellschaftlichen Rahmen ein und wird auf unterschiedlich hohem Niveau gepflegt. Es besteht zumindest vermeintlich Erklärungsbedarf, wenn jemand dieser allgemein verbreiteten Trinksitte nicht entsprechen mag. Gesellschaftliche Verpflichtungen und Partnerschaften verführen nicht selten zu regelmässigem Konsum. Dieser kann sich durchaus über Jahrzehnte stabil erhalten, gelegentlich

werden aber die Trinkmengen kontinuierlich gesteigert. Dies besonders, wenn Alkohol auch in der Absicht, besondere Effekte wie Beruhigung, vermehrte Gelöstheit und verminderte Hemmungen in Gesellschaft zu erzielen, eingenommen wird. Daneben sinkt mit dem Alter die Verträglichkeit für Alkohol, Stoffwechselprozesse dauern ganz allgemein länger und damit auch der Abbau von Alkohol.

### Besondere Lebensereignisse

Das höhere Lebensalter zeichnet sich aus durch besondere Lebensereignisse, die auch gehäuft vorkommen können. Dazu zählen Verlusterlebnisse aller Art. Ein früher grosser Einschnitt stellt der Übergang in den Ruhestand dar. Da immer mehr Frauen berufstätig sind und damit selber diese Umstellung erleben und der Auszug der Kinder als vergleichbar einschneidendes Ereignis deutlich früher erfolgt, da aber auch nicht berufstätige Ehefrauen von der Pensionierung ihres Ehepartners direkt und stark mit betroffen sind, stellt dieser Zeitpunkt eine besondere Herausforderung dar. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben fordert eine Neuorientierung, eine an neue Gegebenheiten angepasste Umstrukturierung, das Suchen neuer Aufgaben, Beschäftigungen und Inhalte und nicht selten auch neuer Beziehungen und sozialer Kontakte. Zum Verlust an sozialem Prestige durch die Berufsaufgabe kommen in der Regel auch finanzielle Einbusen.

Manch einem mag es während der Dauer seines gesamten Berufslebens ohne Probleme gelingen, seinen Alkoholkonsum in Grenzen zu halten, das Trinken auf den Feierabend oder die freie Zeit am Wochenende zu beschränken. Selbst wenn es da ab und an zu Exzessen kommt, so gelingt es ihm doch, wieder pünktlich zur Arbeit zu erscheinen und diese gewissenhaft zu erledigen. Problematisch wird dann gelegentlich die Kontrolle, wenn alle Zeit freie Zeit wird und überdies sowohl Tagesstruktur wie auch regelmässige Kontakte mit Bezugspersonen verloren gehen. Vor allem sehr leistungsorientierte und einseitig auf ihre Arbeit bezogene Menschen ohne erprobte Freizeitaktivitäten und anderweitig gelagerte Interessen sind gefährdet.

### Linderung des Schmerzes

Todesfälle in nächster Umgebung häufen sich naturgemäss im höheren Alter. Der Verlust des Lebenspartners oder der nächsten Freunde ruft viel Leid und Verlustgefühl hervor und bewirkt eine tief greifende Lebenskrise. Solche Krisen werden nicht selten durch Alkohol zu lindern versucht. Aus solchen Krisen herauszufinden erscheint schwierig, besonders da es vielen alten Menschen zunehmend





schwerer zu fallen scheint, Beziehungen zu pflegen und gar neue Kontakte zu knüpfen. Die zunehmende Einsamkeit und Isolation lässt Betroffene immer häufiger zum Alkohol greifen als Beziehungersatz und zur Linderung ihres Schmerzes und der Trauer.

