

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 35 (2009)
Heft: 3

Artikel: Suchtbehandlung im Alter lohnt sich
Autor: Leherr, Herbert J.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800613>

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: 14.03.2025

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

Suchtbehandlung im Alter lohnt sich

Aktive Veränderungsprozesse sind bei der Mehrzahl älterer Menschen möglich. Durch die insgesamt wachsende Zahl von Menschen jenseits der 60 wird auch der Anteil von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter wachsen. Die alternde Baby-Boomer-Generation wird sich aber durch veränderte Konsummuster und durch einen anderen Umgang mit dem Suchthilfesystem unterscheiden.

Herbert J. Leherr

Dr. med., Oberarzt Forel-Klinik, Vorstandsmitglied SSAM (Verband Schweizerischer Suchtmediziner www.ssam.ch) und FOSUMOS (Forum Suchtmedizin Ostschweiz www.fosumos.ch), Islikonerstrasse 5, CH-8548 Ellikon a. d. Thur
Tel. +41 (0)52 3691111, herbert.leherr@forel-klinik.ch

Neue Generationen werden alt

Die experimentierfreudigen jungen Erwachsenen aus den 70er Jahren haben – anders als ihre Eltern – nicht nur mit Alkohol und heimlich gerauchten Zigaretten Erfahrungen gesammelt. Sie haben gekiffert, psychedelisch wirkende Pilze ausprobiert und – in kleinerem Umfang – auch Heroin und Kokain versucht. Diese Generation bewegt sich jetzt 40 Jahre später auf das Medizinsystem zu, und es ist selbstverständlicher für sie – auch anders als für ihre Eltern –, ärztliche oder therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Für viele Menschen ist das subjektive Wohlbefinden wichtiger als der tatsächliche Gesundheitszustand und sie greifen häufiger zu Genuss- und Suchtmitteln. Während das Thema «Komasaufen» bei Jugendlichen heftig und lautstark vor allem medial präsentiert wird, sind die kritischen Töne beim Thema «Sucht im Alter» eher leise und verhalten. Der substituierte Ex-Junkie im Altersheim oder die gelegentlich am Wochenende noch kiffende ältere Dame haben es (bisher) jedenfalls noch nicht in die Talk-Showgeschäft.¹

Konsummotive, -muster und -karrieren im Alter

In den Therapiegesprächen mit älteren PatientInnen hören die TherapeutInnen der Forel-Klinik² verschiedene Argumente, die die Sinnhaftigkeit des Suchtgeschehens verdeutlichen sollen. So soll der Alkohol helfen, körperliche Beschwerden zu lindern, Einsamkeit durch Partnerverlust und Isolation werden mit einem Glas Rotwein besser ertragen und die nach der Pensionierung auftretende Langeweile und das Gefühl des «Überflüssigseins» werden erträglicher. Der Umgang mit dem «Nicht-mehr-gebraucht-werden» und Einsamkeit oder mit Krankheit oder Behinderung sind von den Betroffenen oft genannte Ursachen. Bei etwa 80% der PatientInnen, die nach dem 60. Lebensjahr eine Abhängigkeit entwickelt haben, lässt sich ein so genanntes «kritisches Lebensereignis» im Vorfeld der Suchtproblematik feststellen. Viele Menschen im Alter setzen sich mit nachlassender geistiger Spannkraft, mit zunehmender Mobilitätseinschränkung und mit dem Thema «Tod» alleine auseinander, ambulante oder stationäre Therapieangebote werden bisher selten wahrgenommen.

In der Schweiz schätzt man den abhängigen Konsum von Alkohol bei den 65- bis 75-Jährigen auf knapp 6%. Bei den Männern

in dieser Altersgruppe weisen etwa 8% einen problematischen Alkoholkonsum auf, bei den Frauen sind es ca. 3%.^{3,4} In Alters- und Pflegeheimen steigen diese Prävalenzraten⁵ auf bis zu 32%.

