



## EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser, die amerikanische Sozialpsychologin Ellen J. Langer startete 1979 in einem abgeschiedenen Kloster ein Experiment mit älteren Menschen, dessen Ergebnisse ich heute für noch bedeutsamer halte als damals: Männer im Alter zwischen Ende 70 und Anfang 80 wurden in zwei Gruppen zu je acht Teilnehmern aufgeteilt. Beide Gruppen hielten sich für eine Woche in einer Umgebung auf, wie sie 1959 existierte, mit Schwarz-Weiß-Fernsehen, Musik von Nat "King" Cole und Filmen wie "Ben Hur". Gleichzeitig wurde die experimentelle Gruppe aufgefordert sich vorzustellen, es sei tatsächlich das Jahr 1959. Alles, was in ihrem Leben nach dieser Zeit geschah, sollte in der Woche tabu sein. Die Kontrollgruppe erhielt die Aufgabe, sich rückblickend mit dem auseinanderzusetzen, was sie 1959 beschäftigte.

Das Ergebnis des Experiments mit der künstlich geschaffenen Zeitinsel, auf der die Versuchspersonen 20 Jahre jünger waren: Beide Gruppen waren tatsächlich "jünger" geworden, und bei denen, die sich 20 Jahre zurückversetzt hatten, waren die Veränderungen noch deutlicher messbar: So hatte sich unter anderem die Beweglichkeit ihrer Gelenke verbessert, und in Intelligenztests waren stärkere Verbesserungen festzustellen. Auf Fotos wurden alle Teilnehmer der experimentellen Gruppe von neutralen Betrachtern nach dem Versuch als deutlich jünger bewertet. Der Satz "Wir sind so jung, wie wir uns fühlen" wird dadurch wissenschaftlich bestätigt. Fraglich ist allerdings, ob die plausible Schlussfolgerung „Wir fühlen uns umso schneller alt, je rascher sich unsere Umwelt ändert“ ebenso gilt. In jedem Fall wurde durch das Experiment deutlich, dass Altern nicht nur ein biologisches Phänomen ist. Unsere Umgebung und die Aufgaben, die das Leben an uns stellt, üben einen erheblichen Einfluss darauf aus. Das gilt nicht nur für unser Lebensgefühl, sondern sogar für körperliche und geistige Leistungen. Die salus klinik nutzt und fördert diesen Aspekt in der Therapie, insbesondere in unserer „Seniorengruppe“. Diesem Thema sind große Teile dieses Heftes gewidmet. Geben Sie doch innerlich schon einmal einen Tipp ab: Steigt oder sinkt der Therapieerfolg mit zunehmendem Alter?



Einige interessante Minuten beim Lesen dieser salü wünscht Ihnen

Ralf Schneider



Kirsten Delfs

## „Je oller, je doller“

### Die Seniorengruppe in der salus klinik

Seit 25 Jahren heißt unsere Klinik salus klinik und ebenso lange gibt es hier die Seniorengruppe. Der Begriff „Senioren“ hat dabei weniger mit dem Lebensalter zu tun als vielmehr mit einem entscheidenden Lebensabschnitt: dem Ende der Erwerbstätigkeit und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben.

Das vorherrschende Suchtproblem der Frauen und Männer in dieser Gruppe ist die Alkoholabhängigkeit und daneben auch die Medikamentenabhängigkeit. Die Erfahrungen und Hintergründe, die mit der Entwicklung dieser Problematik zusammenhängen, sind vielfältig. Einige sind zum ersten Mal in einer Therapie, andere haben mehrfache Therapieerfahrungen; bei den einen hat sich das Suchtproblem erst spät im Leben entwickelt, während andere ihr ganzes Erwachsenenleben damit zu tun hatten; manche verfügen bereits über eine langjährige Abstinenz Erfahrung, mehrheitlich sind solche Erfahrungen von eher kurzer Dauer oder nicht vorhanden. Diese bunte Mischung an Erkenntnissen und Fertigkeiten ermöglicht einen intensiven Austausch miteinander, hilft Hemmungen abzubauen

und ermöglicht gerade denjenigen, die zum ersten Mal in einer Therapie sind, Risikofaktoren besser abzuwägen, da nicht nur „graue Theorie“ vermittelt wird, sondern Mitpatienten von eigenen Erlebnissen berichten.

Personen mit reicher Lebenserfahrung tun jeder Therapiegruppe gut, gerade jüngere Patienten können von ihnen profitieren. Warum also eine spezifische Gruppe für Patienten im vorgerückten Alter, die Abschied vom Erwerbsleben genommen haben? Der wesentliche Grund dafür ist das Recht auf eine spezifische, individuelle Behandlung. Senioren sollen nicht die Funktion von Therapie Helfern und ausgleichenden Elementen in gemischten Gruppen übernehmen, sondern sich um ihre ganz besondere Situation und die für sie relevanten Themen kümmern können.

Viele Menschen freuen sich auf die Rente, andere dagegen haben Angst vor Leere und dem Wegfall sozialer Kontakte. „Alt werden ist nichts für Feiglinge“ sagte Mae West und Joachim Fuchsberger übernahm diesen Satz später als Titel eines Buchs. Unser Motto muss folglich lauten: Mit Mut und Zuversicht den Heraus-

forderungen dieses Lebensabschnitts begegnen! Leugnen und wegschauen hilft nicht. Jeder für sich wendet diese Strategie aber nur zu gerne an. Deshalb ist der erste Wirkfaktor unserer Therapie die Gruppe: sich diesen Herausforderungen gemeinsam zu stellen, erleichtert bereits sehr viel, Erfahrungen auszutauschen, Ideen zu entwickeln und Neues auszuprobieren, ist ein wichtiger Teil der Gruppe. Eine der wichtigsten Herausforderungen ist dabei sicherlich die individuelle ehrliche Beantwortung der Frage, wie man künftig mit Alkohol und Medikamenten umgehen will: Lohnt sich eine dauerhafte Abstinenz? Gibt es Alternativen dazu, mit denen ich auch überleben oder sogar besser leben zu können glaube? Manch einer der jüngeren Suchtpatienten mag sich denken „... wenn ich erst in Rente bin, dann kann ich doch wieder ...“. Nach der Berentung fallen viele Verpflichtungen weg – dem Arbeitgeber muss keine Rechenschaft mehr abgelegt werden. Lohnt es sich also wirklich, auf das geliebte Glas Wein oder Sekt zu verzichten? Lohnt es sich, die Schlafmittel, die zum Teil seit 20 Jahren verschrieben werden, aufzugeben? Lohnt es sich bei anhaltender Schmerzsymptomatik die Einnahme opiathaltiger Schmerzmittel genauer zu prüfen? Die Frage kann ein jeder nur für

**Möglichkeit der Rehabilitation trotz Berentung?**

sich selbst beantworten.

Als Gründe für eine dauerhafte Abstinenz werden häufig genannt: der Erhalt der Partnerschaft, Druck der Kinder, die einem ansonsten die Enkel nicht mehr anvertrauen würden, die Erhaltung von Würde und Selbstachtung, die Jahre, die noch verbleiben, zufriedenstellend gestalten.

Gerade älteren Menschen fällt der Weg in die Therapie sehr schwer. Nur wenige Klienten über 60 Jahren nehmen Einrichtungen der Suchthilfe in Anspruch. Häufig bestehen große Hemmschwellen.

Starke Schuldgefühle und die häufiger als bei jüngeren Menschen bestehende Einstellung, dass Alkoholismus keine Krankheit ist, sondern ein persönliches Versagen, verhindern die Behandlungsaufnahme. Manchmal sind es auch praktische Fragestellungen, wie Übernahme der Kosten für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. So wissen nicht alle, dass bei Berentung die Krankenkassen die Kosten für die Therapie tragen. In der Regel umfasst die Therapiedauer ca. 8 Wochen, kann

**Veränderungsbereitschaft im Alter möglich??**

bei Bedarf aber verlängert werden. Voraussetzung für eine Aufnahme bei uns ist, dass kein erhöhter Pflegebedarf und keine schweren kognitiven Einschränkungen bestehen, die eine erfolgreiche Teilnahme an den Therapien verhindern würden. Gehhilfen wie z.B. ein Rollator stellen kein Hindernis für die Aufnahme bei uns dar. Hat die Therapie mit älteren Menschen denn überhaupt Erfolg? Kann man auch im Alter noch etwas dazulernen oder sind die Gewohnheiten so eingefahren, dass ein Rückfall in alte Verhaltensmuster und damit auch in den Konsum automatisiert ist? Erstaunlicherweise zeigen unsere

**Offener Info-Abend:**

**Jeden Mittwoch findet in der salus klinik ein Informations-Abend statt. Alle Interessierten sind herzlich um 18.30 Uhr eingeladen**