Nicht immer wird Verlust in dieser absoluten und unwiederbringlichen Form erfahren, wie sie der Tod bedeutet. Viele Einschränkungen beginnen anfänglich wenig wahrnehmbar und weiten sich erst mit der Zeit zunehmend aus. Einschränkungen vieler Funktionen, vor allem auch der körperlichen, sind zu verkraften, Verlust der körperlichen Beweglichkeit und der Mobilität, der geistigen Agilität und Anpassungsfähigkeit, der sensorischen Fähigkeiten wie Sehstörungen und Hörverlust, die wiederum das Agieren im sozialen Kontext erschweren bis verunmöglichen, wenn nicht rechtzeitig Hilfsmittel eingesetzt werden. Doch die Einsicht in die Notwendigkeit und den Sinn solcher Hilfsmittel fehlt oft.

### **Alkohol als Ersatz und Selbsttherapie**

Alkohol dient offenbar häufig als Ersatz. Sei das nun Ersatz für Partnerschaft und Beziehung, für fehlende Tagesstruktur oder für Inhalt und Befriedigung vermittelnde Aufgaben. Das Aufsuchen des Stammtisches ersetzt andere Formen der Aktivität und führt zumindest zeitweise aus der Isolation heraus.

Alkohol dient aber auch als Therapieersatz gegen alle möglichen somatischen Beschwerden und seelischen Spannungszustände. Er lindert physische Schmerzen und psychisches Leiden, reduziert Angst und fördert Entspannung und Schlaf. Er beruhigt, dämpft unangenehme Gefühle und steigert das Selbstbewusstsein.

Kaum ein Symptom also, gegen das Alkohol nicht helfen sollte! Natürlich ist das nichts anderes als eine mehr oder weniger effiziente Symptombekämpfung. Die Gründe für den Missbrauch von Alkohol sind zahlreich und individuell sehr verschieden. Dass dabei auch Gewöhnung und Abhängigkeit entstehen kann, wird nicht bemerkt oder bagatellisiert.

Eine Generation in einer Kultur gross geworden, wo es nicht üblich war, über Befindlichkeiten zu sprechen, schon

gar nicht über die seelischen, greift zu allen erhältlichen und vermeintlichen Mitteln, um den Druck zu erleichtern, unter dem man steht und leidet. Dass Alkohol in aller Stille, nämlich für sich alleine zu Hause genossen werden kann, fördert die Rückzugstendenz und dadurch die soziale Isolation, unterstützt damit aber auch, dass Unwohlsein jeder Art für sich behalten und verheimlicht werden kann. Die Fassade nach aussen hin bleibt intakt und unbefleckt. Seelische Konflikte bleiben unangesprochen und leider damit meistens ungelöst.

### **Behandlung wider Willen**

Diese Haltung, die dazu führt, dass Probleme lieber nicht angesprochen werden, verhindert häufig, dass Hilfe überhaupt aufgesucht und in Anspruch genommen werden kann, auch dann noch, wenn deutliche Abhängigkeits-symptome entstanden sind. Oft erst durch die Häufung von Zwischenfällen wie beispielsweise wiederholte Stürze mit Verletzungsfolgen oder Bewusstseinsverlust respektive andere somatische, psychiatrische oder soziale Notfallsituationen wird eine bestehende, allenfalls auch schwere Alkoholproblematik offenkundig.

Den Behandelnden stellt sich dann die Frage, ob Hilfeleistung auf die Sicherung des Überlebens beschränkt werden soll oder ob tiefere und weiter reichende Hilfe angeboten werden muss. Zu beachten ist, dass häufig erst nach einer längeren Abstinenzperiode von einigen Monaten eine gewisse Erholung sowohl körperlicher als auch geistiger Fähigkeiten zu beobachten ist. Wird der betroffene Mensch in einer ganzheitlichen Sicht gesehen, so wird man nicht umhin kommen, Defizite im gesamten biopsychosozialen Netzwerk festzustellen und entsprechende Hilfsangebote in allen Bereichen zu offerieren. Eine derartige therapeutische Haltung setzt Interdisziplinarität voraus, verschiedene Professionen müssen einbezogen werden können. In der Auseinandersetzung braucht es einerseits das Wissen um und das Verständnis für die besonderen Umstände des höheren Lebensalters als andererseits auch einen motivationalen Gesprächsstil, der dem alten Menschen angepasst ist. Konfrontation bringt in der Regel wenig ausser massiver Abwehr und allenfalls Verleugnung oder Scham. Auf die

Besonderheiten und Schwierigkeit der Beziehung zwischen älteren Betroffenen und in der Regel wesentlich jüngeren Therapierenden muss Rücksicht genommen werden.