Die Menge des insgesamt konsumierten Alkohols sinkt ab dem 60. Lebensjahr. Die Konsummuster verändern sich. Der Versuch konkretes Zahlenmaterial über die Problematik zu bekommen ist erschwert, die Begriffe von «riskantem Konsum», «schwerem Trinken», «exzessivem Konsum» und den Kriterien des Diagnostiksystems ICD 10 sind uneinheitlich.⁶

Die Prävalenz von Alkoholkonsum überhaupt und von riskantem Konsum nimmt im Alter ab (Querschnittsstudien). Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Problem Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Alter zugenommen hat. Verantwortlich dafür sind die zunehmende Lebenserwartung und der – verglichen mit den Nachkriegsjahren – erheblich gestiegene Alkoholkonsum der Baby-Boomer-Generation.⁷

Alkoholbezogene Probleme sind in unserer Gesellschaft unter anderem nicht noch höher, weil die Mortalitätsrate der Trinkenden im Vergleich mit den jeweiligen Altersgruppen der Durchschnittsbevölkerung immer noch achtmal höher ist, d. h. wer früh übermässig stark trinkt, stirbt früher.

Zusatzrisiko Medikamente

Als weiteres Problem kommt hinzu, dass in der Altersgruppe der über 70-Jährigen rund 70% der Personen mindestens einmal wöchentlich und fast 20% täglich Medikamente zu sich nehmen.⁸ Dabei wird die Kombination von niedrigdosierten beruhigenden Medikamenten mit Alkohol von PatientInnen und Betreuenden oft unterschätzt.⁹ Bei älteren Menschen sind sowohl die Aufdosierungszeiten bei den Medikamenten höher als auch später die Halbwertszeiten beim Abbau.¹⁰ Manche PatientInnen konsumieren deshalb vor allem in der Anfangsphase der Medikamenteneinstellung zusätzlich Alkohol, um die Wirkung der Pillen zu verstärken.

Spezielles Problemfeld ist der Alkoholkonsum in betreuten Einrichtungen. Durch die Nebenwirkungen der häufig verschriebenen Benzodiazepine besteht in Altersheimen eine hohe Sturzgefahr der BewohnerInnen. Eine Studie zeigt, dass im Heim lebende BewohnerInnen, die weiterhin zuviel tranken, ein dreifach erhöhtes Risiko hatten, sich durch einen Sturz eine Fraktur zuziehen.¹¹

Biologische und soziale Faktoren

Im Alter reagiert der Körper sensibler auf Alkohol, der Abbau erfolgt langsamer. Da der prozentuale Wasseranteil des Körpers abnimmt, kann die gleiche Menge Bier oder Wein zu höheren

Alkoholisierungsgraden führen. Der Stoffwechsel und auch die Leber arbeiten nicht mehr so gut.¹² Es kommt eher zu Stürzen und Schädigungen des Gehirns, da die Sensitivität gegenüber Alkohol erhöht ist. Die im Alter bestehenden körperlichen und mentalen Funktionseinschränkungen werden durch übermässigen Alkoholkonsum noch weiter verstärkt.

Dem steht gegenüber, dass das «soziale Trinken» abnimmt. Die sozialen Kontakte nehmen generell ab, ausserdem wird nicht mehr soviel vertragen. Und durch das mit dem Altern verbundene Risiko chronischer und einschränkender Erkrankungen sinkt die Zahl der Personen mit starkem Alkoholkonsum, sie reduzieren den Konsum oder hören ganz auf.

Über die protektiven Auswirkungen des moderaten Alkoholkonsums auf die Gesundheit (Herz-Kreislaufkrankungen und anti-dementiellem Effekt) wird weiterhin kontrovers diskutiert.

Die sehr moderat Konsumierenden scheinen teilweise einen Vorteil gegenüber den Abstinentern aber vor allem gegenüber den stärker Konsumierenden zu haben.