Katamnesen über alle vergangenen Jahre, dass die Abstinenzquote bei den über 60jährigen wesentlich höher liegt als bei den jüngeren. Insofern liegt die Antwort auf der Hand: Ja, „je oller, desto doller“ der Therapieerfolg! Wie kommt es zu den höheren Abstinenzquoten? Wie meistens gibt es mehrere Erklärungsansätze. Gerade Senioren bringen viele Ressourcen für eine Behandlung mit. Es handelt sich mehrheitlich um reife Persönlichkeiten, die im Verlauf des Lebens bereits viel erreicht und viele Krisen und schwierigen Momente gemeistert haben. Diese im Verlauf der Zeit erworbenen Fähigkeiten und Erkenntnisse können auch in anderen schwierigen Lebenssituationen Kraft, Trost und Hoffnung geben. Gleichzeitig besteht eine hohe Verbindlichkeit in Bezug auf die Einhaltung von Regeln und getroffenen Vereinbarungen. Über 60jährige beenden ihre Therapie häufiger regulär als jüngere Patienten. Möglicherweise hat dies auch damit zu tun, dass die Konsequenzen nachhaltiger sind. Es bleibt nicht mehr so viel Zeit, um Fehler zu korrigieren, und die Lebenszeit wird zu kostbar, als dass man sie zu verschwenden riskiert.

Was genau sind die Themen einer Gruppe für Patienten im Rentenalter?

Die häufigsten Themen sind Tagesstruktur und Freizeitgestaltung sowie der Verlust des Gefühls, gebraucht zu werden. Der Beruf ist für viele trotz möglicher Ärgernisse eine wichtige Quelle nicht nur der finanziellen Versorgung, sondern von Selbstwertgefühl, Kontakten und auch Taktgeber für den Tag. Aber auch für denjenigen, der nicht im Berufsleben stand, ändert sich im Alter einiges. Die Kinder sind in der Regel erwachsen, leben eventuell weit entfernt. Je nach Alter, in dem man in die Therapie kommt, sind auch die Enkel schon erwachsen oder verbringen ihre Zeit lieber mit Freunden als mit Oma und Opa. Während die Vorstellung, ein Leben „ohne Verpflichtungen“ zu führen und tun zu können, was man möchte, zunächst verlockend erscheinen mag, kommt schnell die Ernüchterung. Gefühle von Einsamkeit entstehen und die Frage taucht auf: Was jetzt? Die Tage ziehen sich, plätschern vor sich hin und das Leben besteht schnell aus grauer Routine. Alkohol wird ein Begleiter, der immer mehr Raum einnimmt und der zugleich verhindert, nach einem Ausweg daraus zu suchen. Insofern ist eine wichtige Aufgabe, wieder „Farbe“ in den Alltag zu bringen. Einige Lösungen scheinen auf der Hand zu liegen: Ehrenamt, Besuch eines Vereins, vielleicht noch

ein VHS-Kurs, Seniorensport und vor allen Dingen der Besuch einer Selbsthilfegruppe. Wenn es doch so einfach wäre! Für manche ist es das tatsächlich und die Gruppentherapie ist mehr oder minder Ideengeber. Bei anderen geht es um den Umgang mit Hemmnissen, die solchen offensichtlichen Lösungen im Wege stehen. Zum Beispiel das Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit und zunehmende körperliche Einschränkungen, u.a. Fuß-, Knie-, Rücken- und Hüftprobleme. Wie hinkommen zum VHS-Kurs, wenn Auto fahren nicht möglich ist und die öffentlichen Verkehrsmittel nicht oder nur ungünstig fahren? Während ein Teil der Therapie der Aktivierung von sozialen Ressourcen und der Klärung von Hilfsmöglichkeiten vor Ort gewidmet ist, werden in der Gruppe gemeinsam Lösungsideen entwickelt und man profitiert wechselseitig von den Erfahrungen der anderen. Dazu gehören auch Flexibilität und Offenheit für neue Ideen. Ein Beispiel wäre der Fußballspieler, der mit schweren Knieproblemen aktiv sein Hobby nicht mehr ausüben kann. Er kann aber evtl. Trainer werden oder einen anderen Sport ausüben. Der durchgängige Blickwinkel ist dabei stets auf die Kompetenzen gerichtet statt auf Defizite, d.h. statt sich zu fragen, was kann ich nicht mehr, fragt man, „wer bin ich, was kann ich und was habe ich“? Ein weiteres häufiges Thema ist statt des geschilderten Mangels an Aktivitäten ein Zuviel an Anforderungen und Aufgaben. Dazu kann die Pflege und Versorgung der zum Teil hochbetagten Eltern / Angehörigen gehören, die Versorgung des inzwischen viel zu großen Hauses und Gartens oder vielleicht sogar das übernommene Ehrenamt, das mehr zur Belastung geworden ist als zur Freude. Alkohol dient als Mittel der Stressbewältigung, Schmerzmedikamente dienen als Mittel, um die gestellten Anforderungen erfüllen zu

| Alter        | Unterteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) |
|--------------|--|
| 51-60 Jahre  | alternde Menschen                                  |
| 61-75 Jahre  | ältere Menschen                                    |
| 76-90 Jahre  | alte Menschen                                      |
| 91-100 Jahre | sehr alte Menschen                                 |

können. Gerade hier können die Therapie und der Austausch mit anderen helfen, einen Blick über den Teller- rand hinaus zuwerfen und Anregung zur Veränderung zu geben. Darüber hinaus gehende Themen sind Einsamkeit, Trauerbewältigung (nach Verlust des Partners / naher Freunde) und die Klärung der zukünftigen Wohnsituation, v.a. bei zunehmenden körperlichen Einschränkungen.

Dass diesen Themen der Raum gegeben wird, den sie benötigen, und dass sie sich nicht gegen die scheinbar wichtigeren Anliegen von jüngeren Mitpatienten behaupten müssen, ist das wahrscheinlich wichtigste Element für den Erfolg unserer Seniorengruppe. Die von Haus aus gute Kohäsion in der Seniorengruppe wird außerdem gestärkt durch die speziellen Bewegungs- und Sporttherapie und gemeinsame Freizeitaktivitäten, die unter anderem von der Ergotherapie angeregt werden. All dies trägt dazu bei, dass sich gerade die Senioren in unserer Klinik besonders wohl fühlen und so viel von der Therapie profitieren.

Die Autorin, Dipl.-Psych. Kirsten Delfs, ist approbierte Psychotherapeutin. Sie ist seit Anfang 2000 in der salus klinik tätig. Neben der Therapie von Senioren hat sie sich zusätzlich spezialisiert auf die Behandlung der Tabakabhängigkeit und sich fortgebildet im Bereich der Mediensucht. Seit dem Jahr 2007 ist sie Bezugstherapeutin der Seniorengruppe.





Dietmar Kramer

# „Die stille Sucht der älteren Damen“

- Medikamentenkonsument im Alter -

Der Brut- und Normdirektor schwärmt vor den Studenten:

*"Heutzutage – sehn Sie, das ist wahrer Fortschritt! – arbeiten die alten Männer, erfreuen sich ihrer Geschlechtskraft, sind immer beschäftigt, das Vergnügen lässt ihnen keine Muße, keinen freien Augenblick, um sich hinzusetzen und nachzudenken. Und selbst wenn sich durch einen unglückseligen Zufall eine Lücke in der ununterbrochenen Kette ihres Zeitvertreibs auftut, ist immer Soma zur Hand, das köstliche Soma! Ein halbes Gramm genügt für einen halbfreien Tag, ein Gramm fürs Wochenende, zwei Gramm für einen Ausflug in die Pracht des Orients, drei Gramm für eine dunkle Ewigkeit auf dem Mond.*

Aus Aldous Huxley „Schöne neue Welt“ 1932

Unsere Gesellschaft wird älter. Gehört heute etwa ¼ der bundesdeutschen Bevölkerung der Generation 60 plus an, soll dieser Anteil im Jahr 2060 auf etwa 1/3 der Bevölkerung anwachsen. Ältere Menschen nehmen mehr Medikamente ein als jüngere Menschen. Dabei ist bekannt, dass etwa 5% aller verordneten Medikamente ein Suchtpotenzial haben. Gerade die Medikamente mit Suchtpotenzial wie Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel werden besonders häufig von älteren Menschen, insbesondere von älteren Frauen, eingenommen. Daher verwundert es nicht, dass die Abhängigkeit von Medikamenten besonders bei älteren Menschen sehr verbreitet ist. In einer bundesweiten Untersuchung aus dem Jahr 2000 fand sich bei 2,9% der Befragten zwischen 18 und 59 Jahren eine Medikamentenabhängigkeit. Greift man die Altersklasse der 50-59-Jährigen heraus, betrug die Quote der Medikamentenabhängigen in dieser Gruppe schon 4,9%. Es ist davon auszugehen, dass dieser Anteil mit höherem Alter noch weiter zunimmt. Gerade die Gruppe der über 65jährigen wird aber in den Erhebungen häufig gar nicht mehr erfasst. Nicht umsonst lautete daher eine Schlagzeile vieler Zeitungen anlässlich der Vorstellung des diesjährigen Suchtberichts der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen „Die stille Sucht der älteren Damen“.

