

## Editorial

Die Eigenständigkeit der Krankenpflege beginnt in dem Moment, in dem Pflegende sich von den Defiziten ihrer Patienten lösen und deren Fähigkeiten in den Blick nehmen. Das Problem ist alt. Das Bild eines zur Hälfte mit Wasser gefüllten Glases beschreibt es genau. Der Optimist sagt, das Glas sei halb voll. Der Pessimist sagt, es sei halb leer. Professionell Pflegende fragen, wieso es sich in dem gegenwärtigen Zustand befindet. Hat jemand daraus getrunken oder soeben Wasser nachgeschenkt? Um solche Hintergründe zu entdecken, benötigen Pflegende geeignetes Handwerkszeug, das sie in Therapiekonzepten wie der Basalen Stimulation finden. Bereits der Übertritt eines Patienten aus der Klinik in sein Zuhause ist der erste Baustein der individuellen Förderung. Hier empfängt auch ein bewusstseinsgestörter Mensch Signale, die er mit sich selbst und seiner Vergangenheit verbindet. Reflektiert arbeitende Pflegende nutzen diese Basis, die Bedürfnisse der Patienten im Verlauf des Pflegeprozesses immer genauer zu analysieren und in ihrer Arbeit zu berücksichtigen. Die vorliegende Zeitung stellt dazu Techniken vor und gibt Tipps zur Umsetzung. Die erste Ausgabe von "Gepflegt durchatmen" hat eine Resonanz gefunden, die Redaktion und Herausgeber überraschte. Auf vielen Kongressen und Messen – überall dort, wo das Blatt auslag – sah man bald Besucher, die sich in die Artikel vertieften. In den vergangenen Wochen gingen hunderte Abonnentenwünsche bei den Herausgebern ein. Wir nehmen dies als Ansporn, die Themen noch vielfältiger anzulegen. Die Zeitung wächst. Neue Autoren sind hinzugekommen und der Umfang ist um vier Seiten gestiegen.

Die Redaktion

# Berührung ist aller Pflege Anfang

Mit den Techniken der Basalen Stimulation nutzen Pflegende sämtliche Wahrnehmungskanäle ihrer Patienten



Deutliche Berührungen transportieren Emotionen. Sie zeigen dem Menschen die Grenzen seines Körpers und vermitteln das Gefühl von Geborgenheit.

Foto: Bernd Hein

Ohne Bewegung ist Wahrnehmung unmöglich. Das Schmecken setzt Bewegungen der Zunge und den Strom der Atemluft durch die Nase voraus. Das Sehvermögen basiert auf der Fähigkeit des Auges, sich durch Muskelanspannung auf die Lichtverhältnisse der Umgebung einzustellen. Wahrnehmung wiederum bildet die Basis für Kommunikation. Die Signale, die ein Mensch aussendet, sind stets Reaktionen auf Eindrücke, die er entweder aus der Umgebung oder vom eigenen Körper empfängt. Die Vielfalt der Reize schärft die Sinnesorgane. Sie wirkt sich auf die emotionale Variabilität ebenso aus wie auf die Motivation, im Rahmen der individuellen Möglichkeiten aktiv zu sein. Die enge Verflechtung des Menschen mit seiner Umwelt zu erhalten und zu fördern, stellt auch in der außerklinischen Versorgung eine der wesentlichen Aufgaben für Pflegende dar. Wer lange bewegungslos in einem Bett liegt, verliert das Gefühl für die Grenzen seines Körpers. Fehlen angemessene Reize, produziert das Gehirn unabhängig von der

Realität Bilder oder Gefühle. Patienten, tagelang auf eine weiße Zimmerdecke starren müssen, beginnen, schwarze bewegliche Punkte an der Decke zu sehen, die sie für Insekten halten. Mangel an körperlicher Aktivität und eindeutigen Berührungen führen außerdem zur Auflösung des Körperschemas und Missempfindungen. Patienten berichten in diesem Zusammenhang von "Ameisenkribbeln" oder dem Gefühl, der Körper würde zerfließen. Nach einer langen Periode, in der das Ziel der Krankenpflege vor allem darin bestand, die Patienten in einen gesättigten, sauberen und verletzungsfreien Zustand zu versetzen, wendeten Pflegende sich einem viel umfassenderen Menschenbild zu. Vor etwa 20 Jahren adaptierte die deutsche Pflegewissenschaftlerin Christel Bienstein das heilpädagogische Konzept der Basalen Stimulation für die Krankenpflege (siehe Seite 11). Sie schuf ein differenziertes Instrumentarium, mit dessen Hilfe Pflegende sich aller Wahrnehmungskanäle des Menschen bedienen. Sie erreichen damit selbst schwer

beeinträchtigte Menschen und können sie aus der krankheitsbedingten Reserve locken. Pflegende unterscheiden:

- **Körperliche (somatische) Wahrnehmung.** Umfasst Reize, die aus der Umgebung und dem Körperinneren kommen, z.B. Druck, Temperatur, Schmerz. Im Alltag empfindet jeder beinahe ständig den Kontakt mit der Umgebung: die Kleidung reibt auf der Haut, das Körpergewicht lastet auf den Füßen, ein Luftzug streicht über das Gesicht. Jede Berührung vermittelt dem Gehirn Informationen über Form und Befinden des Körpers
- **Schwingungswahrnehmung.** Fähigkeit, die sich bereits vor der Geburt herausbildet. Das ungeborene Kind spürt Herzschlag, Atmung und Bewegungen der Mutter. Mit künstlich erzeugten Vibrationen, z.B. durch Massage, erreichen Pflegende gezielt tiefer liegende Gewebe und Körperstrukturen. Sie ahmen einen Reiz nach, den ein gesunder Mensch bei seinen Bewegungen nahezu ununterbrochen erhält und vermitteln bettlägerigen Patienten so Informationen über Tiefe, Fülle und Stabilität seines Körpers

- **Gleichgewichtswahrnehmung** (auch vestibuläre Wahrnehmung). Dient der Steuerung des Gleichgewichtes und der Kontrolle der Körperlage im Raum. Wirkt auch auf die Bewegung der Augen. Die pflegerische Stimulation erfolgt über behutsame Schaukelbewegungen.

Außerdem findet Wahrnehmung über die fünf klassischen Sinne statt, die zum Teil ebenfalls schon vor der Geburt funktionsfähig sind:

- **Schmecken und Riechen.**

Diese Sinne hängen eng zusammen, weil die Zunge allein nur zwischen süß, sauer, bitter, salzig und umami (Empfindung für Glutamat) unterscheiden kann. Alle weiteren Geschmacksrichtungen entstehen erst im Zusammenhang mit Gerüchen (siehe Seite 9)

- **Hören**

- **Tasten**

- **Sehen.**

Die Haut ist das größte Wahrnehmungsorgan des Menschen.

Sie bildet die Kontaktfläche zur Umwelt und sehr viele pflegerische Handlungen sind mit ihrer Berührung verbunden. Das kann positive oder negative Gefühle auslösen.

Aus diesem Grund sind Pflegende besonders aufmerksam, sobald sie einen Patienten anfassen.

Sofern die Regeln der Hygiene es zulassen, verzichten sie auf die Benutzung von Handschuhen und schaffen so einen unmittelbaren Körperkontakt.

Die Erkenntnisse aus dem Konzept der Basalen Stimulation ermöglichen es Pflegenden, sehr bewusst nonverbal zu kommunizieren.

Flüchtige und hastige Berührungen, die einen Patienten scheinbar aus dem Nichts treffen, können Angst und Unwohlsein verursachen. Eindeutig geführte Kontakte, die einen klaren Anfang und ein klares Ende erkennen lassen, dienen der Beruhigung und sind geeignet, den Patienten Vertrauen zu vermitteln. Überdies signalisieren sie Respekt und Zugewandtheit.

So entsteht eine Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten, an der beide Partner gleichwertig beteiligt sind. Dieses Prinzip lässt sich auf nahezu alle Pflegetechniken anwenden

(Beispiele auf den Seiten 2 und 10).

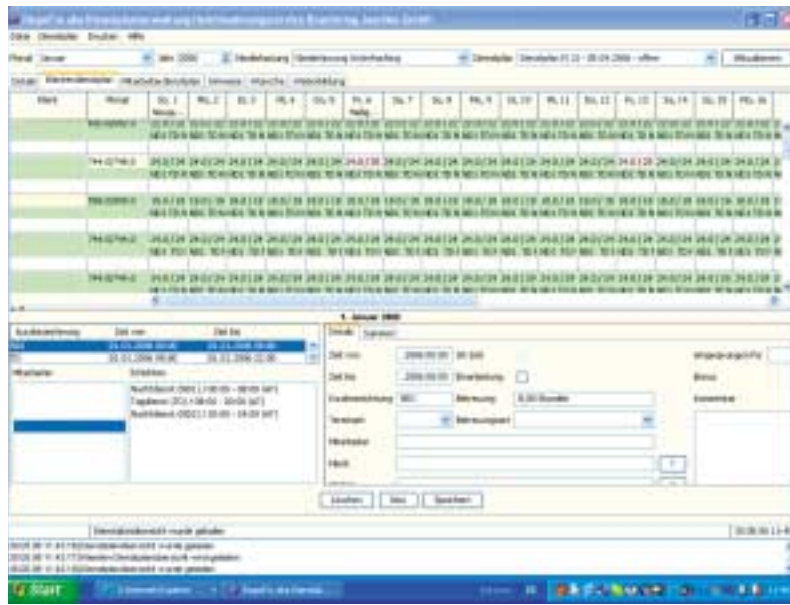
bh

# Datenströme kanalisieren

Der Software-Entwickler "Merlin zwo" hat ein Programm für die Administration von Pflegediensten entwickelt

Die Administration eines Pflegedienstes bewegt erhebliche Datenmengen. Sie muss nachvollziehbar, transparent und unanfällig gegenüber menschlichen Fehlern sein. Bisher fehlten auf dem Markt Computerprogramme, mit deren Hilfe sich die vielfältigen Anforderungen anwenderfreundlich zusammenführen ließen.

Die Software-Schmiede "Merlin zwo" ist in diese Lücke vorgestoßen und hat ein Tool entwickelt, das passgenau auf die Anwendungsbereiche der Zielgruppe ausgelegt ist. Das Programm deckt die Bereiche der Personenverwaltung und Disposition ab und geht dabei extrem detailfreudig vor.



Hinter der Java-Oberfläche des Merlin zwo Programmes arbeitet eine Oracle-Datenbank. Screenshot: Merlin zwo

## Personenverwaltung

Zu dem Kreis der beteiligten Personen gehören Klienten und deren Angehörige, Mitarbeiter, Ärzte sowie Therapeuten. Sie alle sind auf vielfältige Weise miteinander verbunden. Das Programm bietet einen strukturierten Überblick, indem es sämtliche Informationen mehrdimensional nutzbar macht. Für die Klienten lässt sich darin ein Stammbaum anlegen, in dem die

medizinisch-pflegerischen Angaben (z.B. Diagnose, Krankheitsverlauf, Ausstattung mit Medizinprodukten) ebenso ihren Platz finden, wie die Verwaltungsdaten (z.B. Kostenträger, Bankverbindung, Kontaktdaten).

Das Stammbaum für Mitarbeiter umfasst u.a. persönliche Daten, Einstellungsdatum, Art des Arbeits-

vertrages sowie ein Tool, mit dem sich Urlaubsplanung und die Berechnung der geleisteten Arbeitsstunden verwalten lassen.

## Disposition

Die Dienstplangestaltung erfordert auf den bisher gängigen Programmen, z.B. Excel, eine zeitaufwendige Eingabe und Kontrolle. Das

Risiko, Dienste doppelt oder gar nicht zu besetzen, war hoch. Das Merlin-Tool vereinfacht die Verwaltung erheblich und verfügt über Kontrollmechanismen, die solche Fehler ausschließen. Ein Pflegedienst muss Dienstpläne in unterschiedlichen Fassungen erstellen. Die Mitarbeiter benötigen einen Überblick, wann sie bei welchem Klienten eingesetzt sind. Auch die Klienten erhalten einen Monatsplan, aus dem hervorgeht, an welchen Tagen sie durch die einzelnen Teammitglieder betreut sind. Durch den automatischen Datenabgleich und -austausch im "Merlin zwo"-Programm genügt es, die Dienstzeiten in einer Kategorie einzugeben. Wählen die Disponenten dafür z.B. die Dienstplanmaske für Mitarbeiter, errechnet das Programm selbständig den Monatsplan für Klienten. Warnfarben markieren eine fehlerhafte Disposition, z.B. Überschreitungen der arbeitsrechtlich festgelegten Höchstarbeitszeit, zu geringe Ruhezeiten oder das Nichterreichen der monatlichen Sollarbeitsstunden.

Es existieren Masken, in denen die verschiedenen Pflegeteams zusammengefasst sind. Sie zeigen, welche Mitarbeiter bei einem Klienten überhaupt einsetzbar sind, weil sie dort bereits eingearbeitet wurden. Auch aus Sicht der Mitarbeiter bietet das Programm Vorteile. Es stellt ein Tool zur Verfügung, über das

sie unaufwendig Dienstplanwünsche einspeisen können. Der Rahmen dafür lässt sich individuell festlegen und das Formular ist nur sendebereit, wenn diese Anforderungen erfüllt sind. Beispiel: Die Mitarbeiter sind in ihren Dienstplanwünschen frei, müssen sich jedoch monatlich für mindestens zwei Wochenenden zur Verfügung stellen und können nicht mehr als fünf freie Tage bestimmen. Sie haben über den internen Teil der Unternehmenshomepage Zugang zu dem Formular. Sobald sie es korrekt ausgefüllt und versandt haben, fügen sich die Daten in den zu disponierenden Dienstplan ein.

