Suchtsensible® PFLEGE

Motivierende Kurzintervention in der Altenpflege

kompetent gesund.de
FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION

AOK Pflege Akademie

Suchtsensible® PFLEGE

Motivierende Kurzintervention in der Altenpflege

Impressum

5., überarbeitete Auflage | Juli 2022

Herausgeber:
Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Chausseestraße 128/129 | 10115 Berlin
Telefon: 030 - 29 35 26 15 | Fax: 030 - 29 35 26 16
E-Mail: info@berlin-suchtpraevention.de
www.kompetent-gesund.de
www.berlin-suchtpraevention.de

Konzept:
Kerstin Jüngling, Geschäftsführerin, Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, juengling@berlin-suchtpraevention.de
Anke Schmidt, Referentin, Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, schmidt@berlin-suchtpraevention.de
Dr. Katharina Graffmann-Weschke, MPH, Leiterin AOK Pflege Akademie, AOK Nordost
katharina.graffmann-weschke@nordost.aok.de

Redaktion:
V. i. S. d. P. Kerstin Jüngling

Inhalt:
Anke Schmidt

Gestaltung:
Martina Jacob

Fotos und Bildnachweise:
Umschlag: Monkey Business, SP-PIC, aletia2011, PhotoSG/Fotolia
S. 3: PhotoSG/Fotolia
S. 5: Monkey Business/Fotolia
S. 6: Freepik.com
S. 14 & 20: Marco2811/Fotolia
S. 19: apops/Fotolia
S. 21: Piotr Marcinski/Fotolia
S. 22: Tyler Olson/Fotolia

VORWORT

Der Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft wächst stetig, nicht zuletzt aufgrund des Anstieges der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland. Folgerichtig wurde das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ bestimmt. Sucht im Alter ist dabei ein Aspekt, welcher einen dringenden Handlungsbedarf nach sich zieht, eine Thematik, die auch angesichts der demografischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bringen neben den im Alter ohnehin anzutreffenden Erkrankungen zusätzliche Problemstellungen in den Pflegealltag. Hierzu zählen beispielsweise kognitive Einschränkungen, starke Stimmungsschwankungen, ein problematisches Sozialverhalten (z.B. Aggressivität), Antriebslosigkeit und Interessenverlust, Vernachlässigung der Hygiene, des Äußeren und des Haushaltes sowie ein allgemein erhöhter Pflegebedarf.

Die Entwicklung und Umsetzung des Fortbildungskonzeptes „Suchtsensible Pflege“ zielt zum einen darauf ab, Pflegekräfte zu unterstützen, mit Sucht/-gefährdung professionell umzugehen. Diese Handlungskompetenz gibt im beruflichen Alltag Sicherheit und führt zu Entlastung der Pflegenden. Zum anderen möchten wir dazu beitragen, dass die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen soweit möglich erhalten bleibt oder wiedererlangt wird.

Ein frühzeitiges Erkennen von Suchtgefährdung, eine wertschätzende Ansprache problematischen Substanzkonsums und die Förderung der Inanspruchnahme von Hilfen tragen dazu bei, eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung bzw. ein Altern in Würde zu fördern.

Die Broschüre Suchtsensible Pflege ergänzt das vorgehaltene gleichnamige Seminarangebot und unterstützt die Weitergabe der praxisorientierten Inhalte innerhalb der Pflegeeinrichtungen.

In der Gesellschaft ist es weiterhin ein Tabuthema, welches stark negativ belegt ist, daher ist die Sensibilisierung von Pflegekräften gegenüber Missbrauch und Abhängigkeit nachhaltig zu fördern – dafür treten wir gemeinsam ein.

Maßnahmen, z.B.:
- Einbindung des Themas in Fachveranstaltungen und Publikationen
- Fortbildung Suchtsensible Pflege
- Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe

Strategien, z.B.:
- Sensibilisierung/Öffentlichkeitsarbeit
- Qualifizierung und Informationen in den Versorgungseinrichtungen

Prozess:
Sucht im Alter vorbeugen

Lebensgesundheitsziel:
Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten

Nationales Gesundheitsziel:
Gesund älter werden

Einbindung des Konzeptes in den Gesundheitszielprozess

Dr. Katharina Graffmann-Weschke *MPH, Leiterin AOK Pflege Akademie, AOK Nordost*

Kerstin Jüngling
Geschäftsführerin Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH

Anke Schmidt
Diplompädagogin, Referentin Suchtprävention

INHALT

1. Zahlen und Fakten zu Abhängigkeit im Alter 05

2. Psychoaktive Substanzen 06

2.1 Alkohol 06

2.2 Medikamente mit Suchtpotenzial 06

2.3 Nikotin 07

3. Substanzbezogene Störungen im Alter 09

3.1 Ursachen 09

3.2 Symptome 10

4. Möglichkeiten der Intervention 12

5. Grundlagen Motivierender Gesprächsführung 17

6. Kooperation und Hilfeangebote 18

7. Struktur und Kultur der Organisation 19

8. Gesundheit der Mitarbeitenden in der Pflege fördern 21

9. Literaturhinweise 22

Notizen 23

1. Zahlen und Fakten zu Abhängigkeit im Alter

Mit zunehmendem Alter sinkt der Alkoholkonsum der Menschen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht in ihrer Broschüre „Alkohol, Medikamente, Tabak: Informationen für die Altenpflege“ davon aus, dass etwa 2-3 % der Männer und 0,5-1 % der Frauen im Alter ab 60 Jahren von Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit betroffen sind. Der Anteil der problematisch trinken Menschen mit Pflegebedarf ist aufgrund der alkoholbedingten Folgeerkrankungen jedoch wesentlich höher, zumal das Pflegeheimeintrittsalter bei Alkoholkranken mit 62 Jahren statistisch 16 Jahre unter dem der Nicht-Alkoholkranken liegt (WEYERER ET AL. 2006).

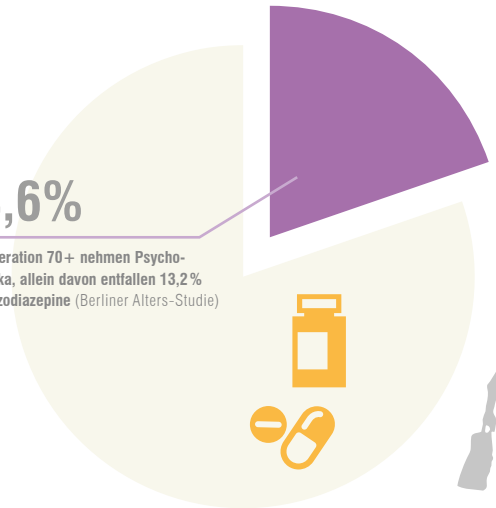
Zusätzlich steigt der Missbrauch psychoaktiver Medikamente im Alter an. Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen zur Verordnung und Einnahme von Benzodiazepinen zeigen einen exponentiellen Anstieg mit zunehmendem Alter und überdurchschnittlich hohe Raten bei Frauen.

Eine Berliner Alters-Studie hat ergeben, dass 24,6 % der Generation 70+ Psychopharmaka nehmen, allein davon entfallen 13,2 % auf Benzodiazepine. Bei etwa 90 % der mit Benzodiazepinen Behandelten liegt eine Dauermedikation vor (länger als sechs Monate), obwohl Benzodiazepine aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials nicht länger als 4 bis 6 Wochen verordnet werden sollten. Etwa die Hälfte davon nimmt sie täglich. Besonders häufig sind Langzeitverordnungen bei älteren Menschen mit Schlafstörungen und bei älteren Menschen in Alten- und Pflegeheimen (WEYERER 2011).

