

Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch eine Information für Pflegekräfte, vorgelegt von

Andreas Kutschke

4. Juni 2016

Professionelle pflegerische Begleitung bei älteren Abhängigkeitserkrankten

Ältere Alkoholranke

- Wahrnehmen (erkennen)
- Auswirkungen (einschätzen)
- Begegnen (Beziehung herstellen)
- Begleiten (unterstützen)

Alkoholabhängigkeit und schädlicher Gebrauch

Erkennen einer Alkoholproblematik, die vom Betroffenen häufig nicht erkannt oder negiert wird.

Spezifische Hinweise:

- Alkoholfahne, Alkoholfötör
- Torkeln, unkoordinierte Bewegungen
- Lallen, eine verwaschene Sprache
- Laboruntersuchungen (Leber- und Pankreas-Werte)
- Polyneuropathien
- Spider naevi und Caput medusa
- eigene Aussage des Betroffenen
- leere Flaschen im Umfeld

Unspezifische Hinweise, die jedoch oft die einzigen sind:

- wiederholte Stürze
- nachlassende geistige Leistungsfähigkeit
- Interessensverlust
- Schlafstörungen
- Vernachlässigung und/oder Verwahrlosung
- Schwindel/Kopfschmerzen
- Tremor (feinschlägig)
- Appetitverlust/Fehlernährung
- geringe körperliche Fitness
- Stimmungsschwankungen

Pflegende erkennen die Alkoholabhängigkeit oft nicht direkt oder nur durch Sekundärsymptome.

Alkohol-Abhängigkeit und **schädlicher Gebrauch** (früher **Missbrauch**) werden unterschieden. Bei einer **Abhängigkeit** entstehen Entzugserscheinungen, wenn es zu Abstinenz kommt. Bei **schädlichem Gebrauch** kommt es zwar zu gesundheitlichen Problemen durch den Alkoholkonsum, jedoch nicht zu einem Entzug.

Es gibt verschiedene Assessments zur Einschätzung eines Alkoholproblems, häufig verwendet wird der Short Michigan Alcohol Screening Test - Geriatric Version:

- Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol sie trinken?
- Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten?

- Helfen ein paar Gläser Alkohol, dass Sie weniger zittern oder weniger wackelig sind?
- Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern?
- Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen?
- Trinken Sie, um Probleme für einige Zeit zu vergessen?
- Haben Sie schon einmal mehr Alkohol getrunken, nachdem Sie einen Verlust in Ihrem Leben erlitten haben?
- Hat Ihnen schon einmal ein Arzt oder eine andere Person gesagt, Sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums?
- Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klar zu kommen?
- Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen?

Werden 2 oder mehr Fragen mit «Ja» beantwortet, könnte dies ein Hinweis auf eine alkoholbezogene Störung sein!

Tretter F. (2008): Suchtmedizin kompakt Wolter D. K. (2010): Sucht im Alter

Erkennen eines risikoarmen und risikoreichen Konsums von Alkohol

Damit ein hoher, also «risikoreicher», oder ein «risikoarmer» Konsum beschrieben werden kann, wird eine Maßeinheit benötigt, daher spricht man von einem «Standardglas». Dieses Standardglas enthält 10 Gramm Alkohol. Dies entspricht

- 0,25 l Bier oder
- 0,125 l Wein/Sekt oder
- 0,04 l Spirituosen (33.0 Vol. %).

Die Richtwerte variieren zwischen 12 g bis 20 g pro Tag bei Frauen und 18 g bis 30 g bei Männern.

Frauen sollten nach dieser Empfehlung nicht mehr als 1 bis 2 Gläser pro Tag trinken.

Männer sollten nach dieser Empfehlung nicht mehr als 2 bis 3 Gläser pro Tag trinken.