## Programm-Infos

Das Programm arbeitet mit einer übersichtlichen Java-Oberfläche und basiert auf einer Oracle-Datenbank. Die Datensicherheit ist durch ein Passwortsystem gewährleistet, das unterschiedliche Anwender Ebenen festlegt und die Zugriffswege kontrollierbar macht. Zusätzlich lässt es sich problemlos modular erweitern und für zusätzliche administrative Bereiche nutzen. Das Tool vollzieht auch das Wachstum eines Unternehmens nach – 20 Klienten sind darüber ebenso problemlos zu verwalten wie mehrere hundert. *bh*

## Informationen:

**Merlin zwo, Stefan Winkler,**  
**E-Mail: info@merlin-zwo.de**

## Ihr Recht: Patientenverfügung wirksam formulieren

Der medizinische Fortschritt hat Therapien möglich gemacht, die früher nur schwer vorstellbar waren. Die maximalen Anstrengungen zur Erhaltung des Lebens treffen allerdings auch auf Ablehnung. Viele Menschen befürchten, im Falle einer Erkrankung in einen Zustand zu geraten, den sie nicht als lebenswert erachten. Sie haben Angst, einer Maschinerie ausgeliefert zu sein, die sie nicht beeinflussen können.

Der Fall der Amerikanerin Terri Schiavo, deren Sterben am 31. März 2005 gerichtlich erzwungen wurde, ging um die Welt. In Deutschland konnte der Vater eines Kiefersfeldner Kompatienten die Einstellung der künstlichen Ernährung ebenfalls per Gerichtsurteil durchsetzen, da dies der erklärte Wille seines Sohnes gewesen war. Grundsätzlich gilt, dass Patienten selbst entscheiden können, welche ärztlichen Maßnahmen zur Behandlung ihrer Erkrankung sie zulassen möchten und welche nicht. Ärztliche Therapie gegen den Willen des Patienten erfüllt den Straftatbestand der Körperverletzung. Durch eine Patientenverfügung lässt sich dieser Wille bindend festlegen. So heißt es in den Grundsätzen zur

ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer wörtlich: "Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde."

Unter der **Patientenverfügung** ist die Willensäußerung eines Patienten zu verstehen, mit der er festlegt, wie die Intensität der medizinischen Behandlung und Pflege zu gestalten ist. Ärzte und Pflegekräfte sind an diese Patientenverfügung gebunden. Doch wenn sich Zweifel ergeben, auf welche Maßnahmen der formulierte Wille bezogen ist, oder wie die Verfügung gemeint war, muss jemand die Entscheidung treffen. Hierbei haben Angehörige und Lebenspartner **keine automatische Entscheidungsbefugnis**. Vielmehr setzt das Vormundschaftsgericht einen "Amtsbetreuer" ein. Dieser wird den Willen des Patienten sicher nicht mit demselben Nachdruck vertreten, wie es Freunde, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen tun würden.

Ist der Wille des Patienten nicht mehr nachvollziehbar, so gilt: Ärzte und Pflegenden müssen die optimalste Versorgung gewährleisten, zu der häufig auch unerwünschte ärztliche Maßnahmen gehören. Daher ist es sinnvoll, durch eine zusätzliche Vorsorgevollmacht (oder Betreuungsvollmacht) bereits vor dem Eintritt einer Erkrankung eine Person zu bestimmen, die berechtigt ist, Entscheidungen zu treffen.

## Patientenverfügung

Das Recht des Einzelnen, über Art und Umfang medizinischer Behandlung zu bestimmen, hat Vorrang vor dem Willen aller anderen beteiligten Personen. Kann sich der Patient selbst nicht mehr äußern, ist sein vermutlicher Wille festzustellen. Sofern dieser Wille in einer Patientenverfügung schriftlich und unmissverständlich niedergelegt ist, lässt er sich für Ärzte, Angehörige und Bevollmächtigte leicht nachvollziehen.

Es ist dringend geraten, die Patientenverfügung mit ärztlicher und juristischer Beratung zu gestalten. Die ärztliche Beratung klärt den Patienten über die medizinischen Konsequenzen seiner einzelnen Bestimmungen auf. Die juristische Beratung verhindert nachträgliche Diskussionen über die Tragweite der Verfügung.

Eine Patientenverfügung sollte immer folgende Merkmale aufweisen:

- Klarheit und Eindeutigkeit (unklare Formulierungen lassen die Verfügung ins Leere laufen)
- Schriftform ist nicht zwingend erforderlich, sie erleichtert jedoch den Nachweis des erklärten Willens. Grundsätzlich wäre auch ein Zeuge ausreichend, um den mündlich geäußerten Patientenwillen zu bestätigen
- Ist der Patient auf Grund seiner körperlichen Verfassung nicht mehr in der Lage, seine Patientenverfügung selbst zu schreiben, sollte ein Notar sie dokumentieren.

**Tipp:** In diesem Fall ist es ratsam,

möglichst zeitnah ein ärztliches Attest über die Urteilsfähigkeit einzuholen. So lassen sich Spekulationen über die Wirksamkeit der Verfügung verhindern.

## Aufbau einer Patientenverfügung

- Eingangsformel
- Situationen für die die Verfügung gelten soll, z.B.: Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit; unabwendbarer Sterbeprozess; Verlust der Fähigkeit, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen; Fälle der Gehirnschädigung (nach Wiederbelebung, Lungenversagen, usw.) Hierbei ist zu beachten, dass eine Festlegung auf einzelne Krankheitsbilder missverständlich wirken kann. Bezieht der Patient sich in seiner Verfügung ausschließlich auf einen Gehirnschaden, der durch einen Schlaganfall ausgelöst ist, gilt die Verfügung nicht im Falle eines unumkehrbaren Bewusstseinsverlusts, der z.B. aufgrund einer fehlgeschlagenen Wiederbelebung entsteht
- Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen, z.B.: lebenserhaltende Maßnahmen; Schmerz- und Symptombehandlung; künstliche Ernährung; künstliche Flüssigkeitszufuhr, künstliche Beatmung, Dialyse; Antibiotika; Blut/Blutbestandteile
- Hinweis auf mögliche Betreuung-/Vorsorgevollmacht
- Hinweis, dass die Verfügung nach ärztlicher und juristischer

Beratung erstellt wurde

- Unterschrift.

## Tipps

Damit die Erklärung im Notfall zur Verfügung steht, empfiehlt es sich, mit einer Notiz in der Geldbörse oder bei den persönlichen Papieren darauf hinzuweisen, dass es eine Patientenverfügung gibt und wo sie zu finden ist. Das Original sollte an einem sicheren Ort verwahrt sein. Eine Kopie, die bei Angehörigen oder Freunden liegt, erhöht die Sicherheit. Das Bundesministerium der Justiz hat Musterformulare für die Patientenverfügung sowie eine umfangreiche Informationsbrochure veröffentlicht. Sie stehen im Internet unter [www.bmj.de](http://www.bmj.de) zum Download bereit. Interessenten können sie auch auf dem Postweg, telefonisch oder per Fax anfordern: Publikationsversand der Bundesregierung; Postfach 48 10 09; 18132 Rostock; Tel: 01805/77 80 90; Fax: 01805/ 77 80 94 (jeweils 12 Cent/Min.).



Christina Loy-Birzer, Rechtsanwältin

# Gegenseitiger Respekt

Voraussetzungen für eine befriedigende pflegerische Versorgung

Aufgrund einer gravierenden Verschlechterung meines Gesundheitszustandes bin ich seit etwa zwei Jahren 24 Stunden am Tag auf Beatmung durch ein Beatmungsgerät (tagsüber per Mundstück, nachts mittels Atemmaske) angewiesen. Da ich weiterhin in meiner eigenen Wohnung leben wollte, führte dies zu einer Änderung in meiner pflegerischen Versorgung.

Bis zu diesem Zeitpunkt wurde meine Pflege durch Laienpflegekräfte (meist Studenten) sichergestellt, die bei mir in einem Arbeitgebermodell beschäftigt waren. Der zeitliche Umfang umfasste ca. 10 Stunden pro Tag.

Nun werde ich rund um die Uhr in 12-Stunden-Schichten von einem auf Heimbeatmung spezialisierten Pflegedienst versorgt. Der wichtigste Aspekt beim Wechsel von Laienpflegern zu Fachpflegern war für mich die Sicherheit der Versorgung in Fragen der Beatmung (z.B. Umgang mit dem Beatmungsgerät), medizinisch richtiges Handeln in Problemsituationen, aber unter anderem auch die reibungslose Bestellung von Heil-/Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien

(z.B. Filter für das Beatmungsgerät). Grossen Wert lege ich auf ein selbstbestimmtes Leben.

Es ist mir wichtig, meinen Tagesablauf selbst zu bestimmen. Die Pflegenden helfen mir als "Assistenten", all jene Dinge zu verrichten, die ich selbst nicht tun kann. Damit der Ablauf so klappt, wie ich es mir vorstelle, ist es notwendig, dass die Pflegenden grundsätzlich bereit sind, meinen Wünschen entgegenzukommen – auch wenn sie vielleicht nicht immer sofort nachvollziehbar sind oder auch nicht immer ihren Vorstellungen entsprechen. In diesem Zusammenhang hatte ich speziell bezüglich der Pflegefachkräfte anfangs einige Bedenken, da man es aus der Klinik als Pflegenden normalerweise gewohnt ist, die Handlungsabläufe selbst festzulegen.

In der Praxis zeigt sich, dass das Miteinander ganz gut funktioniert, speziell wenn man etwaige Probleme frühzeitig klärt. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist auch gegenseitiger Respekt.

Andererseits hat es wenig Sinn, die Zusammenarbeit um jeden Preis zu erhalten, wenn die Erwartungen nicht zusammenpassen. Hierbei ist



Manfred Schulyk am Computer.

Foto: Bernd Hein

es von Vorteil, wenn der Pflegedienst eine gewisse Größe hat, weil dadurch eine tragfähige Pflegekraft-Klienten-Zuordnung leichter möglich wird und sich ein gewünschter Wechsel im Pflegeteam einfacher realisieren lässt. Mir ist sehr daran gelegen, von einem festen Pflegeteam betreut zu sein. Gegenseitiges Vertrauen baut sich erst nach einer längeren

Zeit auf. Es würde meine Lebensqualität deutlich beeinträchtigen, wenn ich mich wegen eines zu häufigen Personalwechsels ständig auf neue Pflegekräfte einstellen müsste.

Da eine 24-Stunden-Versorgung neben der Pflege auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten umfasst, ist die Bereitschaft nicht unwesentlich, die im Haushalt anfallenden Arbei-

ten auszuführen. Um die Aufgaben gerecht auf das Team zu verteilen, habe ich einen Wochenplan aufgestellt. Wäschewaschen und Bügeln stehen zum Beispiel einmal wöchentlich immer an denselben Tagen auf dem Programm. Der Dienstplan hat zwar keinen festen Rhythmus, aber im Durchschnitt kommen alle Pflegenden etwa gleich häufig bei diesen Arbeiten an die Reihe.

Da mein Rollstuhl mit einem Beatmungsgerät ausgestattet ist, nehme ich die Möglichkeit, meine Freizeit auch außerhalb der Wohnung zu verbringen, gern in Anspruch. Für meine Mobilität ist mir der sichere Umgang mit meinem Auto sowie den Barrieren in den öffentlichen Verkehrsmitteln wichtig.

Schließlich ist es für mein Verhältnis zu den Pflegenden von Vorteil, wenn wir uns nicht völlig unsympathisch sind. Während der zwölf Arbeitsstunden entsteht zwangsläufig ein sehr enger persönlicher Kontakt. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich Spannungen am besten vermeiden lassen, wenn wir die Probleme frühzeitig, direkt und ehrlich ansprechen.

*Manfred Schulyk nimmt seit etwa zwei Jahren eine 24-Stunden-Versorgung durch professionell Pflegende in Anspruch*

**FAHL**

Kompetente Beratung bei der Hilfsmittelversorgung von Schädel-Hirnverletzten und Schlaganfall-Patienten.

Produktvielfalt für eine gute Versorgung

## INHALATION



z.B. Ultraschallvernebler Tracheosonic

## KÜNSTLICHE NASEN



z.B. HumidoTrach® HumidoTwin®

## KANÜLENZUBEHÖR



z.B. Tracheoskin® Kompressen

## TRACHEALKANÜLEN



z.B. Duracuff® SUCTION Trachealkanüle

z.B. Duravent® UNI-KOMBI Sprechkanüle



Weitere Informationen über unser Hilfsmittelangebot finden Sie in unserem aktuellen Hilfsmittelkatalog „Hilfen zur Rehabilitation 2006“, den Sie kostenlos und unverbindlich bei uns anfordern können.