Laut einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten repräsentativen Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen schätzen Pflegekräfte, dass ca. 14 % der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben (ZIS HAMBURG 2009).

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Anzahl problematisch Konsumierender, mit denen Pflegeeinrichtungen konfrontiert werden, zukünftig ansteigt. Die derzeit 40-50-Jährigen haben nicht nur traditionell hohe Konsumzahlen, sondern auch den größten Bevölkerungsanteil bei einer insgesamt steigenden Lebenserwartung.

Von Medikamentenabhängigkeit sind überdurchschnittlich häufig Frauen betroffen



24,6%

der Generation 70+ nehmen Psychopharmaka, allein davon entfallen 13,2 % auf Benzodiazepine (Berliner Alters-Studie)

ca. 14%

der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, haben Alkohol- oder Medikamentenprobleme
(ZIS Hamburg 2009)

2. Psychoaktive Substanzen

Die vorliegende Broschüre geht ausführlich auf die Substanzen mit der größten Verbreitung ein: Alkohol, Medikamente und Nikotin. Darüber hinaus werden Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen zunehmend auch mit Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Substanzen konfrontiert. Das Betäubungsmittelgesetz untersagt den Erwerb, die Abgabe, den Besitz, den Handel, die Ein- und Ausfuhr, den Anbau und die Herstellung von Betäubungsmitteln sowie auch das Verschaffen einer Gelegenheit, diese zu konsumieren. Für stationäre Einrichtungen bedeutet dies, dass sie den Konsum in der Einrichtung nicht wissentlich dulden dürfen. Dies gilt selbstverständlich auch für Anbau und Handel.

Anders die offizielle Substitution von Heroinabhängigen mit Ersatzstoffen wie z.B. Methadon, Polamidon und Subutex oder auch mit Heroin (Diamorphin) selbst: Wer diese Substanzen ärztlich verschrieben bekommt, macht sich nicht strafbar.

Psychoaktive Substanzen beeinflussen u.a. Bewusstsein, Stimmung und Denkprozesse

2.1 Alkohol

Die Verträglichkeit von Alkohol lässt im Alter nach. Ein sinkender Flüssigkeitsanteil im Körper und verlangsamter Alkoholabbau in der Leber führen zu erhöhter Blutalkoholkonzentration bei gleichbleibenden Konsummengen. Insgesamt sind die Konsummuster Älterer weniger auffällig und nur selten exzessiv. Häufiger trinken sie allein zu Hause. Auch hat ein verdeckter Alkoholkonsum durch alkoholhaltige Medikamente (z.B. Hustensäfte) oder „Stärkungsmittel“ (z.B. Klosterfrau Melissengeist) eine gewisse Relevanz. Folgen eines überhöhten Alkoholkonsums sind die Verminderung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit, die Voralterung der Organe sowie zahlreiche alkoholassoziierte Erkrankungen, wie z.B. Lebererkrankungen, Krebserkrankungen, hirnorganische Schädigungen und Diabetes.

2.2 Medikamente mit Suchtpotenzial

Bei Medikamenten mit Suchtpotenzial sind an erster Stelle die Benzodiazepine zu nennen, die vor allem als Beruhigungs- und Schlafmittel aber auch zur Entkrampfung z.B. bei muskelverspannungsbedingten Rückenschmerzen verordnet werden. Diese sollten aufgrund ihres hohen Abhängigkeitspotenzials grundsätzlich nicht länger als 4 bis 6 Wochen verordnet bzw. eingenommen werden. Insbesondere langwirksame Benzodiazepine (z.B. Diazepam, Flurazepam, Flunitrazepam, Nitrazepam) sind laut PRISCUS-Liste[1] für über 65-Jährige potenziell ungeeignet, da sie sich aufgrund der langen Halbwertszeit im Körper anreichern und es zu einer schleichenden Überdosierung kommen kann. Verstärkte Nebenwirkungen, wie z.B. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Tagesmüdigkeit und Stürze, können die Folge sein (DHS 2014). Zu den typischen Entzugssymptomen bei Benzodiazepinen gehören schwere Angstzustände u.U. begleitet von Halluzinationen, Irritierbarkeit, Unruhe, starkem Herzklopfen sowie Depressivität.

Auch die sogenannten Z-Drugs, Beruhigungs- und Schlafmittel mit den benzodiazepinähnlichen Wirkstoffen Zolpidem, Zoplicon und Zalephon haben ein Abhängigkeitspotenzial.

1 Die PRISCUS-Liste bietet eine Übersicht über potenziell inadäquate Medikation im Alter. Sie wurde von Experten eines Forschungsverbundes erarbeitet und ist das Ergebnis eines durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projektes. Weitere Informationen unter www.priscus.net

Opiathaltige, zentral wirkende Schmerzmittel sollten aufgrund ihres hohen Suchtpotenzials außerhalb der Palliativmedizin ebenfalls nicht über längere Zeiträume verschrieben werden. Missbrauchspotenzial bergen jedoch auch andere Schmerzmittel, insbesondere die Kombinationsanalgetika, die neben schmerzstillendem Wirkstoff auch Koffein enthalten sowie verschiedene anregende Psychopharmaka, Antidepressiva, Antidementiva.

Trotz der benannten Gefahren liegt bei etwa 90 % der älteren Menschen, die Benzodiazepine verordnet bekommen, eine Dauermedikation vor (länger als sechs Monate), etwa die Hälfte davon nimmt sie täglich. Besonders häufig sind Langzeitverordnungen bei älteren Menschen mit Schlafstörungen und bei älteren Menschen in Alten- und Pflegeheimen (WEYERER 2011). Häufig wurden sie bereits mit bestehender Medikation aus dem Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung verlegt.

Zusammenfassend kann man sagen:

Alkohol, Benzodiazepine und die Z-Substanzen können eine stark ausgeprägte psychische Abhängigkeit und körperliche Entzugserscheinungen auslösen.

Ein abrupter Entzug kann je nach Abhängigkeitsdauer lebensgefährlich sein, vor allem im Alter.

Der Entzug opiathaltiger Schmerzmittel kann ebenfalls sehr unangenehm und darüber hinaus schmerzhaft sein, ist jedoch nicht so gefährlich.

2.3 Nikotin

Der Anteil der Rauchenden nimmt im höheren Alter stark ab, zum einen weil die Ausstiegsquote vom mittleren Lebensalter an ansteigt, zum anderen aufgrund der deutlich geringeren Lebenserwartung von Raucherinnen und Rauchern. Bei den 60-65-Jährigen raucht allerdings noch jeder vierte Mann und jede fünfzehnte Frau. Die gesundheitlichen Folgeprobleme des Rauchens sind weitgehend bekannt. Herz- und Kreislauffunktionsstörungen, Durchblutungsstörungen der Arme und Beine, eine erhöhte Infektanfälligkeit sowie ein insgesamt etwa verdoppeltes Krebsrisiko gehören dazu wie auch die chronische Bronchitis, begleitet durch Husten, vermehrten Auswurf und Atemnot bei Belastung.

Dennoch lohnt es sich zu jeder Zeit, auch noch im Alter, mit dem Rauchen aufzuhören.

