

Julia Berthold

FACHBEREICH SARBEIT

Wien, Mai 2008

Titel:

Alkoholranke Patienten – Herausforderung für die Pflege
als gesundheitsfördernder Beruf

Eingereicht durch:

Julia Berthold

Begutachterin:

Mag. Elisabeth Sittner

**an der Schule für Gesundheits- und
Krankenpflege der Rudolfinerhaus
BetriebsGmbH, Billrothstraße 78, 1190 Wien**

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	4
2	Begriffsbestimmungen.....	8
2.1	Missbrauch	8
2.2	Abhängigkeit	9
2.3	Alkoholismus	10
2.3.1	Alphaalkoholismus.....	11
2.3.2	Betaalkoholismus	11
2.3.3	Gammaalkoholismus.....	11
2.3.4	Deltaalkoholismus.....	12
2.3.5	Epsilonalkoholismus	12
2.4	Reflexion zum Alkoholkonsum.....	12
3	Erkennungsmerkmale von Alkoholkranken.....	14
3.1	Körperliche Erkennungsmerkmale für Alkoholismus	15
3.2	Verhaltensweisen von Alkoholkranken.....	16
3.3	Delirium tremens	18
4	Pflegerischen Aufgaben in der Betreuung Alkoholkranker.....	22
4.1	Anforderungen an Pflegepersonen bei der Betreuung Alkoholkranker	23
4.2	Pflegeanamnese bei Alkoholkranken	24
4.3	Standardpflegeplan bei Alkoholabhängigkeit	26
4.3.1	Gefahr von Sturz und Verletzung.....	26
4.3.2	Unzureichende Nahrungsaufnahme	27
4.3.3	Störung des Selbstbildes	27
4.4	Pflege von Patienten im Delirium tremens	28
4.4.1	Sich bewegen	29
4.4.2	Sich waschen und kleiden	30
4.4.3	Kommunizieren.....	30
5	Konsequenzen für das Berufsverständnis.....	32
5.1	Gesundheitsförderung	32
5.2	Selbstbestimmungsrecht von Patienten.....	33
5.3	Professioneller Umgang mit Alkoholkranken	36
6	Resümee.....	39

7 Literaturverzeichnis.....42

1 Einleitung

Der Impuls für diese Arbeit war ein Erlebnis in einem Praktikum, auf einer chirurgischen Station, im zweiten Ausbildungsjahr zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester. Die nachdiensthabende Pflegeperson¹ berichtete den Pflegenden des Tagdienstes von einer 45-jährigen Patientin, die am Tag zuvor, auf Grund einer geplanten Arthroskopie des linken Knies, zur stationären Aufnahme gekommen ist. Seit der Nacht habe sie starken Tremor, könne nicht mehr alleine aufstehen, vergesse Informationen der Pflegenden ständig und sei massiv verunsichert und nervös. Die Vermutung der Pflegeperson war, dass die Patientin² Alkoholikerin sei und nun, da sie auf Grund der bevorstehenden Operation nüchtern bleiben musste, in den Entzug geschlittert war. Diese Vermutung wurde bis zu jenem Zeitpunkt weder vom behandelnden Arzt, noch von der Betroffenen selbst bestätigt, da sie von niemandem darauf angesprochen wurde.

Mit diesen Informationen im Hinterkopf ging ich mit einem etwas mulmigen Gefühl in das Zimmer von Frau K., da mir die Situation einer Alkoholikerin im Entzug Unbehagen einflößte. Im Zimmer traf ich dann Frau K. genauso an, wie sie von der nachdiensthabenden Pflegeperson beschrieben worden war. Sie zitterte so stark, dass sie nicht alleine aufstehen konnte, und blickte ängstliche durchs Zimmer. Gemeinsam mit einer Pflegeperson unterstützten wir die Patientin bis zur OP, indem wir ihr immer wieder beim Aufstehen halfen und verstärkt darauf achteten, dass sie nicht stürzte.

Bei der Visite bestätigte der behandelnde Arzt unseren Verdacht auf Alkoholismus von Frau K. und als die Pflegeperson dann fragte, was zu machen sei, gab der behandelnde Arzt zur Antwort: „Geben Sie ihr Rotwein.“ Er trug dies sogar unter „Spezielle Angaben des Arztes“ in die Dokumentation ein und beendete anschließend seine Visite.

Daraufhin wurde Frau K. vom Pflegepersonal regelmäßig Rotwein angeboten. Ich kann mich noch sehr genau an den Kommentar einer Pflegenden zu dieser Situation erinnern: „Ich komme mir so blöd vor, ihr

¹ Ich verwende im gesamten Text für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Ausdrücke Pflegeperson oder Pflegenden.

² Im Weiteren als Frau K. bezeichnet

dauernd Alkohol anzubieten. Ich bin doch Krankenschwester!“ Dieser Ausspruch spiegelte genau die Gefühle wider, die ich während der Zeit, in der ich Frau K. mitbetreute, empfand. Ich fragte mich, ob es nicht im Widerspruch zu dem Berufsverständnis von Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. -pflegern stand, dass sie Patienten³ in ihrer Sucht bzw. Krankheit unterstützten. Meiner Meinung nach war Alkoholgabe nicht der richtige Weg Frau K. zu helfen.

Weiters belastete mich die Tatsache, dass keiner der Pflegenden Frau K. je auf ihr offensichtliches Alkoholproblem ansprach und dieses Thema immer unausgesprochen in der Luft hing. Auch ich hatte nicht den Mut mit einer Pflegeperson über diese Situation zu sprechen und folgte still den Anordnungen des Arztes, während ich auch zuhause immer wieder darüber nachgrübelte.

Am 3. postoperativen Tag wurde Frau K. entlassen und nicht mehr über sie gesprochen. Doch für mich blieben viele Fragen offen: Wie können Pflegenden Alkoholkranken Alkohol geben in dem Wissen, ihre Sucht damit zu unterstützen, wo doch die Gesundheitsförderung einen wesentlichen Teil der Gesundheits- und Krankenpflege darstellt? Wäre es nicht besser, ihnen im Sinne eines Entzugs den Alkohol zu verweigern?

Nach langem Überlegen beschloss ich, jene Fragen, die mir seither im Kopf „herumspukten“, als Impuls für meine Fachbereichsarbeit heranzuziehen.

Die konkrete Fragestellung, der ich in meiner Arbeit nachgehen möchte, ist nun folgende:

Welches sind die pflegerischen Aufgaben im Rahmen der Betreuung Alkoholkranker und welche Konsequenzen für das Berufsverständnis von Pflegepersonen resultieren daraus?

Ich werde meine Arbeit in fünf Abschnitte gliedern. Zu Beginn der Arbeit ist es mir wichtig, die Begriffe „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholismus“ genau zu klären und ihre Unterscheidung deutlich zu machen. Weiters werde ich

³ Um den Lesefluss zu erleichtern verwende ich grundsätzlich für alle Personen- und Berufsgruppenbezeichnungen die männliche Schreibform, es sei denn es handelt sich explizit um eine Frau oder um Frauen.

aufzeigen, wie Pflegepersonen ein Alkoholproblem eines Patienten erkennen können. Im darauf folgenden Abschnitt werde ich herausarbeiten, welche Aufgaben Pflegepersonen in der Betreuung von Alkoholkranken übernehmen müssen. Bei all diesen Überlegungen beschränke ich mich auf Patienten mit chirurgischen Eingriffen. Zum Schluss werde ich entstehende Konflikte für das Berufsverständnis von Pflegenden in der Betreuung von Alkoholkranken beschreiben und Strategien anführen, die es Pflegenden ermöglichen damit umzugehen.

Die Relevanz meiner Arbeit sehe ich darin, dass Pflegende in ihrem Berufsalltag, auch wenn sie nicht auf einer spezialisierten Abteilung arbeiten, immer wieder mit alkoholkranken Menschen konfrontiert sein können. Als ich ein Praktikum im Landeskrankenhaus Mistelbach auf einer Intensivstation absolvierte, konnte ich feststellen, dass ein überraschend hoher Anteil der Patienten ein Alkoholproblem hatte. Dieses Phänomen wurde auf der Station salopp als „Morbus Weinviertel“ bezeichnet. Auch Zahlen in Studien, die sich mit Alkoholismus auseinandersetzen, sprechen für die Relevanz dieses Themas: *„Rund 730.000 Österreicher/innen, oder anders gesagt 10,6%, haben einen problematischen Alkoholkonsum. Weitere 5% der österreichischen Bevölkerung (7,5% der Männer und 2, % der Frauen), das sind rund 340.000 Personen, sind an Alkoholismus erkrankt.“*⁴

Ziel meiner Arbeit ist es, einerseits die Konsequenzen, die sich für Pflegende bei der Betreuung von Alkoholkranken ergeben, darzustellen. Andererseits ist es mir wichtig, durch das Schreiben dieser Arbeit mehr Selbstvertrauen zu gewinnen, um offen über das Tabu „Alkoholismus“ in meinem Berufsalltag sprechen zu können.

Um meine Fragestellungen zu beantworten, werde ich Fachliteratur aus den Bereichen Pflege und Medizin, Artikel aus Pflegezeitschriften und Unterlagen aus dem Internet heranziehen. Außerdem werde ich Erfahrungen aus meinen bisherigen Praktika miteinfließen lassen.

⁴ UHL et al., 2005, S. 3

Julia Berthold

Ansprechen möchte ich mit meiner Arbeit Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, sowie Schüler der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. Daher werde ich davon absehen, Begriffe, die dieser Personengruppe mit Sicherheit bekannt sind, zu definieren.

2 Begriffsbestimmungen

„Alkoholiker sind Leute, die viel Trinken.“ Diese Antwort hätte ich bis vor kurzem noch jedem gegeben, der wissen wollte, was denn ein Alkoholiker sei. Doch dass diese Frage so nicht zu beantworten ist, ist mir spätestens seit meiner Literaturrecherche zu diesem Thema bewusst geworden.

Wie viel Alkohol ist denn nun zuviel? Ist jemand Alkoholiker, wenn er sich bei einer Geburtstagsfeier hemmungslos betrinkt? Ist ein Weinbauer, der jeden Tag Wein trinkt, ein Alkoholiker? Wann spricht man von Missbrauch und wann von Abhängigkeit? Diese und viele weiterer Fragen werde ich im folgenden Kapitel beantworten.

