



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Grundzüge der Akut- und Langzeitpflege einschließlich
Pflegetechnik (Teil 2)

Elena Schock
DGKP, Pflegepädagogin

MIT UNS KOMMEN SIE WEITER!

AUSBILDUNGSZENTRUM

Depression

TRAURIGKEIT vs. DEPRESSION

TRAURIGKEIT

Eine normale, vorübergehende Reaktion auf schwierige Situationen.



DAUER

Vorübergehend – Stunden, Tage oder wenige Wochen.



AUSLÖSER

Klare Gründe (z.B. Verlust, Enttäuschung, Stress).



STIMMUNG

Wechselhaft – gute Momente sind weiterhin möglich.



ALLTAG

Eingeschränkt, aber bewältigbar.



SOZIALE KONTAKTE

Rückzug möglich, aber Kontakt tut gut.



HILFE

Oft hilft Zeit, Unterstützung durch Freunde/Familie, Ablenkung.



DEPRESSION

Eine ernsthafte, anhaltende Erkrankung, die behandelt werden sollte.



DAUER

Anhaltend – mindestens 2 Wochen, oft Monate oder länger.



AUSLÖSER

Oft ohne klaren Auslöser, kann auch „aus heiterem Himmel“ auftreten.



STIMMUNG

Anhaltend gedrückt, Interessen und Freude gehen verloren.



ALLTAG

Stark beeinträchtigt – Arbeit, Schule, Freizeit fallen schwer.



SOZIALE KONTAKTE

Starker Rückzug, Kontakt fühlt sich belastend an.



HILFE

Professionelle Hilfe notwendig (z.B. Psychotherapie, ärztliche Behandlung).



Wichtig: Traurigkeit ist eine natürliche Emotion. Depression ist eine Erkrankung – und sie ist behandelbar. ♥

Depressionen

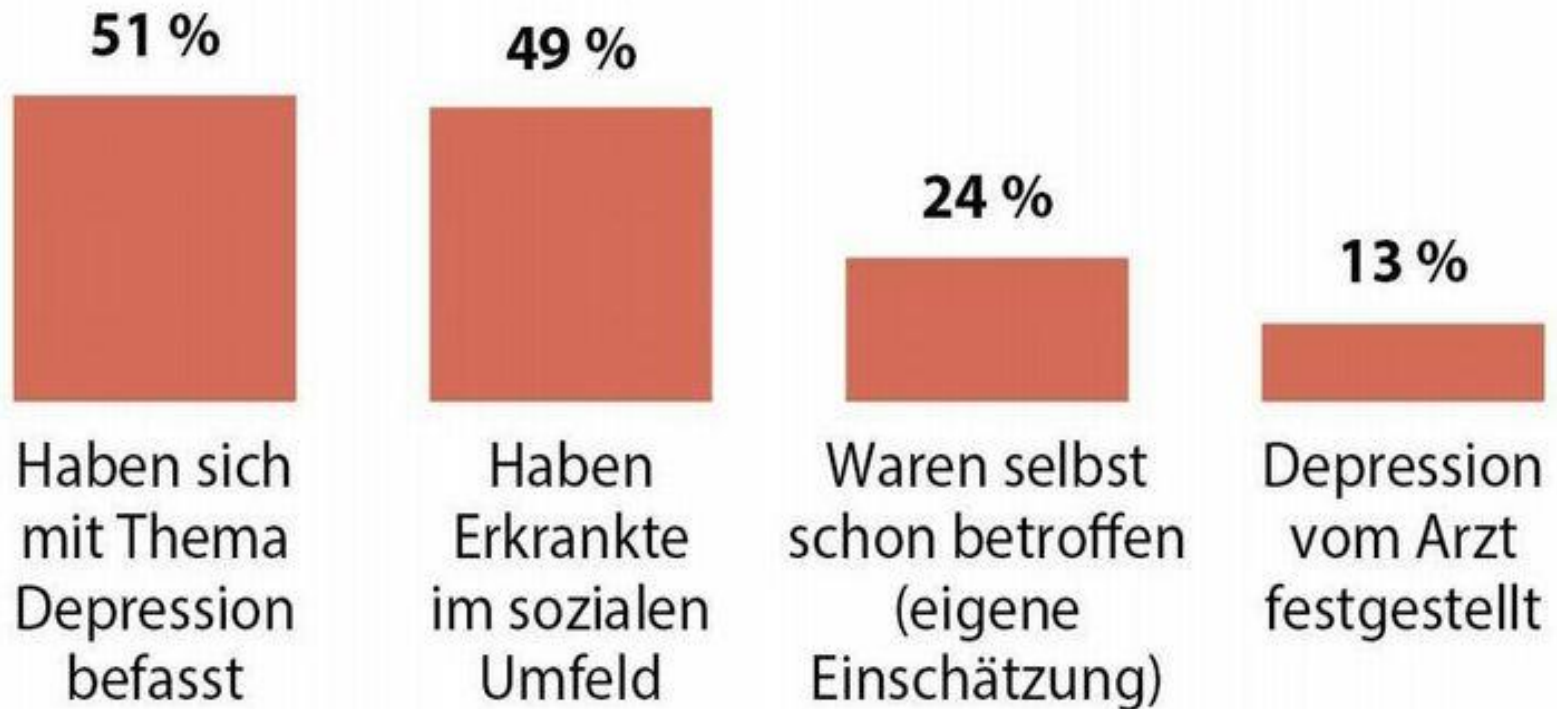
- medizinisch: Depressio
- zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit.