Eine Medikamentenabhängigkeit unterscheidet sich deutlich von anderen

Suchterkrankungen. Am Beginn der Medikamentenabhängigkeit steht in der Regel ein medizinisches Problem, welches vom Arzt mit Medikamenten behandelt wird. Schlafstörungen, Schmerzen oder Ängste sind häufige Gründe für den ersten Arztbesuch und für die Verordnung eines Schlaf- oder Beruhigungsmittels bzw. eines Schmerzmittels. Wenn die Einnahme des Medikaments täglich und oft über Jahre regelmäßig erfolgt, kommt es zu dem Punkt, an dem der Körper das Medikament benötigt und der Betroffene nicht mehr auf das Medikament verzichten kann. Beim Absetzen des Medikamentes kommt es zu Entzugserscheinungen, die sich häufig in Schlafstörungen, Unruhe und Ängsten äußern. Diese Symptome signalisieren dem Patienten, dass er ja wohl zu Recht das Medikament einnimmt, denn wenn er es absetzt, geht es ihm schlechter. Obwohl an dieser Stelle schon längst eine Abhängigkeitserkrankung eingetreten ist, erlebt der Betroffene sich nicht als „süchtig“. Er nimmt das Medikament ja aus einem triftigen medizinischen Grund ein, er bekommt es ja deshalb von seinem Arzt verordnet. Dies ist einer der Gründe, weswegen medikamentenabhängige Menschen in unserem sehr gut ausgebauten Suchthilfesystem gar nicht erst ankommen. Von den geschätzt 1,5 bis 1,9 Millionen medikamentenabhängigen Menschen in Deutschland haben im Jahr 2014 gerade einmal 254 Personen eine Entwöhnungsbehandlung absolviert!

Gerade ältere Menschen kommen meist erst gar nicht auf die Idee, dass sie eine vom Arzt verordnete Substanz

mit Suchtpotenzial missbräuchlich verwenden. Das Medikament wird vielmehr als ärztlich verordnetes Hilfsmittel erlebt. Erschwerend kommt noch hinzu, dass die Einnahme des Medikamentes häufig „kontrolliert“ erfolgt, d.h. über Jahre konstant in einer festen Dosis (sog. „Niedrigdosisabhängigkeit“). Die Abhängigkeit von dem Medikament würde der Betroffene erst bemerken, wenn er versucht, es abzusetzen, was in der Regel gar nicht erst getestet wird.

Wenn das Medikament über Jahre so gut vertragen wird, könnte man sich ja fragen: warum überhaupt absetzen? Kann man mit dem Medikament nicht einfach „alt werden“? Leider kommt es mit zunehmendem Alter häufig doch zu Komplikationen durch die Einnahme des Medikamentes. Ältere Menschen vertragen Medikamente schlechter und entwickeln häufiger Nebenwirkungen. Es kann zu Vergiftungserscheinungen wie zum Beispiel zu Antriebsmangel, Gehstörungen oder verwaschener Sprache kommen. Die Leistungsfähigkeit und die Gedächtnisleistungen lassen nach. Es kann zu Stürzen mit lebensbedrohlichen Knochenbrüchen, zu sozialem Rückzug und zur nachlassenden Körperhygiene mit Verwahrlosungserscheinungen kommen. Den älteren Menschen „in Ruhe zu lassen“ und ihm „sein Medikament zu gönnen“ ist daher häufig eine schöne Illusion, die dem Betroffenen nicht gerecht wird.

Älteren Menschen wird ein Entwicklungs- und Veränderungspotential

häufig abgesprochen. Dies führt nicht selten zu einer resignierten Haltung und zu Hilflosigkeit bei den Betroffenen, bei den Angehörigen und auch beim medizinischen Personal. Dabei gibt es vielfältige Behandlungsmöglichkeiten und die Behandlungsprognosen sind günstig! Gerade ältere Menschen profitieren besonders gut von Entwöhnungsbehandlungen. Die Abstinenzquoten nach einer Entwöhnungsbehandlung sind bei älteren Menschen sogar besser als bei jüngeren!

Eine Behandlung muss natürlich den Besonderheiten älterer Menschen gerecht werden. Ältere unterscheiden sich häufig im sozialen Status von ihren jüngeren Mitpatienten. Sie sind vielleicht verwitwet, haben weniger soziale Kontakte, nehmen weniger teil am „öffentlichen Leben“, sind weniger mobil und oft vereinsamt. Diese Themen müssen sich in der Behandlung widerspiegeln.

Ältere haben aber auch Ressourcen, auf die in der Therapie aufgebaut werden kann. Sie haben häufig eine hohe Impulskontrolle, eine hohe Frustrationstoleranz, weisen weniger Aggressivität und insgesamt eine größere Gelassenheit auf. Ausgeprägte Schuld- und Schamgefühle gerade gegenüber ihren Kindern oder Enkeln sind starke Motivatoren für eine Veränderung.

In unserer Klinik behandeln wir medikamentenabhängige Menschen seit 2003 in einer eigenen Bezugsgruppe. Ältere, schon berentete Medikamentenabhängige, werden auch in unserer Seniorengruppe behandelt. Der Vorteil dieses Behandlungsansatzes in themenspezifischen Bezugsgruppen liegt nach unserer Erfahrung darin, dass sich Betroffene leichter tun, sich miteinander über ihre Sorgen und Probleme in der Gruppe auszutauschen, sich weniger alleine mit ihren Problemen zu erleben und eher als in gemischten



Gruppen gemeinsame Lösungswege mit anderen Betroffenen in der Gruppe zu suchen. Da die meisten Betroffenen neben der Medikamentenabhängigkeit noch eine weitere psychische oder körperliche Erkrankung haben (z.B. eine Angststörung, Schlafstörung oder chronische Schmerzstörung), werden diese komorbiden Störungen in der Therapie mit behandelt.

Im Jahr 2016 haben wir 36 Patienten mit der Hauptdiagnose und 48 Patienten mit der Nebendiagnose einer Abhängigkeit von Beruhigungs- oder Schlafmitteln (Benzodiazepine oder „Z-Substanzen“) oder von opiathaltigen Schmerzmitteln behandelt. Das Durchschnittsalter in der Gruppe der Medikamentenabhängigen von Beruhigungs- oder Schlafmitteln betrug 50,6 Jahre und lag damit erwartungsgemäß deutlich über dem allgemeinen Durchschnittsalter unserer Patienten (45,4 Jahre). Mit Ausnahme eines Patienten, der wegen Rückfälligkeit entlassen werden musste, berichteten alle Patienten von einer hohen Zufriedenheit mit ihrer Behandlung.

Es wäre zu wünschen, dass deutlich mehr medikamentenabhängige Menschen den Weg in eine spezialisierte Behandlung finden. Dazu beitragen können neben den Betroffenen insbesondere deren Angehörige, die Hausärzte und bei noch Berufstätigen die Kollegen oder ihre Vorgesetzten.

## Der salus-Chat

ist täglich von  
19:00 - 21:00 Uhr durch  
Moderatoren besetzt.

Jeden Mittwoch:  
19:00 - 21:00 Psychosomatik-  
Chat

[www.saluschat.de](http://www.saluschat.de)

# Ich möchte Mut machen!!

## Erfahrungsbericht einer „Seniorin“

*Margit Eilers ist 72 Jahre alt, wohnt in München, ist ehemalige Krankenschwester (in der Intensivmedizin und Leitung einer geriatrischen Tagesklinik) und Mutter zweier Söhne. Als Rentnerin engagiert sie sich in der Suchtselbsthilfe in verschiedenen Gruppen, kümmert sich um ihre Enkelkinder und genießt das Leben. Sie war vom 04.10. bis 12.12.2012 Patientin bei uns im Haus und berichtet heute von ihren Erfahrungen, weil sie anderen Mut machen möchte.*

### salü Redaktion: Wie ist Ihr Leben verlaufen, kurz bevor Sie sich für eine stationäre Rehabilitation entschieden haben?