Bei der Suche nach Begriffserklärungen bin ich auf eine Fülle von Wörtern, wie „Alkoholkrankheit“, „Trunksucht“ oder „Alkoholsucht“ gestoßen, die zum Teil synonym verwendet werden, aber doch nicht ganz dasselbe bedeuten. Daher habe ich versucht, diese Vielzahl an Wörtern auf die für meine Arbeit relevanten zu beschränken.

Besonders wichtig ist mir die Unterscheidung zwischen den Begriffen „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“, die keineswegs sinngleich zu verwenden sind, wobei zu beachten ist, dass Alkoholmissbrauch Alkoholabhängigkeit mit einschließt.⁵

2.1 Missbrauch

„Unter Missbrauch versteht man den Gebrauch einer Sache in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglichen dafür gesetzten Zweck abweicht, und zwar in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht.“⁶

Da Alkohol nicht nur ein Rauschmittel ist, das bei Überdosierung toxisch wirkt, sondern in unserem Kulturkreis vor allem ein Nahrungs- und

⁵ FEUERLEIN, 1979, S. 3

⁶ ebenda

Genussmittel, kann nicht grundsätzlich jeder Konsum von Alkohol als Missbrauch bezeichnet werden. Alkoholmissbrauch ist als ein gegenüber der soziokulturellen Norm überhöhter Alkoholkonsum zu verstehen. Aber auch bei Konsum von Alkohol in geringen Mengen kann von Missbrauch gesprochen werden, wenn dies bei unpassenden Gelegenheiten (z.B. im Straßenverkehr) geschieht.

Weiters kann von Missbrauch gesprochen werden, wenn es durch die Alkoholwirkung zu vorübergehenden, sichtbaren Veränderungen des psychischen und/oder physischen Verhaltens des Konsumenten kommt, wie zum Beispiel Aggressivität oder Gangunsicherheit.⁷

2.2 Abhängigkeit

„Allgemeine Bezeichnung für einen Zustand des psychischen und/oder physischen Angewiesenseins auf eine andere Person, Ideen, Arzneimittel, Drogen etc.“⁸

In der Literatur wird zwischen einer psychischen und einer körperlichen Abhängigkeit unterschieden. Die körperliche Abhängigkeit ist gekennzeichnet durch eine Reihe von Symptomen, die nach Entzug des Alkohols auftreten. Physische Abhängigkeit basiert auf dem Phänomen der Toleranz:

„Gewöhnung, Habituation; Anpassung des Körpers an immer höhere Mengen einer Substanz; erster Schritt der Suchtentwicklung.“⁹

Laut dieser Definition ist unter Toleranz nicht nur die Verträglichkeit von Alkohol zu verstehen, sondern bedeutet auch, dass der Körper Alkohol schneller abbaut, wenn dieser ihm regelmäßig und in größeren Mengen

⁷ vgl. FEUERLEIN, 1979, S. 3f

⁸ REUTER, 2004, S. 3

⁹ REUTER, 2004, S. 2130

zugeführt wird. Deshalb muss auch die Zufuhr ständig erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen.¹⁰

Die psychische Abhängigkeit wird als unwiderstehliches Verlangen nach Alkohol beschrieben.¹¹ Dieses Verlangen rührt daher, dass der Trinker den Alkohol aus einem bestimmten Grund zuführt: Er lindert Anspannung oder Depression, er macht gelöster oder betäubt Schmerzen. Alkohol bewirkt also, dass sich der Trinker besser fühlt. Der psychisch abhängige Trinker betrinkt sich nicht wegen der Geselligkeit oder weil ihm der Alkohol so gut schmeckt, sondern weil er damit eine gezielte Einwirkung auf seinen seelischen Zustand erreicht.¹²

Im Folgenden werde ich mich nun der genaueren Definition des viel verwendeten Begriffs „Alkoholismus“ widmen.

2.3 Alkoholismus

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nähert sich dem Begriff über die Definition des „Alkoholikers“:

„Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht, dass sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen, oder sie zeigen Vorstadien einer solchen Entwicklung und brauchen daher Behandlung.“¹³

Diese Definition stellt meiner Meinung nach das Problem des Alkoholismus sehr umfassend dar. Sie zeigt, dass Alkoholismus nicht nur Auswirkungen auf den Körper bzw. auf die Psyche des Trinkers hat, sondern auch das Leben in seiner Umwelt und die Beziehungen zu seinen Mitmenschen

¹⁰ vgl. RUTTEN/LOTH, 2002, S. 13

¹¹ vgl. FEUERLEIN, 1979, S. 5 und RUTTEN/LOTH, 2002, S. 14

¹² vgl. RUTTEN/LOTH, 2002, S. 14

¹³ WHO, 1952

beeinflusst. Weiters ist von „Behandlung“ die Rede, was für mich Alkoholismus eindeutig als Krankheit klassifiziert.

In der Literatur werden fünf Formen des Alkoholismus unterschieden, die ich nun einzeln anführen werde.

2.3.1 Alphaalkoholismus

Von Alphaalkoholismus spricht man, wenn eine rein psychologische Gewöhnung an Alkohol stattgefunden hat. Bei dieser Form des Alkoholismus wird Alkohol zur Erleichterung von körperlichen und/oder psychologischen Störungen getrunken, wobei der Patient die Kontrolle über das Trinken hat.¹⁴

2.3.2 Betaalkoholismus

Betaalkoholismus, auch als Gewohnheitstrinken bezeichnet, ist die Form, bei der der Trinker bereits Gelegenheiten zum Trinken sucht. Körperliche Schädigungen (z.B. Magengeschwür, Leberzirrhose) können bereits auftreten, ohne aber dass eine Abhängigkeit besteht.¹⁵

2.3.3 Gammaalkoholismus

Klassischste und häufigste Form des Alkoholismus ist der Gammaalkoholismus. Es besteht eine psychische und physische Abhängigkeit, das heißt es findet eine zunehmende Toleranzsteigerung statt. Außerdem können Entzugssymptome nach Absetzen des Alkohols beim Trinker beobachtet werden. Der Alkoholiker hat also die Kontrolle über sein Trinkverhalten verloren.

Der Gammaalkoholismus ruft schwere körperliche Schäden hervor. Weiters führt er zur so genannten Depravation¹⁶, zum Abbruch zwischenmenschlicher Beziehungen und zu sozialem Abstieg.¹⁷

¹⁴ vgl. PRATTKE, 2001, S. 41 und vgl. REUTER, 2004, S. 65

¹⁵ vgl. PRATTKE, 2001, S. 42 und vgl. REUTER, 2004, S. 65

¹⁶ Verfall der sittlichen Werte

¹⁷ vgl. PRATTKE, 2001, S. 42 und vgl. REUTER, 2004, S. 65

2.3.4 Deltaalkoholismus

Der Deltaalkoholismus ist eine weitere Form des Alkoholismus, bei der sowohl psychische, als auch physische Abhängigkeit besteht. Genauso wie beim Gammaalkoholismus kommt es zu einer zunehmenden Toleranzsteigerung und zu Entzugssymptomen. Ein Kontrollverlust wird allerdings nicht erlebt. Wegen fehlenden Exzessen oder Räuschen, wird diese Form des Alkoholismus oft von den Patienten selbst und ihrem sozialen Umfeld nicht als Alkoholkrankheit erkannt oder akzeptiert.¹⁸

2.3.5 Epsilonalkoholismus

Epsilonalkoholismus wird als periodisches Trinken, Dipsomanie oder im Volksmund auch als Quartalstrunksucht bezeichnet. Vier bis fünf Tage wird massiv Alkohol getrunken. Ein Kontrollverlust findet statt. Im Anschluss daran folgt eine Periode absoluter oder relativer Abstinenz.¹⁹

2.4 Reflexion zum Alkoholkonsums

Beim Herausarbeiten der oben genannten fünf Formen des Alkoholismus sind mir immer wieder Beispiele und Personen aus meinem Alltag eingefallen, die sich zu den einzelnen Typen zuordnen lassen. Was mir dabei besonders zu denken gegeben hat, ist die Tatsache, dass meiner Meinung nach alle Formen, bis auf den Gammaalkoholismus, in unserer Gesellschaft akzeptiert werden. Meiner Erfahrung nach ist es besonders unter Jugendlichen „in“ sich mindestens einmal am Wochenende stark zu betrinken, das heißt in einen Rauschzustand zu geraten und in Folge dessen die Kontrolle über sich zu verlieren. Stolz werden dann die Episoden des Rausches (an die sie sich noch erinnern können) am nächsten Tag den Freunden oder Kollegen erzählt.

Alkoholkonsum ist meiner Erfahrung nach auch sehr kulturabhängig. In Ländern, wie Italien oder Frankreich, wird zu jedem Essen Wein serviert und

¹⁸ vgl. PRATTKE, 2001, S. 42 und vgl. REUTER, 2004, S. 65

¹⁹ vgl. PRATTKE, 2001, S. 42f

als selbstverständlich angesehen. Auch in Österreich ist Alkohol als Genussmittel kulturell verankert. Bei uns gibt es zum Beispiel keine Feier, sei es öffentlich oder privat, bei der nicht alkoholische Getränke angeboten werden.

Ganz speziell im Krankenhaus kann es Patienten aber leicht passieren, dass es von Seiten der Pflege als deplaziert angesehen wird, wenn sie sich ein Glas Wein wünschen, um besser schlafen zu können.

Auch in meinem sozialen Umfeld gehört Alkohol zum alltäglichen Leben. Ich kenne kaum Personen, die nicht trinken. Sowohl bei jenen, die gelegentlich in einen Rauschzustand geraten, als auch bei denjenigen, die in Maßen Alkohol konsumieren, wird das Trinken von Alkohol als normales Verhalten eingeschätzt. Allerdings nur solange, als mit Alkohol in Zusammenhang stehende Probleme nicht offensichtlich werden. Ich bin überzeugt, dass es diese Probleme gibt und diese vielfach für Außenstehende nicht sichtbar sind.