Aktueller Stand (2023)

- Österreich → 730.000 Menschen mit Depression
- 5% der Bevölkerung (min. 400.000), benötigen Behandlung
- **Jeder 5. in Österreich erkrankt im Laufe seines Lebens an einer Depression.**

Von Depression Betroffene

Anteil der Befragten



Grafik: © APA, Quelle: APA/Spectra

500 Befragte, 2018



Symptome

- mehr als „nur Traurigkeit!!“
- umfasst **Symptome** wie
 - Antriebslosigkeit
 - Interessenverlust
 - Schlafstörungen
 - Appetitverlust
 - Schuldgefühle
 - Suizidgedanken

Diagnose

- **obliegt ärztlichem oder psychologischem Fachpersonal**
 - in der Regel Psychiater*innen oder Hausärzt*innen
- **standardisierte Diagnosekriterien** (z.B. ICD-10)
- **zentrale Diagnoseinstrumente**
 - Klinische Gespräche und Anamnese
 - Beobachtungsbasierte Einschätzungsskalen
 - z. B.: Geriatrische Depressionsskala (GDS)
- **Ausschluss organischer Ursachen**
 - z. B. Schilddrüsenerkrankungen oder Demenz

Depressive Störungen: Diagnose nach ICD-10

F32 Depressive Episode

F32.0 Leichte depressive Episode

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychothische Symptome

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F32.8 Sonstige depressive Episode

F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

F33.0 Rezidivierende depressive Störung

F33.0 Rezidivierende depressive Störung, ggf. leichte Episode

F33.1 Rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode

F33.2 Rezidivierende depressive Störung, ggf. schwere Episode
ohne psychotische Merkmale

F34 Anhaltende affektive Störung

F34.0 Zylothyme Störung (Zyklothymia)

F34.1 Dysthyme Störung (Dysthymia)

F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störung

F34.9 Anhaltende affektive Störung

Sonstige

F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

F31 Bipolare Störungen (siehe dort)

Rolle der Pflegeassistenz

- **keine Diagnosestellung**
- leisten wichtigen Beitrag zur Früherkennung
 - durch genaue Beobachtung
 - Weitergabe auffälliger Veränderungen

Therapie

- erfolgt multidisziplinär
- richtet sich nach Schweregrad
- **Medikamentöse Therapie**
 - **Antidepressiva** (z. B. SSRI, SNRI)
 - Beginn unter ärztlicher Aufsicht → Beobachtung auf Nebenwirkungen → **erhöhte Suizidgefahr!!**
 - Regelmäßige Einnahme und Geduld (Wirkungseintritt oft nach 2–4 Wochen)

