

---

# **Nichtmedikamentöse Pflegemassnahmen bei alkoholbedingten Entzugsbeschwerden im akutsomatischen Bereich**

Bachelor of Science FHO in Pflege  
Bachelor Thesis

---

Verfasserin:	Inauen Raffaella
Matrikelnummer:	12-173-154
Klasse:	GE VZ12
1. Betreuerin:	Esther Indermaur MScN
2. Betreuerin:	Dorothea Christen MScN
Abgabedatum:	10.08.2015

---

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>VI</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>8</b>
1.1 Ausgangslage .....	8
1.2 Stand des Wissen .....	9
1.3 Problemlage .....	12
<b>2 Ziel und Fragestellungen</b> .....	<b>14</b>
2.1 Ziele .....	14
2.2 Fragestellung .....	14
<b>3 Methodik</b> .....	<b>15</b>
3.1 Ein- und Ausschlusskriterien .....	15
3.2 Auswahl der Datenbanken .....	15
3.3 Suchstrategie .....	16
3.4 Auswahl der Studien .....	17
3.5 Studienanalyse und kritische Würdigung .....	19
<b>4 Resultate</b> .....	<b>20</b>
4.1 Massage .....	20
4.2 Akupunktur .....	20
<b>5 Diskussion</b> .....	<b>26</b>
5.1 Eingeschlossene Studien .....	26
5.1.1 Massage .....	26
5.1.2 Akupunktur .....	29
5.2 Übertragbarkeit in den Akutspital .....	32
5.3 Empfehlungen für Forschung und Praxis .....	34
5.4 Limitationen .....	35

---

<b>6 Schlussfolgerung .....</b>	<b>36</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>38</b>
<b>Erklärung .....</b>	<b>43</b>

---

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Zusammenfassendes Flow-chart ..... 18

---

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien .....	23
---	----

---

## Abkürzungsverzeichnis

ASAM	American Society of Addiction Medicine
AWS	alcohol withdrawal syndrome scale
BATH	Bachelor Thesis
BDI	Beck Depression Inventory
CIWA-AR	Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale
EWL 60S	Eigenschaftswörterliste
FOSUMOS	Forum Suchtmedizin Ostschweiz
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme
MAWS	Mainz Alcohol Withdrawal Scale
NADA	National Acupuncture Detoxification Association
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SAM	Self Assessment Manikin
SAMW	Schweizer Akademie der Medizinischen Wissen- schaften
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefach- frauen und Pflegefachmänner
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
VAS	Visual Analog Skala
WHO	World Health Organization

---

## **Abstract**

### **Titel**

Nichtmedikamentöse Pflegemassnahmen bei alkoholbedingten Entzugsbeschwerden im akutsomatischen Bereich

### **Autorin**

Raffaella Inauen

### **Ausgangslage**

Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und folglich alkoholbedingten Entzugserscheinungen können Pflegende in allen Settings antreffen. Die Prävention und das Management des Alkoholentzugssyndroms im Akutspital besitzt Verbesserungspotenzial, da Erfahrungen des medizinischen Personals fehlen. Pflegende im akutsomatischen Setting, welche Patientinnen und Patienten mit zusätzlicher Substanzabhängigkeit betreuen, berichten über Angst, Frustration und einen Mangel an Schulung. Zusätzliche nichtmedikamentöse Massnahmen könnten Pflegende ein Gefühl der beruflichen Selbstwirksamkeit und ein verbessertes Management solcher Situationen bieten.

### **Fragestellungen und Ziele**

Es sollen Vorschläge für die Pflegepraxis abgeleitet werden, die Pflegenden im Akutspital eine Ergänzung zu den medikamentösen Behandlungsmethoden von Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugserscheinungen bieten soll. Die zentrale Frage ist dabei, mit welchen nichtmedikamentösen Pflegemassnahmen Pflegenden im Akutspital die Situation von Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugsbeschwerden verbessern können.

### **Methode**

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde die Methode einer systematischen Literaturübersicht durchgeführt. Die Recherche fand in den Datenbanken PubMed, CINAHL, The Cochrane Library und in PsycInfo statt. Die Studien wurden anhand vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt und schliesslich mit Hilfe des Methodenpapiers FIT-Nursing Care analysiert und bewertet.

### **Ergebnisse**

Zwei mögliche nichtmedikamentöse Massnahmen liessen sich in der Literatur identifizieren. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Ent-

---

zugsbeschwerden mit Massage wird von Reader et al. (2005) als mögliche Intervention empfohlen. Die Studien von Trümpler (2003), Karst et al. (2002) sowie von Kunz et al. (2007) untersuchten die Wirkung von Akupunktur auf die verschiedenen Symptome, welche bei einem Alkoholentzugssyndrom auftreten können. Es zeigten sich nur wenige Tendenzen zur Wirksamkeit dieser zwei Methoden bei der untersuchten Patientenpopulation.

### **Diskussion**

Die eingeschlossenen Studien wurden miteinander verglichen und auf deren Qualität beurteilt. Die einzelnen Interventionen wurden vertieft diskutiert. Massage und Akupunktur finden ihre Anwendung bei Krankheitszuständen, welche ähnliche Symptome wie beim Alkoholentzugssyndrom aufweisen und konnten somit einen Vergleich zulassen. Akupunktur gilt als evidenzbasierte Intervention bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Schliesslich wurden die Anwendbarkeit der beiden Massnahmen im akutsomatischen Setting diskutiert und Vorschläge für Forschung und Praxis ausgearbeitet.

### **Schlussfolgerung**

Es empfehlen sich weitere Untersuchungen zur Evidenzsicherung von nichtmedikamentösen Massnahmen bei Patientinnen und Patienten mit einem Alkoholentzugssyndrom. Pflegenden im Akutspital sollten Entscheidungshilfen und Expertenmeinungen zur Verfügung gestellt werden, um ihnen Sicherheit in der Betreuung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit und den daraus resultierenden Entzugserscheinungen zu vermitteln.



# 1 Einleitung

Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit und folglich alkoholbedingten Entzugsbeschwerden begegnen Pflegenden nicht nur im psychiatrischen Bereich, sondern auch im Akutspital. Die vorliegende Bachelor Arbeit [BATH] zeigt die Problematik des Alkoholkonsums und ihre Konsequenzen im Akutspital für die Betroffenen und die betreuenden Pflegenden auf. Dabei stehen die Entwicklung eines alkoholbedingten Entzugssyndroms und dessen Auswirkungen im Vordergrund.

## 1.1 Ausgangslage

Der Konsum von schädlichen und abhängig machenden Substanzen ist seit Menschengedenken ein Thema. Rund 6 % aller weltweiten Todesfälle lassen sich auf Alkohol zurückführen (World Health Organisation [WHO], 2014, S. 48). In der Schweiz trinken rund 10 % der Bevölkerung täglich Alkohol, wobei der Anteil der Männer bei 14.4 % und jener der Frauen bei 6.5 % zu liegen kommt. Rund vier Prozent der Schweizer Bevölkerung trinken chronisch risikoreich Alkohol. (Gmel, Kuendig, Notari, Gmel & Flury, 2013, S. 17) Dies zeigt, dass der risikoreiche und übermässige Konsum von Alkohol einen erheblichen Teil der globalen sowie auch schweizerischen Krankheitslast ausmacht.

Laut Wicki (2013, S. V) wurden 2010 schweizweit insgesamt 26 975 Personen aufgrund einer alkoholbezogenen Diagnose, sei es Alkoholabhängigkeit oder Alkoholin- toxikationen, stationär behandelt. Insgesamt machte dies 41 000 Hospitalisierungen in Schweizer Spitälern aus. Wie viele davon ein Entzugssyndrom entwickelten, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht sagen. Schätzungen zufolge lässt sich jedoch ein Alkoholabusus bei einer von fünf Spitalaufnahmen feststellen (McKinley, 2005, S. 40). Schädlicher und risikoreicher Alkoholkonsum geht mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung eines Entzugssyndroms einher (Hasemann et al., 2014, S. 38). Die Aufnahme in ein Spital oder eine Klinik bedeutet oft ein abrupter Abbruch des Substanzkonsums, wobei sich Entzugssymptome entwickeln können. Alkoholentzugssymptome beginnen sechs bis 24 Stunden nach dem letztmaligen Konsum und die Symptome reichen von Tremor, Übelkeit, Schwitzen, Erbrechen, Halluzinationen, Hypertonie, Tachykardie, Delirium bis zu Krämpfen. Patientinnen und Patienten mit mittleren bis heftigen Symptomen und erhöhtem Risiko für weitere

Komplikationen bedürfen einer sofortigen Therapie. (Muncie, Yasinian & Oge, 2013, S. 589)

## 1.2 Stand des Wissen

Nach der internationalen Klassifikation der Erkrankungen und verwandten Gesundheitsproblemen [ICD-10] der WHO ist das Entzugssyndrom eine psychische Störungen und nach Dilling und Freyberger (2008, S. 80) folgendermassen definiert: Eine Gruppe von Symptomen mit variablem Schweregrad, die als Reaktion auf eine Reduzierung der Verwendung einer psychotropen Substanz, die wiederholt und in der Regel über einen längeren Zeitraum und/oder in hohen Dosen konsumiert wurde, auftreten. Das Entzugssyndrom beginnt und verläuft zeitlich begrenzt und steht in Abhängigkeit zur Art und Dosis der Substanz, welche konsumiert wurde. Häufige Komplikationen sind symptomatische Krampfanfälle. Zudem ist das Entzugssyndrom eines von fünf Indikatoren zur Bestimmung des Abhängigkeitssyndroms (Dilling & Freyberger, 2008, S. 77-80). Hinter einem Alkoholentzugssyndrom steckt also in der Regel eine Alkoholabhängigkeit.

Das Alkoholentzugssyndrom leitet sich aus dem Entzugssyndrom ab und erfüllt entsprechend dieselben Kriterien. Zur Diagnosesicherung müssen noch zusätzlich drei der folgenden Symptome auftreten (Dilling & Freyberger, 2008, S. 80):

1. Tremor der vorgehaltenen Hände, der Zunge oder der Augenlider
2. Schwitzen
3. Übelkeit, Würgen und/oder Erbrechen
4. Tachykardie oder Hypertonie
5. Psychomotorische Unruhe
6. Kopfschmerzen
7. Insomnie
8. Krankheitsgefühl mit Schwäche
9. Vorübergehende optische, taktile oder akustische Halluzinationen oder Illusionen
10. Krampfanfälle (Grand Mal)

Besteht ein Delir, so wird die Diagnose Alkoholentzug mit Delir (F10.4) gestellt (Dilling & Freyberger, 2008, S. 80).