Um keine Verwirrung aufkommen zu lassen, werde ich in den folgenden Kapiteln meiner Arbeit grundsätzlich für alle Personen mit problematischem Trinkverhalten die Ausdrücke „Trinker“ oder „Alkoholkranker“ verwenden, es sei denn, eine genaue Klassifizierung ist für das bessere Verständnis von Nöten. Jene Personen, deren Alkoholkonsum unproblematisch ist, werde ich im Folgenden als „Alkoholkonsumenten“ bezeichnen. Den Ausdruck „Sucht“ werde ich zukünftig mit Absicht nicht anführen, da die WHO bereits im Jahre 1964 empfahl, diesen Begriff nicht mehr zu verwenden, da er als unwissenschaftlich gilt. Die WHO rät „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ zu ersetzen.

Im nächsten Kapitel werde ich aufzeigen, wie Pflegende Alkoholranke bei der Aufnahme in ein Krankenhaus erkennen können.

3 Erkennungsmerkmale von Alkoholkranken

Dass Alkoholkranken von sich aus ihre Krankheit bei der Aufnahme in ein Krankenhaus angeben, ist meiner Erfahrung nach extrem selten. Dies mag daran liegen, dass Alkoholismus eine sehr stigmatisierende Erkrankung ist und daher auch die Schamgrenze bei den Betroffenen zu hoch ist, um diese einzugestehen.²⁰ Der Grund dafür könnte auch darin liegen, dass viele Betroffene sich ihrer Alkoholabhängigkeit nicht bewusst sind.

Wie im vorhergehenden Abschnitt erwähnt, bin ich der Meinung, dass ein problematisches Trinkverhalten für Außenstehende meist nicht sichtbar ist. Wird nun ein Patient in einem Krankenhaus aufgenommen, sind es zumeist die Pflegenden, die am engsten mit dem Patienten arbeiten. Darin liegt meiner Ansicht nach die Chance und auch die Aufgabe von Pflegepersonen. Sie können nämlich Merkmale oder Situationen, die auf eine Alkoholabhängigkeit hinweisen, frühzeitig erkennen und anschließend entsprechende Maßnahmen einleiten, die nachfolgende Zwischenfälle und Komplikationen minimieren können.

Im genannten Fall der Frau K. war dies nicht der Fall. An ein bestehendes Alkoholproblem der Patientin wurde von den Pflegenden erst dann gedacht, als sich bereits Entzugssymptome zeigten und dieser Umstand sich sowohl für die Patientin selbst, als auch für das Pflegepersonal unangenehm auswirkte.

In den nächsten Abschnitten möchte ich Erkennungsmerkmale für Alkoholismus anführen. Dabei werde ich zwischen körperlichen Merkmalen und Verhaltensweisen, die auf eine Abhängigkeit hindeuten können, unterscheiden.

Hierzu verwende ich zum Teil englische Literatur²¹ aus dem Jahr 1974. Trotz des lange zurückliegenden Erscheinungsdatums, sehe ich die von mir

²⁰ vgl. FRÖMMEL, 2007, S. 599

²¹ Übersetzung durch die Verfasserin

ausgewählten Passagen als aktuell an, da ich annehme, dass sich Erkennungsmerkmale für Alkoholismus seit damals nicht geändert haben.

3.1 Körperliche Erkennungsmerkmale für Alkoholismus

Alkohol ist ein Zellgift und wirkt als Stressor auf den gesamten Organismus. Das heißt, dass der Blutdruck steigt und Cortison, Fett und Zucker vermehrt in den Blutkreislauf abgegeben werden. Weiters wird für die Beseitigung des Alkohols aus dem Körper Energie verbraucht, die den Organen für ihre eigentliche Tätigkeit fehlt. Darunter leiden vor allem die Zellen der Leber, des Herzens und der Hirnrinde. Alkoholabhängigkeit bringt oft eine Mangelernährung mit sich. Der Nahrung fehlen häufig Eiweißbausteine, Mineralstoffe und wichtige Vitamine. All diese Umstände spielen zusammen und bewirken eine Schädigung des gesamten Körpers. Dadurch entstehen Symptome bzw. Erkrankungen, die Pflegepersonen auf ein Alkoholproblem aufmerksam machen können.²² Dazu muss allerdings gesagt werden, dass der Alkoholismus schon relativ weit fortgeschritten ist, wenn jemand mit Symptomen einer Alkoholismus-Folgeerkrankung ins Krankenhaus kommt.²³

Laut Michael Musalek, Universitätsprofessor und Leiter des Anton-Proksch-Instituts in Wien-Kalksburg, ist bei Patienten mit einer Leberstörung immer daran zu denken, dass Alkohol dafür die Ursache sein kann.²⁴ In der Literatur werden Erkrankungen genannt, die typisch bei Trinkern auftreten: chronische Gastroduodenitis, Pankreatitis, Leberzirrhose, Fettleber, Kardiomyopathie, Anämie, Schädigungen am ZNS²⁵.

Symptome, die von Patienten beschrieben werden bzw. von Pflegepersonen beobachtet werden und auf eine Alkoholabhängigkeit schließen lassen sind: Tremor, Schlafstörungen, Impotenz, gerötetes Gesicht, nächtliches

²² vgl. SCHNEIDER, 1998, zit. n. FRANK 2002, S. 556

²³ vgl. MUSALEK, 2005, S. 11

²⁴ ebenda

²⁵ Zentralnervensystem

Schwitzen, Blutergüsse am Körper, Verbrennungen von Zigaretten, Black-outs, gehäufte Infekte, Geruch nach Alkohol, hoher Blutalkoholspiegel.²⁶

Dazu möchte ich hinweisen, dass einige von den oben genannten Symptomen auch im Zusammenhang mit anderen Krankheiten oder Zustandsveränderungen auftreten können und nicht immer auf Alkoholismus zurückzuführen sind.

Eine weitere Situation, die vom Pflegepersonal erkannt werden muss und auf eine Alkoholerkrankung schließen lassen kann, ist die Aufnahme eines Patienten im Alkoholrausch. In der Literatur wird der Alkoholrausch bzw. die akute Alkoholintoxikation als „*reversible, körperlich begründbare Persönlichkeitsstörung*“²⁷ beschrieben. Feuerlein führt an, dass der Rausch nicht notwendigerweise mit Alkoholismus verknüpft ist, sondern eine bloße Folge einer übermäßigen akuten Alkoholfuhr ist. Dieser Zustand kommt sehr häufig vor.²⁸ Objektiv feststellbare Kennzeichen für eine akute Alkoholintoxikation sind Gangunsicherheit, Standunsicherheit, verwaschene Sprache, Nystagmus, Schläfrigkeit, Bewusstseinsstörung, wie zum Beispiel Somnolenz oder Koma, Gesichtsrötung, Enthemmung und Geruch nach Alkohol.²⁹ Werden diese Kennzeichen von einer Pflegeperson erkannt und als Alkoholintoxikation identifiziert, ist es primär wichtig ärztliche Hilfe zu veranlassen und anschließend, in Zusammenarbeit mit der Medizin, diesen Zustand zu behandeln.³⁰

3.2 Verhaltensweisen von Alkoholkranken

Das Verhalten betreffende Auswirkungen von Alkohol können Aggressivität, Depression, Verlust jeglichen Interesses, Wutausbrüche, Verstecken von leeren Flaschen oder paranoide Verhaltensweisen sein.

Alkoholismus hat oft gravierende soziale Auswirkungen. Klagen Patienten über bzw. beobachten Pflegepersonen Zeichen von Einsamkeit, Isolation,

²⁶ vgl. BUTTIMORE, 1974, S.21f und vgl. WIEDERKRUMM, 2001, S. 21

²⁷ FEUERLEIN, 1979, S. 74

²⁸ vgl. ebenda

²⁹ vgl. REMSCHMIDT, 2005, S. 46 und LOTH et al., 2002, S. 57

³⁰ vgl. LOTH et al., 2002, S. 57

Rückzug aus Berufs- und Privatleben, Schamgefühl, negatives Selbstbild oder Probleme in der Familie, können das Hinweise auf eine Alkoholerkrankung sein.³¹

Spricht eine Pflegeperson einen Alkoholkranken auf das Thema Alkohol an, kann es sein, dass er nervös wird und versucht das Thema zu wechseln oder auffallend viele Scherze darüber macht.³²

Grundsätzlich wird ein Alkoholkranker über sein Trinkverhalten identifiziert. Weist eine Person Verhaltensweisen, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, auf, so handelt es sich um einen Trinker. Jedoch wird eine Pflegeperson höchst selten in der Lage sein, das Trinkverhalten eines Patienten zu beobachten, da in der Regel niemand offensichtlich im Krankenhaus Alkohol konsumiert, sondern dafür die Cafeteria des Krankenhauses aufsucht oder heimlich trinkt. Auch ist der Zeitraum vor einer Operation meist viel zu kurz, um das Trinkverhalten eines Patienten adäquat einzuschätzen. Daher sollten Pflegende meiner Meinung nach verstärkt auf andere Verhaltensweisen achten, die auf eine Abhängigkeit deuten können.

Weiters finde ich es sehr wichtig, dass mit dem Verdacht auf Alkoholabhängigkeit besonders vorsichtig umgegangen wird. Fatal wären meiner Ansicht nach Vorurteile wie: „Alle Patienten mit einer Lebererkrankung sind Alkoholiker.“ Bemerkt man, dass ein Patient nach Alkohol riecht, darf ich nicht automatisch annehmen, dass ich es mit einem Alkoholkranken zu tun habe. Es könnte ja auch sein, dass er beispielsweise wegen einer schlechten Diagnose einmalig in der Cafeteria Alkohol konsumiert hat.

Daher ist es wichtig, den Patienten auf Beobachtungen dieser Art anzusprechen und nicht blindlings dem Betroffenen den Stempel „Alkoholiker“ aufzudrücken. Nur so kann ich als Pflegeperson erfahren, ob der Alkoholkonsum eines Patienten über das unproblematische Maß hinausgeht.

³¹ vgl. BUTTIMORE 1974, S. 21f

³² vgl. OUD 2002, S. 170

Als nächsten Schritt werde ich näher auf das Delirium tremens eingehen, das als sicheres Zeichen für eine Alkoholerkrankung gilt und in Folge eines Alkoholentzuges entsteht.

3.3 Delirium tremens

Ein Phänomen des Alkoholentzuges, das mich besonders interessiert, da ich es in abgeschwächter Form schon selbst bei einer Patientin erlebt habe, ist das Delirium tremens.