**ANDREAS FAHL**  
**MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH**  
 August-Horch-Straße 4a · D-51149 Köln · **Telefon 0 22 03/29 80-0**  
 Fax 0 22 03/29 80-100 · e-mail [vertrieb@fahl.de](mailto:vertrieb@fahl.de) · Postfach 92 03 44 · 51153 Köln

[www.fahl.de](http://www.fahl.de)

**Produkte im Test**

Als der Mediziner Sanctorius im sechzehnten Jahrhundert zum ersten Mal eine Punktionstracheotomie ausführte, war man noch weit davon entfernt, die Tracheotomie als einen Routineeingriff zu betrachten. Sanctorius beließ seine Kanüle, ein simples Silberröhrchen, drei Tage an Ort und Stelle. Im achtzehnten Jahrhundert entwickelte George Martine die zweiteilige Trachealkanüle. Er schuf ein Hilfsmittel, das aus der modernen Medizin nicht mehr wegzudenken ist. In den vergangenen Jahren ist man von der Versorgung Betroffener mit Silberkanülen ein Stück weit abgewichen. Silberkanülen sind nahezu unverwundlich und lassen sich über lange Zeiträume verwenden. Sie können zudem eine bakterizide Wirkung durch das verwendete (Silber-) Material aufweisen. Kunststoffkanülen bieten allerdings zahlreiche Vorteile gegenüber den herkömmlichen Silberkanülen und sind in der heutigen Zeit meist das Produkt der Wahl. Abhängig von der Wandstärke reagieren die Kanülen auf die Umgebungstemperatur, das heißt, der verwendete Werkstoff passt sich

unter dem Einfluss der Körperwärme durch eine geringgradige Verformung den anatomischen Verhältnissen der Trachea an. Das starre Sterling-Silber besitzt diese Eigenschaft nicht. Bei Kunststoffkanülen die über einen Röntgenkontraststreifen verfügen, ist ebenso wie bei Silberkanülen die Lagekontrolle ohne invasive, für den Patienten belastende Maßnahmen, problemlos möglich. Während einer Bestrahlungstherapie, wie sie oftmals zur Behandlung von Tumoren im Halsbereich notwendig ist, kann die Silberkanüle nicht im Hals des Patienten belassen werden. Zur fachgerechten Versorgung ist zumindest für den Zeitraum der Therapie eine Kunststoffkanüle einzusetzen. Deshalb stellt sich eine Frage fast von allein: "Wieso nicht gleich eine Trachealkanüle aus Kunststoff verwenden?" Aus der Vielfalt der auf dem Hilfsmittelmarkt existierenden Kunststoffkanülen möchte ich hier kurz ein Produkt vorstellen: die Duravent®-Reihe von Fahl. Die Kanülen zeichnen sich laut Hersteller durch eine hohe Stabilität bei einem vergleichsweise großen Lumen aus. Dadurch erhöht sich die Luftmenge, die die Seele passieren kann. Sie er-



Foto: Christoph Jaschke  
Duravent®-Kanüle am Modell.

möglicht dem Patienten eine Atmung mit geringeren Widerständen. Allerdings zeigen Berichte aus der Pflegepraxis, dass die Kanüle sich durch die verwendete dünne Wandstärke sehr leicht verformt. So besteht das Problem, dass sich nach mehreren Aufbereitungsprozessen – auch wenn sie gemäß den Vorgaben des Herstellers erfolgen – die Öffnung der Seele gegenüber der Lochung der Außenkanüle verschiebt. Beim Hersteller ist dieses Problem bekannt. Nach Aussagen von Mitarbeitern der Fahl GmbH ist man gegenwärtig damit beschäftigt, es zu beheben. Innovativ bei der neuen Kanüle des Kölner Unternehmens

ist der neu entwickelte Easy-Lock Sechskant-Verschluß der die Seele sicher an der Außenkanüle fixiert – ein Verdrehen ist bei fachgerechter Handhabung weitgehend ausgeschlossen. Interessant für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege sind die Produkte der Duravent®-Reihe, deren Seelen mit einem 15-mm-Normkonnektor ausgestattet sind. Dazu gehören z.B. die Duravent® Uni Kanülen oder die Duravent® Kombi Trachealkanülen. Auf dem Konnektor in der Normgröße können Pflegende jede handelsübliche "Feuchte Nase" sowie die gängigen Sprechventile anbringen. Diese Ausstattung lässt es problemlos zu, mit verschiedenen Produkten zu arbeiten, die von den Krankenkassen als Leistungsträger bezahlt und vom Arzt verordnet sind. Bei Patienten, die nach strenger Indikationsstellung unblockt beatmet werden, können Pflegende auf die Kunststoffkanülen ohne Cuff zurückgreifen, die mit denselben Konnektionsmerkmalen versehen sind. Wichtig bei der Verwendung von nicht gecufften Kunststoffkanülen ist der fach- und sachgerechte Aufbereitungsprozess. Dazu entfernen Pflegende die komplette Kanüle in standardisierten Abstän-

den. Bei zweiteiligen Produkten ist die Seele mindestens einmal innerhalb von zwölf Stunden bzw. bei Bedarf (z.B. sichtbare Verschmutzung, erhöhte Atemwiderstände) auszutauschen. Mit einer Reinigungsbürste entfernen Pflegende unter fließendem Wasser das Trachealsekret gründlich aus dem Lumen. Nach der Behandlung mit einem vom Hersteller der Kanüle freigegebenen Desinfektionsmittel (Einwirkzeit beachten) spülen Pflegende die Kanüle unter fließendem Wasser und lagern sie gut getrocknet in einem verschlossenen, sauberen Behälter bis zur nächsten Verwendung. Vor jedem erneuten Einsatz ist die Kanüle auf Beschädigungen zu prüfen, da scharfe Kanten oder Risse des Materials zu Verletzungen im Stomabereich führen können.



Stefan Hille,  
Fachkrankenpfleger  
für  
Anästhesie  
und  
Intensivmedizin



WERKSTATT FÜR KÖRPERBEHINDERTEN-HILFSMITTEL, ORTHOPÄDIE, REHA- UND MEDIZINTECHNIK GMBH MÜNCHEN



**Patienten-Überleitungsmanagement für Kinder & Erwachsene**

Das bedeutet individuelle, produktneutrale Vollversorgung des Patienten unter Berücksichtigung des nachstationären Umfeldes, um eine sinnvolle, ganzheitliche und therapiesichernde Versorgung sicher zu stellen.

**Fachbereiche der WKM**

- Heimbeatmung
- Sauerstofftherapie
- Tracheostomaversorgung
- Inhalations- und Atemtherapie
- Enterale künstliche Ernährung
- Dekubitusprophylaxe und -therapie
- Wundversorgung und -beratung
- Patientenüberwachung
- Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmaterialien
- Rehaversorgung
- Kontinenzförderung

Sprechen Sie mit uns - Wir helfen Ihnen gerne weiter!

WKM · Zentrale München · Wildermuthstraße 88 · 80993 München  
Telefon: 089 14337-6 · Telefax: 089 14337-777

# Abschied vom ABC

ERC-Leitlinie 2005 revolutioniert das Reanimationsschema

Obwohl die Autoren der neuen Leitlinien für kardiopulmonale Reanimation betonen, es sei nicht sinnvoll, die bisher gelehrt Handlungsabläufe vollständig zu verlassen, bedeuten die im vergangenen Jahr veröffentlichten Ergebnisse der internationalen Konsensuskonferenz (ILCOR) die Zersplitterung der bisher geltenden ABC-Regel. Bereits früher hatte die Kommission, die sich in ihren Beschlüssen stets an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert, die Defibrillation in der Therapiekaskade vor die Gabe von Medikamenten gezogen. Damals konnte durch schlichte Umbenennung das alphabetische Schema gültig bleiben.

Jetzt hat sich allerdings gezeigt, dass es für erwachsene Menschen, die von einem kardiopulmonalen Versagen betroffen sind, die Überlebenschancen erhöht, wenn Ersthelfer zunächst 30-mal Herzdruckmassage ausführen, bevor sie zwei Atemspenden verabreichen.

Damit ist das "C" vor das "B" gerutscht und die eingängige Alphabet-Regel hat keinen Sinn mehr. Noch ist völlig offen, welches Schema an ihre Stelle treten kann – doch über kurz oder lang wird sich ein neues Kürzel etablieren.

Die Behandlungsempfehlungen, im Januar 2005 in Dallas (Texas) verabschiedet, haben sich inzwischen auch in Europa durchgesetzt und sind von vielen nationalen Gremien übernommen worden. Neben neuen Forschungsergebnissen führte vor allem die Absicht, Laien und geschulten Rettern den Umgang mit den Leitlinien zu erleichtern, zu den Änderungen.

Da für Notfälle, die in Kliniken auftreten, völlig andere Rahmenbedingungen gelten, existiert hierzu ein spezieller Algorithmus, der die deutlich bessere Ausstattung und den höheren Wissensstand der beteiligten Berufsgruppen berücksichtigt. Auch hier kommt allerdings der möglichst unterbrechungsfreien Thoraxkompression eine übertragende Bedeutung zu.

## Neuerungen auf einen Blick

- Die kardiopulmonale Reanimation beginnt sofort, nachdem der Ersthelfer erkannt hat, dass die betroffene Person nicht ansprechbar ist und keine Atemfunktion aufweist. Dazu drehen vor allem Laien ausnahmslos jeden Betroffenen auf den Rücken (ohne Berücksichtigung etwaiger Wirbelsäulenverletzungen). Es ist nicht mehr empfohlen, die Kreislauf-funktion zu kontrollieren, da selbst das Tasten des Pulses über der A. carotis unzuverlässige Ergebnisse bringt. Der Esmarch-Handgriff ist kein Bestandteil der Ersthelferkurse mehr, da seine Anwendung schwie-



rig zu erlernen ist und ungeübte Anwender trotzdem ungewollte Bewegungen der Wirbelsäule verursachen

- Der Druckpunkt für die Thoraxkompression befindet sich in der Mitte des Sternums (Brustbein). Ersthelfer drücken den Brustkorb unbedingt 4 – 5 cm tief ein. Es ist nicht mehr empfohlen, die Länge des Sternums abzuschätzen und den Druckpunkt auf seiner unteren Hälfte zu suchen

- Der Ersthelfer verabreicht eine Atemspende innerhalb einer Sek. und beobachtet dabei die Bewegungen des Brustkorbs. Die Menge der eingeblasenen Luft sollte so groß sein, dass sich der Brustkorb deutlich hebt. Zu hastige oder zu kräftige Atemspenden sind zu vermeiden. Nach zwei Beatmungsversuchen beginnen die Thoraxkompressionen erneut – unabhängig davon, ob die Atemspende erfolgreich war. Es ist nicht mehr empfohlen, den Atemzug zwei Sek. dauern zu lassen. Ein dritter Beatmungsversuch erfolgt nicht. Ersthelfer entfernen nur Fremdkörper aus dem Mund, die von außen sichtbar sind. Sie bedenken, dass ein Einführen des Fingers ohne Sichtkontrolle ein unkontrollierbares Verletzungsrisiko birgt.

- Das Verhältnis von Thoraxkompressionen zu Atemspenden beträgt 30 : 2. Ersthelfer verzichten auf eine Effektivitätskontrolle durch Tasten der Pulsstelle über den Aa. carotis oder femoralis. Es ist nicht mehr empfohlen, auf zwei Atemspenden 15 Kompressionen folgen zu lassen. Die Ersthelfer streben eine Kompressionsfrequenz von 100/Min. an, so dass wegen der Beatmungspausen ein effektiver Puls von etwa 80/Min. entsteht. Die körperliche Belastung durch die Thoraxkompressionen lässt es geraten erscheinen, dass die Helfer (sofern mindestens zwei verfügbar sind) ihre Positionen alle ein bis zwei Minuten tauschen, um Ermüdung zu vermeiden. Der Wechsel sollte keine Unterbrechung der Reanimation verursachen, da selbst Pausen von nicht mehr als 15 Sek. die Überlebenschancen des Betroffenen erheblich verringern

- Die Reanimation beginnt stets mit 30 Thoraxkompressionen. Es ist nicht mehr empfohlen, mit der Atemspende zu beginnen.

Nach der neuen Leitlinie hat die Gabe von Medikamenten gegenüber der kardiopulmonalen Reanimation an Gewicht verloren. Das fortlaufende Schema von Thoraxkompressionen und Atemspenden ist keinesfalls für die ungestörte Applikation von Arzneimitteln zu unterbrechen. Auch die Wertigkeit der Zugänge hat sich verändert. Sofern ein intravenöser Zugang sich nicht anlegen lässt, genießt die intraossäre Applikation deutlichen Vorrang vor der Medikamentengabe über die Trachea.

## Defibrillation

An vielen Orten mit hohem Passanten-Aufkommen wurden in deutschen Großstädten inzwischen automatische externe Defibrillatoren installiert. Die ERC empfiehlt, diese Geräte überall dort zu platzieren, wo sich nach statistischer Wahrscheinlichkeit mindestens ein Herzstillstand innerhalb von zwei Jahren ereignet. Zur Anwendung des Defibrillators gelten jetzt ebenfalls neue Regeln. Der Elektroschock hatte bislang Vorrang vor allen anderen Wiederbelebungsmaßnahmen. Neue Studien haben jedoch gezeigt, dass eine kontinuierlich aufrecht erhaltene kardiopulmonale Reanimation die Überlebenschancen der Betroffenen erhöhen kann, sofern bis zur Verfügbarkeit eines Defibrillators (gelangt überwiegend mit professionellen Rettungsteams an den Ort des Notfalls) mehr als fünf Minuten verstreichen. Liegt eine Herzaktion vor, die den Elektroschock indiziert, erfolgt ein Defibrillationsversuch mit 150-360 Joule biphasisch oder 360 Joule monophasisch. Danach setzen die Helfer ohne vorherige Kontrolle von Atmung oder Kreislauf die Reanimationsbemühungen im Verhältnis von 30 Thoraxkompressionen zu zwei Atemspenden fort.

## Reanimation von Kindern

Die emotionale Beteiligung von Ersthelfern ist besonders hoch, wenn Kinder von einem kardiopulmonalen Notfall betroffen sind. Deshalb setzt die ERC-Leitlinie 2005 hier besonders auf die Ver-

einfachung der Handlungsanweisungen und empfiehlt Laien, auch bei Kindern den Algorithmus von Erwachsenen (30 Thoraxkompressionen : zwei Atemspenden) anzuwenden. Für Fachpersonal gelten andere Vorschriften:

- Nach Feststellung, dass die Atmung ausgefallen ist, beginnt die Reanimation mit fünf Atemspenden. Dauer jeweils 1 – 1,5 Sekunden

- Ist das Kind weiterhin bewusstlos: kontinuierlich 15 Thoraxkompressionen und zwei Atemspenden im Wechsel ausführen (Einhefeler-Methode in diesem Fall: 30 : 2) Die früher gültige Altersgrenze von acht Jahren hat keine Relevanz mehr. Die Helfer entscheiden, ob sie ein Kind vor sich haben oder eher einen Jugendlichen, für den das Erwachsenen-Schema angemessen ist.

Für eigene Sicherheit sorgen!  
(z.B. Handschuhe anziehen, aus dem Gefahrenbereich entfernen)

Der Einsatz von automatischen externen Defibrillatoren ist bei Kindern möglich, die älter als ein Jahr sind. Sofern das Kind jünger als acht Jahre ist, bevorzugen Ersthelfer die Verwendung von kindgerechtem Equipment. Steht es nicht zur Verfügung, setzen sie die Geräte für Erwachsene ein.