Übersicht der kurz- und langfristigen Vorteile eines Rauchstopps

Nach 20 Minuten: Der Puls und der Blutdruck sinken auf normale Werte.

Nach 8 Stunden: Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt, der Sauerstoffspiegel steigt auf normale Höhe.

Nach 24 Stunden: Das Herzinfarktrisiko geht bereits leicht zurück.

Nach 48 Stunden: Die Nervenenden beginnen mit der Regeneration, Geruchs- und Geschmacksnerven verbessern sich.

Nach 2 Wochen–3 Monaten: Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.

Nach 1–9 Monaten: Die Hustenanfälle, Verstopfung der Nasennebenhöhlen und Kurzatmigkeit gehen zurück. Die Lunge wird allmählich gereinigt, indem Schleim abgebaut wird.

Nach 1 Jahr: Das Risiko, dass der Herzmuskel zu wenig Sauerstoff erhält, ist nur noch halb so groß wie bei einem Raucher.

Nach 5 Jahren: Das Lungenkrebsrisiko ist um 50% gesunken (ebenso bezüglich diverser weiterer Krebserkrankungen).

Nach 10 Jahren: Das Lungenkrebsrisiko ist auf normalem Niveau.

Nach 15 Jahren: Das Herzinfarktrisiko ist nicht höher als bei Nichtrauchenden.

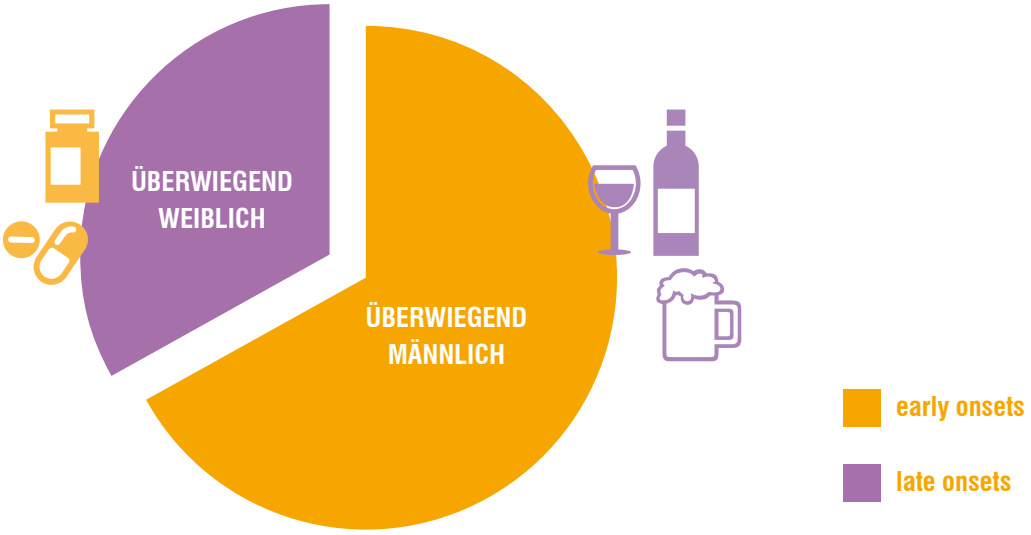
Übersicht der amerikanischen Krebsgesellschaft

QUELLE: AMERICAN CANCER SOCIETY, 2013; DHS, 2013

3. Substanzbezogene Störungen im Alter

Grundsätzlich muss zwischen den sogenannten „early onsets“ und den „late onsets“ unterschieden werden. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um alternde Menschen mit einem bereits länger bestehenden problematischen Substanzkonsum zumeist von Alkohol. Es überwiegen männliche Betroffene gegenüber weiblichen.

Unter „late onsets“ versteht man Menschen, die erst im Alter eine Störung entwickeln. Auslöser sind häufig Verlusterlebnisse oder andere krisenhafte Ereignisse. Es handelt sich mehrheitlich um Frauen und es überwiegt die Abhängigkeit von Medikamenten, insbesondere von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, gegenüber dem Konsum von Alkohol. Erfolgsaussichten bei Behandlung sind bei dieser Gruppe besonders hoch, da Ressourcen vorhanden sind, mit denen das Leben über lange Zeit auch ohne eine Abhängigkeit zu entwickeln gemeistert wurde. Die Compliance, das heißt die Bereitschaft ärztlichen bzw. therapeutischen Anweisungen zu folgen, ist erfahrungsgemäß gut und großes Pflichtgefühl bedingt geringere Abbruchquoten. Unterstützt wird eine erfolgreiche Behandlung auch dadurch, dass sich das Wohlbefinden sowie körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nach einer Verhaltensänderung innerhalb relativ kurzer Zeit deutlich verbessern.



QUELLE: 10. DHS KOOPERATIONSTAGUNG, WEIMAR 2013

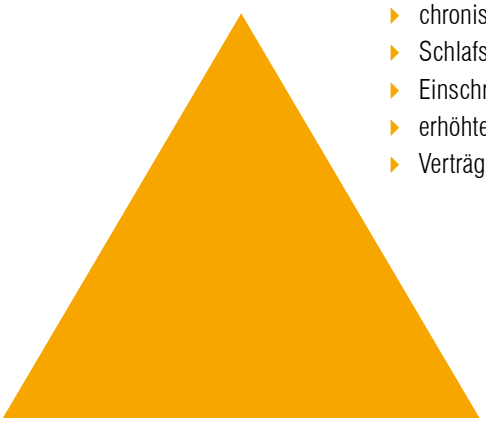
3.1 Ursachen

Die Ursachen für eine Abhängigkeitsentwicklung sind vielfältig und müssen differenziert betrachtet werden. Verschiedene Faktoren in der Person, in deren Umfeld und Umwelt und in der Droge wirken zusammen. Ist beispielsweise ein emotional eher labiler oder sich bei Problemen schnell überfordert fühlender Mensch zusätzlich einer besonders belastenden Lebenssituation oder einem krisenhaften Geschehen ausgesetzt, steigt evtl. die Versuchung, das Gefühlserleben mittels psychoaktiver Substanzen zu beeinflussen. Erfüllt die gewählte Substanz dieses Bedürfnis, wird sie vielleicht wiederholt missbräuchlich konsumiert, was je nach Suchtpotenzial die Gefahr birgt, auf Dauer eine Abhängigkeit hervorzurufen.

In folgender Grafik sind spezifische Faktoren aufgeführt, die eine Abhängigkeitsentwicklung im Alter (late onset) zusätzlich begünstigen.

körperlich

- chronische Schmerzen
- Schlafstörungen
- Einschränkungen durch Gebrechen
- erhöhter Bedarf an Medikation
- Verträglichkeit nimmt ab



gesellschaftlich

- Individualisierung
- höhere Belastungen im Berufsleben
- Abnahme sozialer Kontrolle
- Mangel an sinnvoller Beschäftigung im Ruhestand
- eingeschränkte Möglichkeiten sozialer Teilhabe aufgrund von Altersarmut
- negative Bewertung des Alters

psychisch

- Einsamkeit
- Ausbleiben von Anerkennung
- Verlust von Tagesstruktur
- problematischer Lebensrückblick
- Verfestigung psychischer Probleme

QUELLE: FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION BERLIN

3.2 Symptome

Woran erkennt man aber, ob es sich um eine Suchtgefährdung handelt? Wo ist die Grenze zwischen tolerierbarem Konsum und dringendem Handlungsbedarf?