**Frau Eilers:** Ich habe in meinem Leben sehr gerne gearbeitet und bin sehr ungerne in den Ruhestand gegangen. Ich bin damit einfach nicht zurechtgekommen, keine Verantwortung mehr für andere Menschen zu haben. Die beruflichen Anforderungen waren weg und ich hatte keinen Ersatz. Anfangs hatte ich ein bisschen mehr mit der Betreuung meiner Enkel zu tun, aber das haben mein Sohn und seine Frau unterbunden, als sie gemerkt haben, was mit mir los war. Ich trank immer mehr und mehr. Ich bin zwar nie betrunken dorthin gegangen, aber einmal hatte ich mir „für den Fall der Fälle“ eine halbvolle Flasche Wein mitgenommen, die sie gefunden hatten. Ich muss heute sagen: mit Recht haben sie diesen Schritt gewählt. Ich hätte genauso gehandelt. Danach hatte ich dann aber gar keine Aufgaben mehr und bin so immer mehr zum Trinken gekommen. Erst war alles rosig, aber dann... Insbesondere durch meinen Beruf als Krankenschwester wusste ich, wo Alkoholmissbrauch hinführen kann, und eigentlich hätte ich rechtzeitig die Bremse ziehen müssen. Als dann irgendwann auch noch eine Depression dazu kam, hab ich mir jeden Morgen vorgenommen, heute nichts zu trinken und bin dann doch noch kurz vor Ladenschluss los, um einzukaufen. Den Sprung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit, den hab ich dann, ehrlich gesagt, gar nicht mehr mitbekommen. Mein Hausarzt hat mich mal gefragt, wo ich hin will? Ob ich irgendwann mal unter der Brücke liegen möchte. Heute sag ich zwar „Man muss gar nicht unter einer Brücke liegen, man bringt sich auch vorher schon so weit runter!“, aber das hat mir damals geholfen. Ich hatte mich damals total zurückgezo-

gen. Das letzte ¼ Jahr bestand nur noch aus Entsorgung der Flaschen, Beschaffung des Alkohols und eben dem Trinken. Wenn auch nicht unter der Brücke, war das Leben trotzdem absolut unwürdig. Und das war für mich der springende Punkt. „Nein“ zu diesem unwürdigen Leben zu sagen: „Du hörst auf und fängst wieder an zu leben!“

Dazu muss ich aber auch noch sagen, dass meine Söhne mir erst so richtig klar gemacht haben, dass ich wirklich eine Abhängigkeit habe. Die haben mich zu zweit aufgesucht, als sie nicht mehr zugucken wollten, und haben sich unheimlich toll verhalten. Sie haben sich viel Zeit genommen und immer wieder angesetzt und mich gefragt, ob ich Ihnen vielleicht irgendwas sagen möchte. Ich bin lange auf und ab gegangen und habe es natürlich bestritten. Aber die haben sich einfach so viel Zeit genommen und sind ganz ruhig geblieben, bis ich dann irgendwann so weit war und gesagt habe: Ok, so ist es. Ich bin alkoholabhängig!!! Und von da an ging es eigentlich seinen Weg. Aber man kann wirklich sagen, dass ich von Anfang an Unterstützung von meiner Familie hatte.

### Bitte schildern Sie unseren Lesern, in welcher Gruppe Sie bei uns aufgenommen waren und für wen die Gruppe geeignet ist?

In dieser Gruppe geht es natürlich, wie in den anderen Gruppen auch, erstmal allgemein um Sucht und die Hintergründe, die dazu geführt haben. Das muss man ja erst mal lernen und überhaupt verstehen. Dann muss man speziell dazu sagen, dass die Gruppe ausschließlich aus Senioren besteht. Das ist mir durchaus manchmal etwas komisch vorgekommen, da ich mich eigentlich etwas jünger gefühlt habe. Aber in der Gruppe geht es darum, wieder zu lernen, wie man zurück zur Tagesstruktur findet. Man macht Pläne, wie man die Struktur wieder zurück-erlangen kann, die man meist bei Eintritt ins Rentenalter verloren hat. Andere Patienten in der Gruppe sind einfach nicht mit dem Älterwerden klargekommen. Letztendlich alles Patienten, die ein ähnliches Thema teilen. In der Seniorengruppe sind sicherlich die Themen, die zum Missbrauch und dann zur Abhängigkeit führen, andere als bei jüngeren Patienten. Bei jüngeren ist es häufig so, dass der Beruf

eine große Rolle spielt (Unzufriedenheit, Überforderungen etc.). Bei älteren Patienten geht es wie gesagt eher um Themen, wie die Schwierigkeit älter zu werden oder den nicht mehr vorhandenen Beruf. Klar trifft das auf unterschiedliche Patienten mehr oder weniger zu, es gibt ja auch Menschen die sich freuen, in Rente zu gehen. Aber die Grundthemen der Gespräche sind einfach andere als bei jüngeren Patienten.

### Wenn Sie zurückdenken, was war für Sie in der Therapie besonders wichtig?

Als ich meine Berufsausbildung angefangen habe, da war das Thema Alkohol noch ein Tabuthema. Da hat man den Alkoholkranken als Säufer abgestempelt. Wie es dazu kommt und was sich da eigentlich im Körper genau abspielt, das hab ich erst in der Therapie gelernt. Ich habe zum Beispiel erkannt, dass es bei mir schleichend ging. Alkohol ist ein Gesellschaftsproblem als solches. Es wird überall was getrunken. So kannte ich das auch aus meinem gesellschaftlichen Leben. Wenn man was getrunken hat, war da nichts dabei. Auch im Beruf meines geschiedenen Mannes - er war Offizier beim Bund - da war es üblich, dass die dazugehörigen Frauen morgens Sekt-empfangs gegeben haben. Da hat man schon viel getrunken. Aber natürlich noch kontrolliert. Und diese Kontrolle, die hab ich halt später irgendwo verloren. Und das muss man halt erst mal verstehen. Für einen Alkoholkranken ist Alkohol nun für immer tabu. Ich habe in der Klinik gelernt eine Mauer aufzubauen. Eine Mauer, über die ich nie wieder drüber darf. Sonst wäre es vorbei. Am Anfang hab ich mir das etwas einfacher gemacht. Ich habe gedacht, ich muss mein Leben wie ein Diabetiker leben. Der darf bestimmte Dinge auch einfach nicht. Aber das war mir persönlich dann irgendwann zu einfach. Und mit der Mauer ist das stimmiger für mich. Ich kann damit gut leben und ich empfinde sie nicht mehr wirklich als Mauer. Sie ist zwar noch da, aber weiter in den Hintergrund gerutscht.

### Wann und wie haben Sie die Zeit danach vorbereitet? Was hat sich hinsichtlich der fehlenden Tagesstruktur verändert?

Das allerwichtigste war für mich, dass der Kontakt zu meiner Familie bereits

während der Reha wieder deutlich besser wurde. Die wollten natürlich erst sehen, dass ich wirklich entschlossen bin. Ich hab mir viele Sucht- und Gesundheitsvorträge in der Klinik angeschaut. Manchmal war ich sogar zweimal drin. Ich habe versucht, mir einen Plan zu machen, was ich an meinem Leben verändern muss. Ich hab mir überlegt, welche Hobbys ich wieder ausüben möchte und was mir früher Spaß gemacht hatte. Das habe ich dann versucht in meinen Therapiealltag zu integrieren. Ich hab zum Beispiel wieder angefangen zu lesen und bin spazieren gegangen. Ich habe vorher auch schon gelesen, aber ich war nicht so richtig bei der Sache. Das mache ich heute viel bewusster. Auch in der Natur kann ich ganz andere Dinge wahrnehmen als früher. Ich habe gemerkt, dass mir das hilft, wenn es mir nicht so gut geht. Am Anfang hab ich immer

alles stehen und liegen lassen und bin einfach los, das wurde dann immer besser geplant und ist heute zu meiner täglichen Routine geworden. Durch Achtsamkeit hab ich gelernt, Dinge wieder ganz anders wahrzunehmen z.B. die Natur oder die Architektur. Seitdem muss ich sagen, hab ich angefangen, das Leben wieder als schön zu empfinden.

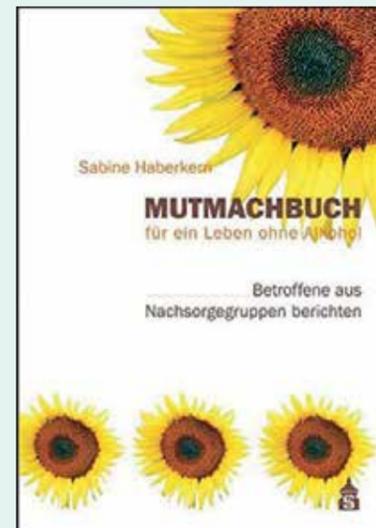
Ergänzend hierzu habe ich mir eine Strategie für die Zeit nach der Therapie überlegt und die Nachsorge vorbereitet. In der Beratungsstelle habe ich die reguläre Nachsorge gemacht und diese sogar verlängert. Mir hat das unheimlich gut getan, mich weiter mit bestimmten Gefühlslagen zu beschäftigen. Parallel hab ich von Anfang an meine Selbsthilfegruppe - die salusianer - besucht und mittlerweile leite ich sogar eine eigene Senioren-Selbsthilfegruppe bei der Caritas München.