## Anwesenheit von Angehörigen

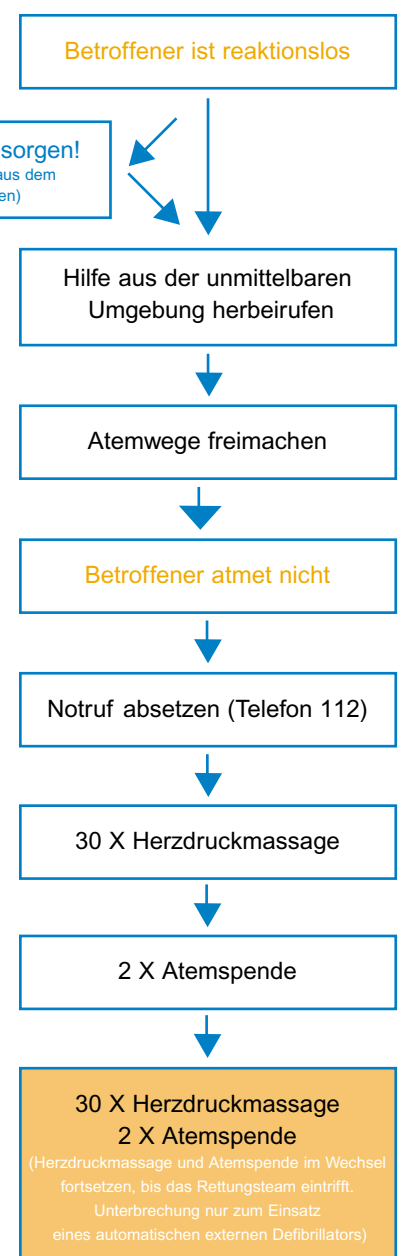
In der ambulanten Intensivpflege sind während eines Notfalls überdurchschnittlich häufig Angehörige der Patienten zugegen. Sofern ein tragfähiges Vertrauensverhältnis zwischen den Pflegenden und den Mitgliedern der Familie besteht, ergeben sich daraus verschiedene Vorteile. Wenn die Angehörigen sich in der Lage fühlen, sollten Pflegenden sie – insbesondere, wenn es sich bei dem Betroffenen um ein Kind handelt – in die Wiederbelebungsmaßnahmen einbeziehen. Es hat sich gezeigt, dass die Aufarbeitung des traumatisierenden Ereignisses leichter gelingt, wenn sie die Bemühungen unmittelbar erlebt haben. Eine Befragung hat ergeben, dass 90 % der Angehörigen, die bei der Reanimation eines Fa-

milienmitgliedes dabei waren, in einer ähnlichen Situation wieder anwesend sein wollen. Wichtig ist in jedem Fall, dass die Pflegenden die Maßnahmen sicher, ruhig und kompetent einleiten und verständlich erklären.

Das Vorgehen im Einzelfall ist von der psychischen Stabilität der Betroffenen abhängig. bh

## Literaturhinweis:

**Böhmer, Roman; Schneider, Thomas; Wolcke, Benno: Reanimation '06 – kompakt. Naseweis Verlag, Mainz, 2006; 106 Seiten, 9,90 Euro.**



Algorithmus der Basismaßnahmen zur Wiederbelebung bei Erwachsenen nach den Richtlinien des European Resuscitation Council (ERC) 2005.

# Druck rausnehmen

Der nationale Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe stellt Pflegemaßnahmen auf den Prüfstand

"Der Patient hat keinen Dekubitus" - Diese Aussage beschreibt das Ziel einer fachgerechten und erfolgreichen Dekubitusprophylaxe. Von Pflegefachkräften wird erwartet, dass sie die Dekubitusgefährdung eines Patienten erkennen und dann geeignete und individuelle Maßnahmen zu seiner Vermeidung ergreifen.

Seit Mai 2000 haben deutsche Krankenhäuser, Altenheime und ambulante Pflegeeinrichtungen den Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe in der Pflege" als Hilfsmittel zu Verfügung. Doch trotz seiner Einführung sank die Zahl der angeblich 1,2 Mio. Dekubitusfälle in Deutschland seitdem kaum. Das bestätigen Studien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sowie von Rechtsmedizinern.

Immer noch existieren in der deutschen Pflegelandschaft haarsträubende Rituale wie Eisen und Fönen, der Einsatz von Gummiringen, Wasserkissen oder durchblutungsfördernden Salben. Häufig stellen die Pflegenden einen drohenden Dekubitus erst gar nicht fest. Aktuelle Zahlen zeigen, dass



Umlagerungen nach einem festen Zeitschema sind als Prophylaxe gegen Dekubiti ungeeignet.

Foto: Vladimir Gorovykh / ITAR-TASS / Bilderberg®

durchschnittlich zwölf Prozent der Krankenhaus- und Pflegeheimpatienten einen Dekubitus erleiden.

In der häuslichen Pflege sind es sieben bis acht Prozent. Und das, obwohl ein Druckgeschwür immer

eine folgenschwere Komplikation für den Betroffenen ist und im schlechtesten Fall seinen Tod mit herbeiführen kann.

## Dekubitus als Pflegefehler

In Rechts- und Pflegekreisen gilt die Entstehung eines Druckgeschwürs in vielen Fällen als Pflegefehler, v.a. wenn:

- Eine Gefährdung nicht erkannt wurde
- Keine oder unzureichende prophylaktische Maßnahmen durchgeführt wurden
- Die durchgeführten Maßnahmen nicht den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprachen.

Laut Expertenstandard gibt es aber auch Situationen, in denen ein Dekubitus nur schwer verhindert werden kann, z.B.:

- Lebensbedrohlicher Zustand eines Patienten schränkt prophylaktische Maßnahmen ein oder macht sie unmöglich
- Terminalphase eines Patienten verlangt andere Prioritäten
- Medizinische Situation schränkt die Wirkung prophylaktischer Maßnahmen stark ein, z.B. AVK.

## Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Expertenstandards in der Pflege sind nationale Qualitätsinstrumente, deren Entwicklung von den Gesundheitsministern der Bundesländer beschlossen wurde. Dafür zuständig ist das DNQP Arbeitsgruppen legen **Qualitätsmerkmale** zu zentralen Pflegeethemen fest, indem sie den "State of Art", den aktuellen **Stand der Wissenschaft**, beschreiben, unabhängig von den verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Diese werden alle drei Jahre auf ihre wissenschaftliche Richtigkeit überprüft und ggf. aktualisiert. An der Entwicklung der Expertenstandards sind Pflegeethoretiker und -praktiker gleichermaßen beteiligt.

## Bedeutung für Pflegeeinrichtungen

- Ein Expertenstandard hilft den Pflegekräften, professionell zu arbeiten und ihre pflegerische Eigenständigkeit gegenüber anderen Berufsgruppen deutlich zu machen
- Die Einführung der Standards in einer Einrichtung und die Auseinandersetzung damit fördern die Kompetenz der Mitarbeiter zum Thema und erhöhen die Pflegequalität. Gepflegt wird nun wissenschaftsgestützt und nicht mehr nur aus der Erfahrung heraus
- Heimgesetz, Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherung), Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherung) und Pflegequalitätssicherungsgesetz fordern zur Qualitätssicherung, dass wissenschaftlich fundierte Standards die Durchführung von Pflege vorgeben. So verlangt der Medizinische Dienst der Krankenkassen bei der Überprüfung von ambulanten Pflegeeinrichtungen, dass diese die Expertenstandards eingeführt haben
- Juristisch gesehen ist ein nationaler Expertenstandard ein "vor-

weggenommenes Sachverständigengutachten". Das bedeutet auch: Hat ein Patient einen Dekubitus bekommen, wird bei der Beurteilung des Falles entscheidend sein, inwieweit die Einrichtung nach dem Standard gearbeitet hat

- Pflegemaßnahmen werden gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen begründbar. Das schafft Transparenz und Vertrauen und auf längere Sicht auch Wettbewerbsfähigkeit. "Wir arbeiten nach den Expertenstandards" könnte auch in der Patienteninformationsbroschüre stehen.

## Dekubitusprophylaxe in sieben Schritten

Anhand dieser Checkliste lässt sich überprüfen, ob die Dekubitusprophylaxe fachgerecht erfolgt:

- **Erfassung** der Dekubitusgefährdung zu Beginn der pflegerischen Übernahme und danach in individuellen Abständen. Als Basis dient eine anerkannte Risiko-Skala, z.B. nach Braden oder Norton (modifiziert)
- **Erstellung** eines **individuellen Bewegungsplanes** für jeden dekubitusgefährdeten Patienten, der z.B. Umlagerungen, Mikrobewegungen, reibungs- und scherkräftearme Mobilisation, Bewegungsübungen umfasst. **Motivation** des Patienten, die Eigenbeweglichkeit zu erhalten und **Anleitung** auch der Angehörigen, sich kräfteschonend zu bewegen
- **Abschätzung** der Notwendigkeit **druckreduzierender Hilfsmittel** und ihr unverzüglicher Einsatz im Bedarfsfall
- **Erfassung** weiterer **Risikofaktoren**, z.B. Flüssigkeitsmangel, Fehl- und Mangelernährung, unangepasste Hautreinigung und -pflege, Inkontinenz und deren **Beseitigung/Verbesserung**, ggf. in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder den Angehörigen
- **Schulung** des Patienten und seiner Angehörigen bezüglich der Dekubitusgefährdung und der Notwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen. Planung der Maßnahmen und ggf. Anleitung zur Umsetzung
- **Information** weiterer Personen, die an der Betreuung des Patienten beteiligt sind, z.B. Physiotherapeuten
- **Regelmäßige Überprüfung** der dekubitusgefährdeten Körperpartien und Beurteilung des Erfolges der prophylaktischen Maßnahmen. Bei Bedarf: Veränderung des Pflegeplans.

## Implementierung des Expertenstandards

Dieser und alle weiteren Expertenstandards richten sich an Pflegefachkräfte, d.h. sie geben keinen detaillierten Pflegeplan vor. Das hat den Vorteil, dass Handlungsalternativen und -spielräume bleiben. Die Schwierigkeit ist aber, dass aus dem Expertenstandard ein handlungsleitender Pflegestandard für die jeweilige Einrichtung oder Station zu entwickeln ist. Damit die Umsetzung auch langfristig erfolgreich ist, sollten Pflegenden sie im Rahmen eines Projektes systematisch planen, durchführen

# smiths

Smiths Medical

## Die Tracheostomie-Spezialisten

Feuchter atmen...



**NEU!**

mit der neuen künstlichen Nase Thermovent T2

Sicherer tracheotomieren...



mit der Blue Line Suctionaid-Tracheostomiekanüle zur Sekretabsaugung

Leichter sprechen...



mit dem Orator Sprechventil

Smiths Medical Deutschland GmbH  
Hauptstraße 45 - 47  
85614 Kirchseeon  
Telefon +49 08091 551 300  
Telefax +49 08091 551 310

smiths-medical.com

und auswerten. Dafür sind finanzielle, personelle, zeitliche und sächliche Ressourcen notwendig. Im Folgenden ist ein mögliches Vorgehen beschrieben:

- Zeitplan erstellen: "Was soll wann/bis wann passiert sein"
- Mitarbeiter erhalten den Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe in der Pflege" einschließlich der Kommentierungen (beim DNQP in Osnabrück bestellen)

- Arbeitsgruppe bilden, z.B. während einer Teambesprechung. Es ist sinnvoll, einen Pflegenden des Teams zum "Dekubitusexperten" zu machen, indem er Fortbildungen besucht. Dies sollte ein Kollege mit hoher fachlicher Kompetenz und sozialer Anerkennung sein
- IST-Analyse durchführen, z.B. in Form von Pflegevisiten, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen oder mittels eines Datenerhebungsbo-

gens. Damit lassen sich die individuellen Probleme in einer Pflegeeinrichtung einschätzen. Die Erfolge können später daran gemessen werden

- Von da an: Meldepflicht für alle bestehenden oder neu auftretenden Dekubiti bei der Pflegedienstleitung oder Projektleitung einführen. Bei dieser Inzidenzmessung kann auch die Zahl der dekubitusgefährdeten Patienten erfasst

werden. Sie ist regelmäßig alle vier oder acht Wochen vorzunehmen

- Projektgruppe bearbeitet inhaltliche Fragen, z.B.:

"Welche Einschätzungs-Skala ist für unsere Patienten praktikabel?"

"Welche Methoden der Bewegung und Mobilisation sind möglich? Wie kann ein individueller Bewegungsplan aussehen?"

"Wie können Betroffene und Angehörige einbezogen und geschult werden?"

"Welche Hilfsmittel sind in unserer Einrichtung einsetzbar und wann? Wie werden sie schnellstmöglich besorgt?"

"Wie sollen Pflegende bei weiteren Risikofaktoren vorgehen?"

"Wie soll die Dokumentation zukünftig aussehen, soll es Standardblätter geben?"

"Wann und in welcher Form beziehen Pflegende andere Berufsgruppen in die Behandlung ein?"

- Fortbildungsbedarf bei den Mitarbeitern feststellen, ggf. Fortbildungen organisieren, z.B. zu Lagerungs- und Transfertechniken, Umgang mit Hilfsmitteln

- Vor Einführung des Pflegestandards: Probelauf bei einigen Patienten, um Praxistauglichkeit, z.B. für sechs Wochen, zu überprüfen. Anschließend Auswertung

- Alle Mitarbeiter in einer Teambesprechung über den neuen Standard und seine Handhabung informieren

- Nach der Implementierungsphase, z.B. sechs Monate, überprüfen, ob die Projektziele erreicht wurden, ggf. Standard anpassen.

Pflegedienst- oder Stationsleitungen beachten, dass Pflegende häufig nur Veränderungen akzeptieren, die sie substanzial mitgestaltet haben. Das heißt, bei der Implementierung eines Standards sind zwingend Pflegekräfte aus der Praxis zu beteiligen, er darf auf keinen Fall "von oben" diktiert sein.

**Wirkung des Expertenstandards**

Die Umsetzung des Expertenstandards in die Praxis ist von Problemen begleitet. Umfragen in Einrichtungen bestätigen, dass eine gelungene Einführung zu einer deutlichen Verbesserung der Dekubitusprophylaxe geführt hat, v.a. weil sinnlose oder gar gefährliche Rituale abgeschafft wurden.