Sucht ist eine Erkrankung und als solche auch u.a. im internationalen Manual zur Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) definiert.

Kriterien zur Bestimmung von Sucht sind:

- Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren (Craving)
- Verminderte Kontrolle bzw. Kontrollverlust über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums
- Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
- Entzugssymptome, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird
- Zentrierung des Denken und Handelns auf Substanz oder Verhalten (Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Interessenbereiche)
- Fortsetzung des Substanzgebrauchs trotz eindeutig schädlicher Folgen

Abhängigkeit besteht bei Auftreten von mindestens drei Kriterien gleichzeitig über einen längeren Zeitraum oder aber über kürzere Zeiträume, dafür jedoch wiederholt innerhalb der letzten 12 Monate.

Die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit ist besonders schwierig, da

- Medikamente i.d.R. ärztlich verordnet sind,
- insbesondere Niedrigdosisabhängigkeiten ohne Dosissteigerung schwer zu erkennen sind,
- meistens zunächst Behandlungsanlass besteht,
- auftretende Entzugserscheinungen nach zu langer Einnahme als erneutes Auftreten der Ausgangsbeschwerden missdeutet werden, was den älteren Menschen möglicherweise zur Fortsetzung der Einnahme verleitet,
- das Problembewusstsein der Patientinnen und Patienten in Richtung Abhängigkeit eher niedrig ist und
- ein Erkennen u.U. dadurch erschwert wird, dass mehrere Ärzte involviert sind.

Der Konsum von Suchtmitteln kann jedoch auch problematisch und gesundheitsschädlich sein, ohne dass eine Abhängigkeitserkrankung besteht.

Was sind Anzeichen eines problematischen bzw. abhängigen Konsums?
Symptome könnten beispielsweise sein:

- wiederholte Stürze
- kognitive Defizite: mangelnde Konzentration, nachlassende Leistungsfähigkeit, mangelnde/s Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen
- Interessenlosigkeit/-verlust
- Rückzug aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen
- Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes
- motorische Unsicherheit, Gleichgewichtsstörungen
- Sprechstörungen, verwaschene Sprache, Lallen
- Schwindel
- Tremor (Zittern)
- Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Ängste oder auch Gereiztheit und Aggressivität

Darüber hinaus können beruhigende Medikamente auch zu paradoxen Reaktionen führen: gesteigerte Unruhe, Verwirrung, Erregungszustände; und Alkoholmissbrauch zu: Appetitverlust und Fehlernährung, Durchfällen und Gesichtsröte.

Weitere Merkmale, die auf eine substanzbezogene Störung hinweisen, können sein:

- Es sammeln sich große Mengen von Alkoholflaschen im Haushalt an.
- Zu Pflegende haben häufiger eine „Alkoholfahne", vielleicht sogar schon am Morgen.
- Sie lassen sich vergleichbare Medikamente von mehreren Ärzten verschreiben oder haben sich einen Vorrat an Medikamenten angelegt.

Was für ein Alkoholkonsum ist z.B. für ein Altenheim tolerierbar?

Faustregel: Wenn es dem zu Pflegenden gut geht, er seinen Konsum nicht steigert und sich und andere nicht gefährdet, kann moderates Trinken – ohne moralisierende Wertung – durchaus toleriert werden. (SCHMITZ 2007)

4. Möglichkeiten der Intervention

Erfahrungsgemäß fällt es vielen Menschen, auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, aus unterschiedlichen Gründen schwer, Betroffene auf einen (vermuteten) problematischen Konsum psychoaktiv wirkender Substanzen anzusprechen.

Gründe hierfür sind z.B.:

- die Angst, sich zu irren und jemandem sozusagen Unrecht zu tun
- die Befürchtung, dass dies die Beziehung dauerhaft belasten und u.U. sogar zum Kontaktabbruch führen könnte
- das Gefühl, keine Berechtigung zu haben, sich in das Privatleben anderer oder auch in das Verordnungsverhalten der Ärztin/des Arztes einzumischen
- die Annahme, dass dies sowieso keinen Sinn hätte, nach dem Motto „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“
- oder auch die Einstellung, dass man jemandem in hohem Alter und mit womöglich zahlreichen Einschränkungen nicht auch noch „den letzten Spaß“ nehmen sollte

Hinweis:

Die Thematisierung der Bedenken fördert die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung und damit auch professionelles Handeln. Darüber hinaus sollten sich Einrichtungen über Handlungsrichtlinien verständigen.

Tipp:

Auch das Formulieren der persönlichen Bedenken hilft, den Konsum anzusprechen. Beispiel: „Es fällt mir schwer, Sie darauf anzusprechen, weil ich mich nicht in Ihr Privatleben einmischen will, aber es macht mir Sorgen, dass Ihr Alkoholkonsum in den letzten Monaten so gestiegen ist.“

Das Ansprechen der beobachteten Auffälligkeiten ist eine Möglichkeit der Intervention neben anderen. Einfluss auf das Konsumverhalten kann z.B. auch über Aufklärung und Information zu Risiken, z.B. hinsichtlich des Suchtpotenzials bestimmter Medikamente, genommen werden. Auch können behandelnde Ärztinnen/Ärzte einbezogen werden, indem sie über auffälliges Verhalten informiert oder auf problematische Verordnungen hingewiesen werden. Hierfür ist es hilfreich, eine Übersicht über alle eingenommenen Arzneimittel zu erstellen.

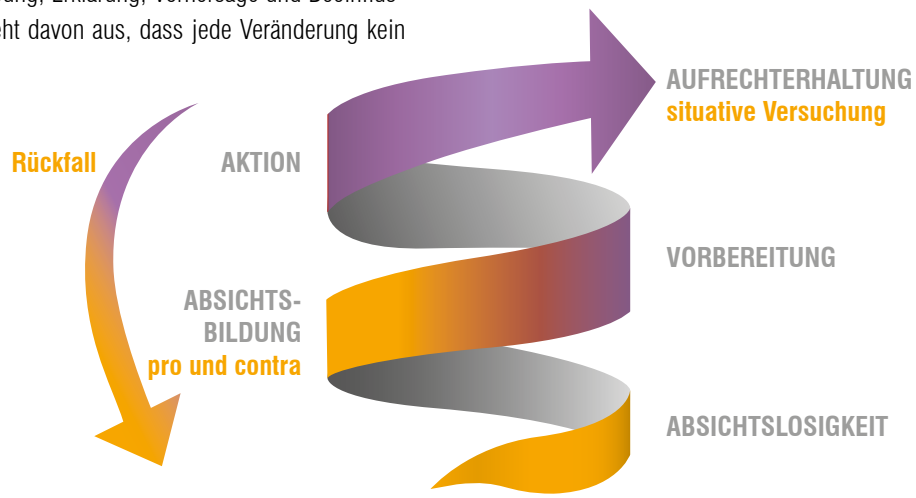
Im Umgang mit Betroffenen kommen Pflegekräfte unter Umständen auch in Gewissenskonflikte. Sollen sie beispielsweise einer Aufforderung nachkommen, Alkohol zu besorgen oder lieber nicht?

Eine solche Frage kann nicht pauschal beantwortet werden. Vielleicht sind im Zweifelsfall auch Kompromisse anzustreben, z.B. einem Abhängigen, der aufgrund einer akuten Erkrankung bettlägerig ist, zwar Alkohol mitzubringen, damit jedoch das Einverständnis zu verbinden, den behandelnden Arzt über die Abhängigkeit in Kenntnis zu setzen.