Häufiger Grund für Alkoholentzug im Krankenhaus sind operative Eingriffe. Um Aspirationen bei der Narkoseeinleitung vorzubeugen, gilt grundsätzlich für alle operativen Eingriffe in Allgemeinanästhesie, dass die Patienten 6-8 Stunden präoperativ nichts mehr essen und trinken dürfen. Ist der genaue Operationszeitpunkt nicht bekannt, fängt die Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz in vielen Krankenhäusern routinemäßig um 24 Uhr des Vortages an.³³ In diesem Zeitraum kann ein Alkoholkranker bereits Entzugssymptome entwickeln, so wie es auch bei Frau K. der Fall war.

Entzugssymptome können sein: Appetitstörungen, Erbrechen, Magenbeschwerden, Durchfälle, Tachykardie, vermehrte Schweißneigung, Schlafstörungen, Tremor, Artikulationsstörungen, Parästhesien, Angst, vermehrte Reizbarkeit, Gedächtnisstörungen, Halluzinationen und Störungen der Bewusstseinslage.³⁴

In weiterer Folge werde ich nun das Delirium tremens genauer beschreiben.

„Bei einer Untergruppe von Alkoholkranken mit häufig langjähriger Abhängigkeit entwickelt sich im Entzug ein Delirium tremens, bei dem es sich um einen potentiell lebensbedrohlichen Zustand handelt.“³²

³³ vgl. PAETZ et al., 2000, S. 126f

³⁴ vgl. FEUERLEIN, 1979, S. 78

Voraussetzung für das Auftreten eines Delirium tremens ist eine abrupte völlige Alkohol-Abstinenz, wie dies bei der perioperativen Nahrungskarenz der Fall ist. Ein weiterer provozierender Faktor kann Operationsstress sein.³⁵ Das heißt, alkoholabhängige Patienten, die auf einer chirurgischen Station aufgenommen werden, sind besonders gefährdet, im Laufe ihres Aufenthaltes, ein Delirium tremens zu entwickeln.

Delirante Patienten sind meist sehr stark erregt und weisen eine massive Unruhe auf. Pflegepersonen beobachten oft einen starken Beschäftigungsdrang beim Patienten in Form von Nestel-, Zupf- und Greifbewegungen. Sehr häufig werden sie von Wahnideen und Halluzinationen getrieben. In diesem Zusammenhang werden zum Beispiel das Sehen kleiner sich bewegender Tiere oder Ungeziefers genannt. Diese Halluzinationen stellen oft eine starke Bedrohung für die Betroffenen dar.

Die Ansprechbarkeit ist in den meisten Fällen noch erhalten, jedoch können sie Aufforderungen nicht mehr gezielt Folge leisten und das eigene Denken bzw. Handeln nicht mehr koordinieren. Hinzu kommen Desorientiertheit und Verwirrungszustände. In ca. 20% der Fälle treten sogar zerebrale Krampfanfälle auf.

Nicht selten erleben Patienten als Vorstufe eine Art Prädelir. Dabei leiden sie unter morgendlichem Tremor der Hände, quälender Unruhe, Reizbarkeit, Schweißausbrüchen und sie halluzinieren noch nicht. Ohne Behandlung geht dieses Prädelir meist rasch in ein „volles“ Delir über.³⁶

An dieser Stelle zeigt sich meiner Meinung nach wieder die Wichtigkeit der Sensibilisierung der Pflegepersonen auf Hinweise einer Alkoholabhängigkeit. Denn nur dadurch kann verhindert werden, dass Komplikationen, wie das Delirium tremens, das mitunter letal enden kann, auftreten. Sollten Patienten dennoch ein Delirium tremens entwickeln, sind Pflegepersonen mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert, die ich in einem der folgenden Kapitel näher erläutern werde.

Die Gefahr eines Delirium tremens kann abgewendet werden, indem der Patient möglichst früh operiert wird, damit er folglich auch möglichst bald

³⁵ vgl. WIEDERKUMM, 2001, S. 23

³⁶ vgl. WIEDERKUMM, 2001, S. 23

wieder Alkohol trinken kann und so nicht in den Entzug kommt. Diese Lösung wird im klinischen Alltag häufig gewählt. Dabei wird aber dem Patienten die Chance genommen, sich sein Alkoholproblem zu vergegenwärtigen.³⁷

Eine weitere Möglichkeit, einem Delirium tremens vorzubeugen, wäre, den operativen Eingriff solange zu verschieben, bis der Patient mindestens einen Monat „trocken“ gewesen ist. In einer dänischen Studie wurden zwei Gruppen von Alkoholkranken, die sich einer Operation im Bauchraum unterziehen mussten, miteinander verglichen. Die Patienten der einen Gruppe waren präoperativ mindestens einen Monat abstinent gewesen. Die der anderen Gruppe hatten weiterhin Alkohol getrunken. Den Ergebnissen zufolge hatten die Patienten der Abstinenzgruppe signifikant seltener postoperative Komplikationen entwickelt, als die Vergleichsgruppe. Bei der Trinker-Gruppe traten häufig Myokardischämien, Arrhythmien und plötzliche Hypoxämiezwischenfälle auf. Auch hatten die Patienten der Abstinenzgruppe postoperativ signifikant weniger pflegerische Betreuung benötigt.³⁸

Eine präoperative, länger andauernde Abstinenz ist jedoch nur möglich, wenn sich der Patient einem elektiven Eingriff unterzieht.

Man nehme an, die geplante Operation eines alkoholkranken Patienten wird für den Tag nach der stationären Aufnahme festgesetzt. Da sich der Patient noch einer Reihe von Untersuchungen unterziehen muss, hat er keine Gelegenheit in der Cafeteria Alkohol zu konsumieren. Am nächsten Tag könnte es passieren, dass der Patient noch immer nicht operiert werden kann, weil mehrere Notfalloperationen vorgezogen werden. Er muss jedoch nüchtern bleiben, damit er, sobald ein Operationssaal frei wird, operiert werden kann. Nachdem der Patient nun fast zwei Tage keinen Alkohol konsumieren konnte, würde er mit großer Wahrscheinlichkeit ein Delirium tremens entwickeln.³⁹

Wie oben beschrieben können ganz alltägliche Umstände bei einem Patienten, der für eine geplante Operation im Krankenhaus aufgenommen wird, zu einem Delirium tremens führen. Damit das Delirium tremens selbst

³⁷ vgl. KELA, 2002, S. 569f

³⁸ vgl. TØNNESEN et. al. 1999, zit. n. KELA, 2002, S. 570

³⁹ vgl. KELA, 2002, S. 569

Julia Berthold

nichts Alltägliches auf einer chirurgischen Station wird, ist es meiner Meinung nach für Pflegepersonen ungemein wichtig zu wissen, welche Ausmaße ein Delirium tremens annehmen kann und in Folge dessen, auch wie es vermieden werden kann.

Im folgenden Teil meine Arbeit werde ich nun anführen, was pflegerische Aufgaben bei der Betreuung von Alkoholkranken sind und welche Herausforderungen dabei auf Pflegepersonen zukommen können.

4 Pflegerischen Aufgaben in der Betreuung Alkoholkranker

Die Frage nach dem Anteil bzw. den Aufgaben in der Betreuung Alkoholkranker interessiert mich besonders, da ich es in meiner Praxis erlebt habe, dass Pflegende mit dem Faktor Alkoholismus überfordert waren. Das bemerkte ich an Aussagen von Pflegepersonen, wie zum Beispiel: „Frau K. zittert so stark und merkt sich nichts, was ich ihr sage. Ich habe keine Ahnung, was ich mit ihr machen soll!“ Rückblickend fällt mir auch auf, dass während des Prädelirs von Frau K., das vermutlich nicht als solches erkannt wurde, nicht der behandelnde Arzt verständigt wurde und auch auf Grund ihrer Zustandsveränderung, keine entsprechenden Pflegediagnosen gestellt wurden.

Daher möchte ich in diesem Kapitel aufzeigen, wie die Pflegeplanung nach der Aufnahme eines Alkoholkranken auf einer chirurgischen Station aussehen könnte und mit welchen Aufgaben Pflegende, vor allem bei der Pflege deliranter Patienten, konfrontiert werden.

Vorwegnehmend möchte ich darauf hinweisen, dass Pflegende sich immer bewusst sein sollen, dass Alkoholranke meist nicht wegen eines Entzuges im Krankenhaus aufgenommen werden und es daher auch nicht ihre Aufgabe ist, diesen Entzug durchzuführen.⁴⁰

Zu Beginn dieses Kapitels werde ich der Frage nachgehen, welche Anforderungen an Pflegepersonen gestellt werden, um Alkoholranke adäquat betreuen zu können.

⁴⁰ WIEDERKRUMM, 2001, S. 20

4.1 Anforderungen an Pflegepersonen bei der Betreuung Alkoholkranker

1992 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zwölf Anforderungen an Pflegepersonen und Ärzte veröffentlicht, die zeigen sollen, was es braucht, um Patienten mit einem problematischen Alkoholkonsum oder einer Alkoholabhängigkeit erfolgreich behandeln, pflegen und beraten zu können. Zu diesen Anforderungen zählen im Einzelnen das Wissen über die Prävalenz von riskantem und schädlichem Alkoholkonsum, sowie über die damit verbundenen psychischen, physischen und sozialen Probleme. Weiters sollen Pflegende über die Auswirkungen von Alkoholproblemen auf Partner und Familie bescheid wissen, sowie die eigenen Einstellungen gegenüber Alkohol bewusst wahrnehmen können. Die WHO führt auch an, dass Pflegende die verschiedenen psychischen, physischen und sozialen Anzeichen eines Alkoholproblems erkennen können und den Betroffenen detaillierte Informationen über Alkohol und alkoholbedingte Probleme im angemessenen Kontext mitteilen können sollen. Außerdem sollen Pflegepersonen zwischen wenig riskanten, riskanten und schädlichen Konsummustern und Alkoholabhängigkeit unterscheiden können, sowie auf körperliche Folgen und Komplikationen einer akuten Intoxikation reagieren können. Als weitere Anforderungen werden die Erhebung einer detaillierten Alkoholanamnese, das Erkennen alkoholassoziierter Erkrankungen und das Interpretieren von Laborwerten genannt. Laut WHO sollen Pflegende auch in der Lage sein, eine angemessene Behandlungsstrategie zu entwerfen, das heißt zu entscheiden, welche Maßnahmen – wie zum Beispiel Ratschlag, Intervention oder Vermittlung an entsprechende Einrichtungen – im gegebenen Kontext richtig sind und bei Bedarf eine ambulante Entgiftung einzuleiten und zu organisieren.⁴¹

Meiner Meinung nach beschreiben die oben angeführten Anforderungen der WHO an Pflegepersonen genau das, was es für eine optimale Pflege von Alkoholkranken braucht. Doch bezweifle ich, dass Pflegepersonen, die keine spezialisierte Ausbildung in der Pflege von Abhängigen haben, diesen

⁴¹ vgl. ULFERT/STEGEMANN, 2002, S. 552

Anforderungen gerecht werden können. Bis jetzt ist in der dreijährigen Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege kein Platz, sich das nötige Wissen anzuzeigen, um diese Anforderungen auch erfüllen zu können. Zwar glaube ich schon, dass Pflegende auch ohne spezielle Ausbildung viele Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit erkennen können und auch auf eine Alkoholintoxikation adäquat reagieren können, doch bezweifle ich stark, dass eine Pflegeperson mit dem Diplom für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, die auf einer chirurgischen Station arbeitet, in der Lage ist, angemessene Behandlungsstrategien für Alkoholranke zu entwerfen. Weiters bin ich auch davon überzeugt, dass sich viele Pflegende – und dazu zähle ich mich auch selbst – nicht der eigenen Einstellung gegenüber Alkohol in ihrem Berufsalltag bewusst sind, da Alkohol im Krankenhaus ein Tabuthema darstellt.