Der Mechanismus zwischen Alkoholintoxikation, Toleranz, Abhängigkeit und Entzugssyndrom ist komplex. Alkohol hat einen sedierenden Effekt auf das Zentralnervensystem, an welchen sich das Gehirn bei erhöhtem und langandauerndem Alkoholkonsum gewöhnt und somit eine Toleranz gegenüber Alkohol entwickelt (Jane, 2010, S. 90). Mit der Einstellung des Alkoholkonsums wird das Zentralnervensystem übererregt. Die klinischen Zeichen können von mild bis ernsthaft variieren und der Beginn der Symptome liegt typischerweise bis zu 48 Stunden nach dem letzten Alkoholkonsum (Amato, Minozzi & Davoli, 2011, S. 2–3). Die Symptome und Zeichen des Alkoholentzugssyndroms sind gekennzeichnet von autonomer Hyperaktivität und neuropsychiatrischen Veränderungen. Tremor, übermässiges Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen sind Symptome autonomer Hyperaktivität beim alkoholbedingten Entzugssyndrom. Neuropsychiatrische Veränderungen zeigen sich typischerweise in Unruhe, Ängstlichkeit, depressiver Verstimmung sowie in auditiver, taktilen oder visuellen Störungen. Beim Delirium tremens können zusätzlich Hypertonie, Tachykardie, Tachypnoe, Halluzinationen, Verwirrtheit und Desorientierung auftreten. (McKinley, 2005, S. 42-43) Das Delirium tremens stellt die gefährlichste Form des Alkoholentzugssyndroms dar und kann bis zum kardiovaskulären Kollaps führen. Nur 5 % der Betroffenen entwickeln ein Delirium tremens, wovon aber wiederum 5 % tödlich endet. (Elliott, Geyer, Lionetti & Doty, 2012, S. 25) Hasemann et al. (2014, S. 39) beschreiben das Delirium tremens als eine sehr ressourcenbindende und belastende Herausforderung sowohl für Ärzte als auch für Pflegefachpersonen. Für den Patienten und die Angehörigen seien Delirien mit Angst, Unsicherheit und Verwirrung verbunden. Der akute körperliche Entzug dauert ungefähr sieben bis zehn Tage, danach treten bei den Betroffenen oft psychische Störungen wie Unruhe, Angst und Schlafstörungen auf (Hasemann et al., 2014, S. 38). Die Studie von Wallen et al. (2014, S. 2) verweist ebenfalls auf die hohe Prävalenz von Schlafstörungen bei stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit. Eine weitere psychische Komponente, die im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit und Entzugserscheinungen steht ist das Craving. Es ist der Fachausdruck für „das starke Verlangen, sich Suchtmittel zu beschaffen und zu konsumieren“ (Forum Suchtmedizin Ostschweiz [FOSUMOS], 2013). Mit Craving wird nicht ein Verhalten, sondern ein Gefühl ausgedrückt. In welcher Stärke und Form Craving auftritt, ist sehr vom Zustand und der Situation des Betroffenen abhängig (FOSUMOS, 2013).

Der Schweregrad und das Auftreten der Symptomatik kann mit der Entzugsskala *Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale* [CIWA-AR] (siehe Anhang A) erfasst werden. CIWA-AR sei laut Elliot et al. (2012, S. 25) der Goldstandard aller Assessmentinstrumente für die Erfassung von Entzugssymptomen, sowohl für stationäre als auch ambulante Bereiche. Anhand dieser lassen sich zehn Symptome in numerischen Skalen einschätzen und so den Schweregrad des Entzugssyndroms quantitativ bestimmen (Elliott et al., 2012, S. 25). Die Skala hat eine gut dokumentierte Reliabilität und Validität, basierend auf Vergleichen von Einschätzungen von Expertenmeinungen. Solche Instrumente unterstützen klinisches Personal dabei, den Prozess des Entzugssyndroms zu erkennen, bevor es sich in fortgeschrittene Stufen weiterentwickelt, wie beispielsweise in ein Delirium tremens. Zudem kann, mittels Quantifizierung und Monitoring des Entzugssyndroms, der medikamentöse Behandlungsplan an die Symptomatik und Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden. (American Society of Addiction Medicine [ASAM], 2001, S. 1)

Die ASAM listet drei Ziele für die Behandlung vom Entzugssyndrom auf. Erstens muss ein sicherer Entzug von der Substanz gewährleistet werden und die Betroffenen dazu befähigt werden, substanzfrei zu werden. Zweitens soll der Entzug in einer menschlichen Art geschehen, welche die Würde der Patientin oder des Patienten aufrecht erhält und drittens müssen die Betroffenen auf eine weiterführende Behandlung der Abhängigkeitserkrankung vorbereitet werden. (Bayard, McIntyre, Hill & Woodside, 2004, S. 1445)

Benzodiazepine zeigten sich als eine der effektivsten Medikamentengruppe beim Management des Alkoholentzugssyndroms. Sie haben eine dämpfende Wirkung auf das Zentralnervensystem, indem sie die gleichen Rezeptoren wie Alkohol stimulieren und somit die autonome Hyperaktivität vermindern. (Amato et al., 2011, S.3) Die Dosis der medikamentösen Therapie sollte auf die Symptomatik des Patienten abgestimmt werden und gegebenenfalls kann die CIWA-AR für das Monitoring des Schweregrads der Symptomatik und die daraus ableitende Dosierung verwendet werden (Stewart & Swain, 2012, S. 269). Bei Patienten mit Delirium tremens empfiehlt sich die orale Applikation von Lorazepam als Erstbehandlung. Wenn die Symptome anhalten oder die orale Gabe nicht mehr möglich ist, kann Lorazepam, Haloperidol oder Olanzapin parenteral verabreicht werden. (Stewart & Swain, 2012, S. 269) Laut Bayard et al. (2004, S. 1445-1448) stellt Carbamazepin, eine Antiepileptikum,

eine effektive Alternative zu Benzodiazepinen in der Behandlung von Alkoholentzugssyndromen dar. Es wirke nicht sedierend und habe ein geringes Abhängigkeitspotential, im Gegensatz zu den Benzodiazepinen. Zudem verringere Carbamazepin das Craving nach Alkohol nach dem körperlichen Entzug. Zusätzlich zur medikamentösen Therapie sollen Abweichungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt sowie des Ernährungsstatus korrigiert werden. Gegebenenfalls sei die intravenöse Flüssigkeitsapplikation nötig, wenn Patientinnen und Patienten durch Hyperthermie, Schwitzen und Erbrechen einen exzessiven Flüssigkeitsverlust erleben.

### 1.3 Problemlage

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Entzugsbeschwerden im Akutspital ein ernstzunehmendes, körperliches sowie psychisches Gesundheitsrisiko für die Betroffenen und ein komplexes Management für die Betreuungspersonen darstellt. Stewart und Swain (2012, S. 266) beschreiben, dass die Einschätzung der Abhängigkeit sowie die Prävention und das Management des akuten Alkoholentzugssyndroms im akutsomatischen Bereich oft suboptimal verlaufen und Verbesserungspotenzial besitzt. Dies liege daran, dass Ärzte in diesem Bereich oft unerfahren seien, da Abhängigkeit und Entzug psychische Störungen darstellen, auf welche sie nicht genügend sensibilisiert sind. In einer qualitativen Studie von Neville und Roan (2014, S. 344) wurden die Herausforderungen für Pflegendende in der Betreuung von medizinisch-chirurgischen Patienten mit einer zusätzlichen Substanzabhängigkeit identifiziert. Dabei wurden Aspekte wie Angst, Frustration, Mangel an Schulung und das Gefühl, manipuliert zu werden, von Pflegenden beschrieben. Zudem äusserten die Befragten einen Bedarf an zusätzlicher, unterstützender Schulung, um diese Patientengruppe umfassend und ganzheitlich betreuen zu können. Es bestehe vor allem eine Wissenslücke in Bezug auf psychische Störungen und Substanzabhängigkeit, was sich dann in der unzureichenden Fähigkeit, sich um Patientinnen und Patienten mit beiden – physischen und psychischen Störungen – zu kümmern, zeige.

Ein weiterer erwähnenswerter Punkt ist, dass Patientinnen und Patienten im Akutspital meist aufgrund einer akuten somatischen Problematik behandelt werden und die Alkoholabhängigkeit dabei eine Nebendiagnose darstellen kann. Die wichtigsten und häufigsten Hauptdiagnosen in akutsomatischen Spitaler sind Muskel-Skelett-Erkrankungen, Folgen äusserer Einflüsse oder Vergiftungen. Bei Männern ab 40 Jahren gehören die kardiovaskulären Krankheiten zu den häufigsten Spitaldiagnosen. (Berger,

Bienlein & Wegmüller, 2010, S. 380) Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW] (2014, S. 1-3) besagt, dass ungefähr jede fünfte Person in der schweizerischen Bevölkerung ab 50 Jahren multimorbide sei und erfahrungsgemäss das Zusammenspiel zwischen schweren psychiatrischen und schweren somatischen Erkrankungen im Akutspital schwierig zu handhaben sei. Es fehlen laut der SAMW vor allem akutsomatisch-psychiatrische gemischte stationäre Einrichtungen.

Ein Grossteil der vorhandenen Literatur von Leitlinien über das Management von Alkoholentzugserscheinungen, die im Kapitel 1.2 einbezogen wurde, fokussiert stark auf die medikamentöse Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Entzugsbeschwerden. Diese ist zweifellos von grosser Wichtigkeit, um die Symptomatik unter Kontrolle zu bringen und weitere Komplikationen zu vermeiden. Zusätzliche, nichtmedikamentöse Interventionen, die in der Verantwortung der Pflege stehen, werden nur am Rande erwähnt. Die Nursing Intervention Classification (Dochterman & Bulechek, 2000, S. 3) definiert Pflegeintervention als eine Behandlung, basiert auf klinischer Beurteilung und Wissen, welche eine Pflegeperson durchführen kann, um die patientenbezogenen Resultate zu verbessern. Das Vorschlagen solcher Massnahmen könnte für Pflegende hilfreich sein, um ihre Unsicherheit und Frustration in der Betreuung von akutsomatischen Patienten und Patientinnen mit einer zusätzlichen Substanzabhängigkeit zu vermindern und gleichzeitig die Situation der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

---

## **2 Ziel und Fragestellungen**

Im folgenden Kapitel werden die Ziele sowie die darauf abgeleiteten Fragestellungen für die BATH vorgestellt und erläutert.