#### Gibt es etwas, was Sie unseren Lesern mitgeben möchten?

Ich möchte Mut machen diesen Schritt zu gehen. Ich würde es jedem empfehlen, vor allem, weil man das Leben danach wieder schön findet. Man findet schnell Anschluss zu anderen Patienten. Es gibt viele verschiedene Angebote, die man in der salus klinik nutzen kann. Dadurch lernt man andere Patienten aus anderen Gruppen kennen und kann sich mit denen in der Freizeit für gemeinsame Unternehmungen ö. ä. verabreden.

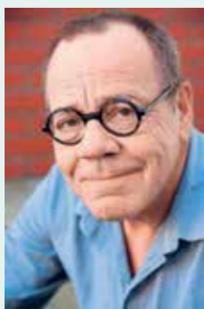
Ich kann nur jedem raten, während der Therapie aufmerksam zuzuhören, darüber nachzudenken und sich was aufzuschreiben, z.B. in Form eines Tagebuchs.

NBR



Ein Mutmachbuch für ein Leben ohne Alkohol von Sabine Haberkeim ist im Schneider Verlag Hohengehren erschienen und im Buchhandel erhältlich.

## AUS DER TIEFE DER FLASCHE



Report einer kranken Seele  
Von Helmut Schumann

Es geht nur in der dritten Person, kein „Ich“. Es geht nur als „Er“. Er macht zwar kein Hehl daraus, wer er ist. Sein Name steht unter dem Text. Aufmerksamen Lesern könnte er bekannt sein, als Reporter, Kolumnist, Buchautor, Pubertisten-Erzieher, Wanderer und und und, aus diversen Zeitungen und Talk-Shows. Er macht auch kein Hehl daraus, wo er herkommt und warum er hier ist. Nämlich aus der Tiefe der Flasche kommt er und hier ist er, um diese Flasche nachhaltig, am besten endgültig, trocken zu legen.

Ich bin er. Aber ich muss neben mich treten, um ihn besser beobachten zu können. Im Beobachten war er immer schon stark, stärker als in der Nabelschau. Deshalb hat er diesen Beruf gewählt, Journalist. Und weil er darin, in aller Bescheidenheit, stark ist, heimst er Preise ein, hat Erfolg, wurde umworben.

Freunde begleiteten seinen Weg, kaum einer hat ihm dabei wehgetan. Auch Johnny nicht. Nennen wir ihn Johnny, Johnny W.. Er könnte auch Pinot G. heißen oder Char d'Onnay oder Bardo Lino. Ach, wenn er heute daran denkt, waren es gute Freunde, so wie beim Marius Müller-Westernhagen: „Johnny Walker, du bist mein bester Freund...“. Seine Freunde haben ihm nie etwas getan. Sie haben ihm seinen Führerschein gelassen, seine Wohnung auch. An seiner Arbeit hatten sie nie etwas auszusetzen gehabt und stets auf klare Aussprache und aufrechten Gang geachtet. Und seine Frauen haben sie ihm auch nicht ausgespannt. Na gut, diese S., diese Holländerin, die hatte schon mal vom großen Trinken gesprochen, wenn er vom großen Durste sprach. Aber, sagte er damals, das war ohnehin eine Zicke, sie und er hätten auch ohne seine Freunde keine Zukunft gehabt. Als S. weg war, hatte er sich mit Pinot gemütlich hingesetzt und gesagt: „Ich doch nicht!“

Aber da hatten ihn andere schon länger beobachtet. Es hatte Hinweise von außen gegeben, keine bösen Hinweise waren das gewesen, nur zarte, amüsierte. Oder waren es erschrockene Hinweise? „Du hast eine Fahne“, war so eine Bemerkung. Fahnen kommen häufiger vor in diesem seinem Journalisten-Metier. „Na klar“, hatte er gedacht und auch

geantwortet, ‚ich war ja auch gestern fürs Blatt auf dem Filmfest.‘ Auf solchen journalistischen Terminen trinken doch alle, hatte er gedacht, und wenn man nicht aufpasst, schwupps, darf man nicht mehr mit dem Auto nach Hause fahren. Er hatte oft das Auto stehen gelassen.

Andere Hinweise waren eher lustig, mehr wie ein verbales Schulterklopfen: „Hoffentlich wirst du so alt, wie du aussiehst.“ Das traf natürlich ins Mark, Eitelkeit ist mitunter nur ein anderes Wort für Journalismus. Aber wenn er dann am nächsten Morgen vor dem Spiegel stand und die Falten nicht mehr zählen konnte, auch weil die Augen nicht richtig auf gehen wollten, da waren daran nicht Johnny Schuld oder Pinot oder Bardo. „Gott“, hatte er dann gedacht, „du gehst auf die Sechzig zu, hart war das Leben, und möchtest du aussehen wie ein glatt geschliffener Arschkriecher ohne Ecken und Kanten?“ Und weil er das nicht wollte, halfen ihm am Abend seine bewährten Freunde, um die Falten wieder schön zu machen. „Pah! Ich doch nicht!“

Einschub vom Ich: Kann es sein, dass man reinrutscht in die Flasche? Dass es keines Initiations-Ereignisses bedarf, um sich die Welt lustig zu trinken? Als meine Eltern im Sterben lagen und dann innerhalb von drei Wochen starben, war ich 18, 19 Jahre alt und stand mitten im Abitur. Ab da stand ich alleine, war zuständig, mir mein Studium zu finanzieren und auch das Leben. Aber das ist über 40 Jahre her, ich habe meinen

Frieden damit gemacht. Und wie lange soll ich mich darauf berufen, wie lange die heutige Misere damit erklären, ja, entschuldigen? Es gibt ja Menschen, die mit der Zunge aus dem Mutterbauch geholt wurden. Das mag nicht schön sein, aber taugt das zur lebenslangen Abgabe jeglicher Eigenverantwortung?

Nein, taugt nicht, Freunde. Ihr mögt wohl schmeckend sein, herrlich berauschend und zu den wundervollsten Ideen anregen. Aber wenn ich jetzt vor den Baum fahre, bin ich gefahren und ich habe gezecht und ich habe mich ausgeschaltet. Entweder habe ich es vergessen oder es war nicht, dass mir jemand eine Pistole vorgehalten hätte: „Trink oder stirb!“ Johnny, Pinot, Bardo und alle anderen würden das nie tun. Die sagen nur: „Trink!“. Und feixen heimlich: „Und stirb!“

Alles in allem hatte er doch ein gutes Leben. Nach S. war C. gekommen, die hatte auch gute Freunde, dann Ch., schließlich A. Bei A. soll es bleiben. Möglichst wach, möglichst helllichtig. Und da saß er nur, Pinot hatte schon die Biege gemacht, war also leer, und die Lust, noch zum Späti zu laufen, um noch einen Freund zu treffen, klein. „Sag mal Alter“, hatte er da gedacht, „so eine Flasche Wein ist ja nichts ungewöhnliches, ist anerkannt, ist nicht verpönt, ist ein Tropfen verglichen mit den Eimern, die andere so einlitern.“ Aber, so viel Hellsichtigkeit hatte ihm Pinot gelassen: „aber täglich? Eine Flasche, manchmal mehr, auch 1 1/2 Flaschen? Montag, Dienstag, Mittwoch,

Donnerstag, Freitag, Samstag, Sonntag, Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag, Samstag, Sonntag...“

Vom ersten Gedanken bis zur Tat ist es ein weiter Weg. Auch ist es ein teurerer Weg, besonders, wenn man doch nicht so hellichtig ist, stattdessen aber hochnäsiger und aus dem Umstand, dass man nicht jeden Fusel einkippt, damit es doll knallt, sondern nur leidlich edle Tropfen, wenn man also aus der vermeintlichen Qualität des Stoffes und der geringen Stoffmenge den Trugschluss zieht, doch kein Alki zu sein. „Ich doch nicht!“ War er schon mal auf der Parkbank aufgewacht? Noch nie. War er schon mal mit dem Fahrrad umgekippt? Na ja, dieses eine Mal, und das hatte der Autofahrer verursacht. War er schon jemals säumig geblieben bei seiner Arbeit, hatte er einen versprochenen Text nicht pünktlich geliefert? Niemals. Er trank, dachte er damals; aber das haben doch alle kreativen Geister getan, dachte er damals in von Pinot und Bardo bestätigten Großmannssucht. Er trank, aber er soff doch nicht. „Ich doch nicht!“