Suchtausprägungen im Alter

Der überwiegende Teil der älteren Menschen konsumiert Alkohol und Medikamente adäquat. Viele Menschen reduzieren den Konsum im Alter und schwer suchtkranke PatientInnen erreichen auch seltener das Rentenalter.

Eine Alkoholabhängigkeit kann sich bei etwa einem Drittel der Betroffenen noch im höheren Alter entwickeln («late-onset»). Die SpäteinsteigerInnen, die erst nach dem 60. Lebensjahr einen problematischen Alkoholkonsum entwickeln, fallen häufig nicht durch exzessiven Konsum auf, sie können auf ein zufrieden stellendes Leben zurückschauen und haben häufig intakte Persönlichkeitsstrukturen. Problemsubstanz Nr.1 bei den Männern ist der Alkohol, bei den Frauen sind es die abhängig machenden Medikamente.

Hat die Suchtproblematik schon vor dem 60. Lebensjahr bestanden (sog. «early-onset»-Abhängigkeit), wird sie im Alter möglicherweise die Erscheinungsform etwas ändern, die Konsummenge wird weniger, da nicht mehr so viel vertragen wird. Dabei handelt es sich vorwiegend um Männer ab dem Rentenalter. Sie fallen weniger durch Probleme am Arbeitsplatz auf, auch gibt es im Alter weniger Trunkenheitsfahrten. Stattdessen sind leichte Verwahrlosungstendenzen, sozialer Rückzug und Schlafstörungen schon eher als Zeichen einer anhaltenden Suchtproblematik zu werten.

Spezifische Merkmale und Barrieren der Behandlung

Hürde für Therapie zu hoch?

Die Schwelle der Suchtberatungsstellen wird von älteren Personen seltener überschritten. Vielleicht scheuen sich bereits die Grundversorger dieser Klientel an ambulante Fachstellen weiter zu verweisen. Ausserdem wurde bisher noch nicht ausreichend erforscht, ob auch eine wenig kundengerechte Vermarktung der Therapieangebote dazu beiträgt oder ob Personen im Rentenalter nicht daran glauben, dass Reden an ihrem Problem etwas ändern kann. Allerdings scheint die Zahl der «60+ KlientInnen» in den Fachstellen in den letzten zwei Jahren zuzunehmen.¹³ Eventuell muss diese spezifische Gruppe noch gezielter angesprochen werden. Ebenfalls zu berücksichtigen ist die bei älteren PatientInnen zunehmende Differenz bei Alter und Lebenserfahrung gegenüber den TherapeutInnen, was für TherapeutInnen und KlientInnen spezifische Herausforderungen mit sich bringt.¹⁴ Zu hoffen bleibt, dass die sog. «Early-onset-PatientInnen» mit ihren seit vielen Jahren wiederkehrenden Suchtmustern auch dann immer wieder in therapeutische Behandlung kommen, wenn sie die Schwelle ins Rentenalter überschritten haben.

Spezielle Therapiemodalitäten?

Die Grundprinzipien, die in den letzten Jahren für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen entwickelt wurden, gelten

prinzipiell auch für ältere PatientInnen. Sicherlich ist aber darauf zu achten, dass sowohl für den körperlichen Entzug wie auch für eine ambulante/stationäre Therapie mehr Zeit einkalkuliert wird. Die im Alter häufiger vorkommenden komorbiden körperlichen Erkrankungen müssen im Kontext der Abhängigkeitserkrankung berücksichtigt werden. Die Ängste um zunehmende körperliche Einschränkungen sind auch in den Gesprächstherapien immer wieder Thema.

Vor allem bei der ambulanten Betreuung können vorhandene Strukturen (z. B. Spitex¹⁵) genutzt werden. Das Durchbrechen der häufig vorhandenen sozialen Isolation der PatientInnen ist für die Rückfallprävention wichtig. Zukünftig werden auch verschiedene Medien (Handy/Internet) für die Nachbetreuung eingesetzt werden können, für immer mehr SeniorInnen gehören diese Kommunikationsmittel bereits zum Alltag.