Welches Verhalten angezeigt ist bzw. ob und wenn ja, welche Interventionen sinnvoll sind, muss im Einzelfall entschieden werden und hängt von der Situation und Schwere der Problematik und den sich daraus ergebenden negativen Auswirkungen, aber auch von der Veränderungsbereitschaft der Betroffenen ab. Diese sollte berücksichtigt werden, da sie ausschlaggebend dafür ist, welche Interventionen zielführend sind oder aber im Gegensatz dazu lediglich Widerstand erzeugen.

Hilfreich für die Beurteilung der Veränderungsbereitschaft ist das Transtheoretische Modell nach Prochaska & Di Clemente, ein Konzept zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von intentionalen Verhaltensänderungen. Es geht davon aus, dass jede Veränderung kein einmaliges Ereignis ist, sondern ein Prozess, der charakteristische Stadien durchläuft. Im Stadium der **ABSICHTSLOSIGKEIT** haben Personen keine Absicht, ein problematisches Verhalten zu verändern, sei es, weil sie (evtl. entgegen ihrem Umfeld) selbst keinen Veränderungsbedarf sehen oder sie kein Zutrauen darin haben, die Veränderung tatsächlich erfolgreich bewältigen zu können.

In der **ABSICHTSBILDUNG** besteht bereits Interesse an einer Verhaltensänderung, dies ist aber noch nicht eindeutig. Die Nachteile des aktuellen Verhaltens bzw. die Vorteile einer Verhaltensänderung sind bereits bewusst und werden mit den Vorteilen des bisherigen Verhaltens abgewogen. Dieses Stadium ist geprägt von einer großen Ambivalenz.



Transtheoretisches Modell der Veränderung

QUELLE: PROCHASKA & DICLEMENTE (1992)

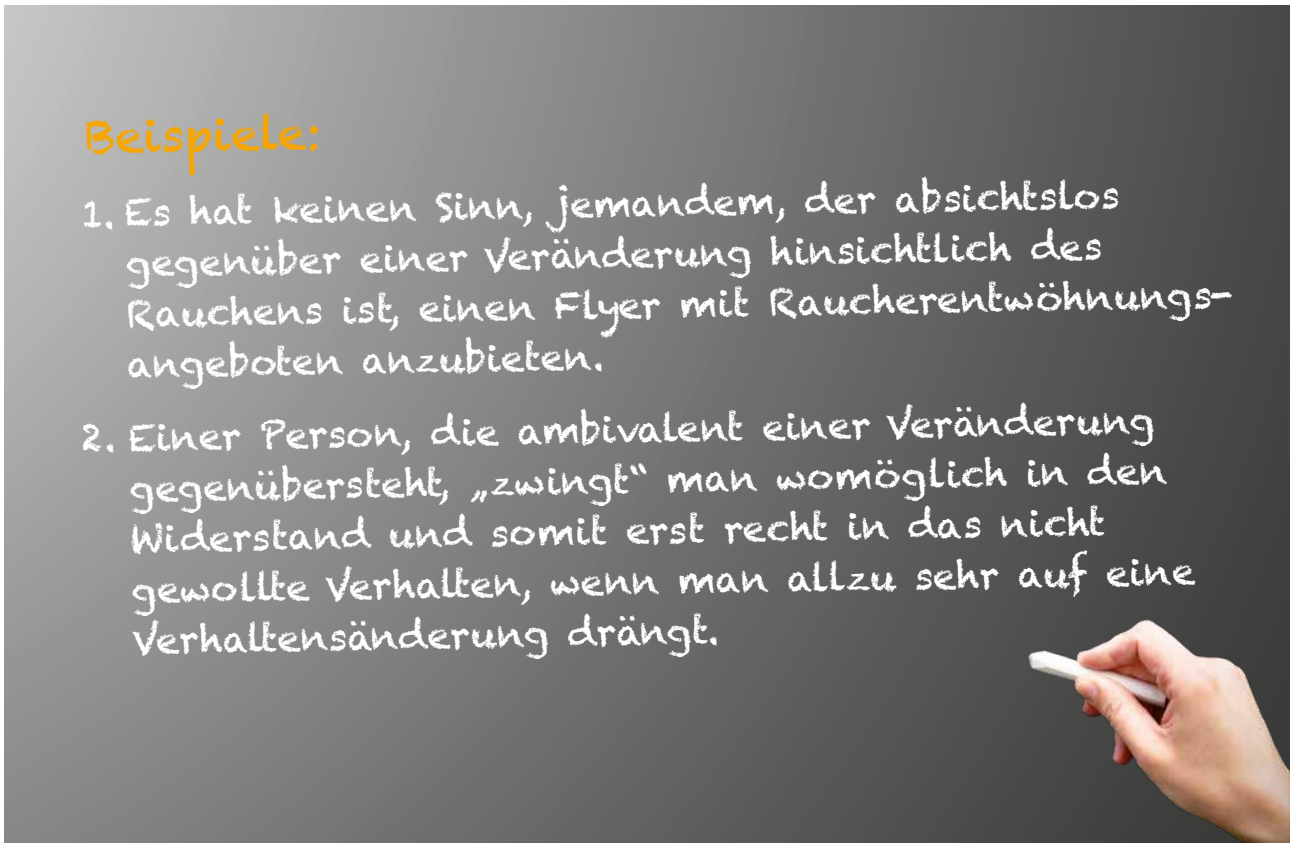
In der **VORBEREITUNG** ist bereits eine klare Entscheidung für eine Veränderung getroffen, die es in naher Zukunft umzusetzen gilt. In dieser Phase werden konkrete Schritte geplant – Tipps und Empfehlungen sind hier möglich und hilfreich.

Im Stadium der **AKTION** werden konkrete und deutlich sichtbare Veränderungen unternommen. Dabei kann es immer wieder auch zu Rückfällen in die alten Verhaltensweisen kommen.

In der **AUFRECHTERHALTUNG** ist das neue Verhalten bereits Normalzustand, wenngleich dies Rückschritte, z.B. in Krisensituationen, nicht ausschließt.

Die beschriebenen Phasen können unterschiedlich lang anhalten. Absichtslosigkeit und Absichtsbildung erstrecken sich u.U. sogar über Jahre. Erfolg einer Intervention kann also nicht nur daran gemessen werden, ob sich ein Verhalten sichtbar ändert. Wenn ein Mensch, der bislang einer Veränderung vollkommen absichtslos gegenüber stand, beginnt, über die Nachteile seines Verhaltens nachzudenken, also in die Phase der Absichtsbildung übergeht, ist das bereits ein Erfolg.

Das transtheoretische Modell verdeutlicht darüber hinaus die Notwendigkeit, Interventionen dem jeweiligen Stadium des Prozesses anzupassen, da sie sonst nicht erfolgreich sind und im schlimmsten Fall sogar kontraproduktiv wirken.



Demgegenüber gibt es für jedes Stadium passende Interventionen, die Veränderung befördern.