In der Abwägung von Vor- und Nachteilen einer weiterführenden Behandlung wird häufig die persönliche Freiheit als Argument gegen fürsorgliches und vorsorgliches Eingreifen von aussen gestellt. Dabei wird allerdings ausser Acht gelassen, dass bei einer bestehenden Abhängigkeit die individuelle Freiheit ohnehin verloren ist und als einziges Ziel von den Abhängigen her in der Regel die Beschaffung des Suchtmittels und die Verhütung von Entzugserscheinungen gelten. Inwieweit bei einer Abhängigkeitserkrankung die Urteilsfähigkeit erhalten bleibt, wäre im Einzelfall zu evaluieren. Wo in solcher Zwangssituation noch Lebensqualität anzunehmen ist, bleibt ausserdem sehr fraglich.

### **Wohnform gegen das Alleinsein**

Viele ältere alkoholabhängige Menschen leben ein einsames Leben in sozialer Isolation, oft auch in kümmerlichen Verhältnissen und unwohnlichen Quartieren. Es fehlt ihnen an der Kraft und den Mitteln, um grundlegende Änderungen vorzunehmen und zu einer besseren Wohn- und Lebensqualität zu gelangen. Da häufig die Einsamkeit und soziale Isolation, wenn nicht Ursache oder Folge der Alkoholproblematik, so doch zumindest unterstützende Faktoren darstellen, ist eine Intervention in diesem Bereich sinnvoll. Jegliche Form des Wohnens, die soziale Kontakte anbietet und Beziehungen jeder Art unterstützt, ist angemessen. Dass dabei auch genügend Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sein müssen, liegt auf der Hand. Selbstverständlich soll dabei vor allem die Hilfe zur Selbsthilfe gefördert werden. Ausreichende Beschäftigungen helfen die Zeit zu strukturieren und erlauben neue Erfahrungen. Positive Selbstwerterfahrungen durch angemessene Aufgabenstellungen und Mitbeteiligung an anstehenden Entscheidungsprozessen und deren Ausführung stützen die Betroffenen und stärken ihre Entscheidungsfähigkeit. Daneben muss natürlich Pflege oder Anleitung und Beaufsichtigung in adäquatem Mass dauernd oder bei vorübergehendem Bedarf zur Verfügung stehen.



## Gemeinschaftliche Alltagspflichten

Denkbar sind solche unterstützenden Wohnformen in üblichen Alters- und Pflegeheimen, die zwar die nötigen Serviceleistungen anbieten, die Bewohner aber auch nach Möglichkeit in die Gestaltung des Alltags mit einbeziehen oder sie zu selbständigen Unternehmungen ermuntern. Animation und Motivation zur Teilnahme an aktivierenden Beschäftigungen und Therapien müssen häufig erbracht werden, besonders wenn Bewohner schon lange Zeit vor Heimeintritt sehr zurückgezogen und vereinsamt gelebt haben. Immer zahlreicher und dem Bedürfnis nach mehr Individualität besser gerecht werden kleinere Einheiten von Wohngemeinschaften, die häufig an die herkömmlichen Alters- und Pflegeheime oder andere soziale Einrichtungen wie Krankenhäuser angegliedert sind. Der Erledigung der hauswirtschaftlichen Alltagspflichten wird dabei in der Regel unter Anleitung gemeinschaftlich nachgekommen, was einerseits für Beschäftigung sorgt, aber auch den Selbstwert der Bewohner zu steigern vermag und überdies mehr Mitbestimmung und folglich mehr Mitverantwortung ermöglicht. Gezielte Förderung einzelner MitbewohnerInnen ohne Über- respektive Unterforderung sind durchaus möglich.