### **2.1 Ziele**

Die BATH hat zum Ziel, basierend auf bestehendem Wissen, Erkenntnisse über die nichtmedikamentöse Behandlung von Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugsbeschwerden im akutsomatischen Bereich zu generieren. Mit einer Literaturübersicht sollen Vorschläge für die Pflegepraxis abgeleitet werden, die Pflegenden im Akutspital ergänzende Massnahmen zu den medikamentösen Behandlungsmethoden von Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugsbeschwerden bieten soll. Die Massnahmen sollen die körperliche und psychische Situation der Patientinnen und Patienten verbessern, welche sich im akuten Alkoholentzug befinden. Dies kann sich an einem verbesserten Wohlbefinden, weniger Angst oder eine verminderte Symptomatik nach der CIWA-AR zeigen.

### **2.2 Fragestellung**

Aus den Zielen lässt sich folgende Fragestellung ableiten:

Mit welchen nichtmedikamentösen Massnahmen können Pflegenden im Akutspital die körperliche und psychische Situation von Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugsbeschwerden verbessern?

### 3 Methodik

Die in Kapitel 2 definierte Fragestellung wird anhand einem systematischen Review beantwortet. Nach Shuldham, Fleming und Yorke (2008, S. 282) ist ein systematisches Review eine Forschungsmethode, die eine kritische Analyse von Resultaten vorliegender Studien erlaubt, um eine Forschungsfrage zu beantworten. Diese Forschungsmethode soll genutzt werden, um die Fragestellung zu beantworten. Im vorliegenden Kapitel wird das methodische Vorgehen aufgezeigt, anhand dessen die Literatur für die Beantwortung der Fragestellung zusammengetragen wurde. Dazu werden die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Datenbanken für die Literatursuche erläutert und die Suchstrategie detailliert aufgezeigt.

#### 3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden Studien mit erwachsenen Personen im stationären Pflegebereich, ohne Altersbegrenzung nach oben. Dabei soll es sich um Patienten mit einem Alkoholentzugssyndrom handeln. Es werden qualitative und quantitative Studien, Metaanalysen, systematische Reviews und Fallstudien eingeschlossen. Die Sprache der Publikationen begrenzt sich auf das englische und deutsche Sprachgebiet. Es wird keine Begrenzung nach Kulturraum vorgenommen. Um der Aktualität gerecht zu werden, werden Studien ab dem Kalenderjahr 2000 miteinbezogen.

Es werden Studien ausgeschlossen, welche auf Entzugsbeschwerden von Neugeborenen oder von anderen nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten eingehen. Studien, welche das Erkennen, das Assessment oder die medikamentöse Therapie von Entzugssymptomen als Hauptthematik beinhalten oder Assessmentinstrumente untersuchen werden nicht berücksichtigt. Studien im Bereich der Pädiatrie, Neonatologie sowie in ambulanten Bereichen werden ebenfalls ausgeschlossen. Zusammenfassende Artikel und nicht wissenschaftliche Literatur werden nicht miteinbezogen.

#### 3.2 Auswahl der Datenbanken

Zur Gewinnung der Resultate wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Cochrane Library, CINAHL Complete sowie in PsycInfo durchgeführt. Nachfolgend werden die Datenbanken kurz vorgestellt.

- PubMed ist eine medizinische, englischsprachige Literaturdatenbank mit kostenlosem Zugang. Die Einträge kommen zum grössten Teil aus den Bereichen



Humanmedizin, Reproduktionsbiologie, Veterinärmedizin, Pharmakologie und Pflege. (Kleibel & Mayer, 2011, S.115 – 116)

- The Cochrane Library ist eine Sammlung von sechs Datenbanken, welche verschiedenen Typen unabhängiger, hochqualitativer evidenzbasierter Informationen für Gesundheitsberufe bereithält. Die „Cochrane Database of Systematic Reviews“ ist nach eigenen Angaben die führende Quelle für systematische Literaturübersichten im Gesundheitswesen. (The Cochrane Library, 2015)
- CINAHL Complete ist die führende englischsprachige Datenbank für Pflege und verwandte Gesundheitsberufe. Sie enthält über zwei Millionen Einträge aus über 3000 Fachzeitschriften. Sie sei ausserdem die beste Datenbank um qualitative Studien für die Pflege ausfindig zu machen. (Kleibel & Mayer, 2011, S. 135 – 136)
- PsycInfo ist eine englischsprachige, zusammenfassende Datenbank mit mehr als drei Millionen Artikeln in den Disziplinen der Verhaltenswissenschaften und der psychischen Gesundheit (American Psychological Association, 2015).

### 3.3 Suchstrategie

Zu Beginn wurde eine Grobrecherche mit unterschiedlichen Begriffen in den oben erläuterten Datenbanken durchgeführt, um einen Überblick über die Thematik zu schaffen und die korrekten Suchbegriffe zu generieren. Während diesem Prozess wurde unter anderem noch zusätzliche Literatur für andere Kapitel der vorliegenden Arbeit gefunden und die Ein- und Ausschlusskriterien haben sich herauskristallisiert.

Im zweiten Schritt erfolgte die systematische Recherche in den vier Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane Library und PsycInfo. Die detaillierte Suchstrategie in den einzelnen Datenbanken ist den Tabellen in Anhang B ab Seite 5 zu entnehmen. Es wurde mit möglichst einheitlichen Suchbegriffen gearbeitet. In einigen Datenbanken war es möglich, Medical Subject Headings [Mesh-Terms] zu verwenden, in anderen nicht. Beispielsweise gibt es in PubMed keinen Mesh-Term für „Alcohol Withdrawal Syndrome“, in CINAHL hingegen schon. In The Cochrane Library wurde bewusst auf Mesh-Terms verzichtet, um die Suche möglichst breit zu halten. In diesem Fall wurden die Begriffe mit Anführungszeichen versehen. Die Begriffe wurden mit dem Bool'schen Operatoren AND verbunden, um die Suche einzuschränken, und mit OR, um sie zu erweitern.

### 3.4 Auswahl der Studien

Die Recherche in den vier ausgewählten Datenbanken fand von Anfangs Februar bis Anfang April 2015 statt. Für jede Datenbank wurde ein eigenes Flow-chart erstellt, um die Auswahl der Studien nachvollziehbar zu gestalten. Die Flow-charts befinden sich im Anhang C ab Seite 7. Schliesslich wurden alle zusammengetragen und ein zusammenfassendes Flow-chart für alle vier Datenbanken erstellt, welches auf Seite 18 zu finden ist. Die Auswahl der Studien fand nach den in Kapitel 3.1 definierten Ein- und Ausschlusskriterien statt.

Mit der gewählten Suchstrategie wurden insgesamt 59 Forschungsartikel gefunden. Als Erstes wurden sie nach Titel und Abstract analysiert und unpassende Artikel wurden aussortiert. Danach wurden 20 Studien detaillierter durchleuchtet, wobei sich sieben passende Studien für die vorliegende Arbeit herauskristallisierten. Vier davon waren doppelt und wurden ausgeschlossen. Eine Studie wurde per Handsuche mit eingeschlossen.

In PubMed fanden sich zwei passende Studien. In The Cochrane Library fanden sich schliesslich drei passende Studien, wobei zwei identisch waren mit den Resultaten in PubMed. In CINAHL liess sich leider keine passende Studie zur Beantwortung der Fragestellung finden. Die Recherche in PsycInfo brachte zwei passende Studien hervor, wobei es sich dabei um bereits gefundene Studien handelte.

Eine weitere passende Studie wurde per Handsuche im Literaturverzeichnis einer bereits eingeschlossenen Studie gefunden. Insgesamt wurden schliesslich vier Studien in die vorliegende Arbeit miteinbezogen. Bei allen handelt es sich um randomisierte kontrollierte Studien [RCT]. Alle Forschungsartikel stammen aus evidenzbasierten Datenbanken oder wurden in wissenschaftlicher Fachliteratur publiziert. Die Publikationsjahre der verwendeten Studien liegen zwischen 2002 und 2007.