Therapeutischer Nihilismus ist nicht angebracht. Die älteren TeilnehmerInnen an Suchttherapieprogrammen stehen den jungen in der engagierten Teilnahme in nichts nach, sie halten sich eher an die vereinbarten Regeln und haben während und nach den Therapien weniger Rückfälle. Katamnesen zeigen, dass spezifische Therapieangebote gute Ergebnisse erzielen und die Erfolge stabil sind. In der Forel-Klinik werden die SeniorInnen in gemischten Gruppen betreut, es gibt keine altershomogenen Gruppen. Die Erfahrungen sind gut, von PatientInnen kommen immer wieder positive Rückmeldungen, sich mit 25- bis 50-jährigen MitpatientInnen jünger und geforderter zu fühlen. Gleichzeitig erfahren sie Verständnis für ihre spezifische Lebenssituation und geniessen es, von jüngeren MitpatientInnen um Rat gefragt zu werden.

Diagnose, körperlicher Entzug und therapeutische Angebote

Ein wichtiger Unterschied bei den älteren PatientInnen im Vergleich zu den jüngeren mit Suchtproblemen besteht beim körperlichen Entzug. Den vielfältigeren somatischen Begleitproblemen ist altersentsprechend mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Neuropsychologische Abklärungen sind erst nach abgeschlossenem Entzug sinnvoll. Oft bleibt es aber schwierig, allfällige kognitive Einbussen einer vorübergehenden Depression, einem passageren Suchtgeschehen oder einer dementiellen Entwicklung zuzuordnen.

Nicht sicher beantwortet werden kann die Frage nach der Notwendigkeit spezieller stationärer Behandlungsangebote. Neue psychiatrische Subspezialeinrichtungen wird es nur in begrenztem Umfang brauchen, konsiliarärztliche Unterstützung durch GerontopsychiaterInnen, GeriaterInnen und SuchtmedizinerInnen in bestehenden Kranken- und Pflegeheimen werden zukünftig in höherem Ausmass gebraucht.

Prävention

Ein wichtiger Ansatz ist das Verschreibungsverhalten ...

Alkohol- und medikamentenbezogene Störungen werden häufig nicht diagnostiziert und damit nicht thematisiert. Es wird nicht klar, ob es eher an falscher Scham von PatientInnenseite oder am Desinteresse oder Laisser-faire bei den Fachpersonen liegt. Bei den Benzodiazepinen liegt das Heft des Handelns eindeutig bei den VerschreiberInnen – also den Ärzten/-innen, beim Alkohol ist die Problematik komplexer. Für Jugendliche entworfene Kampagnen (Verkaufsbeschränkungen, Werbeverbote) wirken bei 70-Jährigen nicht. Doch unterscheidet sich das therapeutische Vorgehen bei einem vermuteten missbräuchlichen Alkoholkonsum eines älteren Mannes wenig vom Vorgehen bei einem 50-jährigen Patienten. Die Techniken des «Motivational Interview» werden auch hier von Nutzen sein, es muss für den Betroffenen selbst Sinn machen, an seinem Konsumverhalten etwas zu verändern. Verschlechterte Ergebnisse bei der Überprüfung der Leberwerte oder ein ungleichmässigeres Laufbild können der Ein-

stieg für ein informatives und veränderndes Arzt-PatientInnen-Gespräch sein.