Umgang mit Antidepressiva

- **Beobachtung**
 - Wirkung, Nebenwirkungen, Veränderungen im Verhalten
- **Motivation und Erinnerung zur Einnahme**
- **Dokumentation von Auffälligkeiten** (z. B. Unruhe, Schläfrigkeit, Appetit)
- **Informationsweitergabe**
- **Sturzprophylaxe**
- **Achtsamkeit bei Suizidgefahr**

Therapie

- **Psychotherapie**
 - z.B. Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)
- **Soziale und pflegerische Unterstützung**
 - Tagesstruktur und Aktivierung durch Pflegekräfte
 - Einbindung der Angehörigen
 - Betreuung durch Sozialdienste
- **Weitere Verfahren**
 - **Lichttherapie** bei saisonaler Depression
 - **Ergotherapie**, Kunst- und Musiktherapie
- **In schweren Fällen:**
 - **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)**
 - gezielter und kontrollierter ausgelöster Krampfanfall - begünstigt Konzentration von Hormonen und Botenstoffe im Gehirn
 - **stationäre psychiatrische Behandlung**

Bedeutung für die Pflege

- **ganzheitliche Betreuung**
- unbehandelte Depression kann Pflegebedürftigkeit verstärken
- Lebensqualität erheblich mindern
- Somatische (körperliche) Erkrankungen negativ beeinflussen

Aufgaben der Pflegeassistenz

- **Früherkennung**
- **Beobachtung und Dokumentation:**
 - Veränderungen im Verhalten
 - Schlaf
 - Appetit
 - Stimmung
- **Beziehungsarbeit und Kommunikation:**
 - Empathische Gespräche
 - aktives Zuhören
- **Struktur und Aktivierung:**
 - Unterstützung beim Tagesablauf
 - Motivation zu Aktivitäten und soziale Teilhabe
- **Wahrung von Nähe und Distanz:**
 - eigene Grenzen wahren!!

Sucht

Definition

- psychische und oft auch körperliche Erkrankung
- **zwanghafter Gebrauch**
 - einer Substanz (Drogen, Alkohol)
 - eines Verhaltens (z. B. Glücksspiel)
- WHO → **Syndrom mit Kontrollverlust**,
Toleranzentwicklung und Entzugerscheinungen.

Formen der Sucht

- **Substanzgebundene Sucht:**
 - Alkohol
 - Nikotin
 - Medikamente (v. a. Benzodiazepine, Schmerzmittel)
 - Illegale Drogen (z. B. Heroin, Kokain, Cannabis)
- **Nicht-substanzgebundene Sucht**
(Verhaltenssüchte):
 - Glücksspiel
 - Internet-/Mediensucht
 - Kaufsucht
 - Essstörungen (z. B. Binge Eating)

Merkmale einer Sucht

- min. 3 Kriterien über einen Monat hinweg:
 - Starkes Verlangen (Craving)
 - Kontrollverlust (Menge, Dauer)
 - Entzugerscheinungen
 - Toleranzentwicklung
 - Vernachlässigung anderer Interessen
 - Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen

Zahlen aus Österreich

- **5 % (370.000) der Erwachsenen sind alkoholabhängig**
- **15 % (ca. 1 Million Menschen) ab 16 Jahren zeigen ein problematisches Trinkverhalten,**
- **21% (ca. 2 Million Menschen) gelten als abhängig von Nikotin**
- **40% geben an, min. einmal Cannabis konsumiert zu haben)**
- **3-6% haben schon einmal Ecstasy, Kokain oder Amphetamine ausprobiert**
- **35 000–40 000 Personen sind opioidabhängig**
- **100.000 Menschen mit riskantem Spielverhalten**
- **50.000 Menschen Spielsüchtig**
- **10% der Jugendlichen zeigen ein problematisches Nutzverhalten von Social- Media Plattformen**

Pflegebezogene Aspekte

- Sucht in der Pflege betrifft zwei Bereiche:

1. Pflegebedürftige mit Suchtproblemen

- Älteren Menschen mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit
- Chronisch Kranke oder einsamen Menschen
- Menschen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen

2. Pflegekräfte mit Suchtproblemen

- Tabuthema, aber real!
- Medikamentenzugang
- Stress, Schichtdienst
- emotionale Belastung

Aufgaben der Pflegeassistenz

- **Beobachtung und Dokumentation:**
 - Veränderungen im Verhalten Stimmungsschwankungen
 - Ansprechen im Team, keine Konfrontation alleine
- **Unterstützung bei der Tagesstruktur:**
- **Vermeidung von Stigmatisierung:**
 - respektvoller, nicht-wertender Umgang
- **Einnahmekontrolle bei Medikamenten,**
 - v.a. Medikamentensucht – sammeln oft Tabletten
- **Suizidprävention:**
 - viele leiden zusätzlich an Depressionen
- **Grenzen erkennen und wahren:**
 - keine therapeutische Aufgabe, aber mitfühlende Begleitung

Therapieformen bei Abhängigkeit

- **Entgiftung** (körperlicher Entzug)
 - stationär oder ambulant
- **Entwöhnungstherapie**
 - Langfristige psychotherapeutische Unterstützung (stationär oder ambulant)
- **Selbsthilfegruppen:** z. B. Anonyme Alkoholiker
- **Sozialarbeiterische Hilfe:**
 - Schulden, Wohnsituation, Arbeitsplatz
- **Medikamentöse Rückfallprophylaxe,**
 - z. B. mit Naltrexon bei Alkoholabhängigkeit

Naltrexon

- Gruppe der **Opioid -Antagonisten**
 - blockiert Opioidrezeptoren im Gehirn, aktiviert sie aber nicht.
 - **verhindert berauschende und belohnende Wirkung von Alkohol und Opioiden**
- Alkoholabhängigkeit → verringert Verlangen (Craving)
- Opioidabhängigkeit → blockiert die Wirkung von Opioiden
 - Rückfall bleibt ohne „High“-Effekt
- wirkt nicht bei akuter Entgiftung
 - vor Beginn muss Patient*in opioidfrei sein (mindestens 7–10 Tage)
 - sonst kann es zu Entzugserscheinungen kommen
- wirkt nicht gegen akuten Suchtdruck
 - Rückfallprophylaxe gedacht.

Pflegerische Aufgaben im Umgang mit Naltrexon

- NUR geben, wenn Patient*in opioidfrei (DGKP)
- blockiert jegliche Opioidwirkung, auch bei Notfällen (z. B. Schmerzmittel!)
- Psychische Begleitung
 - Stimmungsschwankungen
 - Reizbarkeit
- Überwachung von Leberwerten bei Langzeiteinnahme (Naltrexon ist lebertoxisch)
- Anzeichen von Depression oder Suizidalität ernst nehmen → sofort weiterleiten

Substitol

- **Opioid- Agonist**
- **Ersatztherapie** bei Abhängigkeit von illegalen Opioiden wie Heroin
- Wirkung
 - Linderung von Entzugssymptomen
 - Vermeidung von Craving (Suchtdruck)
 - Ermöglicht soziale und berufliche Stabilisierung
 - Reduziert Risiken durch illegalen Drogenkonsum (HIV, Hepatitis, Überdosierungen)

Pflegerische Aufgaben im Umgang mit Substio

- Vergabe unter Sichtkontrolle (DGKP)
- Vitalzeichenkontrolle
 - besonders Atemfrequenz (Atemdepression!)
- Beobachtung auf Intoxikationszeichen (Schläfrigkeit)
- Dokumentation der Einnahme und Auffälligkeiten
- Sichere Lagerung
- Zugang nur für befugtes Personal → Suchtgiftschrank!

**WICHTIG:
Naltrexon und Substitol dürfen
nicht gleichzeitig verabreicht
werden!**

Gleichzeitige Gabe führt zu Entzugssymptomen und
kann lebensgefährlich sein!

Suchtprävention

- Maßnahmen, die helfen Abhängigkeit von Substanzen zu verhindern oder frühzeitig zu erkennen
- Schmerzen, psychische Belastungen oder chronische Krankheiten → gefährdet Suchtmittel zu missbrauchen
- Medikamente wie Schmerzmittel (z. B. Opioide) können abhängig machen
- Früherkennung kann verhindern, dass sich eine Sucht entwickelt

Wichtige Punkte zur Medikamentengabe

- Genaues Einhalten der Verordnung (keine eigenmächtige Dosiserhöhung)
- Vermeidung unnötiger Verlängerung von Schmerzmitteln
- Kontrolle der Wirkung und Nebenwirkungen
- Aufklärung über Nebenwirkungen und Suchtgefahren

Aufgaben der PA bei der Suchtprävention

- Aufklärung über Risiken von Medikamentenmissbrauch
- Beobachtung
 - Veränderungen im Verhalten, z. B. vermehrtes Nachfragen nach Schmerzmitteln,
 - Stimmungsänderungen
 - vermehrte Unruhe
- Dokumentation
 - Auffälligkeiten genau festhalten weiterleiten
- Unterstützung im Umgang mit Schmerzen
- Zusammenarbeit im Team

Suizid

Jede **40** Sekunden

beendet ein Mensch
weltweit sein Leben



Alle 40 Sekunden
ein **Suizid**

Definition

- **Bewusster vorsätzlicher Versuch**, das eigene Leben zu beenden
- oft die Folge von psychischen Erkrankungen
- Suizidgedanken und -versuche sind Warnsignal und **müssen ernst genommen** werden

Suizid

- Depression gilt als größter Risikofaktoren für Suizid
- Suchterkrankungen erhöhen das Suizidrisiko
 - Substanzen können Hemmschwelle senken,
 - Impulsivität steigern

Österreich

- 2023 nahmen sich 1.212 Menschen das Leben
 - etwa dreimal so viele wie Verkehrsunfälle
- Besonders betroffen Männer → 80 % der Suizidtoten
- Suizidgedanken oft Ausdruck unerträglichen Leidenszustands
- Betroffene suchen meist nicht den Tod, sondern Ausweg aus Verzweiflung
- Suizidgedanken ernst nehmen und frühzeitig Unterstützung anbieten

Wichtige Hinweise für die Pflege

- **Frühzeitiges Erkennen von Warnzeichen entscheidend:**
 - Äußerungen von Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit oder Gedanken an Tod/Selbstmord
 - Verändertes Verhalten (Rückzug, Aggressivität, Stimmungsschwankungen)
 - Zunahme von Substanzkonsum oder Rückfall
 - Vorbereitungshandlungen (z.B. Schenken von Besitztümern)
- **Suizidale Menschen ernst nehmen** – alle Suizidgedanken oder -äußerungen müssen ernst genommen werden
- **Sicherheitsmaßnahmen treffen:**
 - Entfernen von potenziell gefährlichen Gegenständen (Medikamente, scharfe Gegenstände)

Gesprächsleitfaden zur Abschätzung der Suizidgefährdung

Abzudeckende Bereiche	Beispielformulierung
Gesprächseinstieg	Ich kann sehen, dass Sie sehr verzweifelt sind. Ich mache mir Sorgen um Sie. Haben Sie denn finstere Gedanken oder haben Sie sogar daran gedacht, sich etwas anzutun?
Passive Todeswünsche versus konkrete Suizidgedanken	<ul style="list-style-type: none"> ● Hatten Sie in letzter Zeit das Gefühl, nicht mehr weiterleben zu wollen? ● Haben Sie in Ihrer derzeit schwierigen Situation Gedanken an den Tod? ● Was genau geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie sagen, Sie hätten nichts dagegen, tot zu sein? ● Denken Sie dabei auch an Suizid? ● Was für Gedanken kommen da genau? ● Wie oft haben Sie Suizidgedanken?
Aktive Suizidplanung	<ul style="list-style-type: none"> ● Haben Sie konkrete Pläne gemacht, wie Sie es tun würden? ● Haben Sie konkrete Vorbereitungen getroffen, zum Beispiel Medikamente besorgt? ● Haben Sie Vorkehrungen getroffen, zum Beispiel Wertsachen verschenkt?
Frühere Suizidgefährdung/-versuche	<ul style="list-style-type: none"> ● Waren Sie schon einmal kurz davor, Suizid zu begehen? ● Haben Sie bereits einen Suizidversuch unternommen? Wenn ja, wann war dies? Auf welche Art und Weise haben Sie es versucht?
Weitere Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ● Ist bei Ihnen eine psychische Erkrankung bekannt? ● Haben Sie Suizidgedanken, ohne es zu wollen? Das heißt mit anderen Worten: Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt? ● Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> ● Gibt es etwas, das Sie am Leben hält? ● Haben Sie mit jemandem über Ihre Suizidgedanken gesprochen? ● Haben Sie jemanden, den Sie anrufen können? Der zu Ihnen kommt? Der Sie vielleicht in die Klinik bringen kann?