Beispiel: Das zweistündliche Umlagern – seit Generationen in der Pflege gelehrt – ist wissenschaftlich nicht haltbar. Das Zeitintervall ist dem individuellen Gefährdungsgrad anzupassen. Oder: Die 30°-Schräglage und die Mobilisation sind allgemein anerkannte prophylaktische Maßnahmen, aber im Intensivbereich oder bei Schmerzpatienten oft nicht durchführbar. In der Pflegedokumentation steht dann "Patient kann/darf nicht gelagert werden". Das Konzept der Mikrobewegungen und -lagerungen kennen viele Pflegende noch nicht, obwohl es zu den effektivsten Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe gehört und auch bei sehr sensiblen Patienten anwendbar ist.

*Christine Keller, Krankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe*

**Literaturhinweis:**

Die Präambel sowie die Kernaussagen des Expertenstandards "Dekubitusprophylaxe in der Pflege" sind auf der Internetseite des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege kostenfrei verfügbar: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

Der gesamte Standard umfasst 137 Seiten, liegt in der zweiten Auflage vor und ist zum Preis von 17 Euro in der DNQP-Geschäftsstelle zu bestellen: Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück,

Tel.: 0541/969 20 04, Fax: 0541/969 29 71

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
<b>Sensorische Wahrnehmung</b>	<b>Fehlt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Keine Reaktion auf Schmerzreize</li> <li>● Empfindungsstörung am größten Teil des Körpers</li> </ul>	<b>Stark eingeschränkt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reaktion nur auf starke Schmerzreize</li> <li>● Empfindungsstörung an einer Körperhälfte</li> </ul>	<b>Leicht eingeschränkt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reaktion auf Ansprechen; Mitteilung von Missempfindungen nicht immer möglich</li> <li>● Empfindungsstörungen an ein oder zwei Extremitäten</li> </ul>	<b>Nicht eingeschränkt</b>
<b>Feuchtigkeit der Haut</b>	<b>Ständig feucht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin oder andere Körpersekrete</li> </ul>	<b>Oft feucht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Die Haut ist oft, aber nicht ständig feucht</li> <li>● Wäsche mindestens einmal pro Schicht notwendig</li> </ul>	<b>Manchmal feucht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Die Haut ist hin und wieder feucht</li> <li>● Wäschewechsel mindestens einmal täglich notwendig</li> </ul>	<b>Selten feucht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Die Haut ist normalerweise trocken</li> <li>● Wäschewechsel routinemäßig</li> </ul>
<b>Aktivität</b>	<b>Bettlägerig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Patient kann das Bett nicht verlassen</li> </ul>	<b>Rollstuhlpflichtig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder fehlt</li> <li>● Patient kann sich selbst nicht aufrecht halten</li> </ul>	<b>Gehen eingeschränkt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Patient geht mehrmals am Tag, mindestens kurze Strecken, evtl. mit Hilfe</li> </ul>	<b>Gehen gut möglich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Patient verlässt sein Schlafzimmer mindestens zweimal am Tag, Gehzeit täglich mindestens zwei Stunden</li> </ul>
<b>Bewegungsfähigkeit</b>	<b>Immobilität</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lageänderungen ohne Hilfe unmöglich</li> </ul>	<b>Stark eingeschränkt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lageänderungen unregelmäßig selbstständig möglich</li> </ul>	<b>Geringfügig eingeschränkt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Die wesentlichen Lageänderungen sind regelmäßig und selbstständig möglich</li> </ul>	<b>Nicht eingeschränkt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lageänderungen vollständig und ohne Hilfe möglich</li> </ul>
<b>Ernährungsverhalten</b>	<b>Unzureichende Ernährung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Isst die Portionen nie vollständig und selten mehr als 1/3</li> <li>● Isst täglich zwei eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) oder weniger</li> <li>● Trinkt wenig</li> <li>● Trinkt keine Nahrungsergänzungskost, oder ist per Sonde bzw. seit mehr als fünf Tagen parenteral ernährt</li> </ul>	<b>Wahrscheinlich unzureichende Ernährung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Isst selten eine Portion vollständig und meistens nur die Hälfte</li> <li>● Isst drei eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich</li> <li>● Trinkt unregelmäßig Nahrungsergänzungskost oder erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit</li> </ul>	<b>Ausreichende Ernährung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten</li> <li>● Isst vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich</li> <li>● Lehnt gelegentlich eine Mahlzeit ab, trinkt aber Nahrungsergänzungskost stets oder erhält über eine Sonde die meisten erforderlichen Nährstoffe</li> </ul>	<b>Gute Ernährung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Isst alle Mahlzeiten fast vollständig</li> <li>● Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit</li> </ul>
<b>Reibungs- und Scherkräfte</b>	<b>Problem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jeder Lageänderung erforderlich</li> <li>● Patient rutscht regelmäßig aus der gewählten Lage und kann die Ausgangsposition allein nicht wieder einnehmen</li> <li>● Spastik, Kontraktionen oder Unruhe verursachen fast ständige Reibungen</li> </ul>	<b>Potenzielles Problem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Geringgradige Bewegungen ohne Hilfe möglich</li> <li>● Patient kann sich bei Mobilisationen im Bett selbst ein wenig anheben, deshalb geringere Reibung auf der Unterlage</li> <li>● Bleibt im Bett oder Stuhl längere Zeit in einer optimalen Position</li> </ul>	<b>Kein Problem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Patient bewegt sich ohne Hilfe in Bett und Stuhl</li> <li>● Reibungsfreie Mobilisation in Bett und Stuhl möglich</li> <li>● Patient behält die optimale Positionen über lange Zeit selbstständig bei</li> </ul>	

Die Braden-Skala gestattet eine sehr genaue Einschätzung der Dekubitus-Gefährdung. Bei einer individuellen Punktzahl unter 18 besteht ein Risiko (leicht modifiziert nach Potter et al: Basic Nursing. Mosby, 1994).

**STARKE MARKEN UNTER EINEM SOLIDEN DACH**

Mit einer Vielzahl bekannter, etablierter Marken in den Bereichen Home Care, Anästhesie, Urologie und Chirurgie bietet **Teleflex Medical** ein breitgefächertes Sortiment medizinischer Instrumente in hochwertiger Qualität.

Die Produkte der Marke **Rusch Care** sind speziell auf die Bedürfnisse von Patienten abgestimmt, die zu Hause versorgt werden oder in Rehakliniken und Pflegeheimen untergebracht sind.

**Teleflex Medical GmbH**  
Willy-Rusch-Str. 4-10 • D-71394 Körnen  
Tel. (0) 71 51 406-0 • Fax (0) 71 51 406-150  
info@ruesch-care.de • www.ruesch-care.de

# Gleichgewicht bewahren

Die Förderung der vestibulären Wahrnehmung verbindet Patienten mit der Außenwelt

Viele Patienten in der außerklinischen Intensivpflege leiden unter schweren Wahrnehmungsbeeinträchtigungen. Die Informationsaufnahme über die Sinnesorgane ist durch fehlende oder verminderte Eigenbewegung und krankheitsbedingte Ursachen auf ein Minimum beschränkt und bedarf der aktiven Unterstützung.

Mit dem Begriff "Sinneswahrnehmung" verbinden Pflegend häufig nur Schmecken, Riechen, Sehen, Hören sowie das Fühlen über die Haut.

Für das Spüren des eigenen Körpers und das Wohlbefinden benötigt der Mensch jedoch auch Erfahrungen, die ihm seine Lage im Raum und den Zusammenhang von Schwerkraft und Bewegung verdeutlichen. Es ist die vestibuläre Wahrnehmung, die dem Menschen hilft, seine Körperposition zu bestimmen und sich zielgerichtet zu bewegen.

Der Vestibularapparat bedient sich dreier Informationsquellen:

- **Vestibulärorgan im Innenohr** – ermöglicht das Spüren der Schwerkraft und die Positionsbestimmung im Raum
- **Propriozeption** mit Rezeptoren

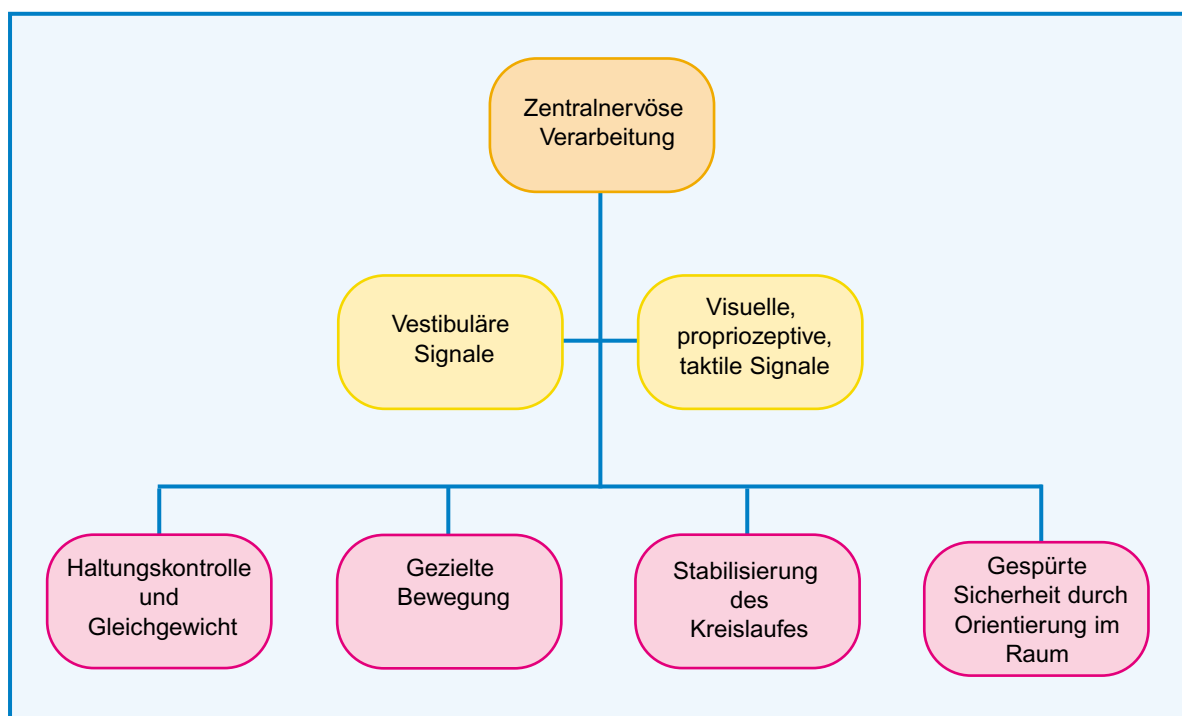
an Muskeln, Sehnen und Gelenken – ermöglicht die Wahrnehmung der Muskelspannung und hat dadurch wesentlichen Einfluss auf den Muskeltonus und die Körperhaltung

- **Sehen** – 20 Prozent des Sehens dienen der vestibulären Wahrnehmung und unterstützen gezielte und angepasste Bewegung.

Bei einer Erkrankung des vestibulären Systems oder nach langer Bettlägerigkeit kann es zu ausgeprägten körperlichen und geistigen Einschränkungen kommen.

Folgende Beispiele machen die Bedeutung dieses Wahrnehmungsbereiches transparent:

- J. Frank und H. Levinson (1988) fanden heraus, dass Schädigungen des Innenohrs häufig zu Lern- und Konzentrationsstörungen sowie zu grobmotorischen Bewegungsmustern führen
- M. Smidt geht aufgrund von Experimenten in der Raumfahrt davon aus, dass generalisierte Beugekontrakturen durch fehlende Schwerkrafterfahrungen im Liegen verursacht werden
- Durch eine Verminderung der Funktionstüchtigkeit des somatosensorischen Systems, besonders



Systematische Darstellung zur vestibulären Wahrnehmung.

Schema: Kristin Loehnert

in der Rumpfmuskulatur, kommt es kompensatorisch zu einer Erhöhung der Empfindlichkeit des vestibulären Systems (Horak & Hlavacka, 2001).

Aus diesen Informationen lassen sich wichtige Schwerpunkte ableiten, die mit Hilfe des Konzeptes

"Basale Stimulation®" sehr gut in die tägliche Pflege zu integrieren sind. Durch gezielte Stimulation des Gleichgewichtssinns können Pflegend Eigenbewegungen des Patienten fördern, Beugekontrakturen entgegenwirken, die Körperhaltung positiv unterstützen, den Kreislauf stabilisieren und durch die Orientierung im Raum Sicherheit vermitteln.

## Pflegerische Angebote

- Vorsichtiges Wiegen des Kopfes
- Kornährenfeldübung nach Johann Rannegger (vor jedem Transfer, mindestens aber einmal täglich)
- Alle Formen der Bewegung über die Körpermitte, z.B. bei geführten Bewegungen
- Positionswechsel, mit Aufrichtung in die Vertikale und spiralförmigen Drehbewegungen
- Ermöglichen von Eigenbewegung
- Schwerkraft der Arme und Beine spüren lassen, z.B. mit Hilfe eines Handtuches die Extremität anheben und langsam pendeln lassen
- Rhythmische Hin- und Herbewegung des Beines in Kopf-Fuß-Richtung
- Visuelle Angebote
- Taktile Angebote.

Bei allen Angeboten ist es wichtig, schnelle Positionswechsel zu vermeiden. Pflegend führen alle Bewegungen langsam aus, damit sie für den Patienten nachvollziehbar sind. Sie achten auf rhythmische und wiederkehrende Bewegungsabläufe und beginnen alle Mobilisationen mit einer langsamen Drehung des Kopfes.

Vernachlässigen Pflegend diese Empfehlungen, kann es zu Schwindel, Kreislaufinstabilität und Übelkeit bis hin zum Erbrechen kommen. Ursache ist, dass der Gleichgewichtssinn sich wie jede andere Wahrnehmung an bestimmte Zustände gewöhnen kann (Habituation). Das Vestibulärorgan nimmt nach einer längeren Phase der Bewegungslosigkeit die Informatio-

nen undifferenzierter auf. Bei stark eingeschränkter Bewegungsfähigkeit ist davon auszugehen, dass die Wahrnehmung über den Gleichgewichtssinn stark degeneriert und damit eine Adaption nur sehr langsam möglich ist. Wie bei allen Pflegemaßnahmen, die Pflegend dem Patienten nach dem Prinzip der Basalen Stimulation® anbieten, können sie durch fachkompetente Stimulation Körpererfahrung und Sicherheit im Erleben vermitteln. Eine wertschätzende Haltung stärkt die Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegeempfängern und schafft die Voraussetzung für eine gemeinsame Gestaltung des Pflegeprozesses.