Es ist denkbar, dass in entsprechenden Wohnformen auch gezielte Programme zur Aufrechterhaltung von Abstinenz und zur Vermittlung und Förderung sozialer Kompetenzen durchaus ihren Platz finden können. Dadurch liessen sich besonders gefährdete Menschen in sehr nachhaltiger und effektiver Art unterstützen und individuell begleiten.

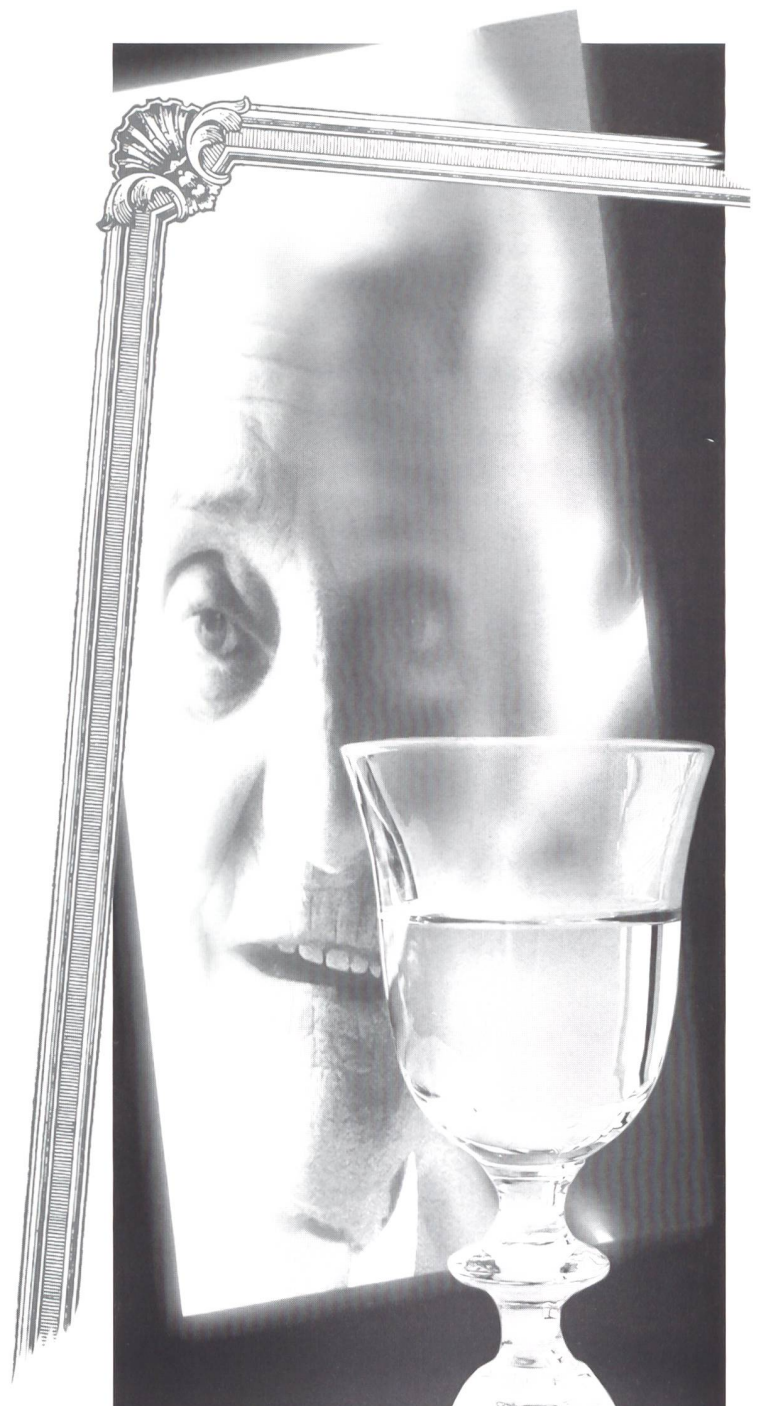
Entsprechende Wohnformen mit eher kleinen Einheiten könnten auch auf private Initiative hin geplant und umgesetzt werden. Bei Bedarf liesse sich allenfalls Unterstützung in geeigneter Form und ausreichendem Mass zukaufen resp. bei spitalexternen Diensten anfordern. Entsprechende Wohngemeinschaften könnten vermutlich dadurch besser funktionieren, dass gegenseitige Hilfe und Unterstützung durch die BewohnerInnen selber erhältlich ist, was allerdings ein beträchtliches Mass an sozialer Kompetenz und an erhaltenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der BewohnerInnen voraussetzt,