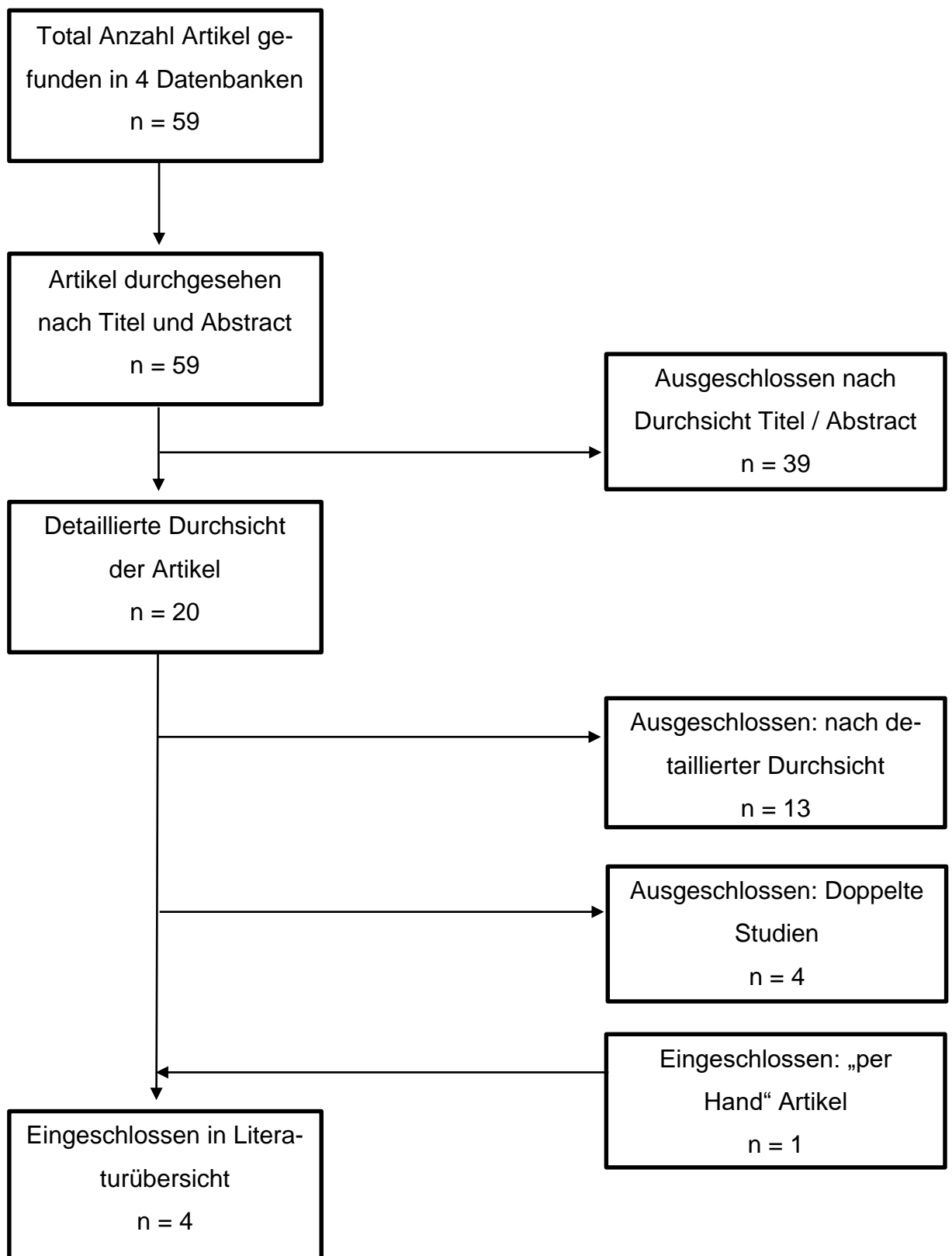


Abbildung 1: Zusammenfassendes Flow-chart

Anmerkung: Eigene Darstellung in Anlehnung an Beer, 2013, S. 32

---

### **3.5 Studienanalyse und kritische Würdigung**

Die für die Literaturübersicht ausgewählten Studien wurden analysiert und von der Autorin kritisch gewürdigt. Als Hilfestellung diente das *Methodenpapier FIT-Nursing Care* des Instituts für Angewandte Pflegewissenschaft der Fachhochschule St. Gallen (Panfil & Ivanovic, 2011). Schliesslich fand eine zusammenfassende Beurteilung der Qualität anhand eines adaptierten Qualitätsprofil nach GRADE statt (Panfil & Ivanovic, 2011, S. 9-12). Die Qualität der Studien wurde entweder als hoch, mittel oder tief eingestuft. Die ausführliche Analyse und Bewertung der Studien lassen sich im Anhang D ab Seite 11 finden.

## 4 Resultate

Im folgenden Kapitel sind die Ergebnisse der vier ausgewählten Studien aufgeführt. Es handelt sich dabei um die Studien von Kunz, Schulz, Lewitzky, Driessen und Rau (2007), Reader, Young und Conner (2005), Trümpler (2003) sowie Karst, Passie, Friedrich, Wiese und Schneider (2002). Eine ausführliche Übersicht der Studieninhalte mit den Kategorien *Ziel/Fragestellung, Stichprobe, Anzahl Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen, Design, Interventionen, Outcomes* sowie der *Qualität* ist in der Tabelle 1 ab Seite 23 dargestellt.

### 4.1 Massage

Reader et al. (2005) untersuchten die Effekte einer Rücken-, Schulter-, Nacken- und Kopfmassage auf die Entzugssymptomatik von alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten, welche stationär einen geplanten Entzug durchführten. Insgesamt zeigte sich an drei von fünf Untersuchungstagen eine grössere Reduktion der Symptomatik in der Gruppe, welche die Massage erhielt. Auch die Herzfrequenz reduzierte sich nach der Massage signifikant. Die Vergleichsgruppe musste während der gleichen Zeit am Bettrand sitzen. Die Studie ermittelte zudem deskriptive Daten mittels einem Fragebogen. Die Antworten deuten darauf hin, dass sich die Personen, welche eine Massage erhielten, sicherer fühlten, eher von einem unterstützenden Gefühl sowie über einen gesteigerten Appetit berichteten. Zudem empfanden sie das Schulungsprogramm hilfreich. Reader et al. (2005) schlussfolgern, dass Massage möglicherweise einen Platz in der Behandlung von Alkoholentzugssymptomen gewinnen kann. Es brauche jedoch noch weitere Untersuchungen, um die Ergebnisse zu bestätigen und die Methodik zu verbessern.

### 4.2 Akupunktur

Die Studien von Kunz et al. (2007), Trümpler (2003) sowie von Karst et al. (2002) untersuchten die Effekte von Akupunktur auf die Symptomatik des alkoholbedingten Entzugssyndroms. Bei allen drei handelt es sich um randomisierte kontrollierte Studien.

Trümpler (2003) untersuchte die Effekte von Nadelakupunktur und Laserakupunktur und verglich die beiden Interventionen mit den Effekten von Schein-Laserakupunktur. Als primäres Zielkriterium wurde die Dauer des Alkoholentzugs definiert, die Dauer

der Medikamenteneinnahme war sekundäres Zielkriterium. Die Patientinnen und Patienten, welche die Nadelakupunktur erhielten, durchliefen eine signifikant kürzere Dauer von Entzugssymptomen im Vergleich zu den beiden anderen Interventionsgruppen. In den statistischen Auswertungen wurde die Einnahme von Sedativa berücksichtigt und als möglichen Confounder gedeutet. Folglich wurden rechnerische Anpassungen gemacht, welche die signifikanten Resultate von Nadelakupunktur schliesslich nicht-signifikant und weniger nützlich machten. Die Laserakupunktur im Vergleich mit der Schein-Laserakupunktur zeigte keinerlei Unterschiede bezüglich Dauer des Entzugssyndroms. Trümpler (2003) sagt deutlich, dass Ohrakupunktur als routinemässige Intervention für Patientinnen und Patienten mit einem alkoholbedingten Entzugssyndrom nicht zu empfehlen sei.

Karst et al. (2002) untersuchten die Wirkung von Akupunktur mit echten Nadeln und Placebo-Nadeln als Kontrollintervention. Als Zielkriterien wurde die Entzugssymptomatik, den Grad einer Depression, das Angstniveau sowie die Stimmung definiert. Es zeigten sich signifikante Werte und eine Tendenz zur Überlegenheit in der Gruppe, welche Nadelakupunktur erhielt. Der gemessene Schweregrad der Entzugssymptomatik mit der CIWA-AR Skala lag bei der Nadelakupunktur-Gruppe vor allem am 14.Tag tiefer als bei der Kontrollgruppe. Die Interventionen zeigten keine signifikanten Wirkungen und Unterschiede auf die Stimmung, auf das Angstlevel oder den Grad einer Depression. Insgesamt waren die Ergebnisse laut Karst et al. (2002) weniger deutlich als erwartet, wobei dies daran liegen könnte, dass die Placebo-Nadeln trotzdem eine leicht aktive Wirkung haben könnten. Anders als Trümpler (2003) empfehlen Karst et al. (2002) Akupunktur als unterstützende Intervention zur medikamentösen Behandlung mit Carbamazepin bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugssymptomen.

Karst et al. (2007) verglichen Akupunktur mit Aromatherapie, als zusätzliche Intervention zur medikamentösen Standardtherapie bei Patientinnen und Patienten mit einem Alkoholentzugssyndrom. Es wurden verschiedene Outcome Parameter untersucht: Die Alkoholentzugssymptomatik, die emotionale Verfassung und das Craving. Subjektive Effekte wie Entspannung, Schlafqualität, Glücksgefühl und die Klarheit der Gedanken wurden ebenfalls ermittelt. Die Unterschiede dieser Outcome Parameter zwischen den verschiedenen Untersuchungstagen, vor und nach der Behandlung sowie zwischen den beiden Interventionen Akupunktur und Aromatherapie wurden

---

analysiert. Die Patientinnen und Patienten in der Akupunkturgruppe wiesen eine höhere Verminderung der Alkoholentzugssymptomatik direkt nach der Intervention auf als die Patientinnen und Patienten in der Aromatherapiegruppe. Ausserdem konnten beide Intervention, Akupunktur und Aromatherapie, die selbsteingeschätzte Unruhe vermindern. Andere Interaktionen oder Effekte der Interventionen erreichten keine statistische Signifikanz. Schliesslich kann die Studie von Karst et al. (2007) die spezifischen Effekte von Ohrakupunktur auf die Entzugssymptome bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten nicht beweisen. Zudem zeigte sich keine Evidenz für die Überlegenheit von Akupunktur zur Aromatherapie. Die Überlegenheit von Akupunktur oder Aromatherapie zur Standardtherapie lässt sich anhand den vorliegenden Resultaten weder beweisen noch belegen.

Tabelle 1: Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien

Autor / Jahr	Titel	Fragestellung	Stichprobe	n	De- sign	Intervention	Outcome	Quali- tät / Evi- denz
Stephanie Kunz; Michael Schulz; Miriam Lewitzky; Martin Driesen; Harald Rau  2007	Ear Acupuncture for Alcohol Withdrawal in Comparison with Aromatherapy: A Randomized-Controlled Trial	Folgende Hypothese sollte untersucht werden: Akupunktur kann Entzugssymptome mehr reduzieren und zeigt mehr spezifische Effekte als Aromatherapie.	Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit, welche sich für einen stationären Entzug entschieden haben.	109	RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Standardisierte Akupunktur nach der National Acupuncture Detoxification Association (NADA) an beiden Ohren</li> <li>- Die Kontrollgruppe erhielt eine Therapie mit Aromatherapie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die vorliegende Studie kann die spezifischen Effekte von Ohrakupunktur auf die Entzugssymptome bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten nicht beweisen.</li> <li>- Die Autorinnen und Autoren können die Überlegenheit von Akupunktur bzw. Aromatherapie verglichen mit der Standardtherapie weder belegen noch beweisen, da zwei verschiedene zusätzliche Interventionen zur Standardtherapie miteinander verglichen worden sind.</li> <li>- Es wurde keine klare Evidenz für die Überlegenheit von Akupunktur gegenüber Aromatherapie gefunden.</li> </ul>	mittel