Im Falle der Frau K. habe ich erlebt, welche Unsicherheiten in der Pflege, selbst bei routinierten Pflegepersonen, auftreten und wie wenig über das Problem „Alkoholabhängigkeit“ im Team gesprochen wird. Auf Grund der hohen Relevanz des Themas Alkoholismus in unserer Gesellschaft und vor allem im Gesundheitswesen, bin ich der Ansicht, dass auch Pflegende in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege über die oben angeführten Kompetenzen verfügen sollten, um auch Alkoholranke angemessen pflegen zu können.

Im nächsten Abschnitt werde ich mich mit der Pflegeanamnese bei Patienten, bei denen eine Alkoholabhängigkeit vermutete wird, auseinandersetzen, da dies meiner Meinung nach bei vielen Pflegepersonen Unsicherheiten hervorruft.

4.2 *Pflegeanamnese bei Alkoholranken*

Grundsätzlich gelten bei Alkoholranken bezüglich der Pflegeanamnese die gleichen Regeln, wie bei allen anderen Patienten. Einige zusätzliche

Informationen sind jedoch wichtig. Die Anamnese muss gezielt auf einige Symptome und Probleme eingehen, die mit Alkohol zusammenhängen.

Unerlässlich hierbei ist die Beobachtung von Bewusstsein, Stimmung, Selbstpflege und äußerem Erscheinungsbild des Patienten. Befindet sich der Patient bei der Aufnahme in einem Alkoholrausch, müssen die Pflegenden mit dem Anamnesegespräch warten, bis der Patient gut ansprechbar ist.

Die Frage nach den Ressourcen bezüglich Essen, Schlafen, Hygiene, sozialer Situation, Tagesablauf und Bewegung, geben ein Bild von den Funktionen des Patienten einerseits und den Hinweisen auf eine Alkoholabhängigkeit andererseits. Ein besonderes Augenmerk sollen Pflegende auch den Kontakten des Patienten mit der Familie und den Freunden schenken, da das soziale Umfeld zu seinen Problemen beitragen kann.⁴²

Bei Patienten mit bekanntem Alkoholproblem ist es günstiger, nach dem Trinkverhalten zu fragen, als nach der Trinkmenge, da dies besser Auskunft gibt über die Form des Alkoholismus.⁴³

Ich stimme Oud zu, wenn er angibt, bei einer Pflegeanamnese von Patienten mit Verdacht auf Alkoholabhängigkeit genau die Ressourcen zu erfassen. Ein Problem sehe ich darin, bei Patienten, die für einen elektiven chirurgischen Eingriff das Krankenhaus aufsuchen, die genaue Frage nach der sozialen Situation zu rechtfertigen.

Eine Alkoholabhängigkeit bei Patienten zu erkennen, gehört mit zu den Aufgaben von Pflegepersonen. Wird dies bei einem Patienten vermutet, ist es besonders wichtig in der Pflegeanamnese darauf einzugehen. Meiner Meinung nach wäre es aber erforderlich, Pflegende in der Früherkennung besser auszubilden, damit sie diese Aufgabe auch zufrieden stellend erfüllen können.

Welche Pflegediagnosen im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit erstellt werden könne, werde ich im nächsten Kapitel bearbeiten.

⁴² vgl. OUD, 2002, S. 173

⁴³ vgl. MUSALEK, 2005, S. 11

4.3 Standardpflegeplan bei Alkoholabhängigkeit

Um pflegerische Aufgaben in der Betreuung alkoholabhängiger Patienten zu veranschaulichen, habe ich mich dazu entschlossen, Pflegediagnosen, -ziele und -interventionen heranzuziehen, da auch in der Praxis stets nach dem Pflegeprozess gearbeitet wird. Die im Folgenden exemplarisch angeführten Pflegediagnosen samt Pflegeplanung stammen aus einem Standardpflegeplan, der von Pflegenden einer Psychiatrie im Krankenhaus Westeinde, Niederlande, erstellt wurde, nachdem auf einer Konferenz des Trimbos-Instituts⁴⁴ 1995, Pflegepersonen, die in allgemeinen Krankenhäusern arbeiteten, über Wissenslücken und fehlende Fähigkeiten im Umgang mit abhängigen Patienten klagten. Ich habe drei Pflegediagnosen ausgewählt, die sich meiner Ansicht nach auf die Situation der Frau K. aus meinem Beispiel in der Einleitung umlegen lassen und zum Teil etwas angepasst.

4.3.1 Gefahr von Sturz und Verletzung

Ätiologie: Entzugssymptome bei Alkoholismus

Ziel: Der Patient stürzt nicht und zieht sich während des Aufenthalts keine körperlichen Verletzungen zu.

In diesem Fall ist es wichtig, die Vitalzeichen regelmäßig zu kontrollieren – sie liefern Informationen über den Zustand des Patienten. Bei schweren Entzugserscheinungen ist es unerlässlich den Arzt zu verständigen.

Entsprechend der Entzugssymptome müssen von den Pflegenden Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden, um etwaige Stürze zu vermeiden. Der Patient sollte verstärkt darauf aufmerksam gemacht werden, nicht alleine aufzustehen, sondern nur in Begleitung aufs WC zu gehen. Weiters sollte das Pflegepersonal gefährliche Gegenstände, wie zum Beispiel ein Feuerzeug, aus der Umgebung des Patienten entfernen, damit er bei Verwirrung oder Desorientierung sich oder andere nicht verletzen kann.

⁴⁴ niederländisches Institut für Psychiatrie und Abhängigkeit

Generell sind alle Maßnahmen zu ergreifen, die das Orientierungsvermögen des Patienten unterstützen.

Nicht zu vernachlässigen ist die Aufgabe, Medikamente gegen die Entzugssymptome nach ärztlicher Anordnung zu verabreichen.

Eventuell kann es sogar notwendig werden, den Patienten in eine ruhigere Umgebung zu verlegen, da zu viele Reize seine Agitation verstärken.⁴⁵

4.3.2 Unzureichende Nahrungsaufnahme

Ätiologie: Resorptionsstörungen als Folge des Alkoholismus

Ziel: Der Patient zeigt keine Zeichen von Unterernährung

Eine wesentliche Pflegeintervention in diesem Zusammenhang ist es, genau zu beobachten, wie viel der Patient wiegt, isst, trinkt und ausscheidet. Diese Daten sind notwendig, um seinen Ernährungszustand beurteilen zu können. Standardisierte Skalen zur Einschätzung des Ernährungszustandes sind hierbei sehr hilfreich.

Weiters sollen Pflegende einen Diätassistenten für den Patienten organisieren. Dieser erläutert dem Patienten die verordnete Diät und stellt einen Speiseplan zusammen, der seine Wünsche berücksichtigt.

Häufig ist es hilfreich, dem Patienten mehrere kleine Mahlzeiten anzubieten als drei große. Das Miteinbeziehen der Familie bei den Mahlzeiten kann unterstützend für den Patienten wirken.⁴⁶

4.3.3 Störung des Selbstbildes

Ätiologie: geringes Selbstwertgefühl bedingt durch Abhängigkeit von Alkohol

Ziel: Der Patient kann über sein Alkoholproblem reden, sieht auch seine Stärken und kann über die Zukunft reden

In diesem Zusammenhang ist es essentiell, den Patienten so zu akzeptieren, wie er ist, um sein Selbstwertgefühl zu stärken.

⁴⁵ vgl. OUD, 2002, S. 171f

⁴⁶ vgl. OUD, 2002, S. 172

Pflegende sollen sich nicht scheuen herauszufinden, wie der Patient selbst sein Trinkverhalten beurteilt und ob er sich der Auswirkungen seines Verhaltens auf sein Leben bewusst ist.

In weiterer Folge sollen Pflegepersonen offen mit dem Patienten über seine Alkoholkrankheit sprechen, eventuell fragen, was er ändern will und ihm bei der Suche nach Lösungen helfen, durch Überweisung an andere Disziplinen oder andere Einrichtungen.⁴⁷

Der nächste Teil meiner Arbeit soll zeigen mit welchen Aufgaben Pflegepersonen in der Arbeit mit Patienten im Delirium tremens konfrontiert sind.

4.4 Pflege von Patienten im Delirium tremens

Die Pflege von Patienten im Delirium tremens stellt für Pflegende immer eine problematische Situation dar, da es oft vorkommt, dass sie die Aufnahme beruhigender Medikamente verweigern, bettflüchtig sind und für sich selbst und ihr Umfeld eine Gefahr darstellen. Pflegepersonen erfahren von Seiten der deliranten Patienten oft eine ablehnende Haltung, da sie es sind, die ihnen den Alkohol entziehen. Viele reagieren darauf mit Aggression oder beginnen das Team gegeneinander auszuspielen. Aggressives Verhalten kann sein: Schlagen, Beißen, Kratzen, Spucken, Treten, Zwicken und vieles anderer mehr. Nicht selten beginnen die Patienten sich invasive Zugänge wie zum Beispiel Harndauerkatheter, zentrale Venenkatheter oder periphere Verweilkanülen und Verbände zu entfernen, wodurch sie sich massiv selbst gefährden. Besonders dramatisch scheint die Situation zu werden, wenn Patienten mit Gipsverbänden oder „Fixateur externe“ versorgt sind, denn dadurch steigt die Verletzungsgefahr für den Patienten und das Pflegepersonal drastisch an. Die dabei freigesetzten Kräfte des Patienten dürfen nicht unterschätzt werden. Ebenso begünstigt die scheinbar

⁴⁷ vgl. OUD, 2002, S. 172

herabgesetzte Hemmschwelle die Kathetertranslokation oder gefährlicher Selbstmobilisation.⁴⁸

Patienten im Delirium tremens sind in fast allen „Aktivitäten des täglichen Lebens“ nach Nancy Roper eingeschränkt. Auf drei davon, die mir in diesem Zusammenhang als besonders relevant erscheinen, möchte ich näher eingehen und dazu anführen, wie Pflegende die Patienten dabei unterstützen können.

4.4.1 Sich bewegen

Die betroffenen Patienten weisen sowohl eine massive motorische als auch innere Unruhe auf. Im chirurgischen Bereich kommt hinzu, dass die Patienten oft mit Drainagen und Verweilkathetern versehen sind. Es gehört mit zu den Aufgaben der Pflegenden Trans- bzw. Dislokationen zu vermeiden.⁴⁹

Die Fixierung unruhiger, aggressiver oder bettflüchtiger Patienten führt im Berufsalltag immer wieder zu Diskussionen und Unsicherheiten seitens der Pflegenden und der Ärzte. Wann darf ein Patient auch gegen seinen Willen im Bett fixiert werden?

Eine Fixierung durch Bettgitter, Bauchgurte und/oder Fixationsmanschetten für die Hände des nicht mit dieser Maßnahme einverständenen Patienten ist grundsätzlich nur dann zulässig, wenn sie zum Schutz des Patienten eingesetzt wird, wie z.B. bei aggressiven Patienten oder zum Schutz der Mitpatienten und Pflegenden. Der Schutz des Patienten steht hier über seinem persönlichen Freiheitsanspruch. Unzulässig wäre allerdings eine Fixierung der Patienten, um personelle Engpässe zu kompensieren. Ist eine sofortige Fixierung des Patienten erforderlich, müssen die Pflegepersonen den behandelnden oder diensthabenden Arzt davon in Kenntnis setzen. Dieser ist verpflichtet die Art und Dauer der Fixierungsmaßnahme schriftlich zu dokumentieren. Wurde der Betroffene fixiert, ist er weiterhin regelmäßig zu beobachten und auch die Fixierungsmaßnahme muss kontrolliert werden.

⁴⁸ vgl. WIEDERKRUMM, 2001, S. 23f

⁴⁹ vgl. WIEDERKRUMM, 2001, S. 24

Restfreiheiten, wie zum Beispiel regelmäßiger Toilettengang und eventueller Lagewechsel, müssen dem Patienten gewährt werden.

Auch in der Pflegedokumentation muss eine genaue Erfassung der Fixationsmaßnahmen erfolgen. Dies dient auch zum Schutz der Pflegenden, wenn es, trotz der sicheren Fixierung, zu unfallartigen Geschehnissen kommt.⁵⁰

4.4.2 Sich waschen und kleiden

Starker Tremor bzw. eine ablehnende Haltung dem Pflegepersonal gegenüber können die Durchführung der Körperpflege sehr erschweren. Hier ist viel Geduld gefragt.

Delirante Patienten haben das Problem, dass sie ihre Körpergrenzen nicht mehr spüren. Unterstützt wird dieser Effekt teilweise auch von Antidekubitussystemen. Die Aufgabe der Pflegenden ist es, den Patienten ihre Körpergrenzen wieder bewusst zu machen. Dies kann im Rahmen der Körperpflege erfolgen, indem die Pflegeperson nach den Richtlinien der Basalen Stimulation® vorgeht.

Weiters zeigen die Betroffenen häufig eine sehr starke Hauttranspiration, die mitunter auch übel riechend sein kann. Häufige Ganzkörperwaschungen werden erforderlich sein. Auch die Mundpflege spielt eine wichtige Rolle, da die Patienten vermehrt zu trockener Mundschleimhaut, borkigen Belägen und auch zu Erbrechen neigen. Deshalb sollen vermehrt Mundspülungen vorgenommen werden.⁵¹

4.4.3 Kommunizieren

Bei Patienten im Delirium tremens ist auch die Kommunikation erschwert, sei es durch Störung des Kurzzeitgedächtnisses oder Wahnideen des Patienten. Die Kommunikation zählt zu den wichtigsten Grundlagen der Arbeit von Pflegepersonen, denn nur damit ist es möglich, dem Patienten die richtige Pflege zukommen zu lassen. Daher ist es von sehr großer Bedeutung, trotz all der Zustandsveränderungen des Patienten, die richtige

⁵⁰ vgl. WIEDERKRUMM, 2001, S. 16

⁵¹ vgl. WIEDERKRUMM, 2001, S. 19

Kommunikationsebene mit ihm zu finden. Pflegepersonen müssen jeder Äußerung des Patienten Gehör schenken. Ist der Betroffene nicht in der Lage, wichtige Informationen zu liefern, so kann auch auf Angehörige zurückgegriffen und mit ihnen eng zusammen gearbeitet werden.

Diskussionen über Alkohol und den fraglichen Alkoholkonsum des Betroffenen sind im Zustand des Delirium tremens strikt zu vermeiden.⁵²

Wie oben beschrieben bedeutet das Delirium tremens neben einer lebensbedrohlichen Zustandsveränderung des Patienten (siehe Kapitel 4.1) auch das Auftreten vielfältiger pflegerischer Herausforderungen. Daher sollte dieser Zustand durch das Erheben einer exakten Pflegeanamnese, wie in Kapitel 2 beschrieben, unter allen Umständen vermieden werden.

Im folgenden Teil meiner Arbeit werde ich auf mögliche Konsequenzen für das Berufsverständnis der Pflegenden, die im Zuge der Betreuung von Alkoholkranken auftreten können, eingehen.

⁵² vgl. WIEDERKRUMM, 2001, S. 26

5 Konsequenzen für das Berufsverständnis

In diesem Kapitel möchte ich Antworten auf die Fragen finde, die ich mir in der Einleitung, bezüglich der Behandlung von Frau K. aus meinem Fallbeispiel, gestellt habe. Wie können Pflegende Alkoholkranken Alkohol geben in dem Wissen, ihre Sucht damit zu unterstützen, wo doch die Gesundheitsförderung einen wesentlichen Teil der Gesundheits- und Krankenpflege darstellt? Wäre es nicht besser, ihnen im Sinne eines Entzugs den Alkohol zu verweigern? Aber damit würde ich ihnen ihr Selbstbestimmungsrecht entziehen und sie auch durch ein drohendes Delirium tremens massiv gefährden.

Ich habe damals, als ich Frau K. betreute, einen Zielkonflikt in mir ausgetragen: Gesundheitsförderung vs. Selbstbestimmungsrecht. Zu einer Lösung dieses Konflikts bin ich allerdings niemals gekommen, da Frau K. sehr bald wieder entlassen wurde und ich nicht den Mut gefasst habe, bzw. mir nie die Möglichkeit gegeben wurde mit meinen Arbeitskollegen über diesen Konflikt zu sprechen. Im Folgenden möchte ich versuchen, anhand von Fachliteratur und Hinweise auf vorangegangene Kapitel, zu einer Lösung dieses Konflikts zu kommen, wobei mir von vornherein klar ist, dass eine Lösung immer an die jeweilige Situation gebunden ist.

Zunächst werde ich auf die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Selbstbestimmungsrecht“ näher eingehen.

5.1 Gesundheitsförderung

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 wird Gesundheitsförderung erstmals als Aufgabe des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs von Pflegenden genannt.⁵³ Auch in der Diskussion der Professionalisierung der Pflege wird Gesundheitsförderung immer wieder als eines der zentralen Themen genannt. Meiner Meinung nach spielt in einer

⁵³ vgl. WEISS-FASSBINDER/LUST, 2004

Gesellschaft, in der das Gut Gesundheit einen so hohen Stellenwert einnimmt, Gesundheitsförderung eine immer größere Rolle und ich denke, dass Pflegepersonen diese neue Aufgabe unbedingt annehmen sollen. Das Ziel einer pflegerischen Gesundheitsförderung besteht in der Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und der Identifizierung pflegebedürftigkeitsfördernder Faktoren.⁵⁴ In diesem Sinne zählt meiner Meinung nach auch die Intervention bei einer Alkoholabhängigkeit zur Gesundheitsförderung, da diese neben den körperlichen Risiken (siehe Kapitel 3.1), eine Pflegebedürftigkeit verursachen kann.

5.2 Selbstbestimmungsrecht von Patienten

In der Charta zur ärztlichen Berufsethik, ein gemeinsames Projekt von „American Board of Internal Medicine“, „American Society of Internal Medicine“, „American College of Physicians“ und „European Federation of Internal Medicine“, habe ich Folgendes zum Thema Berufsethik gefunden:

„Ärzte haben das Selbstbestimmungsrecht des Patienten grundsätzlich zu respektieren. Sie müssen ihren Patienten gegenüber aufrichtig sein und diese darin unterstützen, sich zu informieren und sachgerechte Entscheidungen über ihre Behandlungen zu fällen. Die Entscheidungen des Patienten über ihre Behandlungen sind oberstes Gebot, solange sie mit ethischen Prinzipien vereinbar sind und nicht mit unangemessenen Ansprüchen verbunden sind.“⁵⁵

Ich denke, dass sich diese Grundsätze sowohl auf die Pflege, als auch auf mein Fallbeispiel umlegen lassen. Angenommen, Ärzte und Pflegende der Station hätten Frau K. im Sinne einer Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit den Alkohol verweigert und dies wäre ohne Absprache mit der Patientin und gegen ihren Willen geschehen, widerspräche dieses Vorgehen genau den

⁵⁴ vgl. KOCKS, 2005, S. 1

⁵⁵ o. A., 2002, S. 2

oben genannten ethischen Prinzipien, sowie auch den Grundlagen des Patientenrechts aus den Bundes- und Landesgesetzen.

Bei genauerer Betrachtung meines Fallbeispiels musste ich aber erkennen, dass auch die Alkoholweitergabe eine Missachtung von Frau Ks. Selbstbestimmungsrecht war. Wir die Pflegende haben ihr laut ärztlicher Anordnung Alkohol zu trinken gegeben, ohne jemals mit ihr über ihren Alkoholkonsum zu sprechen. Sie hat auch nie Informationen über ihre Krankheit, den Alkoholismus, erhalten und wurde keineswegs darin unterstützt, eine sachgerechte Entscheidung bezüglich einer Therapie zu treffen. Meiner Meinung nach wurde Frau Ks. Selbstbestimmungsrecht übergangen, indem keiner mit ihr über das Alkoholproblem gesprochen hat und somit wurde ihr auch die Möglichkeit verwehrt, eine eigene Entscheidung zu treffen, denn letzten Endes muss die Entscheidung für oder gegen eine Therapie immer vom Patienten selbst kommen.

In dieser Erkenntnis liegt meiner Meinung nach auch die Antwort auf meine zu Beginn dieses Kapitels gestellten Fragen. Die Kommunikation mit dem Patienten kann Pflegenden Aufschluss darüber geben, was in der jeweiligen Situation am wichtigsten ist und wie weiter vorgegangen werden soll.

Hierzu möchte ich ein Beispiel nennen:

Angenommen ein Mensch, der jeden Abend vier Flaschen Bier trinkt, wird im Krankenhaus aufgenommen. Welchen Vorteil hat dieser Mensch, wenn ihm diese vier Flaschen genommen werden? Geht es ihm dadurch wirklich besser?

Helmut Frömmel, leitender Abteilungsarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, glaubt dies nicht. Er glaubt auch nicht, dass dieser Patient länger leben würde, wenn er komplett abstinent wäre, sondern gibt an, dass es sehr wahrscheinlich wäre, die Lebensqualität dieses Menschen zu schmälern, wenn man ein abstinentes Leben von ihm fordern würde. Oft ist es leider so, dass die Abstinenz eher die Eitelkeit des behandelnden Arztes stillt, als die des Abhängigen.

Wenn es dem Patienten gut geht, er seinen Konsum nicht steigert und er sich und andere nicht gefährdet, sollte ein moderates Trinken ohne moralisierende Wertung toleriert werden.⁵⁶

Grundsätzlich muss man sich immer fragen: Was für einen Nutzen hat eine abstinentes Leben für einen Menschen, gegenüber einem Leben mit Alkoholkonsum. Profitiert der Patient von einem abstinenten Leben, oder wird es dadurch eher schwieriger für ihn. Und genau diese Information bekomme ich nur durch Kommunikation mit dem Patienten.

Ich persönlich stimme Frömmel zu, wenn er sagt, dass ein moderater Alkoholkonsum, der dem Patienten und seinen Mitmenschen keinen unmittelbaren Schaden zufügt, von Pflegenden und Ärzten akzeptiert werden muss. Keinesfalls darf der Wunsch eines Arztes eine „alkoholfreie“ Station zu haben, über den Bedürfnissen eines Patienten stehen.

Weiters sehe ich nicht ein, warum Patienten im Krankenhaus, nicht zur Entspannung abends ein Glas Wein oder Bier bekommen sollen, während es kein Problem darstellt, wenn Menschen bei Anspannung zu Kaffee oder Süßigkeiten greifen.

Rückblickend bin ich jetzt der Meinung, dass die Alkoholgabe im Falle der Frau K., die richtige Entscheidung war, da sie dadurch von Entzugssymptomen und weiteren Komplikationen, wie dem Delirium tremens, bewahrt wurde. Außerdem war auch die Station, auf der sie aufgenommen war, nicht für den Vollzug eines professionellen und sicheren Entzugs geeignet. Trotzdem denke ich, dass in Frau Ks. Betreuung etwas Entscheidendes gefehlt hat und zwar die Kommunikation und damit auch die Erfassung ihrer Bedürfnisse.

Im folgenden Teil meiner Arbeit möchte ich auf Wege der erfolgreichen Kommunikation und somit auch des professionellen Umgangs mit Alkoholkranken eingehen.

⁵⁶ vgl. FRÖMMEL, 2007, S. 600

5.3 Professioneller Umgang mit Alkoholkranken

Ein Konzept, in dem die Bereitschaft zur Änderung des Alkoholkonsums in einem Gespräch herauszufinden versucht wird, nennt man „Motivierende Gesprächsführung“. Der Patient wird über seine Krankheit aufgeklärt und dazu motiviert sie ernst zuzunehmen. Ihm muss vor allem die Chance gegeben werden, ohne Gesichtsverlust, eine Therapie in Anspruch zu nehmen.⁵⁷ Die Durchführung der motivierenden Gesprächsführung an sich kann nicht beschrieben werden, da sie von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist, angefangen bei den unterschiedlichen Arbeitsabläufen auf Stationen, über die Organisation der Pflege und die räumlichen Gegebenheiten, bis hin zur Qualifikation der Pflegekräfte.⁵⁸

Das Pflegepersonal auf chirurgischen Stationen verfügt üblicherweise über keine Ausbildung für Motivationsarbeit bei Alkoholkranken, was meiner Meinung nach sehr verständlich ist, da diese sehr zeitaufwändig ist.⁵⁹

Als Lösungsvorschlag für dieses Problem, wird in der Literatur eine abgewandelte Form des „Primary Nursing“ genannt. Die Verantwortung für einen Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum wird von einer Pflegekraft mit den erforderlichen Qualifikationen (siehe Kapitel 5.1) übernommen. Von der Pflegeanamnese bis zur Entlassung des Patienten trifft die zuständige Pflegeperson alle pflegerischen Entscheidungen, teilt die tägliche pflegerische Arbeit auf, ist direkter Bezugspartner für den Patienten und dessen Angehörige und neben der Pflegeplanung auch für die Durchführung der Maßnahmen verantwortlich.⁶⁰

Ich persönlich sehe diesen Lösungsvorschlag als sehr sinnvoll an. Die pflegerische Verantwortung wird an eine ausgebildete Fachkraft für die Betreuung von Alkoholabhängigen übergeben, was die anderen Pflegenden enorm entlastet. Dadurch wird auch eine hochqualitative Pflege für den Betroffenen gewährleistet, die Frau K. aus meinem Fallbeispiel meiner Meinung nach nicht erhalten hat. Ich finde es außerordentlich wichtig, eine

⁵⁷ vgl. MUSALEK, 2005, S. 10

⁵⁸ vgl. ULFERT/STEGEMANN, S. 555, 2002

⁵⁹ vgl. MUSALEK, S. 10, 2005

⁶⁰ vgl. ULFERT/STEGEMANN, S. 555, 2002

fachkundige Pflegeperson in einem Krankenhaus zu etablieren, die die motivierende Gesprächsführung beherrscht, denn wegen der körperlichen Auswirkungen von übermäßigem Alkohol auf den Organismus und die Vielzahl an Folgeerkrankungen des Alkoholismus (siehe Kapitel 3.1), sind gerade Einrichtungen der medizinischen Versorgung eine häufige Anlaufstelle von Alkoholkranken. Mit Hilfe von speziell geschulten Pflegepersonen, ist die motivierende Gesprächsführung eine aussichtsreiche Möglichkeit der Frühintervention.

Ein weiterer, in der Literatur beschriebener Ansatz für den professionellen Umgang mit Alkoholabhängigen, ist die so genannte „Psychologisch-philosophische Seelsorge“. Dieses Konzept besagt, dass nur im grundsätzlich vorwurfsfreien Umgang, eine Begegnung mit dem Abhängigen und der Pflegeperson gelingen kann. Das Auftreten von Entzugssymptomen und das zwanghafte Verlangen nach Alkohol wird laut Rolf Seel, Diplom-Psychologe und Dozent für Krankenpflege, von vielen Pflegenden fälschlicherweise als Willensschwäche interpretiert. Vorwürfe wie „Wenn er wirklich wollte, könnte er auch aufhören“, sind eindeutig unbegründet und zeigen von mangelndem Fachwissen. Das Verlangen Alkoholabhängiger ist nicht willentlich abstellbar. Alkoholismus ist, wie auch schon im ersten Kapitel meiner Arbeit erwähnt, eine Krankheit, die professioneller Behandlung bedarf.

Das Konzept der psychologisch-philosophischen Seelsorge sieht vor, dass Mensch und Handeln getrennt betrachtet werden. Das heißt, Pflegende sollen in einem Abhängigen keinen willensschwachen Trinker sehen, sondern einen Menschen mit einer ernstzunehmenden Krankheit. Ein Gespräch mit dem Alkoholkranken muss immer ohne Vorwürfe seitens der Pflegepersonen ablaufen, um dem Patienten und seine Probleme zu würdigen und einer Selbstentwertung entgegenzuwirken.

Außerdem hat die Vorwurfsfreiheit auch einen positiven Einfluss auf die Besprechung problematischen Verhaltens. Fühlt sich der Betroffene bei der Pflegeperson menschlich gut aufgehoben und geschützt, kann auch

problematisches Verhalten besprochen werden, ohne dass dies der Patient als Kritik an seiner eigenen Person sieht.⁶¹

Ich finde den Ansatz der vorwurfsfreien Begegnung mit den Betroffenen sehr gut und denke, dieser sollte unbedingt in der Praxis umgesetzt werden, um den Patienten, die an Alkoholismus leiden, Wertschätzung entgegenzubringen, wie auch jedem anderen Menschen. Ich selbst habe es in der Praxis zwar nicht erlebt, dass jemand Alkoholabhängige als willensschwach bezeichnet hat oder ihnen andere Vorurteile entgegengebracht hat, aber ich kann mir sehr gut vorstellen, dass die Krankheit an sich viele negative Gefühle in Pflegenden auslösen kann. Das glaube ich aus dem Grund, da in meiner Erfahrung aus dem Praktikum, niemand über Frau K. und ihre Krankheit sprechen wollte.

Abschließend möchte ich noch anmerken, dass ich in der einleitend beschriebenen Situation mit Frau K., den Alkoholismus auch als eine unangenehme Erkrankung empfunden habe, mit der ich lieber nicht in Berührung gekommen wäre. Weiters glaube ich, dass mir das Gespräch mit meinen Kollegen sicher in der Bewältigung dieser Erfahrung geholfen hätte.