(Deutsche Hauptstelle für Suchterkrankungen 2006)

In einigen Lebensmitteln ist Alkohol versteckt, ohne dass dieser auf der Packung ausgewiesen ist ,z.B. Apfelsaft (bis 0,4 %), alkoholfreies Bier (bis 0,5 %), Sauerkraut (bis 0,5 %), reifer Kefir (bis ca. 0,5 %). Aber auch in verschiedenen Herz- und Stärkungstinkturen wie Doppelherz oder Klosterfrau Melissengeist und in einigen Husten- und Bronchienmedikamenten ist Alkohol in nennenswerter Menge enthalten. Für Alkoholismus-Erkrankte kann das ein Problem sein.

Mögliche Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit durch Alkohol auf die Betroffenen:

- geringe Belastungsfähigkeit
- u.U. Tumorerkrankungen an der Speiseröhre, dem Pankreas oder dem Enddarm
- Lebererkrankungen wie Leberzirrhose
- Hirnorganische Störungen, die in alle Lebensbereiche wirken
- Mangel- oder/und Unterernährung
- problematische Wechselwirkungen mit vielen Medikamenten, besonders aus der Gruppe der Psychopharmaka und hier im Besonderen die Benzodiazepine

- höheres Narkoserisiko bei einer Operation
- Polyneuropathien (Sensibilitätsstörungen vor allem der Füße)
- schlecht heilende Wunden
- Aggressivität, dissoziales Verhalten
- soziale Probleme in der Familie
- Verwahrlosung
- Vereinbarungen und Regeln können oft nur schwer eingehalten werden

Abhängige, die früh begonnen haben zu trinken (Early-Onset-Trinker), haben oft viele und schwere Auswirkungen der Abhängigkeit. Die, die spät begonnen haben (Late-Onset-Trinker), sind oft vor allem sozial isoliert.

Körperliche Fähigkeiten beachten.

Entzugssymptome erkennen und den Arzt informieren.

Ein Entzug wird nicht immer geplant und bewusst durchgeführt. Zum Beispiel können akute Ereignisse, die zu einer Bettlägerigkeit oder einem Krankenhausaufenthalt führen, die Betroffenen von ihrer «Versorgung» abschneiden. Dann können auch Bewohner oder Patienten auffällig werden, bei denen bisher keine Suchtproblematik bekannt gewesen ist. Ein Entzugssyndrom von Alkohol ähnelt dem von Benzodiazepinen:

- gesteigerte Angst, Erregbarkeit
- Halluzinationen, Wahnvorstellungen
- veränderte Bewusstseinslage (Entwicklung: zunehmend schläfrig und Somnolenz)
- Tremor der vorgehaltenen Hände, der Zunge oder der Augenlider
- Artikulationsstörungen
- Ataxie/Gangstörungen
- Schweißneigung
- epileptische Anfälle
- Magen-Darm-Störungen
- Kopfschmerzen, Krämpfe
- Tachykardie, Hypertonie
- Elektrolytverschiebungen
- Hyperglykämie
- Schlafstörung
- Dysphorie
- Augenflimmern
- optische Verzerrungen wie Mikropsie und Makropsie
- Störung des Körperschemas
- psychotische Symptome

Aufgrund der Auswirkung des Alkoholkonsums können unter anderem die folgenden Pflegediagnosen (NANDA) zutreffen:

- Schlafstörung
- unwirksames Coping
- Körperbildstörung
- chronisch geringes Selbstwertgefühl
- Machtlosigkeit (schwer, mäßig, leicht)
- Mangelernährung (zu spezifizieren); die Pflegediagnosen Flüssigkeitsdefizit und Selbstversorgungsdefizit: Essen können auch zutreffen

- Wahrnehmungsstörung
- Suizidgefahr
- unwirksamer Selbstschutz
- Gefahr der fremdgefährdenden Gewalttätigkeit
- Rollenüberlastung pflegender Angehöriger/Laien
- unwirksames Therapiemanagement
- fehlende Kooperationsbereitschaft

(Doenges et al. 2012)