... doch eine Suchtentwicklung zu erkennen ist nicht immer einfach

Andererseits macht es keinen Sinn sofort von Sucht zu sprechen, wenn ein 70-jähriger Mann sein zweites «Rentnerviertele» bestellt. Wichtig ist es, die Betroffenen mit einem so genannten Risikokonsum offen, unverkrampft und sachlich zu informieren. Kommen körperliche Grundleiden und überhöhter Alkoholkonsum zusammen – dann wird es kritisch. Vor allem bei begleitenden körperlichen Symptomen wie Schwindel und Konzentrationsstörungen oder psychischen Auffälligkeiten wie Gereiztheit und Melancholie ist es für Ärzte/-innen und das persönliche Umfeld der PatientInnen häufig problematisch, Ursache und Folgeerscheinung auseinander zu halten. Bei den gefährdeten älteren Männern mit problematischem Alkoholkonsum wird der «Dämmererschoppen» ebenfalls zu oft als Antidepressivum eingesetzt. Die Fähigkeit der Umgebung, eine riskante Suchtentwicklung zu erkennen, wird immer häufiger gefragt sein. Dies undramatisch und adäquat zu tun wird Voraussetzung dafür sein, um gemeinsam am Thema dranbleiben zu können.

Ziehen sich Angehörige immer mehr zurück, kommt es zu einer Vernachlässigung von Kleidung und Hygiene und wenn KlientInnen beim Thema Alkohol gereizt und abweisend reagieren, dann braucht es viel Fingerspitzengefühl, um den vorhandenen Sorgen angemessen Ausdruck geben zu können.

Expertenforum Altersalkoholismus Kanton Zürich

Dieses Expertenforum wurde 2007 gegründet. Mitglieder sind der Stadtärztliche Dienst Zürich, städtische Wohn- und Pflegeheime, Spitex, Pro Senectute und Hausärzte. Ebenfalls zu den Gründungsmitgliedern gehören VertreterInnen der Forel Klinik in Ellikon a. d. Thur, der Geriatrie Waidspital, der Gerontopsychiatrie der integrierten Psychiatrie Winterthur ipw, der Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme ZFA, der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauch ZUFAM sowie des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich. Das Expertenforum trifft sich in unregelmässigen Abständen.

Als gemeinsame Ziele wurden die Vernetzung, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die gemeinsame Sensibilisierung aller Beteiligten für die Thematik des Altersalkoholismus festgelegt.

2007 stand eine Konzeptanalyse als erstes konkretes Projekt am Beginn der Arbeit. Durchgeführt werden Fortbildungskurse für Spitex und MitarbeiterInnen von Alters- und Pflegeheimen. Neben einer geplanten Homepage soll eine überschaubare Checkliste es den Hausärzten erleichtern, bei den Kontakten zu älteren PatientInnen Suchtprobleme zu erkennen und anzusprechen. Eine gesamtschweizerische Umfrage zum Thema «Alkoholismus im Altersheim» wurde im Januar 2009 abgeschlossen. Am 26.6.2009 findet im Technopark Zürich eine halbtägige Fachtagung zum Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Abhängigkeit statt. Dort wird der Frage nachgegangen, wie bei älteren Menschen interveniert werden kann und soll, wenn sie zuviel Alkohol trinken. Wer soll die Kosten, wer die Verantwortung tragen. Das Thema soll dabei nicht nur aus therapeutischer, sondern auch aus ethischer Sicht behandelt werden. Die Referate zur Tagung werden auf der Website der Forel Klinik online zugänglich gemacht: www.forel-klinik.ch/referate.html

Kontaktperson des Expertenforums:

Thomas Meyer, Forel Klinik, thomas.meyer@forel-klinik.ch

Fazit

Die Personen, die im Alter von einer ausgeprägteren Suchterkrankung betroffen sind, stellen gesundheitspolitisch eine wichtige Gruppe dar, sie haben ein hohes Risiko, in Institutionen leben und betreut werden zu müssen. Diese Einrichtungen können sich Hilfe und Unterstützung für diese komplexe Aufgabe holen. Oft ist die Frage der Grenzziehung zwischen paternalistischer Bevormundung («zum Essen gibt's nur ein Glas Wein») und der Übernahme von Verantwortung für Schutzbefohlene nicht klar zu beantworten.