In der **ABSICHTSLOSIGKEIT** zählen dazu z.B.:

- Informationen geben und Konsequenzen aufzeigen
  Dies sollte sachlich und wertfrei, eben ohne „erhobenen Zeigefinger" oder moralische Verurteilung erfolgen. Informationsbroschüren und Selbsttests können in diesem Zusammenhang hilfreich sein und Betroffenen helfen, mehr Klarheit über den eigenen Konsum und seine möglichen Folgen zu erlangen.
- Rückmeldungen geben
  über beobachtete Veränderungen, z.B. „Mir fällt auf, dass Sie in letzter Zeit etwas unsicher auf den Beinen sind, und ich frage mich, ob das mit den Tabletten, die Sie einnehmen, zu tun haben kann."
- Widersprüche zwischen Denken, Fühlen und Handeln sowie zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verdeutlichen
  „Ich kenne Sie als freundlichen, geduldigen Menschen. In letzter Zeit wirken Sie unausgeglichenen und schnell reizbar. Wie erklären Sie sich das?"
  „Früher waren Sie immer so unternehmungslustig. In den letzten Monaten nehmen Sie an keiner Aktivität mehr teil. Woran liegt das?"
- emotionale Bezüge herstellen
  „Ihre Kinder haben mich angesprochen, weil sie sich Sorgen um Sie machen und nicht weiterwissen."
- alternative Sichtweisen anbieten
  „Mit dem Rauchen aufzuhören, ist furchtbar schwer, das ging mir auch so. Dennoch bin ich froh, dass ich es trotzdem versucht habe, denn heute geht es mir körperlich viel besser."

In der **ABSICHTSBILDUNG** ist es hilfreich, zunächst die Ambivalenz zu verstehen und ihr Raum zu geben, anstatt ausschließlich einer Verhaltensänderung zuzureden. Außerdem sollte die Veränderungsmotivation, z.B. durch die Auseinandersetzung mit den Konsummotiven sowie den Vor- und Nachteilen des eigenen Konsums, gestärkt werden.

Hierzu dienen folgende Fragen:

- Was habe ich von dem (selbstschädigenden) Verhalten/dem Konsum?
- Was verliere ich, wenn ich das nicht mehr tue?
- Was verliere ich, wenn ich weitermache, wie bisher?
- Was gewinne ich, wenn ich mein Verhalten ändere?

In der Phase der **VORBEREITUNG** hilft es, realistische Ziele festzulegen und akzeptable Veränderungsschritte zu planen. Tipps, Empfehlungen oder praktische Unterstützungsangebote sind in dieser Phase durchaus hilfreich. Die Verbindlichkeit sollte durch konkrete Vereinbarungen gestärkt werden. Eine gute Vorbereitung ist wichtig, denn sie erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Verhaltensänderung auch auf Dauer gelingt, z.B. weil Klarheit darüber besteht, welche Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, welche Situationen vielleicht gemieden werden sollten, wer in Krisen unterstützen kann, welche Verhaltensalternativen infrage kommen etc.

Besonders wichtig für die Phase der **AKTION** ist es zu berücksichtigen, dass sich die Verhaltensänderung nicht nur gut anfühlt. Wer beispielsweise Beruhigungsmedikamente ausschleicht, muss mit Schlafstörungen oder vielleicht auch Angstattacken rechnen. Eine Reduzierung des Alkoholkonsums bedeutet, sich auch von alten Gewohnheiten trennen zu müssen und Gefühle (z.B. Langeweile) vielleicht erstmal stärker zu empfinden, ganz abgesehen von möglicherweise auftretenden Entzugserscheinungen. Ein Anerkennen der Leistung und Bestärkung darin, auf dem richtigen Weg zu sein, helfen den Betroffenen. Auch sind Ablenkung, soziale Kontakte, neue (alte) Hobbys u.v.m. unterstützend.

Erfolgsaussichten bei Behandlung:

- sind mindestens ebenso hoch wie bei Jüngeren
  - > ausgeprägte vorhandene Ressourcen
  - > gute Compliance (Bereitschaft ärztlichen bzw. therapeutischen Anweisungen zu folgen)
  - > großes Pflichtgefühl bedingt geringere Abbruchquoten
- Gelingt eine Verhaltensänderung, verbessert sich Wohlbefinden sowie körperliche und geistige Leistungsfähigkeit innerhalb kürzester Zeit deutlich!

Sollte es zu einem **RÜCKFALL** kommen, ist angezeigt, das „Drama“ herauszunehmen. Es hilft den Betroffenen nicht, sich und die Situation zu bedauern, sich zu ärgern oder in Selbstmitleid zu versinken. Im Gegenteil sollte versucht werden, das Geschehene zu akzeptieren (es ist nun mal passiert) und es positiv umzudeuten: Was kann man aus dem Rückfall für die Zukunft lernen?

In der Phase der **AUFRECHTERHALTUNG** bedarf es nicht mehr so intensiver Unterstützung wie zuvor. Dennoch sollte ruhig ab und zu nachgefragt werden, ob die Verhaltensänderung weiterhin umgesetzt wird, denn erfahrungsgemäß fällt es Menschen in dieser Phase schwer, von sich aus um Hilfe zu ersuchen. Zu groß ist häufig die Angst, andere zu enttäuschen.

5. Grundlagen Motivierender Gesprächsführung

Die Motivierende Gesprächsführung ist ein Beratungskonzept, dass von den Psychologen R. Miller und S. Rollnick für die Beratung von Menschen mit einer Suchtproblematik entwickelt wurde und mittlerweile auch bei anderen gesundheitlichen Problemen, z.B. zur Gewichtsreduktion oder Ernährungsumstellung bei Diabetes Anwendung findet.

Sie basiert auf der Grundannahme, dass auch Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum sinnhaft handelnde Subjekte sind und es neben den guten Gründen für eine Veränderung auch gute Gründe gibt, die dagegen sprechen. Berater/innen verstehen sich demzufolge nicht als Expertinnen oder Experten, die ihr Gegenüber zu einer ganz bestimmten Entscheidung bringen möchten, sondern als Partner, die darin unterstützen, dass das Gegenüber mehr Bewusstheit über sich, seine Motive, Wünsche und Ziele erlangt. Die Grundhaltung ist von Wertschätzung geprägt, einfühlend und akzeptierend – auf Beweisführungen und Etikettierungen wird verzichtet. Die Verantwortung für eine Veränderung liegt eindeutig bei den Betroffenen, die selbst am besten wissen, ob und wenn ja, wann sie eine Veränderung „tragen“ können – auch wenn das seine Zeit braucht.

Wichtig zu berücksichtigen:

Stehen Menschen ihrem Konsum und damit auch einer möglichen Veränderung ambivalent gegenüber, ist es kontraproduktiv, sie zu einer Verhaltensänderung überreden zu wollen.

Demgegenüber sollten empathische Gesprächsführungsmethoden, wie offene Fragen und Aktives Zuhören, eingesetzt werden, um Selbsterkenntnis und damit auch Veränderungsmotivation zu fördern.

Fortbildungen zur Motivierenden Gesprächsführung bzw. zur Motivierenden Kurzintervention bietet u.a. die Fachstelle für Suchtprävention Berlin an.