Pflegerische Strategien und Konzepte im Umgang mit Patienten und Bewohnern die alkoholabhängig sind, sind immer im Zusammenhang mit der Dauer und Intensität der Erkrankung und dem Versorgungssystem zu sehen (ambulante oder stationäre Altenhilfe):

Die Motivierende Gesprächsführung fördert die Selbstwirksamkeit, den Glauben, sich verändern zu können; dies ist ein wichtiger Motivator. Der Patient ist für die Entscheidung zur Veränderung und deren Umsetzung verantwortlich. Der Glaube des Therapeuten an die Fähigkeit der Person, sich zu verändern, wird zu einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung (Selffulfilling Prophecy).

Ambivalenz gehört zur Verhaltensänderung dazu und wird akzeptiert. Der Patient bestimmt die Geschwindigkeit, der Berater behält dabei das definierte Ziel im Auge und führt das Gespräch im Zweifel immer auf das Ziel zurück.

Beispielhafte offene Fragen zur Bewusstmachung und Änderung

- «Was gefällt Ihnen am Trinken?»
- «Warum sind Sie hier?»
- «Welche möglichen Langzeitauswirkungen des Trinkens besorgen Sie am meisten?»
- «Was sind für Sie die wichtigsten Gründe, mit dem Trinken aufzuhören?»
- «Was beunruhigt Sie an der gegenwärtigen Situation?»
- «Was könnten Sie oder andere an Ihrem Alkoholkonsum Besorgnis erregend finden?»
- «Was glauben Sie wird geschehen, wenn Sie nichts verändern?»

(Miller Rollnick 2004)

Die Behandlung von Abhängigkeit sollte auf der Basis einer gemeinsamen Strategie gestaltet werden. Dem Modell der «**Stages of Change**» folgend, wird Schritt für Schritt vorgegangen. Jeder Schritt wird dabei mit dem Betroffenen zusammen geplant:

- Schritt: Sorglosigkeit Fehlende oder eingeschränkte Problembewusstheit Alkohol mit seinen Wirkungen und Nebenwirkungen aufzeigen
- Schritt: Bewusstwerdung Stadium der Nachdenklichkeit Probleme der Abhängigkeit von Alkohol verdeutlichen
- Schritt: Bereitstellung und Klarheit einen Plan gemeinsam mit dem Patienten und den behandelnden Ärzten ausarbeiten und konkrete Termine und Vorgehensweisen absprechen.
- Schritt: Handlung und Bewegung Stadium der Handlung Nebenwirkungen besprechen, Alternativen aufzeigen, durchführen und reflektieren
- Schritt: Aufrechterhalten und Stabilisierung Regelmäßige Gespräche und Nachfragen über den Status, wie es ohne abhängig machendes Medikament geht. (Maurischat 2001)

Vielleicht kann auch ein psychotherapeutisches Angebot gefunden werden, das dem Betroffenen helfen kann. Sprechen Sie mit den Kollegen in den Facheinrichtungen!

Alltagsregeln/hilfreiche Aspekte im pflegerischen Umgang mit Abhängigkeitserkrankten

- keine Appelle an die Vernunft (nicht «Du darfst nicht!» sondern «Du brauchst nicht!»)
- hohes Maß an Geduld und kein Moralisieren
- konsequentes, aber immer zugewandtes Handeln
- enge Kooperation mit den Drogenberatungsstellen und Selbsthilfegruppen
- Familie miteinbeziehen
- Lebensleistung anerkennen (mit einer Abhängigkeitserkrankung zu überleben und das Leben zu gestalten ist eine große Leistung)
- nicht stigmatisieren (jede Lebenssituation ist einzigartig)
- kein Fatalismus («In dem Alter lohnt sich eine Abstinenz doch nicht mehr! »)
- Überleben sichern (es geht nicht primär um die Abstinenz, sondern um das Überleben bei möglichst guter Gesundheit und Lebensqualität)
- Vereinbarungen treffen (aber damit rechnen, dass sie nicht eingehalten werden können)
- keine Sanktionen diskutieren, die nicht eingehalten werden können
- stehen Alkohol und Benzodiazepine frei zur Verfügung, muss der Gesundheitszustand beobachtet werden
- klären Sie im stationären Bereich die Frage, ob sie dem Betroffenen Alkohol vorenthalten können
- Risiken wie Stürze, Mangelernährung und Verwahrlosung müssen immer beachtet werden