Was er wenig blöd war damals, war die Müdigkeit, die sich langsam, aber stetig und immer öfter einmischte. In seinen und anderen Kreisen nennt man das „Burn out“. Rein biographisch betrachtet hatte er alle Berechtigung um ausgebrannt zu sein. „Wenn nicht ich, wer sonst“, dachte er mit von Pinot und Bardo befeuerten Anflug von Überheblichkeit. „Genau“, schrie Johnny aus dem Hintergrund, „du hast doch kein Problem mit Alkohol, höchstens ohne, „und, überhaupt, du magst uns doch.“ Eben, dachte er, „ich mag euch zu gerne.“ Und, Johnny, alter Kumpel, hatte er gedacht, hast du auch eine Antwort auf die Frage, was zuerst da war, Johnny oder Burn out. „Papperlapapp“, sagte Johnny, „was war zuerst: Henne oder Ei? Ich bin deine Henne, ich bin dein Ei. Ich bin dein Freund.“ Und auch Pinot und Bardo hatten Antworten, „ganz klar“, riefen sie, „die Müdigkeit war zuerst da und gegen die helfen wir dir.“ Aber da waren die Zweifel schon gesät. „Freunde“, sagte er eines Abends, „ihr seid mir immer willkommen gewesen.

Wegbegleiter, das seid ihr gewesen. Ich bin euch auch gar nicht böse, ihr habt getan, was ihr tun musstet. Ihr habt mir das Leben versüßt, wenn ich euch brauchte, in guten wie in schlechten Zeiten, seid ihr zur Stelle gewesen. Es war nicht eure Schuld, dass ich mir wahllos die guten wie schlechten Zeiten gesucht habe, um bei euch zu sein. Aber, Freunde, ihr tut mir nicht mehr gut. Zu viel Liebe kann auch erdrückend sein. Wie immer im Leben kommt der Zeitpunkt, zu dem man alleine laufen muss. Johnny, du kennst das doch, wenn der lonesome Cowboy alleine in die Sonne reitet. Dabei störst du nur.“ Oder, um eine andere Rauschkugel, Freund Goethe nämlich, annähernd zu zitieren: „Die Geister, die ich rief, werd ich nun los.“

Am Anfang ist das Wort. In dieser Angelegenheit steht am Anfang das Wort ‚Einsicht‘. Krankheitseinsicht. Von dort ist es nur ein Sprüngelein zur ‚Hilfsbedürftigkeit‘. Hilfe gibt es, wenn Einsicht da ist. Sorry, Jungs, ihr habt ausgedient. Und Johnny, Pinot, Bardo und alle anderen, wenn ihr ehrlich seid, ist eure Hilfe so eine Art perpetuum mobile: Ihr helft, um weiter zu helfen, um weiter zu helfen, um weiter zu saufen. Ich will jetzt alleine laufen.

*Helmut Schümann, Jahrgang 56, war im Winter 16/17 in der salus klinik. Er ist Journalist und Buchautor. Schümann arbeitete für die Süddeutsche Zeitung, den Spiegel, die Berliner Zeitung, den Stern und ist heute Kolumnist und Reporter beim Tagesspiegel in Berlin. Von seinen Büchern wurde „Der Pubertist. Überlebenshandbuch für Eltern“ (Rowohlt) zum Bestseller.*

# Die Geschichte Alkohol



Mark Strobl

**Teil 1 – 3 behandelte die Entwicklung des Alkohols als Begleiter der Menschheit von der Sesshaftwerdung über die Hochkulturen bis ins Mittelalter. Die Entdeckung Amerikas, die Landflucht und die Industrialisierung sorgen für die Verbreitung des Alkohols in der ganzen Bevölkerung.**

### Urbanisierung

Vor der Industrialisierung diente der gesamte Ertrag der Landwirtschaft vorwiegend der Ernährung der ländlichen Bevölkerung selbst. Nur ein geringer Überschuss stand Adeligen, Künstlern, Priestern, Soldaten oder Stadtbewohnern u.a. in Form von alkoholischen Produkten zur Verfügung. Heute versorgen 2% der Bevölkerung als Landwirt 100 % der Bürger und produzieren darüber hinaus Überschüsse für den Export (Harari 2014). Überschüsse werden preisgünstig und ganzjährig für die Herstellung von alkoholischen Produkten genutzt.



Emil Holárek: "Alkohol - rodinné neštěstí." Familien im Unglück zerbrachen am Alkohol und der Alkoholismus wurde an die nächste Generation weitergegeben

### Industrialisierung und Handel

England um 1700: Kohle löste das Holz als Brennstoff ab, welches die Engländer zum Flottenbau benötigten. Muskelkraft wurde durch Maschinenkraft ersetzt, Dampfmaschinen trieben Pumpen, Lokomotiven und Schiffe an. Deutschland 150 Jahre später: Im Kohlebergbau diente Bier zur Versorgung der Kumpel unter und über Tage. Brauereien in Bergbaustädten versorgten ein Millionenheer an Arbeitern. Bier wurde Bestandteil der Entlohnung und half die katastrophalen Arbeits- und Freizeitbedingungen zu ertragen.

Mit der Industrialisierung werden größere Mengen an Bier zu billigeren Preisen produziert. Ab 1850 ist Bier für jedermann erschwinglich. Die Entwicklung der Kältemaschine machte die Bierherstellung vom Eis des Winters unabhängig. Nun konnte ganzjährig untergäriges Bier gebraut und sogar gekühlt ausgeschenkt werden. Eisenbahn und später Lastwagen ermöglichten den Transport und den Wettbewerb über die Ortsgrenzen hinweg. Brauereien wurden gegründet, Aktiengesellschaften schossen empor, um den Bedarf an Bier zu decken. Große Brauereien in München, Berlin und Dortmund lieferten sich erbitterte Konkurrenzkämpfe.

Der Konsum von destilliertem Alkohol wurde, ausgehend vom Adel, - zunächst von den wohlhabenden Bürger der Städte, - später von den städtischen und der ländlichen Unterschichten nachgeahmt.

Gin verseuchte Mitte des 18. Jahrhunderts Londons Armenviertel, wie 100 Jahre später der Absinth (Wermutspirituose mit 45 – 85%! Alkohol) Paris. In Deutschland wütet die Branntweinpest. Auch Kartoffeln wurden zum Schnapsbrennen verwendet. Der Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol in Preußen stieg von 3 Liter/Kopf (1800) auf 8 Liter/Kopf. (1830). 1887 verdoppelte die Reichsbranntweinsteuer-Reform den Preis der Spirituosen, worauf der Konsum sofort um rund 40 Prozent zurückging (wikipedia 2017). Dadurch verdoppelte sich allerdings der Bierkonsum (Brunhold 2016).

### Wohlstand und Krieg

Zu einer weiteren Steigerung des Alkoholkonsums in Deutschland führte der gewonnene Krieg gegen Frankreich. Reparationszahlungen ermöglichten den Deutschen einen neuen Lebensstil. Man wollte wie Gott in Frankreich leben, Wein, Champagner und Cognac trinken.

Deutsche Winzer ließen sich in der Champagne die Herstellung von Champagner zeigen, und fingen an, in Deutschland Sekt herzustellen. Sekt-, Bier- und Schnapsmarken werden etabliert und beworben. Alkoholische Getränke bekamen einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft und in den Familien. Gleichzeitig verbreitete sich die Familienkrankheit Alkoholismus in

**Die Fachambulanz ist erreichbar unter:**

**06172 / 950-254**

e-mail: [ambulanz@salus-friedrichsdorf.de](mailto:ambulanz@salus-friedrichsdorf.de)

# des Alkohols

## – Industrialisierung bis heute Teil 4

Prof.- Dr.- Ing. Mark Strobl, Geisenheim

den kommenden Generationen bei Arm und Reich.

### Wissenschaft und Forschung

In Geisenheim, Berlin und in Weihenstephan werden Forschungsanstalten für Bier und Wein gegründet. Die Erfindung der Mostwaage und des Refraktometers ermöglichten die Bestimmung des Alkoholgehaltes in den Getränken. Damit hatte man Kennzahlen für die Züchtung von Hefen, Reb- und Getreidesorten sowie für die Verbesserungen der Herstellungsmethoden. Die Wein- und Bierforschung arbeitete an einem Ziel: mehr Alkohol.