die auch in uneigennützig Weise zum Gemeinwohl eingesetzt werden können.

## Unterstützung im Altersheim

Bekanntlich besteht in Bezug auf die Betreuung von alkoholkranken alten Menschen grosse Unsicherheit und nicht selten eine resignative Haltung. Ihr Bedürfnis oder ihr Wunsch, in ein Alters- oder Pflegeheim einzutreten, trifft auf Vorbehalte der entsprechenden Institutionen. Der Eintritt bleibt ihnen nicht selten verweigert. Zusätzliche Unterstützung nicht nur für die alkoholkranken Alten selber, sondern auch für deren Betreuende entlastet alle Beteiligten in hohem Mass.

Diese Unterstützung wird mit Vorteil von externen SupervisorInnen oder aber in Form von psychiatrischer Liaisonarbeit erbracht. Professionelle Beratende nehmen dabei regelmässig an Teambesprechungen oder Rapporten teil und achten dabei besonders auf die Interaktionen zwischen Teammitgliedern und BewohnerInnen. Sie spiegeln diese und hinterfragen sie in sachlicher, neutraler Form und mit grösstmöglicher Empathie für alle Beteiligten und leiten Veränderungsprozesse ein. Als therapeutisches Prinzip gilt, dass durch eine Veränderung der Wahrnehmung auch das Verhalten nachhaltig verändert wird. Als Grundlage der Arbeit dient neben fundierter Sachkenntnis im Einzelfall ein breites





Wissen über persönliche, Familien- und Krankheitsanamnese, die mittels Interviews mit dem betroffenen Bewohner/ der betroffenen Bewohnerin sowie mit dessen/deren Angehörigen eruiert werden.

### Fallbesprechungen

In ähnlicher Weise effektiv wirken sich auch Fallbesprechungen aus. Möglichst alle Teammitglieder sollen dabei anwesend sein. Fallbesprechungen wirken nach dem gleichen liaisontherapeutischen Ansatz. Sie schaffen Verständnis für die individuellen Besonderheiten des betroffenen Menschen, für seine Eigenheiten, Stärken und Schwachstellen. Es soll dabei genügend Raum bleiben, dass auch Gefühle der Unsicherheit, des Ärgers, des Unmuts und der Frustration angesprochen werden können. Solche Auseinandersetzungen setzen eine Atmosphäre gegenseitiger Wertschätzung und vorbehaltlosen Vertrauens voraus, fördern aber andererseits die Teambildung und stärken die Kohäsion unter den Mitarbeitenden. Es können dadurch Krisen besser bewältigt und künftig vermieden werden. Hospitalisationen können so häufig umgangen werden, Umplatzierungen werden meist überflüssig. Ziel der Auseinandersetzungen soll immer eine für alle Mitarbeitenden klare Linie im weiten Feld zwischen Führung und pflegenden Gewährenlassens sein, damit das Team einheitlich auftreten kann und sich nicht spalten lässt in gute, gewährende und böse, ablehnende Mitarbeitende, was wiederum häufig zu Kräften zehrenden Konflikten unter den Mitarbeitenden führt. Durch einen liaisontherapeutischen Arbeitsstil werden die Mitarbeitenden zu vermehrten Kompetenzen und zu vergrößerter Arbeitsplatzzufriedenheit geführt, das Team profiliert sich und gewinnt an Stärke und Belastbarkeit. Mitarbeitenden

de unterliegen weniger oft Verschleisserscheinungen, fehlen seltener und erleiden weniger Burnoutsyndrome.

### Haltung der Institution

Für Suchtkranke ist eine klare Haltung der Pflegenden bezüglich Abstinenzhaltung besonders wichtige Voraussetzung, soll das Team nicht unterlaufen und von innen her geschwächt werden. Dabei ist in der Regel vollständige Abstinenz zu fordern bei allem Verständnis für die Möglichkeit eines Rückfalls. Kontrolliertes Trinken gelingt Süchtigen in der Regel nicht und vor allem nicht auf Dauer. Die Abgabe begrenzter Alkoholmengen ist höchstens da zu diskutieren, wo keine anderen Alkoholquellen selbständig erschlossen werden können. Diese Einschränkung geht sicher häufig mit kognitiven Leistungseinbussen einher, die eine verordnete Abgabe von Alkohol ohnehin fragwürdig erscheinen lassen. Weder die Heime noch die künftigen Bewohner haben immer freie Wahl, welches Heim einen Platz zur Verfügung stellt resp. wer aufgenommen werden kann. Dann ist die Haltung der Institution gegenüber Abstinenzhaltung schon Diskussionspunkt vor Eintritt eines Suchtkranken. In solchen Fällen kann es hilfreich sein, Zusatzverträge abzuschliessen und schriftlich festzuhalten, welches die gegenseitigen Anforderungen sind und welche Sanktionen zu erwarten wären bei Nichteinhalten der ausgehandelten Voraussetzungen. Verträge dieser Art zwingen die Institution dazu, die notwendige Klarheit herzustellen, die für eine einheitliche Handhabung und Führung Voraussetzung ist und ermöglichen dem Bewohner gleichzeitig, sich besser orientieren zu können. Auch das pflegende Team profitiert letztlich nur durch solche Zusatzverträge, weil dadurch der Umgang mit Suchtmitteln

auf verbindliche Art für alle Teammitglieder gleichermaßen geregelt wird. Der Einbezug allfälliger Angehöriger versteht sich von selbst, soll der Vertrag ausreichende Verbindlichkeit erhalten. Notwendige Informationen und Aufklärung müssen selbstverständlich ebenfalls vermittelt werden sowohl an die BewohnerInnen wie auch an deren Angehörige.

### Prävention

Am Anfang einer präventiven Strategie liegt wohl die Sensibilisierung für das Problem und eine möglichst frühzeitige Erfassung der Betroffenen, denen dann unverzüglich ausreichende und effektive Hilfe zu Teil werden sollte. Arbeitgebende, Stelleninhabende, bei Institutionen und Beratungsstellen Tätige kommen vermutlich häufig als Erste in Kontakt mit Gefährdeten, aber auch sämtliche im Sozialbereich und im Gesundheitswesen Tätige. Es gilt dabei in erster Linie Vertrauen herzustellen und auf diesem Boden Motivationsarbeit zu leisten, dass geeignete Hilfe aufgesucht, respektive angenommen werden kann. Hilfe muss unbedingt auch aufsuchend angeboten werden, da häufig Termine ja nicht mehr eingehalten werden können. Notfall- und Krisensituationen müssen genau analysiert werden, um die Ursachen aufzudecken. Konfrontation ist unbedingt zu vermeiden. Die Betroffenen brauchen intensive Betreuung und Unterstützung in vielfältiger, auf das Individuum abgestimmter Art. Schliesslich braucht es eine klare Haltung der Professionellen, die nicht von therapeutischem Nihilismus geprägt sein darf. Dieser ist auch nicht angezeigt, weil ein ausreichend intensives, persönliches und nach individuellen Massgaben zusammengesetztes begleitendes Hilfsangebot gute Erfolgsmöglichkeiten birgt, zu einer nachhaltigen Besserung zu führen. ■