Pflegerische und soziale Schwerpunkte

- Ernährung mit Vitaminen und Ballaststoffen
- Sturzprophylaxe mit Kraft-Balance-Training
- Körperpflege mit möglichst viel Selbstbeteiligung der Betroffenen
- körperliche Probleme erkennen und konsequent behandeln
- Einbindung in Bewegungs- und Kreativangebote
- Förderung der Bewältigungskompetenz in belastenden Situationen wie Einsamkeit, Langeweile, Trauer und Angst
- Förderung von Genuss- und Entspannungsfähigkeit
- Zuführung von Unterstützungsangeboten und Nachsorgebehandlungen
- sinnstiftende Arbeit
- Aufgaben erst allmählich vermitteln, Zeit geben
- positive Erfahrungen mit Menschen und Gemeinschaft erlebbar machen.
- angemessenes Umfeld mitgestalten

Wenn nötig, sollten Fallgespräche aller Beteiligten Strategien planen, die Umsetzung der Maßnahmen kann durch Pflegevisiten gesichert werden. Die Begleitung abhängiger Patienten erfordert verlässliche Absprachen im Betreuungsteam. Werden Absprachen durch Pflegekräfte nicht eingehalten, wird es eine Polarisierung geben. Die Patienten unterscheiden dann «gute» von «bösen» Pflegekräften. Dies gilt es zu vermeiden!

Umgang mit schwierigen und eskalierenden Situationen

Deeskalation:

- mit alkoholisierten oder überdosierten Bewohnern nicht verhandeln
- keine Verbote in der Eskalation
- keine Vorwürfe, keine Belehrungen
- Gesten der Beruhigung verwenden
- dem Betroffenen Raum geben
- Rausch ausschlafen lassen

- nicht konfrontieren
- die Anliegen der Betroffenen ernst nehmen
- immer auf den Selbstschutz achten

Umgang mit einem Rückfall

Hauptursache für den Rückfall ist das unwiderstehliche Verlangen des Abhängigen nach dem Suchtstoff (auch Craving genannt).

Keine Vorwürfe, sondern ehrliches Interesse für die Gründe des Rückfalls (Relaps), Analyse der Rückfallgründe, Einbinden in soziale Hilfestrukturen (Familie, Selbsthilfe, Patienten/Bewohnergruppen) Fördern von haltgebenden Ressourcen Abstinenz ist das Ziel, eine Reduktion des Alkohols aber auch ein Erfolg!

Geben Sie bekannten Alkoholkonsum bei einer akuten oder geplanten Operation im Rahmen einer Überleitungspflege unbedingt an. Bei einer realistischen Angabe des Konsums wird das Narkoserisiko deutlich reduziert!

Literatur/Selbsthilfe-Adressen

- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (www.emcdda.europa.eu)

Selbsthilfegruppen in Deutschland

- Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Deutschland (www.blaues-kreuz.org)
- Kreuzbund e. V. (www.kreuzbund.de)
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (www.sucht.org)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (www.dhs.de)

Benzodiazepinabhängigkeit und schädlicher Gebrauch im Alter

4. Juni 2016

Suchtkranke

- Wahrnehmen (erkennen)
- Auswirkungen einschätzen
- Begegnen (Beziehung herstellen)
- Begleiten (unterstützen)

Suchtprobleme durch Benzodiazepine (BZD) erkennen!

BZD werden bei Schlafstörungen, Angstzuständen und Schmerzen verordnet. BZD sollten nicht länger als vier bis sechs Wochen eingenommen werden, da es sonst zu **Abhängigkeit** und anderen **pflegerrelevanten Nebenwirkungen** kommen kann wie:

- eingeschränkte Kritikfähigkeit
- Benommenheit und oder Tagesmüdigkeit
- Verlangsamung, aber auch Schlafstörungen und Traurigkeit
- kognitive Einschränkungen wie Gedächtnisprobleme
- Blutdruckabfall
- Schluckstörungen
- Obstipation
- depressive Symptome
- unsicherer Gang durch eine zu hohe Dosierung oder eine Kumulation des Wirkstoffs im Körper

Die Ursachen für die Entstehung einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen im Alter sind vielfältig, jedoch gibt es **nachfragende Patienten**, vor allem wenn sie einmal die «angenehmen» Wirkungen der Benzodiazepine erfahren haben. Es gibt **verordnende Ärzte** und **Pflegekräfte**, die diese Medikamente verabreichen und bei unruhigen Bewohnern im Altenheim bei Haus- und Fachärzten für die Bewohner anfragen. Es gibt viele Beteiligte. **Schauen Sie, welche Bewohner wie lange bereits Benzodiazepine einnehmen. Halten Sie in Stichpunkten fest, welche Nebenwirkungen verursacht werden.**

Schätzen Sie den Benzodiazepinkonsum ein, indem Sie den Betroffenen folgende Aussagen mit «Ja» oder «Nein» kommentieren lassen:

- Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen.
- Ich habe mir zur Sicherheit schon einmal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt.
- Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.
- Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht.
- Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe.
- Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang der Einnahme.
- Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente.
- In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich wenig gegessen.

- Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl.
- Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Medikamente ich an einem Tag eingenommen habe.
- Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.

Zwei oder mehr zutreffende Aussagen deuten auf eine problematische Medikamenteneinnahme hin.

Benzodiazepin Abhängigkeit und **schädlicher Gebrauch** (früher **Missbrauch**) werden unterschieden. Bei einer **Abhängigkeit** entstehen Entzugserscheinungen, wenn es zu einer Reduktion oder Absetzen des Benzodiazepins kommt. Bei **schädlichem Gebrauch** kommt es zwar zu gesundheitlichen Problemen durch das Benzodiazepin, jedoch nicht zu einem Entzug bei der Absetzung.

Benzodiazepine können abhängig machen. Ca. 25 % der Altenheimbewohner nehmen ein oder mehrere BZD täglich ein. Jedoch ist nicht die Höhe der Dosierung problematisch, sondern die Dauer; bereits nach wenigen Wochen kann sich eine sogenannte «Low-dose-Abhängigkeit» einstellen. Schauen Sie selbst in den Beipackzettel oder fragen Sie den Arzt oder Apotheker nach den vergebenen BZD und deren Nebenwirkungen.

Mögliche Auswirkungen und Folgen des längeren Benzodiazepinkonsums auf die Betroffenen

- Wechselwirkungen mit anderen zentral dämpfenden Substanzen
- Stürze mit der Folge von Frakturen
- Atem- und Kreislaufdepression
- Speichelfluss
- Missempfindungen (Kribbeln, Juckreiz etc.)
- Reaktionsverlangsamung
- Paradoxe Wirkung
- Halluzinationen
- Wechselwirkungen mit Alkohol
- Nieren- und Leberfunktionsstörungen bei älteren Menschen
- Euphorie, Aggressivität und Reizbarkeit
- Inkontinenz
- Entzugserscheinungen nach längerem Gebrauch; bei Absetzen Unruhe, Angstzustände, Schlaflosigkeit

Eine Kumulation des Wirkstoffs im Körper ist vor allem bei langwirkenden BZD möglich. Dies kann dazu führen, dass der Wirkstoff je nach Medikament und Einnahmedauer noch 100 bis 200 Stunden im Körper verweilt.

Mit BZD sind beispielsweise folgende Medikamente gemein
 Diazepam – (Valium®, Valiquid®, Faustan®)
 Lorazepam – (Laubel®, Tavor®)
 Oxazepam – (Adumbran®, Praxiten®)
 Zolpidem – (Stilnox®, Bikalm®)

Das schnelle oder sogar abrupte Absetzen von Benzodiazepinen kann zu einem Entzug führen. Manche Patienten/Bewohner nehmen auch BZD ohne das Wissen der Pflegekräfte oder der Angehörigen ein. Wenn dann eine plötzliche Pflegebedürftigkeit auftritt oder ein akuter

Krankenhausaufenthalt notwendig wird, können die Betroffenen plötzlich Entzugssymptome entwickeln; dies kann zu kritischen Situationen führen.

Entzugssymptome sind:

- Inappetenz
- Tremor
- Muskelkrämpfe
- Schweißbildung
- Kopfschmerzen
- Schlafstörung
- Angstzustände
- Dysphorie, Reizbarkeit
- Erregung, Schuldgefühle
- epileptische Anfälle
- Augenflimmern
- optische Verzerrungen wie Mikropsie und Makropsie
- Veränderung des Geschmacksinns
- Empfindlichkeit auf Lärm, Licht und Berührung
- Störung des Körperschemas
- psychotische Symptome
- evtl. Delir

Ein Delir, das durch die Einschränkung der Wachheit gekennzeichnet sein kann, ist, nicht erkannt und nicht behandelt, mit einem hohen Gesundheitsrisiko für den Betroffenen verbunden.

Aufgrund der Auswirkungen des Benzodiazepinkonsums können die folgenden Pflegediagnosen (NANDA) zutreffen:

- Schlafstörung
- unwirksames Coping
- Körperbildstörung
- Machtlosigkeit (schwer, mäßig, leicht)
- Mangelernährung (zu spezifizieren); die Pflegediagnosen Flüssigkeitsdefizit und Selbstversorgungsdefizit: Essen können auch zutreffen
- Wahrnehmungsstörung
- unwirksamer Selbstschutz
- Rollenüberlastung pflegender Angehöriger/Laien
- unwirksames Therapiemanagement
- Gefahr eines Immobilitätssyndroms
- beeinträchtigte Gehfähigkeit
- Erschöpfung
- fehlende Kooperationsbereitschaft

(Doenges et al. 2012)

Konzepte im pflegerischen Umgang mit Patienten und Bewohnern, die benzodiazepinabhängig sind:

I. Die Motivierende Gesprächsführung

fördert die Selbstwirksamkeit, den Glauben, sich verändern zu können; dies ist ein wichtiger Motivator. Der Patient ist für die Entscheidung zur Veränderung und deren Umsetzung verantwortlich. Der Glaube des Therapeuten an die Fähigkeit der Person, sich zu verändern, wird zu einer Selffulfilling Prophecy.

Ambivalenz gehört zur Verhaltensänderung dazu und wird akzeptiert. Der Patient bestimmt die Geschwindigkeit, der Berater behält dabei das definierte Ziel im Auge und führt das Gespräch im Zweifel immer darauf zurück.

Beispielhafte offene Fragen zur Bewusstmachung und Änderung

- «Was gefällt Ihnen an der Einnahme der BZD?»
- «Welche möglichen Langzeitauswirkungen der Einnahme von BZD besorgen Sie am meisten?»
- «Was sind für Sie die wichtigsten Gründe, mit der Einnahme von BZD aufzuhören?»
- «Was beunruhigt Sie an der gegenwärtigen Situation?»
- «Was könnten Sie oder andere an Ihrem BZD-Konsum Besorgnis erregend finden?»
- «Was glauben Sie wird geschehen, wenn Sie nichts verändern?»

(Miller Rollnick 2004)

II. Schritt für Schritt vorgehen und mit den Betroffenen planen (Stages of Change):

- 1. Schritt: Sorglosigkeit** Fehlendes oder eingeschränkte Problembewusstsein Benzodiazepine mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen aufzeigen
- 2. Schritt: Bewusstwerdung** Stadium der Nachdenklichkeit Probleme der Abhängigkeit von Benzodiazepinen verdeutlichen
- 3. Schritt: Bereitstellung und Klarheit** Einen Plan gemeinsam mit dem Patienten und den behandelnden Ärzten ausarbeiten und konkrete Termine und Vorgehensweisen absprechen.
- 4. Schritt: Handlung und Bewegung** Stadium der Handlung Nebenwirkungen besprechen, Alternativen aufzeigen, durchführen und reflektieren
- 5. Schritt: Aufrechterhalten und Stabilisierung** Regelmäßige Gespräche und Nachfragen über den Status, wie es ohne abhängig machendes Medikament geht.

(Maurischat 2001)

Vielleicht kann auch ein psychotherapeutisches Angebot gefunden werden. Sprechen Sie mit den Kollegen der Facheinrichtungen!

I. STI (Serial Trial Intervention) zur

pflegerischen Einschätzung herausfordernden Verhaltens bei dementiell Erkrankten, mit dem Ziel, Psychopharmaka erst nach systematischer Einschätzung in Erwägung zu ziehen.

Im **ersten Schritt** wird ein körperliches Assessment durchgeführt.

Beispiel: Eine volle Blase oder voller Darm, Schmerzen, Hunger oder eine aktuelle Änderung der Medikamente. Ist das Verhalten unverändert, folgt Schritt 2.

Im **zweiten Schritt** werden das physische Umfeld beobachtet und affektive Bedürfnisse eingeschätzt. Die Frage ist: Beeinflussen Umgebungsfaktoren (z.B. zu viele Reize, laute Umgebung) das Wohlbefinden? Liegt das herausfordernde Verhalten nicht am Umfeld, folgt Schritt 3.

Im **dritten Schritt** werden zielgerichtet nichtmedikamentöse Maßnahmen durchgeführt.

Beispiel: Massagen, Bewegungsübungen, Aromatherapie, schlaffördernde Maßnahmen. Verändern auch diese Maßnahmen das Verhalten nicht, folgt Schritt 4

Im **vierten Schritt** wird durch die versuchsweise Gabe von Schmerzmitteln ausgeschlossen, dass das Verhalten durch Schmerzen ausgelöst wird. Danach genaue Beobachtung. Führt dieses Verfahren nicht zu einer Änderung, folgt Schritt 5.

Erst im **fünften Schritt** wird nach eingehender Beratung mit dem Facharzt die Gabe eines Psychopharmakons für einen begrenzten Zeitraum vereinbart.

(Fischer et al., 2007)

Benzodiazepine werden oft im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten verordnet. Die Begleitung der Therapie sollte die folgenden Regeln berücksichtigen.

III. Regeln im Umgang mit Psychopharmaka

1. Suchen Sie nach den Ursachen der Symptome. Eine verstehende Diagnostik kann hier durchgeführt werden, damit Ursachen deutlich werden (siehe STI).
2. Stellen Sie die Symptome im Rahmen einer Teambesprechung oder Fallkonferenz vor. Suchen Sie im multiprofessionellen Team nach alternativen Lösungsmöglichkeiten.
3. Informieren Sie sich über erwünschte und unerwünschte Wirkungen des Medikamentes und berücksichtigen Sie diese in der Krankenbeobachtung bzw. in der Pflegeplanung.
4. Geben Sie dem Medikament genügend Zeit für den Wirkungseintritt («Start low, go slow!»).
5. Nutzen Sie Ihren Handlungsspielraum, wenn der behandelnde Arzt eine Bedarfsgabe anordnet.
6. Achten Sie auf die korrekte Einnahme des Medikamentes.
7. Hinterfragen Sie gemeinsam mit dem behandelnden Arzt regelmäßig die Notwendigkeit der weiteren Gabe des Psychopharmakons.
8. Achten Sie darauf, dass das Psychopharmakon tatsächlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität des betroffenen Menschen führt.