Autor / Jahr	Titel	Fragestellung	Stichprobe	n	De- sign	Intervention	Outcome	Quali- tät / Evi- denz
Margaret Reader; Ross Young; Jason P. Connor  2005	Massage Therapy Improves the Management of Alcohol Withdrawal Syndrome	Massage kann möglicherweise die klinischen Resultate von Patientinnen und Patienten im Alkoholentzug verbessern. Die vorliegende Studie vergleicht die Auswirkungen von Massage auf die psychologischen und physiologischen Schlüsselparameter des Alkoholentzugssyndroms.	Patientinnen und Patienten, welche einen stationären Alkoholentzug machten.	50	RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fünfzehnminütige Massage von Rücken, Schulter, Nacken und Kopf. Dabei sassen sie vollbekleidet am Bettrand.</li> <li>- Als Kontrollintervention: Während fünfzehn Minuten am Bettrand sitzen.</li> </ul>	- Weitere Untersuchungen sind nötig, um die Ergebnisse zu bestätigen und die gewählte Methodik zu verbessern. Die Studie empfiehlt, dass Massage möglicherweise einen Platz im Alkoholentzugs-Prozess haben kann.	tief
Francois Trümpler, Suzar Oez, Peter Stähli, Hans Dieter Brenner, Peter Jüni  2003	Acupunctur for Alcohol Withdrawal: A randomized controlled Trial	Ziel war es, einen vorläufigen Vergleich von Laser- und Nadel-Akupunktur mit einer Scheinintervention bei Alkoholentzug durchzuführen.	Alkoholabhängige Patientinnen und Patienten, welche in das psychiatrische Krankenhaus eintraten, um einen stationären Alkoholentzug durchzuführen.	48	RCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laserakupunktur am Ohr mit einem 830 Nanometer Halbleiter Lasergerät</li> <li>- Nadelakupunktur am Ohr: Nach der Hautdesinfektion wurde die Nadeln (0.2 x 15mm) eins bis drei Millimeter tief in die ausgewählten Akupunktur-Punkte gesteckt.</li> <li>- Beim Einstecken wurde die Nadel um 180 Grad rotiert und während 40 Minuten in der Einstichstelle belassen.</li> <li>- Schein-Laserakupunktur am Ohr mit einem identischen Gerät wie bei der Laserakupunktur.</li> </ul>	- Die vorläufigen Resultate deuten auf keinen relevanten Vorteil von Laserakupunktur am Ohr bei der Behandlung vom Alkoholentzug. Eine grosse parallele Gruppenstudie ist nötig, um Laserakupunktur und Nadelakupunktur am Ohr mit einer adäquaten Schein-Intervention zu vergleichen und dessen Effektivität in diesem Zustand verlässlich zu bestimmen. Sofern Resultate einer solchen Studie nichts anderes zeigen, kann Ohrakupunktur als Routine-Intervention für den Alkoholentzug nicht empfohlen werden.	hoch

Autor / Jahr	Titel	Fragestellung	Stichprobe	n	De- sign	Intervention	Outcome	Quali- tät / Evi- denz
Karst Matthias, Passie Torsten, Friedrich Steffen, Wiese Bri- gitt, Schnei- der Udo  2002	Acupuncture in the treatment of alcohol withdrawal symptoms: a randomized, placebo-controlled inpatient study	Ziel der Studie war es, die Effizienz von Akupunktur in der Behandlung von Alkoholentzugssymptomen zu evaluieren und dabei besonders darauf zu achten, die methodischen Schwierigkeiten dieses Studientyps zu umgehen.	Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit, welche einen stationären Entzug machen wollten.	34	RCT	- Placebonadel: Die Spitze der Nadel ist stumpf, damit sie trotzdem ein Stechgefühl auslöst, ohne wirklich die Haut zu punktieren. Die Nadel wird durch einen würfelförmigen Schaumstoff eingesteckt, um die Einstichstelle von den Patientinnen und Patienten geheim zu halten. - Echte Nadel (Verum-Gruppe): Seirin B-Typ Nadel Nr. 8 (0.3 x 0.3 mm) und Nr. 3 (0.2 – 0.15 mm) für die echte Akupunktur.	- Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass Akupunktur als unterstützende Behandlung zur Medikation mit Carbamazepin die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholentzugssymptomen unterstützen kann. - Die Ergebnisse waren weniger deutlich als erwartet, was an dem nicht ganz inaktiven Placebo sowie dem verspäteten Beginn des Wirkungseintritts der Behandlung mit Akupunktur liegen könnte. - Weitere Untersuchungen sind nötig und sollten drei Zustände untersuchen: Eine Verumgruppe, eine Placebogruppe und eine Medikamentengruppe. Zudem sollten Placebonadeln in nicht-akupunktur Punkten eingeführt werden. Die Behandlungsfrequenz sollte auf zwei Mal pro Tag erhöht werden.	mittel

## 5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Resultate aus den Studien von Kunz et al. (2007), Reader et al. (2005), Trümpler (2003) sowie Karst et al. (2002) diskutiert und miteinander verglichen. Die Übertragbarkeit der Interventionen in das für die Fragestellung relevante Setting wird in einem zweiten Teil diskutiert. Folglich werden Vorschläge für weitere Untersuchungen in der Forschung und für die Praxis gemacht. Schliesslich werden in einem letzten Teil die Limitationen der vorliegenden Literaturübersicht diskutiert.

### 5.1 Eingeschlossene Studien

Folgendes Kapitel vergleicht und diskutiert die Resultate der eingeschlossenen Studien. Die Stärken und Schwächen der einzelnen Studien werden dargelegt und die Studien miteinander verglichen und diskutiert. Zudem wird auf die Interventionen Massage und Akupunktur vertieft eingegangen und ein Vergleich zu ihrer Anwendung in anderen Kontexten gesetzt.

#### 5.1.1 Massage

Die Studie von Reader et al. (2005) untersuchte als einzige der eingeschlossenen Studien die Interventionsform der Massage. Aus diesem Grund kann sie weder mit anderen eingeschlossenen Studien verglichen werden, noch werden ihre Resultate durch weitere Untersuchungen gestützt. Die Studie weist mehrere Einschränkungen auf, vor allem auf methodischer Ebene. Es ist fraglich, ob sich die Studie eine randomisiert kontrollierte Studie nennen darf, da zusätzlich zur quantitativen Analyse noch qualitative Aspekte mittels Befragungen der Teilnehmerinnen und -teilnehmer erhoben wurden. Als Leser dieser Studie bekommt man keinen genauen Einblick in den Studienablauf. Die Randomisierung, die Zuteilung der Teilnehmenden in die zwei Gruppen sowie die Stichprobengrösse scheinen willkürlich gewählt zu sein. Reader et al. (2005) sprechen von standardisierten Interventionen, lassen aber weitere, detailliertere Beschreibungen darüber offen. Fraglich ist, welche Professionen die Interventionen durchführten und ob es eine Verblindung gab. Diese Einschränkungen führen dazu, die signifikanten Resultate zu hinterfragen und beschränkt anzuerkennen. Im deutschsprachigen Raum wird die einfache Massage als eine körperbezogene Intervention angesehen, die über den Körper psychische Veränderungen erreichen

soll. Solche Interventionen wirken auf das Erleben und die Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten, und entgehen somit der Kognition. Zusätzlich dienen körperbezogenen Interventionen dem nonverbalen Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und Patienten. Sie bieten ein breites Indikationsfeld, beispielsweise wirken sie bei Unruhezuständen, Schlafstörungen oder taktilen Wahrnehmungsstörungen. Zusätzlich unterliegen sie der Berufsautonomie der Pflege. (Sauter, 2011, S. 455 – 457) Diese Ausführungen unterstreichen, dass Massage für Patientinnen und Patienten mit Angst- und Unruhezuständen, wie sie beim Alkoholentzugssyndrom auftreten können, eine mögliche Intervention darstellt.

Die Anwendung von Massage hat bei anderen Krankheitszuständen bereits den Weg in die Forschung gefunden. Eine Studie von Ferrell-Torry und Glick (1993, S. 93) untersuchte die Effekte von Massage auf die Angst und Schmerzen von hospitalisierten Tumorpatientinnen und -patienten. Sie verweisen darauf, dass die therapeutische Massage eine nützliche Pflegeintervention zur Förderung der Entspannung sei und die Patientinnen und Patienten weniger Angst und Schmerzen wahrnehmen. Auch Karagozoglu und Kahve (2013, S. 215) empfehlen Rückenmassagen als Pflegeintervention zur Reduzierung von Angst und Müdigkeit bei onkologischen Patientinnen und Patienten mit Chemotherapie. Zwar wurden diese Untersuchungen mit onkologischen Patienten durchgeführt, jedoch treten die untersuchten Symptome, wie beispielsweise Schmerzen und Angst, auch bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugsbeschwerden auf und lassen somit einen Vergleich zu. Weitere Untersuchungen sind nötig, um die Effekte von körperbezogenen Interventionen, wie Massage, wissenschaftlich zu belegen. Je mehr Evidenz für Massage in verschiedenen Settings und bei verschiedenen Patientenpopulation nachgewiesen werden kann, desto wahrscheinlicher ist die Implementierung und Akzeptanz dieser Intervention in der Praxis. Dies könnte wiederum für weitere wissenschaftliche Untersuchungen der Wirksamkeit von Massage, auch bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugsbeschwerden, unterstützend und von Vorteil sein.

Die Behandlung mit Massage geht zwangsläufig mit Berührungen zwischen den Pflegenden und der Patientin oder dem Patienten einher. Gleeson und Timmins (2005, S. 69-77) identifizierten in ihrer Studie den Nutzen und die Effektivität von Berührun-

gen als einen Aspekt der nonverbalen Kommunikation zwischen Patient und Pflegenden. Berührungen werden als eine intime Aktion und einen Eingriff in den persönlichen und privaten Bereich eines Individuums angesehen und der pflegerische Alltag sei von vielen solchen Berührungen geprägt. Es existiere jedoch wenig wissenschaftliche Evidenz, welche den Nutzen von Berührungen als Pflegeintervention unterstützt. Es fehle zudem an klaren Leitlinien in der Praxis und Studien in der Forschung. Gleeson und Timmins (2005, S. 70) verbinden Berührungen ausserdem mit dem Phänomen *Caring*. Die Evidenzlage dieser Methode sei ebenso wenig aussagekräftig. Pohlmann (2006, S. 156-162) erläutert, dass körperbezogene Interventionen einen besonderen Aspekt für die Beziehungsarbeit mit sich brächten, da sie sich mit einem engen Körperbezug auszeichnen und somit einen möglichen Zugang für pflegespezifische und professionelle Beziehungsgestaltung darstellen. Eine gute Beziehung zwischen der Pflegenden und dem Patienten sei einerseits Voraussetzung für eine pflegerische Tätigkeit und soll andererseits selber auch zur Heilung beitragen. Sie bieten die Möglichkeit, dem Patienten mit gezielten Interventionen etwas Gutes zu tun und ihm dabei helfen zu können. Pohlmann (2006, S. 161) schlägt die Konzepte der *Basalen Stimulation* nach Bienstein und Fröhlich (1994) oder *Kinästhetik* nach Hatch & Maietta (1999) zur Umsetzung von körperbezogenen Interventionen im Pflegealltag vor.