Kristin Loehnert,  
Fachkrankenschwester für Innere Medizin und Intensivmedizin;  
Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege

## Für Anwendungstipps steht weiterführende Literatur zur Verfügung:

- Bienstein, Christel; Fröhlich, Andreas:** Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. 1. Auflage, Kallmeyer Verlag, Velber, 2003; 256 S., 17,90 Euro.
- Nydahl, Peter:** Wachkoma. Elsevier Verlag, München, 2004; 208 S., 29,95 Euro.
- Nydahl, Peter; Bartoszek, Gabriele:** Basale Stimulation – Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 4. Auflage, Elsevier Verlag, München, 2003; 344 S., 29,95 Euro.
- Hannaford, Carla:** Bewegung, das Tor zum Lernen. 6. Auflage, VAK Verlag, Kirchzarten, 2001, 278 S., 20,50 Euro.
- Zegelin-Abt, Angelika:** Festgenagelt sein – Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Hans Huber Verlag, Bern, 2005; 196 S., 19,95 Euro.



**MedicAir®**  
Ihr Partner für die O<sub>2</sub> Therapie  
Zuhause und Unterwegs

**MedicAir GmbH**  
Mühlfelderstr. 45, 82211 Herrsching  
fon 08152 99 92-92  
fax 08152 99 92-93  
e-mail info-de@medicair.it

mit Ihnen - bei Ihnen - für Sie





# Gute Pflege kann duften

Ätherische Öle sind auch bei beatmeten Patienten einsetzbar

Aromatherapie – dieser Begriff ist mittlerweile schon fast jedem geläufig. Allerdings denken viele Menschen dabei wohl nur an die Duftlampe daheim im Wohnzimmer. Dass die Verdampfung von ätherischen Ölen aber nur eine Form der Aromatherapie darstellt, wissen nicht alle. Selbst viele Pflegendende oder Ärzte verbinden mit Aromatherapie nicht eine therapeutische Anwendung am Patienten. Oft werden ätherische Öle gar in die Ecke der Esoterik verbannt. Doch das wird dem weiten Anwendungsspektrum der Aromatherapie nicht gerecht. Die Öle gehören zur modernen Phytotherapie (Wissenschaft von der Heilbehandlung mit pflanzlichen Substanzen), auch wenn sie nicht zu den Arzneimitteln im engeren Sinne zu zählen sind. Die Wirkungen ätherischer Öle werden mehr und mehr erforscht und viele Thesen der Erfahrungsheilkunde sind inzwischen belegt. Doch der Umgang mit ätherischen Ölen will erlernt und geübt sein. Ein unsachgemäßer Umgang mit diesen Heilmitteln kann unerwünschte und sogar toxische Wirkungen erzeugen.

Die Aromatherapie hat mittlerweile wieder Einzug in die Pflege gehalten. Es wurden viele Hürden genommen, doch sind vielerorts die ätherischen Öle auch wieder in der Versenkung verschwunden, weil durch Unkenntnis und falsche Anwendung mehr Schaden als Nutzen entstanden ist und Pflegendende wieder auf "Altbewährtes" zurückgriffen. Schade – denn Aromatherapie und Aromapflege bietet sehr viele Möglichkeiten zur Anregung, Vorbeugung, Regenerierung und Heilung des Organismus. (1)

## Aromatherapie und Beatmung

Obwohl bei invasiv beatmeten Patienten die olfaktorischen (den Geruchssinn betreffenden) Fähigkeiten stark eingeschränkt sind, lassen sich mit Aromatherapie gute Ergebnisse erzielen.

Wegen der Lipidlöslichkeit nehmen nicht nur die Schleimhäute der Nasen-, Mund- und Rachenräume, sondern auch die Haut ätherische Öle gut auf. Die meisten dieser Öle lassen sich eine halbe bis zwei Stunden nach der perkutanen Resorption in der Expirationsluft nachweisen (und natürlich auch im Blut). Pflegendende nutzen diese Ressource, indem sie ätherische Öle, gemischt mit einem Basisöl (z.B. Mandel), auf die Haut des Patienten bringen.

Die inhalative Therapie mit ätherischen Ölen ist bei beatmeten Patienten eher nicht zu empfehlen (und auch nicht notwendig). Sie kann statt eines sekretolytischen Effektes eine sekretstimmende oder sogar obstruktive Wirkung entfalten. Dies gilt insbesondere für Kinder. Bei ihnen sind auch Verdampfungen über die Duftlampe oder Einreibungen mit geringerer Dosierung anzuwenden. (2)



Ein Kraut für viele Fälle:  
Lavendel entspannt, regt an, stillt Schmerz  
und fördert den Schlaf.

Foto: bildunion/Christian Köhler

Außerdem denken Pflegendende daran, die Angehörigen und ggf. den behandelnden Hausarzt über die Anwendung der ätherischen Öle zu informieren bzw. eine Erlaubnis einzuholen.

## Wirkung ätherischer Öle

Das Wirkungsspektrum der ätherischen Öle ist sehr breit. Dieser Artikel bietet einen allgemeinen Überblick und betrachtet dann beispielhaft ein Öl bezüglich seiner Wirkung und Anwendungsmöglichkeiten näher.

### Erwünschte Wirkungen:

- Antimikrobiell, z.B. gegen *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*
- Antiviral, z.B. gegen Herpesviren, Grippeviren
- Auswurfördernd
- Beruhigend und krampflösend
- Hyperämischerend
- Antiphlogistisch
- Granulationsfördernd
- Desodorierend
- Insektizid bzw. insektenabweisend
- Anregung der Sekretproduktion der Verdauungsdrüsen
- Spasmolytisch, bevorzugte Zielorgane sind Darm und Gallenblase sowie in zweiter Linie die Bronchien und Blutgefäße
- Diuretisch
- Herz- und kreislaufanregend.

### Mögliche unerwünschte Wirkungen:

1. Irritationen der Haut und allergieauslösend
2. Phototoxisch bzw. photosensibilisierend
3. Nekrotisierend
4. Narkotisierend
5. Abortiv
6. Nephrotoxisch, hepatotoxisch, neurotoxisch
7. Kanzerogen. (3)

Hier ist zwischen echten und scheinbaren Risiken zu unterscheiden. Die Punkte 1 und 2 bezeichnen die hauptsächlich unerwünschten Wirkungen. Sie lassen sich allerdings durch einen verantwortungsbewussten Umgang mit ätherischen Ölen (z.B. Test in der Ellenbeuge) ausschließen. Die Punkte 3 bis 7 betreffen wenige Öle, die selten zur Anwendung kommen. Für pflanzliche Drogen und damit auch für ätherische Öle gilt genauso wie für konventionelle Medikamente: Positive Effekte können bei Überdosierung schwere Probleme verursachen. (2)

### Lavendelöl in der Pflege

In der Aromatherapie wird zwischen dem "Echten Lavendel" (*L. angustifolia* oder *vera*), Lavandin (eine Kreuzung aus echtem Lavendel und Speiklavendel), Speiklavendel (*L. latifolia*) und dem Schopf-

lavendel (*L. stoechas*) unterschieden. Auch Lavendelhydrolat (ein Nebenprodukt, das bei der Wasserdampfdestillation von Pflanzen entsteht und deren wasserlösliche Komponenten sowie in Spuren auch ätherische Öle enthält) wird verwendet.

Je nach Ursprung und Standort ändert sich die Zusammensetzung des Lavendels beträchtlich. Deshalb sollten für die Aromapflege nur Öle von vertrauenswürdigen Herstellern verwendet werden, die ihre Öle regelmäßig untersuchen. Das Öl aus dem Supermarkt hat hier keinen Platz.

Pflegende bedenken, dass bei der Herstellung der ätherischen Öle viel "gepanscht" wird.

Der echte Lavendel enthält als Hauptbestandteile Linalol und Linalylacetat.

Diese Wirkstoffe haben besonders ausgleichende, spannungslösende und schmerzlindernde Eigenschaften. Lavendel zeigt gelegentlich eine scheinbar paradoxe Wirkung: er kann nicht nur entspannen, sondern auch anregen und erfrischen. Da das Öl nur einen sehr geringen Anteil der problematischen Ketone enthält, ist es absolut unbedenklich für die Pflege und Therapie.

Des Weiteren ist der echte Lavendel nicht nur ein "Psychoöl" (stress- und angstlösend, schlaffördernd, entkrampfend, stimmungsaufhellend). Er wirkt anästhesierend bei Verbrennungen und Verbrühungen (kann sogar pur aufgetragen werden). Ebenso wird er in Mischungen verwendet bei Hauterkrankungen (antibakteriell, antimykotisch, juckreizstillend, granulationsfördernd), zur Dekubitusprophylaxe (Lavendel hält die Haut generell in einem guten Gleichgewicht), Magenschmerzen, Übelkeit, zur Schmerzstillung bei Verspannungen.

Auch eine Thrombose- und Thrombozytenaggregationshemmung wurden erst kürzlich nachgewiesen. Somit kann Lavendelöl einen Beitrag zur Verhinderung von Lungenembolien und Behandlung von Hämatomen leisten.

Zur Förderung der Expektorat und für eine antivirale Therapie verwenden Pflegendende besser den Speiklavendel, der jedoch aufgrund seines höheren Ketongehaltes etwas vorsichtiger zu dosieren ist und bei Kindern oder auch Schwangeren nicht zum Einsatz kommt. Er ist jedoch bei Erkrankungen der Atemwege, wie Bronchitis und Lungenentzündungen, sehr effektiv.

Lavandin ist gut geeignet zur Wundbehandlung, Tonisierung der Muskulatur und des Herz-Kreislauf-Systems (also nicht bei Schlafstörungen).

Der Schopf-lavendel kommt aufgrund seines Ketongehaltes (neurotoxische und abortive Wirkung) für die Aromatherapie kaum in Betracht.

Lavendelhydrolat wird äußerlich zur Hautpflege (straffend, tonisierend, regenerierend), verdünnt aber auch innerlich zur Stärkung des Immunsystems des Darms angewandt. (4)

### Anwendungsbeispiele

#### Lavendelwickel:

Bei Bronchitis, Asthma, Pneumonie, Grippe, Husten, Nervosität, Unruhe, Angst, Schlafstörungen.

20 ml 5prozentiges Lavendelöl (19 ml Basisöl z.B. Mandel oder Olive plus 1 ml ätherisches Lavendelöl) auf ein Baumwolltuch (dreifach gelegt) oder mehrere Kompressen träufeln.

In Alufolie einwickeln und zwischen zwei Wärmflaschen erwärmen. Der Wickel soll warm, aber nicht zu heiß sein.

Patienten auf ein Außentuch (z.B. Badetuch) lagern, "Lavendeltuch" aus der Alufolie auspacken und mit der Ölseite auf die Brust legen. Schlafanzug oder T-Shirt anziehen. Das Außentuch darüber wickeln und befestigen.

Der Wickel kann eine halbe bis mehrere Stunden oder auch über Nacht angelegt bleiben, je nach Wunsch. Nach dem Abnehmen sollte der Patient einige Zeit warm gehalten werden.

Die Ölaufgabe lässt sich am nächsten Tag noch einmal verwenden (in Alufolie aufbewahren), dazu noch einmal mit 10 ml der Ölmischung beträufeln. (5)

#### Gegen Hautjucken:

20 Tropfen Lavendelöl in 100 ml Mandelöl geben (= 1prozentige Mischung) ein bis zweimal tägl. auftragen, bis sich der Zustand bessert. (4)

Sybille Wolff,  
Fachkrankenschwester  
für Innere Medizin und  
Intensivmedizin

### Literaturnachweis:

#### (1) Wolff, Sybille:

Aromatherapie – Anwendung in der Intensivpflege. Facharbeit im Rahmen der Fachweiterbildung für Innere Medizin und Intensivmedizin am Institut für Pflegeberufe, Kölner Platz, München, 1997.

#### (2) Schnaubelt, Kurt:

Neue Aromatherapie, Gesundheit und Wohlbefinden durch ätherische Öle. vgs verlagsgesellschaft, Köln, 1995.

#### (3) Schilcher, Heinz:

Ätherische Öle – Wirkungen und Nebenwirkungen.

In: Deutsche Apotheker Zeitung, 124. Jahrg., Nr. 29, 1984.

#### (4) Braunschweig von,

Ruth, Werner, Monika:

Ein starkes Trio; Seitz, Renate: Altbekanntes neu erforscht – Lavendel: Nach wie vor im Fokus der Wissenschaft;

Pichot, Jean Claude: Lavendel – Superstar, Über Arten, Sorten und Anbau; Demleitner, Margret: Lavendelöl – nicht nur in meinem klinischen Alltag;

Braunschweig von, Ruth: Lavendelwasser. In: Forum für Aromatherapie und Aromapflege, Nr. 25/2004.

(5) Hammerer, Martina:

Ölaufgaben mit ätherischem Lavendelöl. In: Pflege aktuell, 11/94.

# Beruhigen oder Beleben

Professionelle Pflorgetechnik kann negative Konditionierung aufheben

Menschen, die in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt sind, reagieren noch sensibler auf Berührungen ihres Körpers, als es Personen tun, bei denen die Verarbeitung der Reize aus der Umgebung ohne Probleme funktioniert. In der außerklinischen Intensivpflege kommt besonders erschwerend die Tatsache hinzu, dass die Patienten eine negativ betonte Berührungsbioografie haben. Die meisten befanden sich wochen- oder monatelang in stationärer Behandlung und haben erfahren, dass Berührung häufig mit unangenehmen Gefühlen verbunden ist. Sie erlebten die Anlage von Kathetern, Intubation, Absaugung, Einläufe, Verbandwechsel. Auch wenn Pflegenden auf Intensivstationen basal stimulierend arbeiten, lassen sich die negativen Effekte der medizinisch indizierten Maßnahmen nicht völlig verwischen. Sie setzen eine Konditionierung in Gang. Berührung = das Risiko von



Bei der atemstimulierenden Einreibung arbeiten Pflegenden beidseits der Wirbelsäule von den Schulterblättern Richtung Steiß.