(Perrar et al. 2007 verändert Kutschke)

IV. Alltagsregeln/hilfreiche Aspekte im pflegerischen Umgang mit Abhängigkeitserkrankten

- keine Appelle an die Vernunft (nicht «Du darfst nicht!» sondern «Du brauchst nicht!»)
- hohes Maß an Geduld
- kein Moralisieren
- konsequentes, aber immer zugewandtes Handeln
- enge Kooperation mit den Selbsthilfegruppen
- Familie miteinbeziehen
- nicht Stigmatisieren
- kein Fatalismus («In dem Alter lohnt sich ein Entzug doch nicht mehr!»)
- Vereinbarungen treffen (aber damit rechnen, dass sie nicht eingehalten werden können)

- keine Sanktionen (vor allem, wenn diese nicht eingehalten werden können)
- stehen Benzodiazepine zur Verfügung, muss der Gesundheitszustand beobachtet werden
- klären Sie die Fragen zu den Benzodiazepinen ggf. mit dem rechtlichen Betreuer
- Risiken wie Stürze und Verwahrlosung immer beachten

Wenn nötig, sollten **Fallgespräche** aller Beteiligten Strategien planen; die Umsetzung der Maßnahmen kann durch **Pflegevisiten** gesichert werden. Die Begleitung abhängiger Patienten erfordert verlässliche Absprachen im Betreuungsteam, sonst werden Teams angreifbar und können ihren Auftrag nicht mehr professionell erfüllen.

Pflegerische und soziale Schwerpunkte

- Ernährung mit Vitaminen und Ballaststoffen
- Sturzprophylaxe mit Kraft-Balance-Training
- Körperpflege mit möglichst hoher Selbstbeteiligung der Betroffenen
- körperliche Probleme erkennen und konsequent behandeln
- Einbindung in Bewegungs- und Kreativangebote
- Förderung der Bewältigungskompetenz in belastenden Situationen wie Einsamkeit, Langeweile, Trauer und Angst
- Förderung von Genuss- und Entspannungsfähigkeit (z.B. durch basale Stimulation)
- regelmäßige Überprüfung der Benzodiazepine auf Notwendigkeit und unerwünschte Wirkungen mit dem Arzt
- Zuführung von Unterstützungsangeboten und Nachsorgebehandlungen
- sinnstiftende Arbeiten, die positiv begleitet werden
- Aufgaben erst allmählich vermitteln, Zeit geben
- Rückfälle akzeptieren, analysieren und nutzen
- positive Erfahrungen mit Menschen und Gemeinschaft erlebbar machen.
- angemessenes Umfeld mitgestalten

Bei den vorgestellten Angeboten geht es primär um die Vermittlung von pflegerischen und betreuerischen Alternativen zu Benzodiazepinen.

Umgang mit einem Rückfall

Ursache für den Rückfall ist das unwiderstehliche Verlangen des Abhängigen nach dem Suchtstoff (auch Craving genannt).

- Keine Vorwürfe, sondern ein ehrliches Interesse für die Gründe des Rückfalls (Relaps)
- Analyse der Rückfallgründe
- Einbindung in soziale Hilfestrukturen (Familie, Selbsthilfe, Patienten/Bewohnergruppen)
- Fördern von haltgebenden Ressourcen

Abstinenz ist ein Ziel, eine Reduktion der Benzodiazepine oder die Unterbrechung der Einnahme ist aber auch ein Erfolg!

Geben Sie bekannten Alkohol- und/oder Benzodiazepinkonsum bei einer akuten oder geplanten Operation im Rahmen einer Überleitungspflege unbedingt an. Bei einer realistischen Angabe des Konsums wird das Narkoserisiko deutlich reduziert!

(Interreg 2011; Kutschke 2012) weitere Literatur beim Autoren