⁶¹ vgl. SEEL, 2002, S. 587, 590

6 Resümee

Zum Abschluss werde ich nun die wichtigsten Ergebnisse meiner Arbeit zusammenfassen.

Alkoholismus ist eine Krankheit, die nicht nur körperliche und psychische Auswirkungen hat, sondern den Menschen auch in seinem sozialen Verhalten massiv beeinflusst.

Pflegende können Alkoholranke einerseits über bestimmte körperliche Symptome erkennen, andererseits über bestimmten Verhaltensweisen, die typisch für Alkoholismus sind. Eine genaue Bestimmung kann aber nur erfolgen, wenn der Patient auch auf die Symptome bzw. Verhaltensweisen angesprochen wird.

Ein sicheres Kennzeichen für Alkoholismus ist das Delirium tremens, das bei abruptem Entzug von Alkohol, wie es vor Operationen geschieht, entsteht. Dieser Zustand ist lebensbedrohlich für den Patienten und sollte schon im Vorhinein vermieden werden. Dies kann erreicht werden, indem die Operation erst nach einer längeren Abstinenzphase durchgeführt wird oder dem Patienten ehestens nach der Operation wieder Alkohol zu trinken gegeben wird.

Zu den pflegerischen Aufgaben im Rahmen der Betreuung Alkoholkranker gehört in erster Linie eine angepasste Pflegeanamnese. Ein besonderes Augenmerk gilt hierbei der Erhebung des Trinkverhaltens, des Bewusstseins, der Selbstpflege und der familiären Ressourcen.

Pflegediagnosen, wie „Gefahr von Sturz und Verletzung“, „Unzureichende Nahrungsaufnahme“ und „Störung des Selbstbildes“, haben sich in Zusammenhang mit alkoholabhängigen Patienten, als zutreffend und hilfreich in der Pflege erwiesen.

Die Pflege von deliranten Patienten stellt eine besondere Herausforderung für Pflegende dar. Bei dieser Patientengruppe muss die Frage der Fixierung im Bett geklärt werden, da sie zur Selbstverletzung neigt. Weitere pflegerische Schwerpunkte sind im Bereich der Körperpflege, die durch Tremor gestört ist, zu setzen, sowie im Bereich der Kommunikation, da diese auf Grund von Wahnideen massiv beeinträchtigt ist.

Als Konsequenzen für das Berufsverständnis von Pflegenden sehe ich den Konflikt Gesundheitsförderung vs. Selbstbestimmungsrecht des Patienten an. Die Gesundheitsförderung gehört zum selbstverantwortlichen Tätigkeitsbereich von Pflegepersonen und eine Alkoholgabe an Abhängige würde dieser widersprechen.

Das Selbstbestimmungsrecht ist ein Grundsätzliches und ist aus ethischer Sicht stets zu respektieren. Einem Alkoholkranken gegen seinen Willen den Alkohol zu verweigern, wäre eine Verletzung dieses Rechts.

Prinzipiell gilt es, die Entscheidung über einen Entzug stets vom Patienten abhängig zu machen. In diesem Sinne ist die Kommunikation mit dem Betroffenen unerlässlich. Meiner Meinung nach wichtige Ansätze in der Kommunikation mit Alkoholabhängigen sind Vorwurfsfreiheit, Aufklärung über Folgen der Krankheit und Motivation diese ernst zu nehmen. In manchen Fällen ist es unabdingbar die Betreuung des Betroffenen an eine im Umgang mit Alkoholkranken ausgebildete Pflegeperson zu delegieren, um diesem die bestmögliche Pflege zukommen zu lassen.

Letztendlich widerspricht eine Entscheidung des Patienten für oder gegen einen Entzug, die nach ausführlichem Gespräch, Aufklärung und Abwiegen der Für und Wider, weder der Gesundheitsförderung noch dem Patienten-Selbstbestimmungsrecht.

Ich persönlich sehe einen Mangel an Wissen und Fähigkeiten von Pflegenden bezüglich der professionellen Pflege von Alkoholkranken. Die Anforderungen, die es dafür braucht, werden in der Ausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege kaum vermittelt. In diesem Zusammenhang ist für mich offen geblieben, warum das so ist und wie dies geändert werden könnte.

Eine weitere Frage, die ich mir im Laufe des Schreibens der Arbeit immer wieder gestellt habe, deren Beantwortung aber den Rahmen gesprengt hätte, ist Folgende: Was sind Aufgaben von Pflegenden bezüglich Aufklärungsarbeit und Prävention von Alkoholismus? Wie kann dies in der Praxis umgesetzt werden?

Das Stichwort „Prävention“ ist in der Literatur immer wieder aufgetaucht und stellt auch im Sinne der Professionalisierung der Pflege einen meiner Meinung nach vernachlässigten Aufgabenbereich von Pflegenden dar.

Der größte Benefiz, den ich im Zuge des Verfassens dieser Arbeit für mich gewonnen habe, ist der Mut, Alkoholismus in meinem Berufsalltag nicht mehr als Tabu anzusehen. Auch wenn meine Kollegen zu diesem Thema schweigen, werde ich es, zum Wohle des Patienten und auch als Bewältigungsstrategie, ansprechen. Schließlich ist Alkoholismus, genauso wie Bluthochdruck, eine Krankheit und ihre Tabuisierung schadet den Betroffenen. Auch durch das erlangte Fachwissen, wird es mir in Zukunft sicher leichter fallen, einen Patienten auf seinen Alkoholkonsum anzusprechen und mit ihm gemeinsam herauszufinden, was im Krankenhaus für ihn das Beste ist.

Außerdem habe ich gelernt, dass mich Klischees über Alkoholiker und Alkoholkonsum in meiner Arbeit als Pflegeperson auf keinen Fall beeinflussen dürfen. Ein Patient, der vor dem Schlafen gerne ein Achtel Rotwein trinkt, soll dies auch im Krankenhaus bekommen. Genauso soll auch ein Patient, der schon über 30 Jahre Trinker ist und bei dem jede Chance „trocken“ zu werden als vertan gilt, die Chance bekommen über seinen Alkoholismus zu sprechen und gemeinsam mit Pflegenden über Lösungsansätze nachzudenken. Alkoholismus und Alkoholkonsum sind so individuell, wie die dazugehörigen Menschen und daher gilt es auch im Krankenhaus stets eine individuelle Pflege im Zusammenhang mit Alkohol zu gewährleisten.

7 Literaturverzeichnis

Bücher:

BUTTIMORE, Anne: Nurse's handbook on alcoholism. -London: B. Edsall & Co. Ltd., 1974

FEUERLEIN, Wilhelm: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. -Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1979, 2. Auflage

LOTH, Chris/RUTTEN, Ruud: Fakten und Mythen über Suchtmittel. –In: LOTH, Chris et al. (Hrsg.): Professionelle Suchtkrankenpflege. -Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber, 2002, S. 11-46

LOTH, Chris et al.: Die gesundheitlichen Folgen der Sucht. -In: LOTH, Chris et al. (Hrsg.): Professionelle Suchtkrankenpflege. -Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber, 2002, S. 47-67

LOUD, Tineke: Die Entwicklung eines Standardpflegeplans bei Alkoholabhängigkeit. -In: LOTH, Chris et al. (Hrsg.): Professionelle Suchtkrankenpflege. -Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber, 2002, S. 167-174

PAETZ, B. et al.: Chirurgie für Pflegeberufe. 19. völlig neu bearbeitete Auflage. -Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2000

PRATTKE, Angela: Sucht. Formen – Probleme – Aufgaben der Pflege. - Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 2001

REMSCHMIDT, Helmut: Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. -In: TÖLLE, Rainer/DOPPELFELD, Elmar (Hrsg.): Alkoholismus. Erkennen und Behandeln. -Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005

Julia Berthold

REUTER, Peter: Springer Lexikon Medizin. -Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag, 2004

WEISS-FASSBINDER/LUST: GuKG. MANZ Sonderausgabe. Aktualisierte und ergänzte Auflage idF der GuKG-Novelle 2003; Wien, 2004

Zeitschriftenartikel:

FRANK, Monika: Die Folgen tragen viele Namen. Alkoholassoziierte Organschäden. -In: Pflegezeitschrift; 55. Jg., Heft 8, August 2002, S. 556-561

FRÖMMEL, Helmut: „Suchthilfe muss auf Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt sein“. Therapiestrategien. -In: Die Schwester – Der Pfleger; 46. Jg., 07/07; S. 598-601

KELA, Nina und Pasi: Lernen in der Pflege. Zu viel zum Wohl. -In: Pflegezeitschrift; 55. Jg., Heft 8, August 2002, S. 569-570

MUSALEK, Michael: Begeleiten, nicht wegschicken. -In: *PROCARE*; Heft 5, Mai 2005; S. 10-12

SEEL, Rolf: Menschen und Handeln getrennt betrachten. Begleitung Alkoholkranker als psychologisch-philosophische Seelsorge. -In: Pflegezeitschrift; 55.Jg., Heft 8, August 2002, S. 556-561

WIEDERKRUMM, Martin: Entzugsdelirium bei Alkoholabhängigen. Probleme in der Pflege. -In: *PROCARE*; Heft 5, Mai 2001, S. 20-26

ULFERT, Hapke/STEGEMANN, Katrin: Augen auf im Krankenhaus. Patienten mit Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol. -In: Pflegezeitschrift; 55. Jg., Heft 8, August 2002; S. 551-555

Julia Berthold

WIEDERKRUMM, Martin: Gefährliche Pflege bei Alkoholentzugsdelirium. –
In: *PROCARE*; Heft 6, Juni 2001, S. 16-20

Internetadressen:

KOCKS, Andreas (2005):

[http://www.pflegewiki.de/wiki/Literaturarbeit: Gesundheitsf%C3%B6rderung
in der Pflege](http://www.pflegewiki.de/wiki/Literaturarbeit:_Gesundheitsf%C3%B6rderung_in_der_Pflege) [Ausdruck: 14.05.2007]

o. A.(2002): http://urologisch.at/media/B/Berufsethik_Charta.pdf [Ausdruck:
14.05.2008]

UHL, A. et al. (2005): http://www.vivid.at/de/wissen/zahlen/zahlen_alkohol/
[Ausdruck: 14.05.2008]