Foto: Bernd Hein

Pflegende können die Erfahrungen eines Patienten, der sich in einem medikamenteninduzierten oder hirnorganisch bedingten Dämmerzustand befindet, mit einem Experiment nachvollziehen. Sie verbinden sich die Augen und stecken Ohrstöpsel in die Ohren. Dann lassen sie sich von jemandem anfassen. Die Qualität der Berührung sollte wechseln – von flüchtig und punktuell bis großflächig und druckvoll. Dann macht sich der so Behandelte klar, welche Berührung wie auf ihn gewirkt hat – und vor allem, warum das so ist.

Schmerz, heißt die dabei entstandene Gleichung, und entsprechend reagiert der Patient mit Abwehr, erhöhter Muskelspannung, Anstieg von Pulszahl und Blutdruck.

Aus der Konditionierung ergibt sich in der außerklinischen Intensivversorgung die Aufgabe, den Berührungen einen neuen Wert zu verschaffen. Pflegenden tun dies, indem sie sehr bewusst mit ihren Händen arbeiten. Das Konzept der Basalen Stimulation enthält dazu einige Regeln:

- Alle Maßnahmen in Ruhe und geplant unternehmen
- Auf Handschuhe verzichten, sofern es die jeweilige Handlung

bzw. die Infektionslage des Patienten zulassen

- Körperkontakt ankündigen
- Für den Erstkontakt eine Körperstelle wählen, deren Berührung der Patient am besten toleriert. Dazu ist eine biografische Anamnese unverzichtbar. Sie klärt, welches Verhältnis der Patient in gesunden Zeiten zu seinem Körper hatte und an welchen Körperpartien er besonders berührungsempfindlich war. Meist gehört das Gesicht, und hier vor allem die besonders stark ernervierte Mundregion zu den intimsten Körperzonen, deren Berührung Ablehnung auslöst. Die Berührung der Geschlechtsteile ist

nicht annähernd so tabuisiert, weil es sich dabei um einen gesellschaftlich, nicht aber empfindungsmäßig als Intimzone definierten Bereich handelt

- Berührungen mit dem gesamten Handteller und geschlossenen Fingern ausführen (kein Waschen mit den Fingerspitzen), Geschwindigkeit so wählen, dass der Patient den Weg der Berührungen über den Körper nachvollziehen kann
- Berührungsrichtung je nach Pflegeziel wählen: Striche gegen die Wuchsrichtung der Körperbehaarung wirken belebend, mit dem Wuchs der Haare wirken sie beruhigend

- Bei Störungen der Empfindungsfähigkeit, z.B. Hemiparese, Berührungen von der weniger zur stärker betroffenen Seite ausführen
- Körperkontakt während der gesamten Pflegemaßnahme aufrecht erhalten – mindestens eine Hand bleibt stets am Patienten

- Alle Schritte der Maßnahme in klaren, kurzen Sätzen verbalisieren – bevor der Pflegenden sie ausführt
- Maßnahme mit einem deutlichen Signal, z.B. abschließendem flächigem Druck beendend, anschließend keinen Körperkontakt mehr aufnehmen, bis zum Beginn einer neuen Maßnahme

me die wieder wie beschrieben abläuft.

Die basal stimulierenden Handlungsprinzipien lassen sich auf nahezu alle pflegerischen Handlungen (die Tabelle zeigt ein Beispiel) anwenden. Ihr besonderer Charme liegt darin, dass sie keine zusätzliche Arbeit verursachen. Sie vermitteln dem Patienten das Gefühl, sich "in sicheren Händen zu befinden", und weil sie einen bewussten Einsatz der körperlichen Fähigkeiten des Pflegenden voraussetzen, entsprechen sie den Leitlinien professioneller Berufsausübung.

bh

## Atemstimulierende Einreibung

<b>Benötigtes Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperlotion ohne Parfüm, möglichst körperlarm</li> <li>• Alternativ: mildes Massageöl oder selbst zubereitete Aromaölmischung mit Ravensara aromatica oder einem anderen belebend wirkenden Öl</li> </ul>
<b>Vorbereitung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens eine Viertelstunde ungestörte Zeit einplanen</li> <li>• Patienten auf die Maßnahme vorbereiten</li> <li>• Raumtemperatur auf ein Maß erhöhen, das ein halb entkleideter Patient als angenehm empfindet</li> <li>• Patienten beim Ablegen der Bekleidung des Oberkörpers assistieren</li> <li>• Patienten unterstützen, eine bequeme Lagerung einzunehmen: sitzende Stellung am Bettrand mit der Möglichkeit, den Oberkörper abzustützen, ist zu bevorzugen; Seiten- oder Bauchlagerung jedoch auch möglich</li> <li>• Sofern nötig: Schmuck von Fingern und Handgelenken ablegen</li> <li>• Hände waschen und anwärmen</li> <li>• Keine Handschuhe verwenden</li> </ul>
<b>Durchführung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperlotion oder Öl vom Nacken bis zum Steiß auf dem Rücken verteilen</li> <li>• Einreibung beginnt während der Ausatmung oberhalb der Schulterblätter, gesamte Handfläche mit angemessenem Druck auflegen</li> <li>• Beide Hände gleichzeitig in Spiralbewegungen Richtung Steiß führen</li> <li>• Arbeitstempo an die Atemfrequenz des Patienten anpassen: Abwärtsbewegungen mit Druck während der Ausatmung, Aufwärtsbewegungen ohne Druck während der Einatmung ausführen</li> <li>• Wirbelsäule aussparen</li> <li>• Rhythmus des Patienten nur kurz nachvollziehen, dann therapeutischen Rhythmus einführen: Atemfrequenz etwa 15 – 17/Min. Ausatmung doppelt so lang wie Einatmung (empfehlenswert: Pflegenden atmet in derselben Geschwindigkeit)</li> <li>• Sobald die Spiralbewegung die Steißregion erreicht: Erst eine Hand zum Schultergürtel führen, danach die andere (dient der Aufrechterhaltung des kontinuierlichen Körperkontaktes und macht die Bewegungen nachvollziehbar)</li> <li>• Bewegungsmuster mindestens fünfmal wiederholen – Wünsche des Patienten berücksichtigen</li> <li>• Zum Abschluss: Rücken neben der Wirbelsäule von oben nach unten mit parallel aufgelegten Händen ausstreichen</li> </ul>
<b>Nachbereitung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten beim Ankleiden assistieren</li> <li>• Ruhephase gewährleisten (etwa eine halbe Stunde)</li> <li>• Wirkung abfragen</li> <li>• Maßnahme dokumentieren</li> </ul>

**Einzigartige Technik**

**HEINEN + LÖWENSTEIN**  
Lebenserhaltende Medizintechnik

**Cough Assist™**

Der Cough Assist™ befreit Patienten mittels einzigartiger Technik von störendem Lungensekret. Er ist insbesondere für Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen wie SMA, Muskeldystrophie, ALS, Myasthenia Gravis, Poliomyelitis oder andere neurologische Störungen mit Paralysen der Atemmuskeln geeignet.

Heinen + Löwenstein GmbH · Arzbacher Str. 80 · D-56130 Bad Ems · Tel. 02603/9600-0 · Fax: 02603/960050 · Internet: hul.de

Die atemstimulierende Einreibung regt den Patienten an, gleichmäßig und tief zu atmen und gibt ihm dafür ein ideales Muster vor.

# Mit Hand und Kopf und geschärften Sinnen

Die Basale Stimulation hat die Krankenpflege innerhalb weniger Jahre völlig verändert:  
Christel Bienstein spricht über die Wirkung ihres Konzeptes

**Manchmal, sagt Christel Bienstein (54), glaube ich, wenn wir blind wären, würden wir genauere pflegerische Entscheidungen treffen. Der Sehsinn liefert zwar viele Informationen, doch die bleiben häufig an der Oberfläche. Das Fühlen ermöglicht tiefere Einblicke in die Bedürfnisse bewusstseinsgestörter Menschen. Selbsterfahrung und Training können diesen Kommunikationsweg öffnen.**

**Wie sind Sie auf die Idee gekommen, Basale Stimulation in die Krankenpflege einzuführen?**  
Ich bin 1985 zum ersten Mal mit dem Konzept in Kontakt gekommen. Damals besuchte ich meinen Bruder, der Heilpädagoge ist. Ich schaute ihm zu, wie er zwei Kinder behandelte. Die Handlungen waren mir völlig fremd. Er hat Erbsen zur Wahrnehmungsförderung verwendet, hat die Kinder gedrückt und in sie hineingesummt. Eines der Kinder wurde während dessen nicht nur im Mundbereich aktiver, sondern konnte sich spontan besser bewegen. Ich sah, wie mein Bruder die Kinder neugierig machte und sie in eine positive Stimmung versetzte. In dem Moment habe ich mir sofort somnolente Schlaganfallpatienten vorgestellt, die wir in der Klinik über Wochen nicht richtig erreichen konnten. Ich dachte mir, der macht da was ganz Spannendes, das müsste man auf unsere Arbeit übertragen können.

**Und das haben Sie dann auch gemacht?**  
Mein Bruder gab mir Literatur mit. Sie stammte von Andreas Fröhlich, der das Konzept für mehrfach behinderte Kinder entwickelt hatte. Beim Lesen ersetzte ich für mich den Begriff "Kinder" immer mit "Schlaganfallpatient" oder "Schädel-Hirn-Traumatisierter" oder "Alzheimerpatient". Und ich habe gemerkt: Das passt ganz genau.

**Aber es war notwendig, das Konzept umzugestalten.**  
Zunächst haben Andreas Fröhlich und ich die basale Stimulation von einem technikorientierten in ein sehr beziehungsorientiertes Konzept verwandelt. Ursprünglich ist die Basale Stimulation ja nicht verknüpft gewesen mit praktischen Tätigkeiten wie Waschen, Mundpflege oder Dekubitusprophylaxe. Nachdem ich das Konzept kennen gelernt hatte, erörtere ich es mit Teilnehmern meines Pflegefachseminars. Das war eine zweijährige Weiterbildung nach dem Examen, in der wir uns ausschließlich um Pflege kümmerten. Die erste Kollegin, die es in die Praxis umgesetzt



Krankenschwester und Wissenschaftlerin: Prof. Christel Bienstein leitet das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.

Foto: privat

hat, betreute auf ihrer Station zwei Apallikerinnen. Eine von ihnen befand sich schon seit einem Jahr dort und war in einem Zustand, den man für die damaligen Verhältnisse wunderbar nennen konnte. Sie hatte keine Kontrakturen, keine Pneumonie und einen erstklassigen Hautzustand – aber sie war konservierend gepflegt. Die Kollegin entschloss sich, die Frau systematisch zu fördern. Zunächst mit Gleichgewichtsübungen, dann am Bettrand und später mit oraler Stimulation. Nach vier Wochen konnte die nasal liegende Sonde entfernt werden. Die Patientin saß im Rollstuhl und aß allein. Das war für alle Kursteilnehmer ein irrsinniges Erlebnis. Die sind nach Hause geflitzt, und haben wie verrückt drauflos stimuliert. Von diesen Erfahrungen ausgehend haben wir das Konzept schrittweise erweitert.

**Sie haben die Basale Stimulation vorgestellt und sind davon überrascht worden, wie gut sie funktioniert?**

Ja, genau. Ich war völlig begeistert. Wir hatten 1989 das große Problem mit dem Pflegepersonalnotstand. Mir war klar, wenn ich ein Buch darüber schreibe, darf es nichts enthalten, was den Kollegen zusätzliche Arbeit macht. Die konkreten Handlungen der Heilpädagogen konnte ich also nicht übernehmen. Stattdessen orientierte ich mich an den pflegerischen Schwerpunkten und veränderte sie in Richtung Basale Stimulation. So sind all diese Angebote entstanden:

beruhigende oder belebende Wäsche, Einreibungen, Lagerungen und so weiter.

**Basale Stimulation hat das Berufsbild verändert. Wandelte sich dadurch auch die Einstellung der Pflegenden zu ihrem Beruf?**

Dazu haben wir eine schöne Master-Arbeit in unserem Institut vorliegen. Die Verfasserin hat die Pflegenden auf den Intensivstationen in Hamburg-Eppendorf gefragt, wie es ihnen mit dem Konzept geht. Sie fand heraus, es ist für sie eine Bereicherung, weil es ihnen eine Arbeitsweise ermöglicht, die den Vorstellungen entspricht, mit denen sie ursprünglich ihren Beruf ergriffen haben. Die Studie zeigt auch, welche Bedingungen nötig sind, um das Konzept zu realisieren. Einige der Befragten sahen ihren Beruf stark unter einem technischen Blickwinkel. Sie hatten zwar nichts dagegen, dass ihre Kollegen basal stimulierend arbeiteten, lehnten es aber ab, das Konzept ebenfalls zu benutzen.

**Welche innere Einstellung benötigen Pflegendе, um das Konzept anwenden zu können?**

Das erste, was man sich fragen sollte, ist: Wie stehe ich zu pflegeabhängigen Menschen? Ist das nur ein Drama, oder entdecke ich darin eine Chance? Glaube ich, dass ein schwer Verunfallter, der an einem apallischen Syndrom leidet, in der Lage ist, etwas wahrzunehmen? Was nimmt er wahr? Bin ich bereit,

mein pflegerisches Handeln darauf einzustellen? Es ist also wichtig, dass Pflegendе sehr genau hinschauen und erkennen, was für diese Menschen in der jeweiligen Situation erforderlich ist. Im zweiten Schritt integrieren sie die Erkenntnisse in ihr Tun.

**Das bezieht sich auf die Wirkung nach außen. Gibt es auch Voraussetzungen, die sich auf das Verständnis des eigenen Körpers beziehen?**

Es ist hilfreich, seine eigenen Bedürfnisse zu kennen und verstehen zu können, wie sich diese Bedürfnisse bei anderen Menschen anfühlen und wie sie verändert sein können. Wenn man wenig Zugang zu sich selbst hat, wenig reflektiert, wird es schwierig, basal stimulierend zu pflegen.

**Aber niemand ist immer gleich gut drauf und immer gleich sensibel**

Ich finde es wichtig, dass Pflegendе sich eingestehen können, wenn sie schlechte Laune haben, müde sind oder aus anderen Gründen weniger aufnahmefähig. Kein Mensch kann acht Stunden lang auf gleich bleibendem Niveau schwerstkranken Menschen betreuen.

**In der Medizin besteht der Trend zu immer umfänglicheren Therapien. Patienten fühlen sich häufig einer Maschine ausgeliefert. Lässt sich Ihr Pflegekonzept als Gegengewicht begreifen?**

Kollegen, die sehr bewusst mit der Basalen Stimulation umgehen, neh-

men solche Probleme deutlich wahr. Gerade wenn es um Entscheidungen geht, z.B. die enterale Ernährung oder eine Beatmung fortzusetzen, sind sie in der Lage, differenziert zu argumentieren. Ihre Basis ist das Wissen über den betroffenen Menschen und die Einbeziehung der Angehörigen. Es ist ebenfalls grundlegend, den Wert jeglichen Lebens nicht in Frage zu stellen.

**Welche Instrumente stehen den Pflegenden für den Einsatz dieser Pflegetherapie zur Verfügung?**

Zunächst sind es die Sinne, die Fähigkeit, zu sehen, zu hören, zu riechen, zu fühlen. Und zweitens geht es darum, die Eindrücke analytisch zusammenzuführen. Wenn ein Patient beginnt, rascher zu atmen, sobald das Absauggerät angeschaltet wird, ist es notwendig, nachzuspüren, ob die Reaktion entsteht, weil der Mensch bei dem Geräusch antizipiert, dass jetzt eine unangenehme Prozedur folgen wird. Dann gehört Phantasie dazu, eine Lösung zu finden, damit das Absaugen nicht so problematisch verläuft. Es ist wesentlich, diese Dinge in einer klaren, gut verständlichen Sprache zu verbalisieren. Ich muss auch in der Lage sein, meinen eigenen Körper so zu nutzen, dass ich Sicherheit vermitteln kann. Um das alles einzuordnen, benötigen Pflegendе sehr viel Wissen über Krankheitsprozesse und die körperlichen Funktionen.

**Läuft die Kompetenz der Pflegenden in ihren Händen zusammen?**

Bei Einreibungen, der Körperhygiene oder Mobilisation stehen die Hände im Mittelpunkt. Aber Basale Stimulation bleibt nicht dort stehen. Sie findet auch im Kopf der Pflegenden statt. Ich muss biographisches Wissen über den Patienten haben, ich muss die richtige Einstellung vertreten oder ich muss auch mitbekommen, dass ich mich beispielsweise vor ihm ekle. Die Arbeit umfasst nicht nur den ganzen Patienten sondern auch den ganzen Pflegenden.

**Pflege ist immer auch Grenzüberschreitung. Wie können Pflegendе damit umgehen, dass sie in die Intimsphäre ihrer Patienten eingreifen?**

Man ist schnell bei der Hand, zu sagen, dass Pflege die intimste Arbeit ist, die man leisten kann. Ich sehe das nicht ganz so. Die Kunst ist es, die intimen Verrichtungen so zu gestalten, dass die Patienten sie in positiver Weise erleben. Es muss eine professionelle Fähigkeit sein, beispielsweise eine Intimpflege so anzulegen, dass sie nicht bedrohlich oder unangenehm wirkt. Stattdessen sollte der Eindruck entstehen: Ein Mensch tut etwas mit mir, das ich selbst nicht kann – und es ist gut, dass er es zuverlässig und richtig tut. Wenn diese Akzeptanz nicht entsteht, ist etwas schiefgelaufen oder es liegt eine traumatische Erfahrung zugrunde, auf die Pflegendе reagieren müssen.

Das Interview führte Bernd Hein.

**Das aktuelle Buch**

Hmmm, wie war denn das mit dem Tapeverband? Anker? Zügel? Verschalung? Sicherung? – Oder Unsicherheit? Auch professionell Pflegende vergessen Techniken, die sie selten anwenden. Ein Buch mit dichten Informationen ist in diesen Situationen willkommen. Während der Patient darauf wartet, dass sein Unterschenkelstumpf verbunden wird, damit er in die Prothese schlüpfen kann, bleibt nicht viel Zeit, langatmige Literatur zu wälzen. Ina Pfitzer hat Pflorgetechniken aus fast allen Fachbereichen zusammengetragen und mit nachvollziehbaren Bilderserien bestücken lassen. Portpunktion, Verabreichung von Sauerstoff, Mobilisation, da ist ziemlich viel dabei für die außerklinische Intensivpflege. Allerdings widmet sie der Blutdruckmessung fünfzehn und der Cardiotokographie vier Seiten. Vermutlich soll die Vielfalt Auszubildende und Altgediente gleichermaßen locken. Wer allen Essern Häppchen anbietet, bedient die Feinschmecker, sprich Spezialisten, unter Niveau. Trotzdem: Dies ist ein nützliches Buch. Es hilft, Wissen aufzufrischen und hält auch unorthodoxe, ganz praktische Tipps bereit. *bh*

**Pfitzer, Ina (Hrsg.): Pflorgetechniken heute – Pflegehandeln Schritt für Schritt verstehen. Elsevier Verlag, München; 2006. 496 Seiten, 29,95 Euro..**

# Messen - Kongresse - Symposien

## August

### 31.08. - 02.09. Münster

Jubiläumskongress "30 Jahre Weiterbildung" Veranstaltungsort: Lehrgebäude am Zentralklinikum, Albert-Schweitzer-Straße 33, 48149 Münster und Krankenpflegeschule, Schmeddingstraße 56, 8149 Münster Kontakt: Weiterbildungsstätte für Intensivpflege & Anästhesie und Pflege in der Onkologie am Universitätsklinikum Münster, Schmeddingstraße 56, 48149 Münster, Tel.: 0251/835 85 88 oder 0251/835 72 64, Fax: 0251/835 23 51, E-Mail: [wbintan@uni-muenster.de](mailto:wbintan@uni-muenster.de) Internet: [www.klinikum.uni-muenster.de](http://www.klinikum.uni-muenster.de)

## September

### 06.09. - 08.09. Marburg

Forum für Intensivmedizin und Intensivpflege Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Lahnberge, Baldingerstraße 35043 Marburg, Hörsaal 1 und 2, Ebene -1, Treppe/Aufzug A42 Kontakt: DocEducation GmbH & Co. KG, Schwachhauser Heerstraße 90, 28209 Bremen, Tel.: 0421/16 89 00, Fax: 0421/168 90 20,

E-Mail: [info@doceducation.de](mailto:info@doceducation.de) Internet: [www.doceducation.de](http://www.doceducation.de)

### 08.09.-09.09. Köln

Cologne Congress – Managed Care "Akut stationäre Versorgung – und dann?" Veranstaltungsort: Klinikum der Universität zu Köln, Kerpener Straße 62, 50937 Köln Kontakt: comed GmbH, Rolandstraße 63, 50677 Köln, Tel.: 0221/801 10 00, Fax: 0221/80 11 00 29, E-Mail: [cc-mc@comed-kongresse.de](mailto:cc-mc@comed-kongresse.de) Internet: [www.cc-mc.de](http://www.cc-mc.de)

### 14.09-15.09. Reutlingen

Reutlinger Fortbildungstage "Pflegequalität ist unsere Zukunft!" Veranstaltungsort: Friedrich-List-Halle, Jahnstraße 6, 72764 Reutlingen Kontakt: Akademie der Kreiskliniken Reutlingen, [www.akronline.de](http://www.akronline.de)

### 22.09-23.09. Jena

4. Thüringer Pflgetag 22. und 23. September 2006 Veranstaltungsort: Hotel Steigenberger Esplanade, Carl-Zeiss-Platz 4, 07743 Jena Kontakt: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Markt 8, 07743 Jena, Franziska Srp, Tel.:03641/353 32 62, Fax: 03641/353 32 71,

E-Mail: [pflgetag@conventus.de](mailto:pflgetag@conventus.de) Internet: [www.conventus.de/pflgetag](http://www.conventus.de/pflgetag)

### 26.09. München

8. Süddeutscher Pflgetag "Ich habe Zeit ..." Veranstaltungsort: Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians Universität München, Marchioninistraße 15, 81377 München, Hörsaal III Kontakt: MCN Medizinische Kongressorganisation Nürnberg AG, Theresa Lausenmeyer, Tel.: 0911/393 16 39, Fax: 09 11/393 16 20, E-Mail: [lausenmeyer@mcn-nuernberg.de](mailto:lausenmeyer@mcn-nuernberg.de) Internet: [www.mcn-nuernberg.de](http://www.mcn-nuernberg.de)

### 29.09.- 30.09. Düsseldorf

1. Düsseldorfer Anästhesiepflegekongress Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Hörsaal 13a Kontakt: Universitätsklinikum Düsseldorf, Bildungszentrum für Kompetenzentwicklung im Gesundheitswesen, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Telefon: 0211/811 72 92, Fax: 0211/811 68 73, E-Mail: [bzg@med.uni-duesseldorf.de](mailto:bzg@med.uni-duesseldorf.de) Internet: [www.uni-duesseldorf.de/anaesthesiepflegekongress/index.html](http://www.uni-duesseldorf.de/anaesthesiepflegekongress/index.html)

### Leserbrief

Mit Interesse haben wir die erste Ausgabe Ihrer Zeitschrift "Gepflegt Durchatmen" gelesen. Aus unserer Sicht ist Ihnen leider in dem Artikel "Angemessen versorgen" ein Fehler unterlaufen. Sie schreiben, dass "Verbandmaterial (z.B. Kompressen für Trachealkanüle oder PEG, feuchte Wundversorgung) [...] grundsätzlich

der Budgetierung" [unterliegen]". Die Kompressen unterliegen nicht der Budgetierung und sind auch keine Verbandmittel. Als gelochte oder geschlitzte Kompressen für Trachealkanülen verfügen sie auch über gültige Hilfsmittelnummern. Leider ist das Thema Trachealkompressen = Verbandmittel kein kleines Problem, insbesondere vereinzelte medizinische Dien-

ste der Krankenkassen stellen in ihren Gutachten auch häufig diese Behauptung auf, was dazu führt, dass die Genehmigung der Kostenvorschläge seitens der Kostenträger ausbleibt und für die Kompressen ein neuer Abrechnungsweg gefunden werden muss.

Michael Schiplage, Servox AG, Troisdorf

## GEPFLEGT DURCHATMEN

Bitte nehmen Sie mich in den Postverteiler für ein kostenloses Abonnement der Fachzeitung "gepflegt durchatmen" auf.

Name/Vorname

Institution/Einrichtung/Unternehmen

Straße/Hausnummer oder Postfach

PLZ/Ort

Bitte schicken Sie diesen Abschnitt per Fax oder per Post an:

**Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Von-Stauffenberg-Straße 25, 82008 Unterhaching, Fax: 089 - 61 10 09 66**

Sie können das Abonnement auch gern per E-Mail bestellen: [info@heimbeatmung.com](mailto:info@heimbeatmung.com)

### Hinweis:

Das Abonnement ist völlig kostenlos. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie die Zeitung nicht mehr erhalten wollen.



## Kinderkrankenschwestern Krankenschwestern / Krankenpfleger

# GEPFLEGT DURCHATMEN

## mit unbefristetem Arbeitsvertrag und flexiblen Arbeitszeiten

**Wir** - sind auf Heimbeatmung und ambulante Intensivpflege für Kinder und Erwachsene spezialisiert  
- bieten unsere Dienstleistung in Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen an  
- halten leistungsorientierte Bezahlung und regelmäßige Fortbildung für selbstverständlich  
- gestalten die Dienstzeiten flexibel (Voll-, Teilzeit, Minijob)

**Sie** - haben Erfahrung in der Intensivpflege  
- begreifen häusliche Pflege als Assistenz für ein selbstbestimmtes Leben  
- sehen den Menschen im Mittelpunkt Ihrer Arbeit  
- arbeiten motiviert und eigenständig

**Gemeinsam** - setzen wir Standards in der ambulanten Intensivpflege  
- sichern wir die Lebensqualität unserer Klienten

**Hauptgeschäftsstelle:** Von-Stauffenberg-Straße 25, 82008 Unterhaching, Tel: 089/61500671

**Niederlassungen:** Wilhelmstraße 23, 71034 Böblingen, Tel: 07031/721948  
Sieboldstraße 7, 97688 Bad Kissingen, Tel: 0971/7236500  
Sülzburgstraße 103, 50937 Köln, Tel: 0221/4470524

[mail@heimbeatmung.com](mailto:mail@heimbeatmung.com)  
[www.heimbeatmung.com](http://www.heimbeatmung.com)



## Impressum

### GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivpflege

**Herausgeber:** Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

**Geschäftsleitung:** Jörg Brambring, Christoph Jaschke

**Redaktionsleitung:** Bernd Hein

**Layout:** Elke Schuhbauer, Grafik-Design, [schuhbauerdesign@t-online.de](mailto:schuhbauerdesign@t-online.de)

**Druck:** Druck & Medien Schreiber GmbH

**Mitarbeiter dieser Ausgabe:** Stefan Hille, Christoph Jaschke, Christine Keller, Kristin Loehner, Christina Loy-Birzer, Gabriel Nemeth, Manfred Schulyk, Sybille Wolf

**Anzeigenleitung:** Christoph Jaschke, Linda Geiger

Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 2 vom 1. Mai 2006.

**Anschrift der Herausgeber und der Redaktion:** Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH Von Stauffenberg-Straße 25 82008 Unterhaching

Telefon: 089 - 615 006 71

Fax: 089 - 611 009 66

E-Mail: [presse@heimbeatmung.com](mailto:presse@heimbeatmung.com)

Homepage: [www.gepflegt-durchatmen.de](http://www.gepflegt-durchatmen.de)

Die Zeitung erscheint dreimonatlich. Der Nachdruck von Texten oder die Vervielfältigung – auch in Auszügen – bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bildmaterial übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Verantwortung.

Die Rücksendung ist nur gegen Rückporto möglich.