6. Kooperation und Hilfeangebote

Wollen wir künftig Sucht(gefährdung) für Menschen in höherem Lebensalter auf der Basis von Standards noch besser vorbeugen, sind Ärztinnen und Ärzte unverzichtbare Kooperationspartner. Die Bundesärztekammer hat in ihrem Leitfaden für die ärztliche Praxis „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ folgende Empfehlungen zum verantwortungsvollen Verordnungsverhalten herausgegeben:

- Verschreibungen orientiert an der PRISCUS-Liste (VGL. AUCH SEITE 6)
- Verschreibung anhand folgender Fachstandards (4 K's):
  - Klare Indikation: keine Verschreibung an Patienten mit Abhängigkeitsdiagnose, Aufklärung der Patienten
  - Korrekte Dosierung: kleine Packungsgrößen, indikationsadäquate Dosierung
  - Kurze Anwendung: Therapiedauer kommunizieren, kurzfristige Wiedereinbestellung, Überprüfung der Weiterbehandlung
  - Kein abruptes Absetzen: ausschleichend abdosieren

(BUNDESÄRZTEKAMMER 2007)

Informationen und Adressen von Hilfeangeboten, z.B. Auskünfte über spezielle Angebote für ältere Frauen und Männer, können bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. unter der Telefonnummer 02381 - 9015 - 0 eingeholt werden.

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt vor allem in den Großstädten über ein breit gefächertes Hilfesystem. Es reicht von niedrigschwelliger Unterstützung zur Minimierung von Folgeschäden über Beratung und Betreuung bis zur ambulanten oder stationären Therapie. Daneben gibt es ein breites Spektrum an Selbsthilfeorganisationen und -gruppen. Erste Anlaufstelle insbesondere bei Fragen zur Medikation ist sicherlich die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Darüber hinaus bieten Suchtberatungsstellen landesweit kostenfrei Informationen, Rat und Unterstützung für Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen.

Übersichten zu den Berliner

- Sucht- und Drogenberatungsstellen, Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen sowie
- überregionalen zielgruppenspezifischen Beratungsstellen, z.B. zum Thema Glücksspielsucht, finden sich auf der Webseite www.berlin-suchtpraevention.de in der Rubrik „Informationen“.

Deutschlandweit sind Suchtberatungsstellen rund um die Uhr unter der Sucht Drogen Hotline 01806 - 313031 telefonisch zu erreichen. Telefonberatung zur Raucherentwöhnung bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter 0800 - 831 31 31. Darüber hinaus informieren die Krankenkassen über die von ihnen unterstützten Angebote zur Raucherentwöhnung. Umfangreiche Informationen zum Thema Sucht im Alter bietet die durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Webseite www.alter-sucht-pflege.de.

7. Struktur und Kultur der Organisation

Erste Schritte im Sinne eines professionellen Umgangs mit dem Thema Sucht im Alter in Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege sind die

- Sensibilisierung der Beschäftigten für die Problematik und das
- Anregen der Reflexion der eigenen Haltung bei den Pflegekräften.

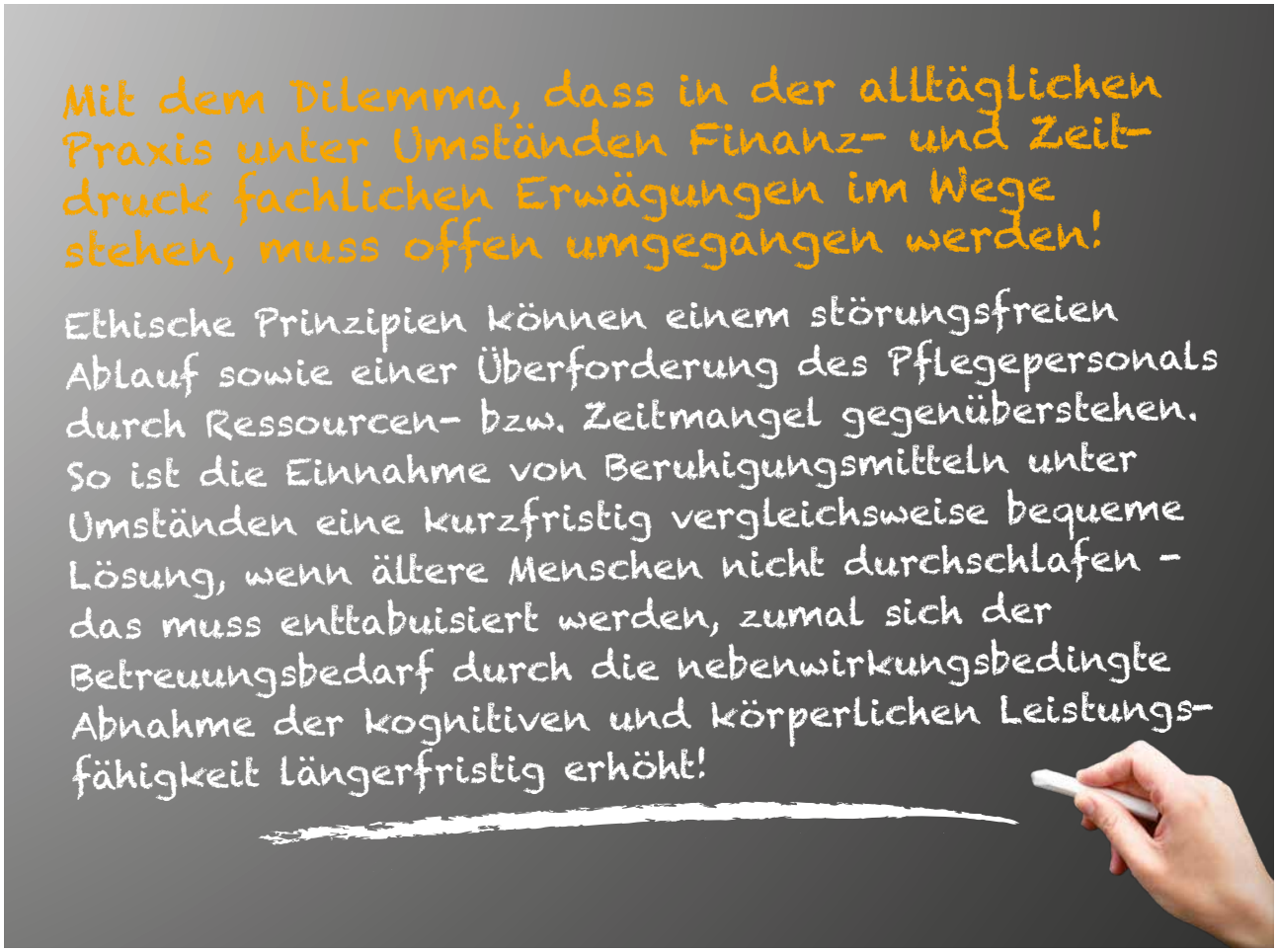
Das Wissen um typische Anzeichen eines problematischen Konsums von psychoaktiven Substanzen, gepaart mit einer geschärften Aufmerksamkeit für die Symptome und einer Haltung, dass auch im hohen Alter Intervention lohnt, ist Grundvoraussetzung. Hilfreich sowohl für das Erkennen der Problematik als auch für die Einbeziehung der/des behandelnden Ärztin/Arztes ist neben einem Grundwissen zu Wirkungsweisen und Suchtgefahren bestimmter Medikamente eine präzise Dokumentation der beobachteten Auffälligkeiten.

Im Rahmen eines Regelwerkes sollten Standards festgelegt werden, wie (im Einzelfall) zu verfahren ist.

- Wird bei Auffälligkeiten zuerst die Pflegedienstleitung informiert?
- Wer spricht die betroffenen zu Pflegenden bzw. Bewohner/innen sowie ggf. deren Angehörige an? In diesem Zusammenhang ist es von Vorteil, wenn zumindest einzelne Mitarbeiter/innen zur Motivierenden Gesprächsführung fortgebildet wurden.
- Durch wen und wie erfolgt die Einbeziehung der/des behandelnden Ärztin/Arztes? Gibt es Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Fachärztinnen/Fachärzten?
- Besteht die Möglichkeit einer regelhaften Kooperation mit einer Suchtberatungsstelle, die im Einzelfall zu Rate gezogen werden könnte oder vielleicht sogar Beratung vor Ort gewährleisten kann?
- Werden Auffälligkeiten und das konkrete Vorgehen im Einzelfall in regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen und Supervisionen beraten?

Empfehlung:

Falls es noch keine von der Leitung und Mitarbeitenden getragenen Regelungen zum Umgang mit dem Konsum von Alkohol, Tabak und anderen psychoaktiv wirkenden Substanzen gibt, sollten diese entwickelt werden, da ein einheitliches und abgestimmtes Vorgehen insbesondere den Umgang mit problematischem Konsum für alle Beteiligten erleichtert.



Neben einer Intervention bei Missbrauch oder Abhängigkeit können Pflegeeinrichtungen auch Suchtentwicklung vorbeugen, indem sie nichtpharmakologischen Maßnahmen den Vorrang vor dem Einsatz von Medikamenten geben, wenn es beispielsweise darum geht, psychischem Unwohlsein oder Schlafstörungen entgegenzuwirken.

Dazu zählen z.B.:

- eine unterstützende, von Wertschätzung geprägte Kommunikation,
- ausreichend Bewegung (an der frischen Luft),
- Musik-, Bewegungs- und weitere therapeutische Angebote,
- Kontakt und Gemeinschaft fördernde Aktivitäten, die soziale Teilhabe ermöglichen,
- das Nutzen bürgerschaftlichen Engagements und die Förderung von Selbsthilfe,
- Angebote sinnvoller Beschäftigung, die das Gefühl vermitteln, gebraucht zu werden und den Selbstwert stärken (z.B. die Möglichkeit, ein Hochbeet zu bewirtschaften oder beim Vorbereiten der Mahlzeiten mitzuhelfen).

In der Pflege tätige Menschen erbringen eine anspruchsvolle und für die Gesellschaft wertvolle Leistung. Gelebte Gesundheitsförderung wirkt sich nicht nur positiv auf die zu Pflegenden, sondern auch auf die Beschäftigten aus und ist aktive Suchtprävention.

8. Gesundheit der Mitarbeitenden in der Pflege fördern

Die Arbeit in der Pflege ist aus vielfältigen Gründen emotional und körperlich belastend. Schichtdienst, die ständige Konfrontation mit Krankheit, Leiden und Tod und das Gefühl, den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten aufgrund von knappen Zeitvorgaben nicht gerecht zu werden, können Stress, Erschöpfung und Frustration mit sich bringen.

Menschen in helfenden und pflegenden Berufen sind besonders gefährdet, Alkohol, Zigaretten oder Medikamente als kurzfristige „Entspannungshelfer“ und „Problemlöser“ einzusetzen.

Hier sind Führungskräfte gefragt, zum einen wenn es um die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen geht, zum anderen hinsichtlich der frühzeitigen Ansprache betroffener Mitarbeiter/innen.

Erkennen Sie Überlastungsanzeichen bei Ihren Mitarbeitenden

Hilfreiche Maßnahmen im Rahmen einer umfassenden betrieblichen Suchtprävention sind z.B.:

- **DIE GESTALTUNG EINES KLIMAS, IN DEM OFFEN ÜBER BELASTUNGEN GESPROCHEN WERDEN KANN.** Die Kommunikation auch über Schwierigkeiten ermöglicht eine lösungsorientierte Herangehensweise und fördert Veränderung. Genauso wichtig ist es, die Leistungen und das Engagement der Mitarbeiter/innen wertzuschätzen.
- **DIE QUALIFIZIERUNG VON PERSONALVERANTWORTLICHEN** zum Umgang mit Mitarbeitenden mit Sucht- oder auch psychischen Erkrankungen sowie die Entwicklung und Implementierung von Handlungsleitfäden und/oder Dienstvereinbarungen. Geklärte Zuständigkeiten und Handlungskompetenz erleichtern frühe und konstruktive Intervention.
- **DIE SENSIBILISIERUNG DER MITARBEITENDEN GEGENÜBER CO-ABHÄNGIGEM VERHALTEN.** Häufig werden betroffene Mitarbeiter/innen von den Kolleginnen und Kollegen gedeckt, Auffälligkeiten werden heruntergespielt oder es wird „hinter dem Rücken“ über die Person gesprochen. Gründe hierfür sind z.B. sich über seinen Verdacht nicht sicher zu sein, sich nicht unbeliebt machen zu wollen, die Situation für den anderen nicht zu verschlimmern. Damit ist den Betroffenen eindeutig nicht geholfen, da die Situation sich langfristig i.d.R. zuspitzt und möglicherweise eskaliert. Mitarbeiter/innen mit problematischem Substanzkonsum werden demgegenüber durch frühzeitige Rückmeldung zu ihrem Verhalten motiviert, ihren Konsum zu hinterfragen.
- **EIN MEDIKAMENTENMANAGEMENT, DAS GRÖSSTMÖGLICHE TRANSPARENZ ÜBER VERBRAUCH UND VERBLEIB ERMÖGLICHT.** Die Griffnähe zu Medikamenten ist in medizinisch-pflegerischen Arbeitsfeldern hoch. Ein gewisses Maß an Kontrolle dient auch dem Schutz von Mitarbeiter/innen.

Ausführliche Informationen zur betrieblichen Suchtprävention, zur Gesprächsführung und zur Gestaltung von Dienstvereinbarungen finden Sie auf der Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen www.sucht-am-arbeitsplatz.de.

Nutzen Sie darüber hinaus auch die Unterstützung durch Expertinnen und Experten, z.B. der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern. Fragen Sie nach entsprechenden Fortbildungen und Coachings oder nach Begleitung bei der Erstellung einer Dienstvereinbarung.

9. Literaturhinweise

Umfangreiche Informationen rund um das Thema Sucht im Alter unter
www.alter-sucht-pflege.de

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007):
Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit:
Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (o.J.):
Substanzbezogene Störungen im Alter – Informationen und Praxishilfen. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2013):
Alkohol, Medikamente und Tabak:
Informationen für die Altenpflege. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2014):
Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel). Hamm.

Dilling, H. et al. (2006):
Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Verlag Hans Huber.

Lindenberger, U. et al. (2010): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.

Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke:
PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen.
Download: *www.priscus.net* [abgerufen am 27.02.2017].

Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2015):
Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Schmitz, Frank; König, Dieter (2007):
Sucht im Alter – Alkohol und Tabletten im Pflegeheim – was tun?
In: Die Schwester – Der Pfleger 46(7), S. 586-590.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2017): Sucht im Alter.
Online verfügbar unter: www.alter-sucht-pflege.de [abgerufen am 11.09.2017].

Weyerer, Siegfried; Schäufele, Martina; Hendlmeier, Ingrid (2006):
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen.
Repräsentative Ergebnisse aus der Stadt Mannheim. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und
-psychiatrie 19 (4), S. 229-235.

Weyerer, Siegfried (2011):
Wirksame Behandlungsmethoden bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen:
Sucht. Vortrag auf dem 10. Fachtag Gerontopsychiatrie. Nürnberg, 24. November 2011.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg (2009):
Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen
in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Notizen

Morgen
Mittag