### Wasser ist keine Alternative

1892 starben 9000 Einwohner Hamburgs an der über Trinkwasser verbreiteten Cholera (WDR 2012). Dies verdeutlicht, wie gesundheitsgefährdend der Konsum von Wasser in den Städten sein konnte. Die Verbesserung der Wasserversorgung wurde erst im ausgehenden 19. Jahrhundert in Angriff genommen. Anstatt Wasser oder Bier können Wohlhabende Kaffee und Tee trinken. Für diese Getränke wurde das Trinkwasser zumindest abgekocht und der Zusatz von Kaffeebohnen und Teekräutern überdeckte den Eigengeruch des Wassers.

### Die Staaten versuchen einzugreifen

Durch Prohibition (Alkoholverbot) versuchen Regierungen den offensicht-

lichen negativen Auswirkungen des Alkohols Herr zu werden. In den USA, Kanada, Rußland, Island, Norwegen, Finnland und - immer wieder in Indien - wird Alkohol verboten. Kriminalität, Schmuggel und Opfer von gepanschem Stoff sind Begleiterscheinungen von Alkoholverboten, - genau wie bei anderen illegalen Drogen auch.

1953 wird Alkohol im Straßenverkehr in Deutschland durch eine Promillegrenze von 1,5 ‰ reguliert. 1975 wurde sie auf 0,8 ‰, 2001 auf die heute gültigen 0,5 ‰ angepaßt. Alkoholverbote an Arbeitsplätzen sind mittlerweile üblich.

Staaten versuchen - zuweilen erfolgreich - durch Alkoholsteuern die Kontrolle über den Alkoholkonsum zu bekommen. Die Alkoholsteuer deckt den volkswirtschaftlichen Schaden durch Alkohol bei weitem nicht ab. 3,3 Milliarden € Einnahmen in der BRD stehen Schäden in Höhe von geschätzten 26,3 Milliarden €/Jahr gegenüber (Bundesregierung 2013). Der Schaden in Europa ist mit 125 Milliarden € fünfmal höher, als die Alkoholsteuereinnahmen von ca. 25 Milliarden € (Institute for Alcohol Studies, UK 2006).

Folgende Dinge haben sich in den letzten 250 Jahren verändert:

- Weine und Biere sind geschmacklich gleichmäßig und qualitativ

so gut wie nie in den 5000 Jahren zuvor.

Essignoten, Trübungen, Kopfschmerzen durch Histamine oder höhere Alkohole

werden durch moderne Herstellungs- und Verpackungsmethoden sehr selten.

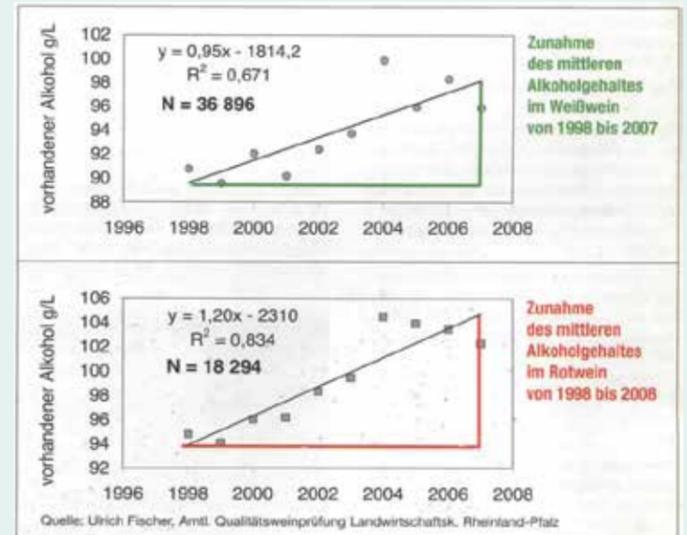
- Der Alkoholgehalt der deutschen Weine nimmt weiterhin ständig zu (Fischer 2009). 12 % sind keine Seltenheit, Weine aus südlichen Ländern liegen sogar bei 14 – 15 Vol%. Zum Vergleich: 1883 wurden deutsche Weine noch mit 6 – 9% Alkohol angegeben (Anonymus 1883).
- Die heutigen Biere und Weine sättigen nicht, Trüb- und Ballstoffe werden abfiltriert. Sie sind nicht zu bitter, sauer, geruchlich unangenehm, unansehnlich, sondern animieren zum Weitertrinken (Drinkability), – was den Einstieg in den Alkoholismus erleichtert.
- Nur 3,11 € gab der Deutsche im Jahre 2014 durchschnittlich für einen Liter Wein aus (Löbbecke 2015). 10 l Bier sind für 6,00 € zu haben. Man muß hierfür weniger als eine Stunde arbeiten. Importe verbilligen die Produkte und gleich-

chen Lieferengpässe aus.

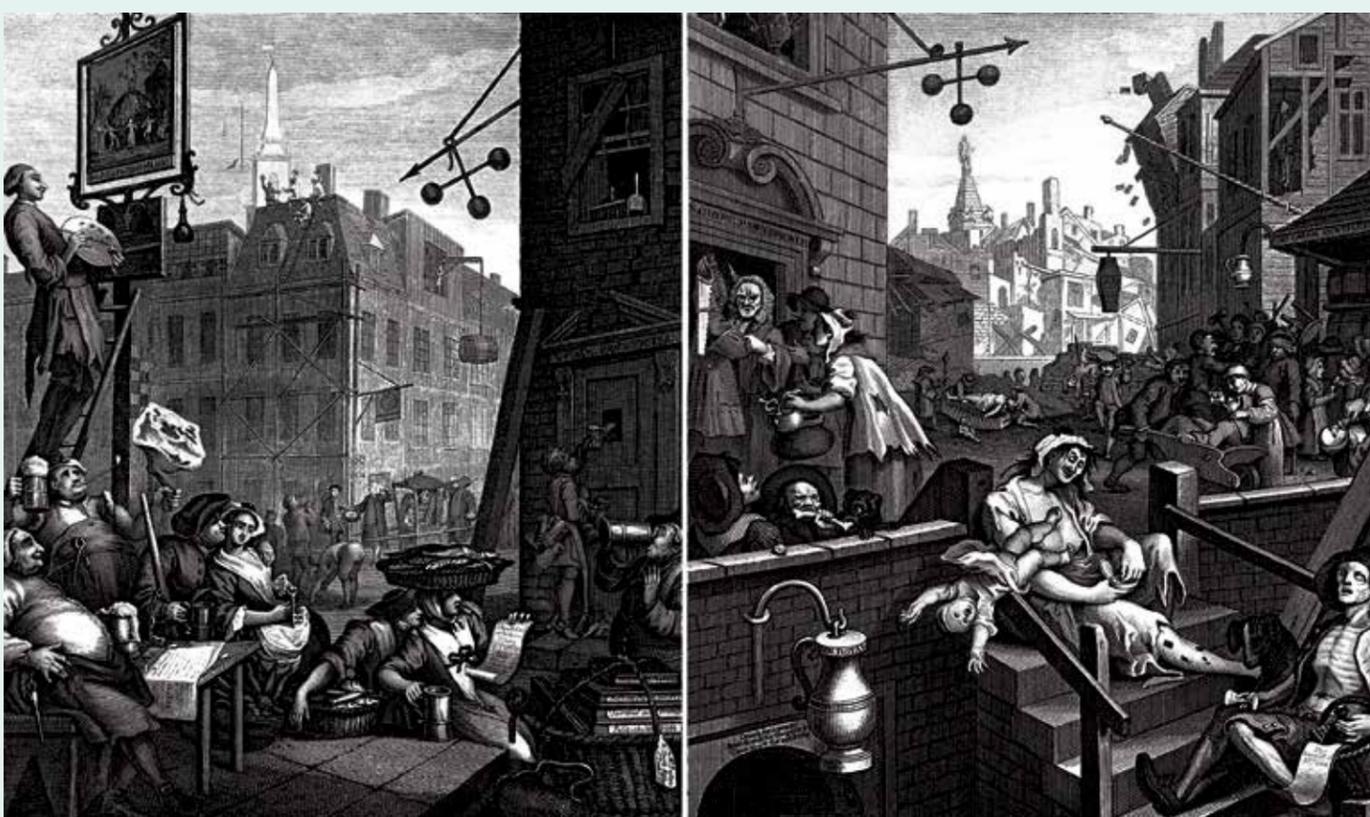
- Alkohol ist ganzjährig, rund um die Uhr verfügbar.
- Alkohol, einst die Droge der Fürsten, Könige und Bischöfe, ist über die Soldaten und Matrosen, die Bergleute, die Städte zu allen Teilen der Bevölkerung vorgedrungen und das weltweit.