📄 Quelle: Deutsches Ärzteblatt 3/2024, online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/237310/Suizidalitaet-Fruhezzeitig-erkennen>

Was können wir tun um einen Suizid zu verhindern?

- Gruppendiskussion
 - Ideensammlung Maßnahmen zu Suizidprävention

Suizidprävention

- Regelmäßige Risiko-Evaluation:
 - Suizidrisiko einschätzen und dokumentieren (z.B. durch strukturierte Fragen)
- Förderung von sozialen Kontakten
- Ermutigung zur Teilnahme an Therapie und Selbsthilfegruppen
- Stressbewältigung und Umgang mit Rückfällen
- Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten
- Angehörige und Team informieren, um eine gemeinsame Betreuung sicherzustellen

Rechtliche Situation

- **Was passiert wenn ein Pat. Während meines Dienstes Suizid begeht?**
- grundsätzlich kein strafrechtliches Vergehen
 - solange keine grobe Fahrlässigkeit oder
 - Verstoß gegen deine Sorgfaltspflichten vorliegt
- Fürsorgepflicht heißt → alle zumutbaren Maßnahmen ergreifen um Patient*in zu schützen
- Suizid ist meldepflichtiges Ereignis
- umfassende Dokumentation aller Umstände und Maßnahmen die getroffen wurden
- bei grober Fahrlässigkeit oder Verletzung der gesetzlichen Sorgfaltspflichten kann strafrechtlich ermittelt werden

Literatur

- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). Psychische Gesundheit im Alter – Grundlagen und Empfehlungen für die Pflege. Köln.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). Suchtprävention in der Pflege.
- Deutsche Depressionshilfe. (2024). Depression erkennen und behandeln. Online verfügbar: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de>
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (Hrsg.). (2018). Suizidprävention in der Pflege: Ein Praxisleitfaden.
- DGSP Verlag.Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2023). Sucht – Basiswissen für die Pflege.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2023). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hogrefe.
- Gesund.at. (2024). Suizid in Österreich: Häufigkeit, Methoden und Präventionsangebote. Abgerufen von [https://www.gesund.at/ICD-10-GM Version 2024: F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen](https://www.gesund.at/ICD-10-GM-Version-2024-F10-F19-Psychische-und-Verhaltensst%C3%B6rungen-durch-psycho trope-Substanzen).
- JASMIN GÖG – Österreichische Gesundheitsbefragung. (2024). Suizidprävention und Risikofaktoren. Abgerufen von <https://jasmin.goeg.at>
- Lamm, G. (2019). Haftung im Gesundheitswesen. Manz Verlag.
- Meyer, G., Köpke, S., & Mühlhauser, I. (2021). Pflege evidenzbasiert: Grundlagen und Anwendung. Urban & Fischer.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (2021). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Urban & Fischer.
- OTS Nachrichtenagentur. (2024). Aktuelle Zahlen zu Suiziden in Österreich. Abgerufen von <https://www.ots.at>
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV). (o.J.). Rechtliche Fragen in der Pflege. <https://www.oegkv.at/recht>
- Republik Österreich. (1974). Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001838>
- Republik Österreich. (1974). Strafgesetzbuch (StGB). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001803>
- Republik Österreich. (2016). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011052>
- Rechberger, A. (2021). Pflege- und Gesundheitsrecht. Facultas Wien.
- Statistik Austria. (2024). Gesundheitsstatistik – Suizidrate in Österreich. Abgerufen von <https://www.statistik.at>
- Vatican News. (2024). Gesellschaftliche Herausforderungen durch Suizid. Abgerufen von <https://www.vaticannews.va>
- Sozialministerium Österreich. (2024). Suizidstatistik 2023: Zahlen und Fakten. Abgerufen von <https://www.sozialministerium.gv.at>