Schliesslich lässt sich sagen, dass der Ansatz von Massage, als körperbezogenen Intervention, zwar vielversprechend ist, jedoch nur eine kleine Evidenzlage aufweist. Massage hat viel Potenzial, da sie mit einer zwischenmenschlichen Interaktion und Zuneigung einhergeht und die therapeutische Beziehung zwischen den Patienten und den Pflegenden unterstützen kann. Als sehr positiv für die Pflege ist, dass diese Interventionen in derer Berufsautonomie liegen und Pflegende diese von sich aus, ohne ärztliche Verordnung, planen und ausführen können. Die Wirksamkeit von Massage zur Reduktion von alkoholbedingten Entzugserscheinungen kann nicht bewiesen werden. Im onkologischen Setting ist Massage eine wirksame Intervention zur Reduktion von Angst und Unruhe. Daraus kann das mögliche Potenzial von Massage auch für andere, nicht onkologische Patientinnen und Patienten abgeleitet werden. Weiter muss untersucht werden, wie sich Berührungen und körperbezogenen Massnahmen auf die Patienten-Pflege Beziehung auswirken und was für therapeutische Effekte dies haben kann. Es ist angezeigt, dass weitere Untersuchungen nötig sind,

um die Effekte von Massage in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholentzugsserscheinungen genauer darzustellen.

### 5.1.2 Akupunktur

Die Wirkung von Akupunktur auf die alkoholbedingte Entzugssymptomatik wurde in drei RCTs untersucht. Karst et al. (2002) empfehlen Akupunktur als zusätzliche Massnahme und Ergänzung zur medikamentösen Therapie bei Patientinnen und Patienten mit einem Alkoholentzugssyndrom. Wobei sie weitere Untersuchungen zur Evidenzsicherung empfehlen. Im Gegensatz hierzu, empfiehlt Trümpler (2003) die Anwendung von Nadel- oder Laserakupunktur nicht. Kunz et al. (2007) konnten die Wirksamkeit von Akupunktur auf die Entzugsbeschwerden ebenfalls nicht beweisen. Die Ergebnisse von Trümpler (2003) sind höher zu gewichten, da es sich um eine nahezu einwandfreie angewandte Methodik handelt. Trümpler versuchte, alle möglichen Bias und Confounder aufzudecken und sie zu vermindern. Die Studie von Karst et al. (2002) weist hingegen kleine Mängel auf. Beispielweise ist unklar, nach welchem Schema randomisiert wurde oder ob es Ausfälle oder Wechsler gab. Identische Mängel weist die Studie von Kunz et al. (2007) auf. Zusätzlich ist unklar, ob der Forschungsassistent, welcher die statistischen Analysen durchführte, blind gegenüber den Gruppeneinteilungen war. Schliesslich sagen alle drei Studien, dass weitere wissenschaftliche Untersuchungen nötig seien, um ein klareres Bild der Effekte von Akupunktur auf die Symptomatik des alkoholbedingten Entzugssyndroms zu bekommen.

Spannend ist, dass alle drei RCTs unterschiedliche Kontrollinterventionen definierten. Die Placebo-Nadeln, so wie bei Karst et al. (2002), könnten möglicherweise nicht ganz inaktiv sein, sowie auch die Aromatherapie bei Kunz (2007). Die Schein-Laserakupunktur scheint eine sinnvolle Kontrollintervention zu sein, allerdings lässt sich damit keine Verblindung zu Nadelakupunktur herstellen. Placebo-Nadeln sind für doppelblinde Studien geeignet, jedoch ist ihre Inaktivität nicht ganz gewährleistet. Aromatherapie als Kontrollintervention, wie es Kunz et al. (2007) untersuchte, verunmöglichte eine Verblindung ebenfalls. Alle Kontrollinterventionen brachten gewisse Probleme mit sich. Die Konsequenz daraus ist, dass bevor weitere Untersuchungen veranlasst werden, nach einer adäquaten Kontrollintervention gesucht werden muss. Trümpler (2003) unterstreicht diese Tatsache ebenfalls in seinen Schlussfolgerungen.

Als gemeinsames Zielkriterium definierten alle drei Studien den Schweregrad der Entzugssymptomatik und nutzten zu deren Einschätzung ein quantitatives Assessmentinstrument, wobei alle drei ein unterschiedliches, aber miteinander vergleichbares Instrument anwendeten. Für Trümpler (2003) stand die Dauer der Entzugssymptomatik im Vordergrund, bei Karst et al. (2002) und Kunz et al. (2007) jedoch die Verminderung der Symptomatik. Zudem erfassten Karst et al. (2002) und Kunz et al. (2007) weitere Parameter im emotionalen Bereich wie beispielsweise die Stimmung, die Angst und Unruhe sowie mögliche Depression. Kunz et al. (2007) untersuchten zusätzlich noch die Auswirkungen der Interventionen auf das Craving, jedoch ohne signifikante Effekte. Interessant wäre, wie sich die Interventionen von Trümpler (2003) auf das Craving, das Angstniveau und die emotionale Verfassung der Teilnehmender ausgewirkt hätten. Akupunktur, und auch die Kontrollintervention Aromatherapie, zeigen lediglich bei der Verminderung der Unruhe signifikante Effekte für ihre Wirkung, ansonsten zeigen sich nur Tendenzen. Möglich ist auch, dass die Verminderung der Unruhe von anderen Faktoren, wie beispielsweise das lange und ruhige Sitzen im Therapieraum, hervorgerufen wurde.

Nach der Analyse der Resultate der drei Studien lässt sich schliesslich sagen, dass es lediglich Tendenzen für eine Wirksamkeit von Akupunktur als unterstützende Behandlung zur Medikation bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugerscheinungen zeigen. Die Evidenzlage scheint eher klein zu sein, was weitere Untersuchungen nötig macht, um ein klareres Bild über die Wirksamkeit dieser Intervention zu erhalten.

Akupunktur scheint jedoch bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit einen wichtigen Platz einzunehmen. Laut Carter und Olshan-Perlmutter (2014, S.182-183) benutzen weltweit über 1500 Programme für substanzabhängige Menschen eine Form von Akupunktur. Die Akupunktur nach dem National Acupuncture Detoxification Association [NADA] Protokoll wurde zunehmend in verschiedene Settings integriert, um Menschen mit Suchterkrankungen und anderen gleichzeitig auftretenden Störungen zu helfen, das grosse Spektrum an verhaltensbezogenen Gesundheitsproblemen zu bewältigen. NADA Akupunktur finde in der Regel als zusätzliche Therapie in einem Entwöhnungs- oder Entzugsprogramm für substanzabhängige Menschen statt, sei standardisiert und werde durch registrierte Ausbilder geschult. Durch die

spezifische Kombination an Einstichstellen am Ohr, welche sich nicht ändere, könne die Standardisierung gewährleistet werden.

Zwei kontrollierte klinische Studien unterstützen die Anwendung des NADA Protokolls als zusätzliche Behandlung bei alkoholabhängigen Menschen (Bullock, 1987, S. 292-295; Bullock, Culliton & Olander, 1989, S. 1435-1439). Diejenigen Teilnehmenden, welche mit NADA Akupunktur therapiert wurden, berichteten weniger über das Auftreten des subjektiven Gefühls, Alkohol zu brauchen. Zudem zeigten sie bessere Resultate bezogen auf die Rückfallhäufigkeit und Wiedereinweisungen in die Entzugsklinik. Eine prospektive Studie von Carter, Olshan-Perlmutter, Norton und Smith (2011, S.135-139) fand ausserdem heraus, dass Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit, welche zusätzlich zur gewöhnlichen Therapie mit NADA Akupunktur behandelt wurden, eine statistisch signifikante Reduktion ihrer Symptome erlebten. Bei den untersuchten Symptomen handelte es sich um Schmerzen, Kopfschmerzen, Energielosigkeit, Konzentrationsmangel, Craving, Wut, Depression und Angst. Diese Symptome lassen sich mit den Symptomen während des akuten Alkoholentzugs vergleichen. Ausserdem erläutern Carter und Olshan-Perlmutter (2014, S.186), dass eine Verminderung der Symptome den Nutzen an den psychosozialen Aspekten der Behandlung verbessere. Eine qualitative Studie von Bergdahl, Berman und Haglund (2014, S. 163-169) versuchte mit einem deskriptiven Design die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, welche NADA Akupunktur während ihrem Entzug als ambulante Therapie erhielten, zu beschreiben. Die Teilnehmenden berichteten über eine Reduktion ihrer Entzugssymptome und eine verbesserte Schlafqualität. Ausserdem erfuhren sie ein starkes Gefühl von Frieden, ein verbessertes Wohlbefinden und ein erhöhtes Energielevel sowie ein reduziertes körperliches Unwohlsein, geringere Reizbarkeit und ein schwächeres Craving nach Alkohol oder Drogen.

Es scheint, dass Akupunktur in der späteren Phase des Entzugs, in der Entwöhnungsphase, angewendet wird, um das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten zu steigern und deren Risiko für einen Rückfall zu verringern. Die akute und erste Phase des Entzugs wird in der Regel medikamentös begleitet, was mit ein Grund sein könnte, weshalb alternative Massnahmen für diese Phase wenig erforscht sind. Möglich ist auch, dass Akupunktur einen verspäteten Wirkungseintritt hat und deshalb seine Wirkung in einer längeren Beobachtungszeit gemessen werden muss.