Das im Jahr 2007 gegründete «Expertenforum Altersalkoholismus Kanton Zürich»¹⁶ versucht beispielsweise Haus- und Heimärzte/-innen, Suchtinstitutionen, Wohn- und Pflegeheime und verschiedene andere Institutionen für dieses Thema zu sensibilisieren und eine Plattform für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu bieten.

Je eingebundener jemand in ein wohlwollendes gesellschaftliches und privates System, desto geringer ist die Chance in eine Abhängigkeitserkrankung abzugleiten. Die Fähigkeit sich zu vernetzen und die Kompetenz mit Verlusten umzugehen, sind dabei zentrale Fähigkeiten. Wir sollten sie nicht erst mit 60 trainieren. ●

Literatur

- Christensen, H. /Low, LF. /Anstey, KJ. (2006): Prevalence, risk factors and treatments for substance abuse in older adults. *Curr Opin Psychiatry* 19(6): 587-9.
- Colliver, JD. /Compton, WM. /Gfoerer, JC. /Condon, T. (2006): Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. *Ann Epidemiol* 16(4): 257-65.
- Fachstelle Oberthurgau (2009): Geschäftsbericht 2008. URL: www.sucht-fachstelle.ch, Zugriff: 25.05.2009.
- Glintborg, B. /Olsen, L. /Poulsen, H. /Linnet, K. /Dalhoff, K. (2008): Reliability of self-reported use of amphetamine, barbiturates, benzodiazepines, cannabinoids, cocaine, methadone and opiates among acutely hospitalized elderly medical patients. *Clin Toxicol* 46(3): 239-42.
- Meier, P. /Seitz, HK. (2008): *Curr Opin Clin Metab Care* (2008): Age, alcohol metabolism and liver disease. *Curr Opin Clin Metab Care* 11(1): 21-6.
- Meyer, K. et al. (2007): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Neuchâtel.
- Moore, AA. /Whiteman, EJ. /Ward, KT. (2007): Risk of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 5(1): 64-74.
- Schäufele, M. (2009): Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter: eine Übersicht. *Suchttherapie* 10: 4-11.
- Schäufele M/Weyerer S. (1999): Psychopharmakagebrauch und Sturzhäufigkeit bei Alten- und Pflegeheimbewohnern - Eine prospektive epidemiologische Studie in mannheim. *European Journal of geriatrics* . 1: 124-131.

Endnoten

- 1 vgl. Glintborg et al. 2008.
- 2 www.forel-klinik.ch
- 3 vgl. Meyer et al. 2007.
- 4 vgl. zu den Konsumhäufigkeiten von Alkohol und Medikamenten im Alter den Artikel von Höpflinger in dieser Ausgabe des SuchtMagazin, S. 4.
- 5 Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.
- 6 vgl. Schäufele 2009.
- 7 vgl. Colliver et al. 2000.
- 8 vgl. zu den Konsumhäufigkeiten von Alkohol und Medikamenten im Alter den Artikel von Höpflinger in dieser Ausgabe des SuchtMagazin, S. 4.
- 9 vgl. Moore et al. 2007.
- 10 Die Halbwertszeit beschreibt den Zeitraum, bis jeweils die Hälfte des im Körper befindlichen Medikamentenwirkstoffes wieder abgebaut ist.
- 11 vgl. Schäufele/Weyerer 1999.
- 12 vgl. Meier & Seitz 2008.
- 13 vgl. z. B. Fachstelle Oberthurgau 2009.
- 14 vgl. dazu ausführlich den Artikel von Geyer in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 15 Hess stellt in dieser Ausgabe des SuchtMagazin ein Verfahren zum Umgang mit alkoholgefährdeten KlientInnen bei der Spitex vor.
- 16 Siehe auch www.forel-klinik.ch Stichwort: 2008+Altersalkoholismus.