Die Entwicklung der letzten 200 Jahre war so schnell, daß die Menschheit sich biologisch und sozial nicht an die Mengen und Alkoholkonzentrationen anpassen konnte, die nun überall zur Verfügung stehen. Alkoholismus, zerstörte Familien und viele Tote sind die Folge. Lediglich die Mediensucht scheint sich noch schneller auszubreiten.

Vor nicht einmal 50 Jahren am 18. Juni 1968 - nach tausenden Jahren mit Bier und Weinherstellung – wird Alkoholismus in Deutschland als Krankheit anerkannt. Seither können sich abstinenzwilligen Alkoholiker in Deutschland für ihre Entziehungskur in ambulante oder stationäre Behandlung begeben und mit spezialisierten Therapeuten und Zeit für Therapien ihre Sucht zum Stillstand bekommen. Auch nach mehr als 5000 Jahren mit Alkohol als stetigen Begleiter der Menschheit: Alkoholsucht ist weiterhin nicht heilbar.



Entwicklung der Alkoholgehalte in Deutschland 1998 - 2007  
Fischer, Ulrich; Die sensorische Bedeutung des Alkohols im Wein; Getränkeindustrie 10 2009



Das Gemälde "Beer-Street and Gin Lane" von William Hogarth portraitiert 1751 die Sicht der Zeitgenossen auf die Auswirkungen des Alkohols im 19. Jahrhundert. Links ist die Beer-Street dargestellt, wohlhabend und gesund, während rechts in der Gin-Lane Elend, Krankheit und Tod zu sehen sind.

**Der Autor:** Prof. Dr.- Ing. Mark Strobl, in der 7. Generation Brauer, studierter Brauereitechnologe, war als Laborleiter, Technischer Direktor, Qualitätsmanager in verschiedenen Brauereien in Deutschland tätig. Er ist seit 2003 Professor für Verfahrenstechnik, Füll- und Verpackungstechnik Wasser & Mineralwasser an der Hochschule in Geisenheim. Er ist trockener Alkoholiker und vermittelt im Fach Suchtprävention seit 2009 wissenschaftliche Erkenntnisse und eigene Erfahrungen an Studierende in Geisenheim, Neustadt, Eisenstadt (A), Montpellier (F) -Literaturliste beim Autor zu erfragen-

**Bildquelle 1:** Der Urheber dieses Werks ist 1919 gestorben; es ist daher gemeinfrei, weil seine urheberrechtliche Schutzfrist abgelaufen ist.  
**Bildquelle 2:** Thinkstock; retroimages: Beer Street and Gin Lane, Georgian Illustrationen von William Hogarth  
**Bildquelle 4:** Ulrich Fischer, Amtl. Qualitätsweinprüfung Landwirtschaftsk. Rheinland-Pfalz

## Unsere Ausbildung zum „Betrieblichen Suchtkrankehelfer“

Termine für den nächsten Ausbildungsblock:

- **Block 1:**  
25.- 27.10.2017
- **Block 2:**  
29.- 31. 01.2018
- **Block 3:**  
17.- 20.04.2018



Im Friedrichsdorfer Institut für Therapieforschung (FIT) haben erfahrene Suchtexperten ein 100-stündiges Ausbildungsprogramm zum Betrieblichen Suchtkrankehelfer entwickelt. In diesem Ausbildungsgang werden inhaltliche Maßstäbe so gesetzt, dass das betriebliche Wirkungsfeld des Suchtkrankehelfers im Fokus steht.

Dabei wird auch auf die spezifischen Belange des Einzelnen in seinem Betrieb eingegangen. Der zukünftige Betriebliche Suchtkrankehelfer wird auf die strukturellen und juristischen Bedingungen des Betriebs vorbereitet.

Sollte Ihr Interesse an unserer Ausbildung geweckt sein, bitten wir Sie, sich mit uns in Verbindung zu setzen:

Saskia Oestreich: 06172/950-i.schueler@salus-friedrichsdorf.de  
Weitere Informationen finden Sie unter: [www.fit-friedrichsdorf.de](http://www.fit-friedrichsdorf.de)

## IMPRESSUM

### Herausgeber:

salus klinik Friedrichsdorf  
Landgrafenplatz 1, 61381 Friedrichsdorf

### Redaktion:

Nica Böttcher, Ralf Schneider

### Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Nica Böttcher, Kirsten Delfs, Dietmar Kramer, Ralf Schneider, Mark Strobl, Helmut Schumann, Nadja Tahmassebi

### Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

### Druck & Versand:

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln  
[www.druckhaus-sued.de](http://www.druckhaus-sued.de)



## „...früher wollte ich immer Feuerwehrmann werden...“



Mitarbeiterporträt Jasmin Herrmann

**salüRedaktion: Zum Thema „Was war mein Traumberuf, als ich noch ein Kind war?“ hörte man früher oft „Lokomotivführer“ oder „Feuerwehrmann“. Wie war das bei Ihnen mit der Entwicklung der Berufsinteressen?**

Jasmin Herrmann: Ursprünglich komme ich aus dem kaufmännischen Bereich. Diese Tätigkeit erfüllte mich nicht zu 100% und als ich durch den Tod meines Vaters Kontakt mit sozialen Stellen bekam, entwickelte ich den Wunsch mit Menschen zu arbeiten, die in einer schwierigen Lebenslage Unterstützung benötigen. Ich holte dann mein Fach-Abitur nach und studierte Soziale Arbeit in Frankfurt/Main. Schon während meines Grundstudiums bekam ich Kontakt mit suchtmittelabhängigen Menschen und interessierte mich für diesen Arbeitsbereich. Mein weiteres Studium richtete ich nach diesem Schwerpunkt aus, sammelte Berufserfahrung und absolvierte vor kurzem mein Masterstudium „Suchttherapie“ in Köln. Ich bin jetzt eine DRV- anerkannte Suchttherapeutin.

**Seit wann sind Sie in der Klinik und in welcher Funktion arbeiten Sie jetzt?**

Seit 1.1.2017 bin ich in der Koordination/Information tätig. Das heißt, ich

bin zusammen mit Nica Böttcher für den Austausch zwischen Klinik und allen externen Partnern (=Information) zuständig sowie für das Schnittstellenmanagement bei „Start und Landung“ unserer Patienten und zu deren beruflichen Umfeld (=Koordination). Davor habe ich 2 Jahre im ambulanten Betreuten Wohnen für Suchtkranke und danach fast 5 Jahre in der betrieblichen Sozialberatung eines großen Industrieunternehmens gearbeitet.

**Was mögen Sie an Ihrem Beruf und Ihrer Arbeit? Was ist Ihnen besonders wichtig?**

Mein Beruf ist für mich Berufung! Ich bin gerne in Kontakt mit Menschen und mag es, mich lösungsorientiert mit den verschiedenen Herausforderungen des Lebens zu beschäftigen. Die Abwechslung, die diese Tätigkeit in der salus klinik bietet, spricht mich sehr an. Außerdem bin ich ein Organisationstalent. Ich liebe es, Veranstaltungen zu planen, egal ob im beruflichen oder privaten Kontext. In der Koordination/Information kann ich beide Vorlieben sehr gut miteinander verknüpfen.

**Was machen Sie, wenn Sie nicht arbeiten?**

Für mich sind meine Familie und Freunde das Wichtigste im Leben. Dabei genieße ich die gemeinsame Zeit mit Ausflügen in der Region. Zusätzlich verreise ich auch sehr gerne – vor allem in Nordamerika oder Europa.



**Wenn Sie sich in die Zeit Ihrer Jugend zurückversetzen, was würden Sie aus damaliger Sicht über Ihre heutige Person denken?**

In meiner Jugend wollte ich nie studieren, da ich nach der Realschule erstmal keine Lust mehr auf Lernen hatte. Im darauffolgenden Arbeitsleben lernte ich wieder die Schule zu schätzen und entschied mich, mein Abitur und ein anschließendes Studium nachzuholen. Ich würde mich freuen, was ich bis zum heutigen Tag alles schon erreicht habe.

**Was möchten Sie in der Zukunft gerne erleben, machen, erfahren??**

Mein größter Traum ist es, eine Weltreise zu machen. Sollte ich dies nicht an einem Stück schaffen, werde ich mehrere Reisen über mehrere Jahre verteilen. Denn Reisen gehört zu meinem Leben.

### Typisch für mich:

„Sag’ mir früh genug Bescheid, dann kann ich auch spontan sein“. Dieser Satz beschreibt mich am besten. Das Organisieren ist mein größtes Talent und es funktioniert dann auch immer alles zu 100%. Auch, wenn ich damit ab und zu meine Familie, Freunde und Arbeitskollegen nerven. Ich bin ein sehr perfektionistischer Mensch.