## 5.2 Übertragbarkeit in den Akutspital

Die Studien von Trümpler (2003), Kunz et al. (2007) und Karst et al. (2002) wurden im psychiatrischem Setting durchgeführt, die Studie von Reader et al. (2005) auf einer Entzugsstation in einem Spital. Studien, welche die Wirkung von nichtmedikamentösen Massnahmen in Akutspitaler untersuchten, existieren zurzeit nicht. Dadurch lässt sich die Frage der Übertragbarkeit dieser Interventionen in das akutsomatische Setting diskutieren. Die Patientenpopulation ist klar eine andere. Patientinnen und Patienten im Akutspital werden aufgrund einer akuten medizinischen Situation behandelt, sie können mehrere Diagnosen aufweisen und multimorbide sein, wie in Kapitel 1.3 beschrieben. Trümpler (2003) und Kunz et al. (2007) nahmen Patientinnen und Patientin mit aktuellen medizinischen Zuständen nicht in ihre Untersuchungspopulation auf. Diejenigen Patientinnen und Patienten, die in den Studien von Kunz et al. (2007), Reader et al. (2005), Trümpler (2003) sowie Karst et al. (2002) untersucht worden sind, kamen zu einem regulären Eintritt mit der Absicht, einen Entzug durchzuführen. Diese Situation kann auch im Akutspital vorhanden sein, wahrscheinlich ist jedoch auch, dass ein Entzug überraschend passiert, während die Patientinnen und Patienten aufgrund einer anderen Diagnose therapiert werden. Es ist zu hinterfragen, ob die untersuchten Massnahmen die gleichen Wirkungen zeigen, wenn die Patientinnen und Patienten ohne Absicht einen Entzug machen. Patientinnen und Patienten mit spontanen Entzugssyndromen stellen Pflegende vor weitere Herausforderungen und Fragen. Was ist, wenn die Betroffenen gar kein Entzug machen möchten und lieber weitertrinken möchten? In diesem Fall stellt sich zudem die Frage der Sinnhaftigkeit eines Entzugs, vor allem auch wenn danach keine Entwöhnungstherapie folgt. Wie im Kapitel 1.3 beschrieben, ist es wichtig, die Patientinnen und Patienten nach einem Entzug für eine weiterführende Entwöhnungstherapie zu motivieren. Dies kann zum Beispiel mit sogenannten Kurzinterventionen geschehen, bei denen die Pflegenden die Patienten beraten und mit ihnen zusammen Ziele und Massnahmen, um den Alkoholkonsum zu vermindern, definieren (Donnelly, Kent-Wilkinson & Rush, 2012, S. 11). Falls die Betroffenen keinen Entzug machen wollen oder noch nicht bereit dazu sind, sollte die Entscheidung, einen Entzug durchzuführen, kritisch hinterfragt werden. Die Autonomie des Patienten muss auf jeden Fall gewährleistet werden. Auf der anderen Seite definiert sich die Pflege als Profession, welche die Gesundheit des Patienten fördert und Krankheiten vermindert (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK], 2011, S. 6). Je

nach körperlichem Zustand und bestehenden Krankheiten könnte ein zusätzlicher Entzug für die betroffenen Personen, aufgrund der schweren Symptomatik, eine enorme Zusatzbelastung bedeuten. Dies könnte einen Grund darstellen, warum Studien und Berichte über nichtmedikamentöse Massnahmen bei Entzugsbeschwerden im Akutspital fehlen. Für die betreuenden Pflegenden und Ärzte könnten in solchen Fällen zudem ethische Fragen und Dilemmas auf, auf welche Antworten gefunden werden müssen. Fallbesprechungen könnten in diesem Fall eine Möglichkeit zur Entscheidungsfindung darstellen, da diese eine systematische Auswertung der Informationssammlung zur patientenorientierten Ziel- und Massnahmenplanung darstellen (Bölicke, 2004, S. 16).

Die Anwendbarkeit von Akupunktur und Massage im Akutspital ist zu hinterfragen. In den Studien von Trümpler (2003) und Kunz (2007) standen spezielle Räumlichkeiten für die jeweiligen Interventionen zur Verfügung und die Teilnehmenden gingen zu Fuss dorthin. Ob dies die Infrastrukturen eines Akutspitals zulassen, ist offen und muss individuell abgeklärt werden. Unter Umständen könnten die Räumlichkeiten und Liegen der Physiotherapie hierzu verwendet werden, was als positiver Nebeneffekt die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärkt. Die Akupunktur kann auch vor Ort, also im Patientenzimmer, stattfinden.

In den eingeschlossenen Studien führten entweder Akupunkteure oder geschultes Pflegepersonal die jeweiligen Interventionen durch. Als Konsequenz daraus müsste das Personal im Akutspital geschult werden, was zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen in Anspruch nehmen würde. Um dem Rechnung zu tragen, bräuchte es für eine Implementierung von Akupunktur oder Massage eine nachgewiesene hohe Evidenz. Carter und Olsahm-Perlmutter (2014, S. 186) waren der Meinung, dass Akupunktur eine evidenzbasierte Massnahme bei Alkoholabhängigkeit sei und mit relativ kleinen Kosten verbunden sei. Das Material sei zudem günstig und leicht zu beschaffen. Wie im letzten Unterkapitel erläutert, werden Akupunktur und Massage bei anderen Krankheitszuständen als wirksame Massnahmen angewendet. Aus diesem Grund könnte die Möglichkeit bestehen, dass sie in einigen Akutspitaler als alternative Massnahmen bereit angeboten werden. In diesem Fall ist zu überprüfen, ob es im individuellen Fall doch Sinn macht, dem Patienten mit alkoholbedingten Entzugserscheinungen, hinter welcher eine Alkoholabhängigkeit steckt, diese Intervention anzubieten.

### 5.3 Empfehlungen für Forschung und Praxis

Die Forschung weist bei Empfehlungen für die nichtmedikamentöse Behandlung von Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugserscheinungen noch Lücken auf. Im psychiatrischen Setting sind Studien vorhanden, im akutsomatischen Bereich fehlen solche.

Massage hat als körperbezogene Intervention das Potenzial, vielerlei psychische und physische Zustände zu verbessern. Es empfehlen sich qualitative sowie quantitative Untersuchungen, um die Wahrnehmung und die Wirkung von Massage bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugserscheinungen genauer darzustellen. Zudem sollten die Untersuchungen im akutsomatischen Setting stattfinden, in welchem sie zurzeit noch fehlen.

Akupunktur wird bei Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit als eine evidenzbasierte Intervention beschrieben. Die in dieser Arbeit thematisierten Studien fanden vermehrt im ambulanten Setting statt. Für den Nachweis der Wirksamkeit von Akupunktur bei akuten alkoholbedingten Entzugserscheinungen sind weitere Studien nötig, da die Evidenzlage zurzeit eher schwach ist. Es empfehlen sich quantitative Studien mit grösseren Stichproben und im stationären Setting. Für weitere randomisierte kontrollierte Studien empfiehlt sich die Entwicklung einer sinnvollen inaktiven Kontrollintervention, welche eine Verblindung ermöglicht. Ebenfalls wäre es angezeigt, die Anwendbarkeit von Akupunktur bei Patientinnen und Patienten mit einer akutsomatischen Problematik zu überprüfen. Um die Patientenpräferenzen in die Forschung miteinzubeziehen, müssten Patientinnen und Patienten nach deren Bedürfnis nach Akupunktur befragt werden.

Für die Praxis empfehlen sich Fallbesprechungen als Entscheidungshilfen für die herausfordernden Situationen, in denen Patienten ungeplant ein Entzugssyndrom entwickeln. Um den Ist-Zustand in der Praxis über das Management und die Betreuung von alkoholbedingten Entzugserscheinungen genauer darzustellen, empfehlen sich das Veröffentlichen von Fallberichten oder deskriptiven Studien.

Die Entwicklung von Guidelines soll in der Forschung vorangetrieben werden, damit diese in die Praxis implementiert werden können. Guidelines sollten nicht nur die medikamentöse, sondern auch nichtmedikamentöse Behandlungsansätze thematisieren und Pflegenden die Möglichkeit bieten, autonome Massnahmen zu planen und durchzuführen. Die Unsicherheit und die Frustration von Pflegenden im Akutspital in

---

der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer zusätzlichen Substanzabhängigkeit, sollte wenn möglich vermindert werden. Möglichkeiten könnten hierzu spezielle Schulungen, Fallbesprechungen oder Beratungen durch Experten vor Ort bieten. Solange keine klar belegte Evidenz der nichtmedikamentösen Massnahmen Akupunktur und Massage für Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugserscheinungen vorhanden ist, kann dessen Implementierung in die akutsomatische Praxis nicht empfohlen werden.

#### **5.4 Limitationen**

Die Tatsache, dass die vorliegende Forschungsarbeit das erste systematische Review der Autorin ist, könnte mögliche Einschränkungen mit sich bringen. Die Literaturrecherche erfolgte vertieft, trotzdem kann die Möglichkeit bestehen, dass nicht alle existierenden Studien zur Beantwortung der Fragestellung gefunden wurden. Die Suchbegriffe wurden in einer längeren Entscheidungsphase definiert und mehrmals angepasst. Fehlende Routine in der Recherchearbeit seitens der Autorin könnten in der Suchstrategie Mängel mit sich bringen, mit der Konsequenz, dass passende Studien nicht gefunden wurden. Zudem konnten nur englisch- und deutschsprachige Studien miteinbezogen werden und die Übersetzung von englischsprachiger Literatur könnte zu Verständnis- und Übersetzungsfehler geführt haben. Die Analyse und die kritische Würdigung der eingeschlossenen Studien erfolgten mit den aufgeführten Hilfsmittel und Rastern, sowie mit Unterstützung durch die betreuende Lehrperson.

## 6 Schlussfolgerung

Die vorliegende BATH zeigt die Relevanz der Alkoholabhängigkeit und folglich alkoholbedingten Entzugsserscheinungen im akutsomatischen Bereich auf. Die Symptomatik eines Alkoholentzugssyndroms ist komplex und verlangt mehr als nur eine medikamentöse Therapie. Pflegerische Massnahmen, welche die medikamentöse Behandlung unterstützen und in der Berufsautonomie der Pflege stehen, sind deshalb nötig. Zudem können diese den Pflegenden Sicherheit im Umgang mit substanzabhängigen Patientinnen und Patienten geben und damit die berufliche Selbstwirksamkeit stärken.

Zwei mögliche Interventionsformen konnten identifiziert werden. Zum einen bietet Massage, als körperbezogene Intervention, ein mögliches Potenzial, alkoholbedingte Entzugssymptome zu lindern. Die Evidenzlage dieser Massnahme bei alkoholabhängigen Menschen ist jedoch schwach. Es existieren Studien, welche Massage bei anderen Krankheitszuständen, mit ähnlichen Symptomen wie sie während einem Entzug auftreten können, empfehlen. Ausserdem können körperbezogene Interventionen die therapeutische Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden stärken.