HANS PETER WORTNER (62)

erlitt 2005 einen schweren Herzinfarkt mit anschließendem Herzstillstand. Seiner damaligen Lebensgefährtin gelang es, ihn wiederzubeleben, doch Wortner lag wochenlang im Koma. Als er erwachte war er geistig beeinträchtigt, seine Freundin zog sich irgendwann von ihm zurück. Damals wurde er in einem offenen Heim untergebracht, was jedoch nicht funktionierte: Wortner wurde immer wieder orientierungslos von der Polizei aufgegriffen.

Als dann Ende 2005 ein Platz in einer geschlossenen Einrichtung frei wurde, entschied man sich für diese Lösung. Seitdem lebt Wortner auf einer Demenzstation.

Laut der gesetzlichen Betreuerin Wortners soll sich dies aber ändern: „Herr Wortner ist geistig fitter geworden, demnächst wird es ein Probe-wohnen in einer anderen Einrichtung geben.“

In diesem anderen Haus wird Wortner nicht auf einer Demenzstation leben.

„Ich hoffe dass er dort Kontakte knüpfen kann, dort sind viele geistig fitte Bewohner“, so die Betreuerin, „ich weiss dass ihm in seiner jetzigen Situation der soziale Austausch fehlt.“

Hans-Peter Wortner hat dem Probewohnen zugestimmt, Anfang Juni zieht er um.

Das Gespräch und der Fototermin fanden noch in der geschlossenen Einrichtung statt.



Das Einzelzimmer, in dem Herr Wortner lebt, ist eher spärlich eingerichtet, dennoch ist er damit zufrieden: „Das Zimmer ist in Ordnung, das Haus auch, und mit dem Personal kommt man auch gut klar.“ Das Problem seien die anderen Bewohner: „Das sind alles Debile, Demenzkranke, alle um die 80. Das ist schlimm für mich, man kann sich mit den Leuten nicht unterhalten.“

Zur Zeit bestehe sein Tagesablauf vor allem aus Schlafen und dem Warten auf die nächste Mahlzeit: „Ich muss irgendwo hin, wo es lebendiger ist, wo man Leute zum Reden hat.“

Etwas Abwechslung bringen Fernseher, Radio und Zeitschriften. Der Computer, der im Zimmer steht sei, so Wortner, alt, langsam und ohne Internetanschluss. „Ich weiss nicht was ich hier tun soll, man wird depressiv, zumindest greift man nicht zur Flasche, sowas gibt es hier ja nicht.“



Die Plaketten und Nadeln auf der Pinnwand gleich neben der Zimmertür zeugen von gewerkschaftlichem bzw. linkspolitischen Engagement. Hans Peter Wortner arbeitete bei der Post, später dann in einer Abteilung für Rechtsberatung des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Er bezeichnet sich nach wie vor als „Gewerkschaftler“ und hält sich politisch auf dem Laufenden, liest Zeitung und den „Spiegel“.

Früher war er bei jeder 1. Mai - Kundgebung dabei, dieses Jahr musste die Teilnahme ausfallen: „Ich bin halt nicht gut zu Fuss, kann längere Strecken nur im Rollstuhl zurücklegen, da muss immer einer dabei sein.“ Wortner wurde als junger Mann („da war ich wohl um die 20“) von einem niederländischen Armeelastwagen überfahren und dabei schwer verletzt, ein Bein musste amputiert werden, seitdem trägt er eine Prothese.

Er würde, so Wortner, wieder gerne mehr im gewerkschaftlichen Bereich machen, aber dazu brauche er Hilfe und „es kümmert sich ja niemand drum.“ Zwar kommt einmal die Woche jemand von der Arbeiterwohlfahrt, etwa um ihn bei Erledigungen zu unterstützen, das aber reiche, so Wortner, nicht aus.

Seine Betreuerin dazu: „Wir versuchen schon, ihm Angebote zu machen aber er lehnt vieles ab. Ich hoffe dass er seine Antriebslosigkeit mit dem Umzug ein Stück weit überwinden kann.“