Die zweite identifizierte, nichtmedikamentöse Intervention bei alkoholbedingten Entzugsbeschwerden ist Akupunktur. Es zeigen sich Tendenzen, dass diese Methode alkoholbedingte Entzugsserscheinungen reduzieren kann. Leider stellt sich die Evidenzlage dieser Intervention jedoch als eher schwach heraus. Akupunktur wird als evidenzbasierte Massnahme zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit, mit dem Schwerpunkt der Rückfallprophylaxe, der Steigerung des Wohlbefindens und der Reduzierung von Craving, angesehen. Eine Alkoholabhängigkeit und folglich Entzugsserscheinungen, welche bei der Einstellung des Alkoholkonsums entstehen, lassen sich nicht voneinander trennen. Gerade deshalb sind weitere Untersuchungen nötig, welche die Effekte von Akupunktur auf Entzugssymptome genauer untersuchen.

Weiter erwähnenswert ist, dass Studien über nichtmedikamentöse Massnahmen bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Entzugsbeschwerden im akutsomatischen Bereich zurzeit nicht existieren. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass Entzugssymptome in diesem Setting medikamentös verhindert werden. Für die Betroffenen, welche aufgrund einer akuten medizinischen Problematik behandelt werden, könnte ein zusätzlicher Entzug eine zu grosse körperliche Belastung darstellen..

---

Pflegende sollten, als gesundheitsfördernde Profession, in solchen Fällen die Betroffenen an weiterführende Programme verweisen. Im Falle von Schwierigkeiten in der Entscheidungsfindung und ethischen Dilemmas bei der Betreuung von alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten, welche möglicherweise ein Entzugssyndrom entwickeln könnten, empfehlen sich Fallbesprechungen oder das Beiziehen von Expertenmeinungen.

Für die Forschung und die Pflegeentwicklung empfehlen sich weitere Untersuchungen sowie die Entwicklung von Leitlinien in der Praxis, um Pflegenden Entscheidungshilfen anzubieten. Qualitative Ansätze könnten ausserdem ein konkretes Bild auf den Ist-Zustand des Managements von alkoholbedingten Entzugserscheinungen im akutsomatischen Bereich bieten. Auch Fallberichte und Expertenmeinungen sind in diesem Setting dringend angezeigt. Quantitative Ansätze bieten wiederum die Möglichkeit, implementierte Interventionen zu evaluieren und die Evidenzlage nicht-medikamentöser Massnahmen bei Menschen mit alkoholbedingten Entzugserscheinungen zu steigern.

## Literaturverzeichnis

- Amato, L., Minozzi, S. & Davoli, M. (2011). Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome [Elektronische Version]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(6), 1–25.
- American Psychological Association. (2015). *Highlights*. Abgerufen von: <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/>
- American Society of Addiction Medicine [ASAM]. *Addiction Medicine Essentials*. (2001). Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-AR) [Elektronische Version]. *ASAM News*, 16(1), 1–2.
- Bayard, M., McIntyre, J., Hill, K. R. & Woodside, J. (2004). Alcohol Withdrawal Syndrome [Elektronische Version]. *American Family Physician*, 69(6), 1444–1450.
- Beer, T. (2013). *Leitfaden Bachelor Thesis*. (2013). St. Gallen: Fachhochschule St. Gallen
- Bergdahl, L., Berman, A. H. & Haglund, K. (2014). Patients' experience of auricular acupuncture during protracted withdrawal [Elektronische Version]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (21), 163–169.
- Berger, S., Bienlein, M. & Wegmüller, B. (2010). Spitäler. In G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012: Eine aktuelle Übersicht* (4. Aufl.). (373–389). Bern: Hans Huber.
- Bienstein, C & Fröhlich, A. (1994). *Basale Stimulation in der Pflege: Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen*. (6. Auflage). Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben.
- Bölicke, C. (2004). Die Fallbesprechung in der Pflege: Qualitätssicherung [Elektronische Version]. *Die Schwester Der Pfleger*, 43(1), 12–16.
- Bullock, M. L. (1987). Acupuncture treatment of alcoholic recidivism: A pilot study [Elektronische Version]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11(3), 292–295.
- Bullock, M. L., Culliton, P. D. & Olander, R. T. (1989). Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism [Elektronische Version]. *Lancet*, 333(8652), 1435–1439.

- Carter, K. & Olshan-Perlmutter, M. (2014). NADA Protocol: Integrative Acupuncture in Addictions [Elektronische Version]. *Journal of Addictions Nursing*, 22(4), 182–187.
- Carter, K. O., Olshan-Perlmutter, M., Norton, H. J., & Smith, M. O. (2011). NADA acupuncture prospective trial in patients with substance use disorders and seven common health symptoms [Elektronische Version]. *Medical Acupuncture*, 23(3), 139–135.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2008). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10:DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR* (4. Auflage). Bern: Huber.
- Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (Hrsg.). (2000). *Nursing interventions classification (NIC): Iowa intervention project* (3. Auflage). St. Louis, USA: Mosby.
- Donnelly, G., Kent-Wilkinson, A. & Rush, A. (2012). The alcohol-dependent patient in hospital: challenges for nursing [Elektronische Version]. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21(1), 9–14.
- Elliott, D. Y., Geyer, C., Lionetti, T. & Doty, L. (2012). Managing alcohol withdrawal in hospitalized patients [Elektronische Version]. *Nursing*, 42(4), 22–30.  
doi:10.1097/01.NURSE.0000412922.97512.07
- Ferrell-Torry, A. T. & Glick, O. J. (1993). The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain [Elektronische Version]. *Cancer nursing*, 16(2), 93–101.
- Forum Suchtmedizin Ostschweiz [FOSUMOS]. (2013). *Craving*. Abgerufen von: <http://www.fosumos.ch/index.php/de/alkohol/craving>
- Gleeson, M. & Timmins, F. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention [Elektronische Version]. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1-2), 69–77. doi:10.1016/j.cein.2004.12.002
- Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C. & Flury R. (2013). *Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2012* [Elektronische Version]. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Hasemann, W., Soldi, M., Leuenberger, D., Wesch, C., Schmid, D., Bodmer, D. & Fumasoli, A. (2014). Alkoholkonsum im Spital - (k)ein Problem: Umgang mit Risikopatienten [Elektronische Version]. *Krankenpflege/Soins infirmiers*, (5), 38–39.



- Hatch, F., Maitetta, L. (1999). *Kinästhetik. Gesundheitsentwicklung und menschliche Funktion*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Jane, L. (2010). How is alcohol withdrawal syndrome best managed in the emergency department? [Elektronische Version]. *International Emergency Nursing*, 18(2), 89–98. doi:10.1016/j.ienj.2009.09.001
- Karagozoglu, S. & Kahve, E. (2013). Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing [Elektronische Version]. *Applied Nursing Research*, 26(4), 210–217. doi:10.1016/j.apnr.2013.07.002
- Karst, M., Passie, T., Friedrich, S., Wiese, B. & Schneider, U. (2002). Acupuncture in the treatment of alcohol withdrawal symptoms: a randomized, placebo-controlled inpatient study [Elektronische Version]. *Addiction biology*, 7(4), 415–419. doi:10.1080/1355621021000006017
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe* (2. Aufl.). Wien: Facultas.
- Kunz, S., Schulz, M., Lewitzky, M., Driessen, M. & Rau, H. (2007). Ear Acupuncture for Alcohol Withdrawal in Comparison With Aromatherapy: A Randomized-Controlled Trial [Elektronische Version]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(3), 436–442. doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00333.x
- McKinley, M. G. (2005). Alcohol Withdrawal Syndrome Overlooked and Mismanaged? [Elektronische Version]. *Critical Care Nurse*, 25(3), 40–49.
- Muncie, H. L., Yasinian, Y. & Oge L. (2013). Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome [Elektronische Version]. *American Academy of Family Physicians*, 88(9), 589–595.
- Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice [Elektronische Version]. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346. doi:10.1097/NNA.0000000000000079
- Panfil, E.- M. & Ivanovic, N. (2011). *Methodenpapier FIT-Nursing Care* [Elektronische Version]. St. Gallen: Institut für Angewandte Pflegewissenschaft.

- Pohlmann, M. (2006). Die Pflegende-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus [Elektronische Version]. *Pflege*, 19(3), 156–162. doi:10.1024/1012-5302.19.3.156
- Reader, M., Young, R. & Conner, J. P. (2005). Massage Therapy Improves the Management of Alcohol Withdrawal Syndrome [Elektronische Version]. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(2), 331–333.
- Sauter, D. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK]. (2011). *Professionelle Pflege Schweiz. Perspektive 2020* [Elektronische Version]. Bern: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2014). *SAMWbulletin 4/14* [Elektronische Version]. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Shuldham, C., Fleming, S. & Yorke, J. (2008). Undertaking a systematic review: the road to successful completion [Elektronische Version]. *Journal of Research in Nursing*, 13(4), 282–298. doi:10.1177/1744987108093527
- Stewart, S. & Swain, S. (2012). Assessment and management of alcohol dependence and withdrawal in the acute hospital: concise guidance [Elektronische Version]. *Clinical Medicine*, 12(3), 266–271.
- The Cochrane Library. (2015). *About the Cochrane Library*. Abgerufen von <http://www.cochranelibrary.com/about/about-the-cochrane-library.html>
- Trumpler, F. (2003). ACUPUNCTURE FOR ALCOHOL WITHDRAWAL: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL [Elektronische Version]. *Alcohol and Alcoholism*, 38(4), 369–375. doi:10.1093/alcalc/agg091
- Wallen, G. R., Brooks, A. T., Whiting, B., Clark, R., Krumlauf, M. C., Yang, L., ...Ramchand-ani, V. (2014). The Prevalence of Sleep Disturbance in Alcoholics Admitted for Treatment [Elektronische Version]. *Family & Community Health*, 37(4), 288–297. doi:10.1097/FCH.0000000000000040
- Weiß, C. (2013). *Basiswissen Medizinische Statistik* (6. Aufl.). Heidelberg: Imprint Springer.

- 
- Wicki, M. (2013). *Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen: Eine Analyse der schweizerischen "Medizinischen Statistik der Krankenhäuser" 2001-2010. Forschungsbericht / Sucht Schweiz: Nr. 62* [Elektronische Version]. Lausanne: Sucht Schweiz.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health 2014* [Elektronische Version]. Geneva: World Health Organization.

---

## Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich:

- den Inhalt dieser Arbeit unter Angabe aller relevanten Quellen selbständig verfasst habe;
- die mir anvertrauten Informationen von Seiten der Kundschaft auch nach Abgabe der Arbeit vertraulich behandeln werde;
- Ohne Zustimmung der Eigentümerin, des Fachbereichs Gesundheit, und der involvierten Institutionen keine Kopien dieser Arbeit an Dritte aushändigen werde.

Ort/Datum:

Name: