GEPFLEGT DURCHATMEN

FACHZEITUNG
für außerklinische Intensivpflege

Nummer 8 ■ Januar 2008

Editorial

Unlängst gewann die außerklinische Intensivpflege Brisanz. Wir trauten unseren Augen nicht. Das überwältigende Gefühl, die Bezeichnung in einer Tageszeitung zu finden, versetzte uns in freudige Erregung. Toll, dachten wir, außerklinische Intensivpflege wird berühmt. Leider widerfuhr uns das allgemeine Schicksal menschlicher Erregungskurven, der Absturz unter den emotionalen Gefrierpunkt. Das Münchner Gesundheitsamt hatte einem Redakteur der Süddeutschen Zeitung die vorläufigen Ergebnisse einer vorläufig nicht beendeten Schwerpunktüberprüfung vorzeitig zugespielt. Im Rausch eines Aufdeckers hatte der Redakteur einen Artikel geschrieben und seinen Senf zu einem Kommentar verrührt. Aus den Texten erfuhren die Leser, außerklinische Intensivpflege in München sei lebensgefährlich, weil fachlich unzulänglich. Um es klar zu sagen: Unqualifizierte Pflegedienste sind unbedingt zu stoppen. Abgesehen davon standen wir aber vor dem klassischen Pflege-trifft-Öffentlichkeit-Phänomen. Pflegende kommen im gesellschaftlichen Diskurs nur als Klischees vor. Entweder sie sind Mutter Teresa oder Todespfleger. Differenzierung ist unerwünscht weil auf die Schnelle nicht vermittelbar. Außerdem hat sich zum Thema Pflege eine ungeheuerliche Frechheit etabliert. Geht es um Pflege, richten deutsche Medien die Mikrofone auf Ärzte, Krankenkassenmitarbeiter, Polizisten, Juristen, Verbraucherschützer, Kaninchenzüchter, die Allzweckwaffen aus den sozialpädagogischen Fakultäten und Politiker. Nie aber, und unter keinen Umständen, fragen Journalisten eine Krankenschwester oder einen Krankenpfleger. Obwohl sie die einzigen sind, die über die berufliche Kompetenz verfügen, das Thema in allen Facetten zu beurteilen. Warum fragt man sie nicht? Sagen wir es mal so: "Ach nöö, du. Weißte, Pflege find ich eigentlich nicht so interessant."

Die Redaktion

Kommunikation mit Haut und Hand

Die zentralen Begriffe "Haltung", "Kompetenz" und "Technik" eröffnen Pflegenden einen leichteren Zugang zum Konzept der Basalen Stimulation

Es ist acht Uhr morgens und ich klopfe an die Zimmertür von Gerhard R. Ich weiß nicht, ob er das Klopfen als die Ankündigung wahrnimmt, dass ich nun gleich sein Zimmer betreten werde. Gerhard R. ist 32 Jahre alt und erlitt vor vier Jahren bei einem nicht selbst verschuldeten Verkehrsunfall ein Schädelhirntrauma. Seitdem befindet er sich im Wachkoma. Als ich das Zimmer betrete, lachen mir seine drei Kinder entgegen, die auf einem Foto abgebildet sind, das auf dem Nachttisch steht. Er hatte sie kurz vor dem Unfall fotografiert, als sie gemeinsam beim Baden an einem See waren. Ich trete an sein Bett und begrüße ihn mit einer Initialberührung an der rechten Schulter. Er hat die Augen offen, aber sieht er mich auch an? Sein Blick wirkt, als wenn er durch mich hindurch in eine andere Welt blicken würde. Ich höre ein leicht rasselndes Atemgeräusch, das mich veranlasst, die Seele seiner Trachealkanüle zu wechseln. Wenn möglich vermeide ich, ihn abzusaugen, da er davon zu einem quälenden Husten gereizt wird.

Seine gebeugten Arme muss er dann noch fester an seinen Brustkorb drücken und die Beine geraten in eine noch stärkere Streckspastik. Die Lippen presst er beim Husten fest aufeinander, so dass man die Muskelanspannung im Gesicht sieht. Lässt der Husten nach, hört man zum Abschluss noch ein Knirschen der Zähne, das mir jedes Mal Gänsehaut verursacht. Die Mundpflege bereitet uns Pflegenden immer ein großes Problem, da Gerhard R. den Mund fest verschlossen hält. Oft frage ich mich, welche Erlebnisse ihn dahin führen, das Zähneputzen so entschieden zu verweigern.

Oder nutzt er nur die Augenblicke, in denen er sich aus eigener Kraft gegen etwas wehren kann, um ein Stück Autonomie zu leben?

Der vorliegende Text soll für folgende Fragen Lösungen skizzieren:

- Wie können Pflegende das Konzept der Basalen Stimulation in die häusliche Intensivpflege integrieren?

Auch komatöse Patienten profitieren von geführten Bewegungen – z.B. wie hier gezeigt beim Zähneputzen.

Fotos: Andreas Walle (http://walle.net)

- Vor welchen Hintergründen ist dieses Konzept entwickelt worden und wie können Pflegende es nutzen, um schwierige Situationen – wie am Beispiel der Mundpflege von Herrn R. dargestellt – effektiver und angenehmer zu gestalten?

Kurzer Blick in die Geschichte

Basale Stimulation in der Pflege ist ein Konzept zur Förderung, Pflege und Begleitung schwerstbeeinträchtigter Menschen, das 1975 von dem Professor für Sonderpädagogik, Andreas Fröhlich, in der Zusammenarbeit mit geistig/körperlich mehrfach behinderten Kindern entwickelt wurde. In den 80er Jahren wurde das Konzept zusammen mit der Krankenschwester Christel Bienstein in die Erwachsenenpflege übertragen. Der Begriff Basale Stimulation meint ein angenehmes und eindeutig wahrnehmbares Angebot (Stimulation) an den Patienten, das ihm Informationen über sich selbst oder die Umwelt vermittelt und dazu an bekannte und elementare (basale) Erfahrungen anknüpft. Basal bedeutet hier so etwas wie das "Fundament menschlichen Handelns" (Bienstein, Fröhlich; 2003), an das ohne Forderung angeknüpft wird: es geht um leistungsfreie Interaktion und Förderung.

Das Ziel der Basalen Stimulation ist die Anregung und Förderung individueller Lernprozesse in dem betroffenen Menschen. Zur Zielgruppe gehören alle Menschen, die in ihrer Fähigkeit zur Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation verändert sind.

Basale Stimulation in der Pflege ist ein 24-Stunden-Konzept zur pflegepädagogischen Förderung von Patienten. Die Umsetzung erfordert nicht zwangsläufig einen zeitlichen Mehraufwand. Es geht vielmehr darum, die Pflege neu zu organisieren. Die Techniken der Basalen Stimulation können den Patienten unangenehme Pflegeerfahrungen erleichtern (z.B. endotracheales Absaugen). Zu unterscheiden sind Angebote, die sich problemlos in die tägliche Pflege integrieren lassen, z.B. Ganzkörperwaschungen mit unterschiedlichen pflegetherapeutischen Zielen, von solchen Techniken, die zusätzlich zur täglichen Pflege ausgeführt werden können.

Theoretische und physiologische Basis

Wahrnehmung ist subjektiv. Sie kann sich verändern, und alle Facetten des Erlebens sind davon abhängig. Es ist nicht ernsthaft davon auszugehen, dass Menschen sich und ihre Umwelt nach einer erheblichen Veränderung, z.B. während oder nach einer schweren Krankheit, einer Phase der Verwirrtheit, nach längerer Sedierung oder am Ende ihres Lebens, genauso erleben wie vor dem Ereignis oder ohne den Einfluss der jeweiligen Umstände. Der Mangel an Bewegung, reduzierte Kommunikationsfähigkeiten sowie eine fremde und reizarme Umgebung verursachen häufig u.a. einen Motivationsmangel, Orientierungsstörungen, einen psychosozialen Rückzug.

Die Bemühungen der traditionellen, stark an den somatischen Bedürfnissen orientierten Pflege scheint diesen Patienten bedeutungslos zu sein und wirken nur eingeschränkt rehabilitativ. Sie brauchen besondere Bedingungen, die einen Lernprozess in Gang setzen. Das heißt: die Pflege erfordert eine pädagogische Dimension, die ganz gezielt auf die individuellen Ressourcen und Defizite abhebt.

In diesem Konzept vollzieht sich Pflege als ein wechselseitiger Lernprozess. Pflegende orientieren sich in ihren Handlungen an den Fähigkeiten der Patienten und ihren Entwicklungsmöglichkeiten.

Sie berücksichtigen diese Fähigkeiten im weiteren Handeln und entwickeln daraus Techniken zur Anleitung, die genau auf die Fähigkeiten des Patienten abgestimmt sind (Grafik 1, S. 3).

Dies erfordert von den Pflegenden verschiedene Kompetenzen. Um zu gezielter Förderung fähig zu sein, ist die Bereitschaft notwendig, den Patienten innerhalb seiner veränderten Möglichkeiten kennen zu lernen. Außerdem benötigen Pflegende Flexibilität sowie ein vergrößertes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten, mit denen sie auf Äußerungen des Patienten eingehen und die Aktivität kommunikativ gestalten. Der Patient bestimmt die Pflege mit. Er erhält den

Eindruck, respektiert zu sein und interessiert beachtet zu werden. Er lernt zu vertrauen und erfährt seine eigene Wirksamkeit und Selbstbestimmung (Grafik 2, S. 3).
Der Biografie und der Lebenserfahrung des Patienten kommt für die Basale Stimulation eine besondere Bedeutung zu. Das Konzept geht davon aus, dass es einfacher ist, auf etwas Bekanntes aufzubauen, als etwas Neues zu lernen.
Andreas Fröhlich hat in der Arbeit mit Kindern an zumeist vorgeburtliche Erfahrungen angeknüpft. In der Pflege von Erwachsenen lässt sich natürlich deren umfangreiche Lebenserfahrung nutzen. Die Fortführung von Bekanntem, z.B. die Berücksichtigung vertrauter Tagesrhythmen oder individueller Gewohnheiten, der Aufenthalt im angestammten Umfeld (charakterisiert u.a. durch vertraute Geräusche oder Gerüche) kann es wahrnehmungsveränderten Menschen erheblich erleichtern, die Bedeutung einer Aktivität zu erfassen: "Das kenne ich, das meint mich, da kann ich mitmachen!"
Zu den biografischen Elementen gehören ganz unmittelbar der eigene Körper, bekannte Bewegungsmuster oder Positionen. Die Angebote selbst gewinnen daher einen Bezug zu der Lebenserfahrung des Patienten. In der Pflege von wachkomatösen Menschen gilt die Anregung durch gewohnte Informationen beispielsweise als ein effektives Mittel. Die Rehabilitation im häuslichen Umfeld ist für diese Patienten evident wirksam (Zieger, 2007). Die häusliche Intensivpflege zeigt in diesem Zusammenhang gegenüber der Pflege im stationären Umfeld enorme Vorteile und Potentiale.

Förderliche Angebote

Die Angebote bauen auf dem Bekannten auf und sind am Erleben, der Biografie und an dem Lernpotential des jeweiligen Menschen orientiert. Sie sind einfach strukturiert, verständlich und interessant. Sie entfalten eine Bedeutung für den Patienten und laden ihn deshalb ein, mitzumachen und aktiv zu werden. In diesem Zusammenhang ist es geraten, ganz bewusst den Begriff der "Maßnahmen", die verrichtet werden, zu vermeiden und stattdessen die Formulierung "Angebot" zu verwenden. Ein Angebot schließt die Aktivität des Patienten ein, der letztendlich darüber entscheidet, ob das Angebot richtig gewählt ist oder noch einer Änderung bedarf. In diesem Sinne sind unter den Angeboten der Basalen Stimulation Einladungen zu verstehen, die der Patient akzeptieren oder ablehnen kann.
Angebote fördern Fähigkeiten. Der Patient öffnet seine Augen, also läuft die Kommunikation (auch) über Blickkontakt. Der Patient be-

Individualität	• Beachtung der zentralen Ziele • Sicherung eines angemessenen Kommunikationsaufbaus • Einbeziehung der bisherigen Lebenserfahrungen (Biografie) • Anknüpfung an den bisherigen Tagesrhythmus • Wechsel von Aktivitäten und Ruhezeiten im Rhythmus des Patienten • Individuell ausgewählte Hygieneartikel • Individueller Umgang mit unangenehmen Erfahrungen • Benutzung privater Bettwäsche • Rückzug in Nischen ermöglichen	**Vestibuläre Anregung**	• Dialogaufbau, z.B. im Atemrhythmus, zur Förderung der Wachheit und Aufmerksamkeit, zur Ruhe und Beruhigung • Bei Umlagerungen • Kornährenfeldübung nach J. Rannegger
Organisation	• Verwendung spezieller Anamnese und Dokumentationsbögen • Planung und Umsetzung individuell abgestimmter Tagesabläufe • Wechselseitige Information zwischen Pflegeteam und Angehörigen	**Vibratorische Anregung**	• Mobilisierung • Kontinenztraining • Atemförderung • Allgemeine Wahrnehmungsförderung
Integration von Angehörigen	• Beteiligung an der Pflege • Biografiearbeit	**Orale Anregung**	• Mundraum erfahren • Nahrungsaufnahme • Mundpflege
Somatische Anregung	• Berührung/Initialberührung Waschungen, z.B. beruhigend, belebend, entfaltend, basal stimulierend, symmetrisch, neurophysiologisch, Spastiken lösend, Lemniskatenwaschung • Körpererfahrung, z.B. mit Händen, Lotion, Massagehandschuhen, Tüchern, Bettdecke, Temperaturwechsel • Positionierung, z.B. aktivierend, umgrenzend, verschiedene Materialien, situationsbezogen • Umpositionierung, z.B. rhythmisch, mit Begrenzung, im Atemrhythmus, mit Laken • Atemstimulierende Einreibung	**Auditive Anregung**	• Reduktion der Geräuschkulisse • Bekannte Stimmen/Geräusche • Musik hören • Musik machen
		Visuelle Anregung	• Umweltgestaltung • Bilder/Objekte • Kleidung/Schminke
		Taktil-haptische Anregung	• Geführte und begleitete Bewegung • Tastpfade • Körpererfahrung • Pflegeintegrative Angebote

Angebote der Basalen Stimulation stellen die Erfahrungen des Patienten und den Respekt vor seiner Individualität in das Zentrum der Aufmerksamkeit.

Tabelle: Nydahl/Eberhardt

Ihr Recht: Wohngemeinschaft oder Heim?

Wenn eine ambulante Wohngemeinschaft unter das Heimgesetz fällt und damit als Heim qualifiziert ist, kann dies gravierende Folgen haben. Dazu gehören:

- Die Heimbauverordnung ist anwendbar und muss beachtet werden
- Die Heimpersonalverordnung ist anwendbar und muss beachtet werden
- Häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V muss von den Krankenkassen nicht mehr übernommen werden.

Die Anwendung des Heimgesetzes kann also die Existenz einer ambulanten Wohngemeinschaft bedrohen. Im Regelfall entsprechen weder die von den Bewohnern genutzten Räume der Heimbauverordnung, noch wird das Personal vor Ort die Qualifizierung nachweisen können, die das Gesetz fordert (z.B. Heimleiter, pädagogisch, psychologische Zusatzausbildung). Beides sind hinreichende Gründe für die Heimaufsicht, eine ambulante Wohngemeinschaft sofort zu schließen. Doch selbst wenn, wie in manchen Bundesländern der Fall, die Heimaufsicht die ambulante Wohngemeinschaft ohne die Voraussetzung der Heimbauverordnung bzw. der Heimpersonalverordnung weiter existieren lässt, bringt die Geltung des Heimgesetzes ernsthafte wirtschaftliche Probleme mit sich. Sofern nämlich die ambulante Wohngemeinschaft unter das Heimgesetz fällt, ist die Krankenkasse nicht mehr verpflichtet, die Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V zu bezahlen. Die stattdessen gezahlten Tagessätze erlauben zwar den Betrieb von Heimen mit ausreichender Bewohnerzahl, schaffen jedoch keine vernünftige finanzielle Basis für kleine ambulante Wohngemeinschaften.

Rechtssicherheit gewinnen

Der Begriff der "ambulanten Wohngemeinschaft" ist gesetzlich nicht definiert. Kein Wunder also, dass die Abgrenzung zwischen Heim und ambulanter Wohngemeinschaft schwierig ist und je nach Heimaufsicht unterschiedlich ausfällt. Bei deutschlandweiter Betrachtung fallen extreme regionale Unterschiede auf. In dem einen Bundesland existieren hunderte von ambulanten Wohngemeinschaften quasi als normale Versorgungsform, in anderen Bundesländern hingegen ist das Versorgungskonzept nicht existent. Um größtmögliche Rechtssicherheit zu erzielen, ist es daher notwendig, auf die einschlägige Rechtsprechung (zuletzt BSG 01.09.2005, Az.:B 3 KR 19/04 R) zurückzugreifen und die darin erarbeiteten Abgrenzungskriterien in der juristischen Konstruktion zu beachten.

1.) Mietvertrag und Pflegevertrag trennen
Es ist dringend geboten, in der Ausgestaltung der Verträge darauf zu achten, dass der Vermieter des Wohnraumes nicht identisch ist mit dem Anbieter der ambulanten Pflegedienstleistung. Es ist außerdem günstig, wenn der Eindruck vermieden wird, dass mit dem Abschluss des Mietvertrags eine Verpflichtung entsteht, einen speziellen Pflegedienst (der ggf. Verbindungen zu dem Vermieter hat) in Anspruch nehmen zu müssen.

2.) Bewohner verfügen über eigene Haushalte
Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem September 2005 ist davon auszugehen, dass es für das Vorliegen einer ambulanten Wohngemeinschaft nicht ausreichend ist, wenn die einzelnen Bewohner der Einrichtung über einen abgeschlossen Wohnraum verfügen. Natürlich ist es rein baulich zur Abgrenzung zu einem Heim zunächst wichtig, dass jeder Bewohner einen abgeschlossenen Raum für sich hat und sämtliche häusliche Verrichtungen (z.B. Küche zum Kochen, Stauraum für Vorräte) möglich sind. Daneben fordert das Bundessozialgericht jedoch, dass die Bewohner ihr Leben auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eigenständig führen. Dies ist z.B. dann nicht der Fall, wenn ein fester Tagespflegesatz vereinbart wurde, in dem u.a. Miete oder Essen enthalten sind. Eine wirtschaftlich eigenständige Lebensführung liegt aber dann vor, wenn der Bewohner den Mietvertrag selbst ausgehandelt hat, seine Einkäufe eigenständig tätigt und vor allem sein Geld selbst verwaltet.

Tipp: Das betreuende Personal sollte in der Wohngemeinschaft keinen Dienstraum haben. Ein Büro oder Besprechungszimmer weckt eine gewisse Nähe zum Bild eines Heims, die vermieden werden sollte.

3. Behandlungspflege von der Gesamtleistung trennen
Der Pflegevertrag darf den Patienten keinesfalls versprechen, dass die Behandlungspflege als ein Teil der Gesamtleistung erbracht wird. Stattdessen kann die Behandlungspflege in ambulanten Wohngemeinschaften nach § 37 SGB V abgerechnet werden. Gerade wenn davon auszugehen ist, dass ein eigener Haushalt des Versicherten vorliegt, erscheint es als folgerichtig, die Behandlungspflege wie eine Leistung der häuslichen Krankenpflege abzurechnen. Bieten ambulante Pflegedienste diese im Rahmen einer Gesamtleistung an, lässt sich das wiederum als ein Indiz dafür werten, dass es sich bei der Einrichtung um ein Heim handelt.

Tipp: Wenn Gelder der Patienten über Konten des Pflegedienstes fließen, ist insbesondere darauf zu achten, dass es sich um ein reines Verwaltungskonto handelt. Die Patienten müssen über ihre Gelder selbständig verfügen können, damit eine wirtschaftliche Eigenständigkeit angenommen werden kann.

Checkliste – Das Wichtigste auf einen Blick

Sofern sich alle folgenden Fragen mit ja beantworten lassen, liegt eine ambulante Wohngemeinschaft vor:

- Mietvertrag und Pflegevertrag sind getrennt?
- Vermieter ist andere Person als der Pflegedienst?
- Abschluss des Mietvertrags ist nicht an die Beauftragung des Pflegedienstes gekoppelt?
- Bauliche Voraussetzungen für einen eigenen Haushalt liegen vor?
- Persönliche Voraussetzungen für einen eigenen Haushalt liegen vor?
- Kein Versprechen, die häusliche Krankenpflege unentgeltlich zu erbringen?
- Pflegedienst unterhält keine eigenen Büroräume in der Einrichtung?

Christina Loy-Birzer, Rechtsanwältin

wegt seine linke Hand, also beginnen Pflegende einen Positionswechsel mit einer Unterstützung der linken Hand. Der Patient spürt seinen Körper, also fördern Pflegende ihn in seinem Spüren durch ein Nachmodellieren des Körpers. Die Angebote zielen darauf, den Patienten in seinem Lern- und Entwicklungsprozess zu unterstützen.

Gemeinsame Ziele entwickeln

Welches Ziel hat der Patient selbst? Was will er "lernen"? Hierzu haben Bienstein und Fröhlich die "zentralen Ziele" formuliert, die helfen können, sich der Lebenswirklichkeit des Patienten anzunähern, ihn zu verstehen und ihn zu fördern.

Zentrale Ziele des Konzeptes Basale Stimulation sind:

- Leben erhalten und Entwicklung erfahren
- Das eigene Leben spüren
- Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen
- Den eigenen Rhythmus entwickeln
- Außenwelt erfahren
- Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten
- Sinn und Bedeutung geben
- Sein Leben gestalten
- Autonomie und Verantwortung leben.

Die Ziele können eine Orientierung geben, wie einzelne Angebote zu gewichten sind. Eine beruhigende Ganzkörperwaschung lässt sich für jemanden, dessen Ziel "Das eigene Leben spüren" ist, anders gestalten, als für jemanden, dessen Ziel "Sinn und Bedeutung geben" ist. In diesem Sinne sind die Ziele eine Möglichkeit, die Förderung nicht nur an dem pflegerischen Wissen und den daraus abgeleiteten Notwendigkeiten zu orientieren, sondern sie im Leben des Patienten zu verankern. Es geht also im Kern darum, eine Verbindung zu schaffen zwischen dem pflegerischen Wissen, den abgeleiteten Notwendigkeiten und der Förderung der Lebenswelt des Patienten. Um diesen Bezugspunkten gerecht zu werden, ist es häufig notwendig, Kompromisse einzugehen (Grafik S. 4).

Woher wissen Pflegende, ob sie auf dem richtigen Weg sind? In der Praxis zeigt sich oft, dass das Wohlbefinden des Patienten als Parameter für die Wirksamkeit basal stimulierender Pflege herangezogen wird: wenn der Patient sich anschließend wohl zu fühlen scheint, war es eine gute Pflege. Diese Beurteilung ist verständlich, weil "Wohlgefühl" als ein zentrales Kriterium für die allgemeine Pflege gilt. Basal stimulierende Pflege geht jedoch über diesen subjektiven Ansatz hinaus. Hierzu haben Fröhlich und Nydahl Kriterien aufgestellt, mit denen Pflegende basal stimulierende Pflege reflektieren und beurteilen können (Fröhlich, Nydahl; 2007):

- Pflegerische Ziele im engeren Sinne – was wurde erreicht?
- Vertrauen – in wie weit wirkte das Verhalten der Pflegekraft auf den Patienten vertrauenswürdig?
- Selbstbestimmung – in wie weit wurde die Selbstbestimmung des Patienten gefördert?
- Fähigkeiten und zentrale Ziele – wie wurde der Patient in seinen Fähigkeiten und seiner Entwicklung (zentrale Ziele) unterstützt?
- Biographie – hatten die Angebote einen Bezug zu der Lebenserfahrung des Patienten?

Haltung, Kompetenz und Technik

Das Konzept Basale Stimulation wurde von Andreas Fröhlich ausdrücklich als ein offenes Konzept angelegt. Es ist nicht fest und abschließend definiert, sondern sinnvollen Weiterentwicklungen jederzeit zugänglich. So wurden in den 90er Jahren die "Stimulationen" von "dialogorientierten Angeboten" ersetzt. Um die Jahrtausendwende kamen die "zentralen Ziele" hinzu.

Fröhlich sprach auf einem Vortrag im Frühjahr 2007 erstmals von der "Technik" der Basalen Stimulation. Da der Begriff Technik innerhalb des Konzeptes bislang als Unwort galt, kommt dieser Betonung eine besondere Bedeutung zu. Hier eröffnen sich neue Wege zur Vermittlung des Konzeptes. Wenn das Konzept in die Trias "Techniken", "Kompetenzen" und "Haltung" zu gliedern ist, lässt sich sein Inhalt leichter vermitteln. Gerade Anfänger haben Schwierigkeiten, das Konzept umzusetzen, weil sie konkrete Handlungsanweisungen, mithin Regeln, vermissen. Erfahrene Anwender (Experten) legen mehr Wert auf die Haltung und Werte des Konzeptes und die Möglichkeit, es intuitiv umzusetzen. Die Konflikte in der Vermittlung sind aus dieser Konstellation heraus vorgezeichnet. Deshalb eröffnet die neu vorgeschlagene Differenzierung in "Techniken", "Kompetenzen" und "Haltung" einen neuen Zugang, über den das Konzept sehr viel leichter zu verstehen, zu lernen, umzusetzen und zu lehren ist.

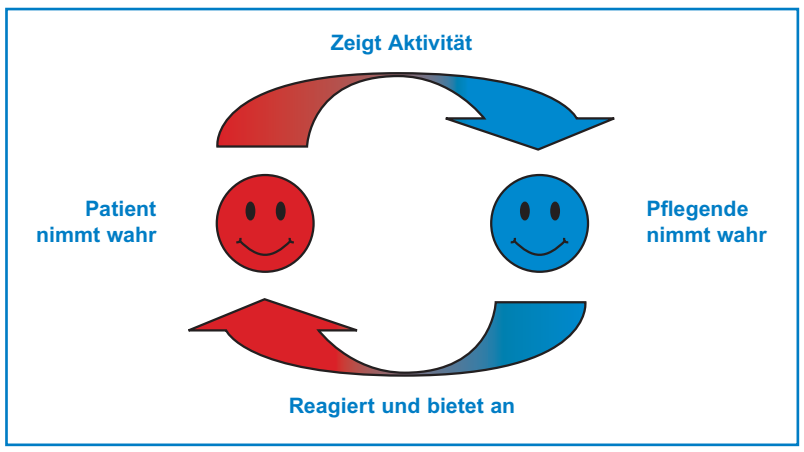
Haltung

Die Haltung jedes Pflegenden gründet auf seinem persönlichen Menschenbild und den damit verbundenen Werten. Problematisch wirkt im Alltag oft, dass Kollegen sich während der dienstlichen Kontakte nur selten über die Werte austauschen. Tatsächlich bestimmt aber genau diese innere Haltung das Handeln. Sie gibt dem Einzelnen die Fähigkeit, die eigene oder auch fremde Pflege zu beurteilen. Aus den unterschiedlich ausgeprägten Weltbildern entstehen fast zwangsläufig Konflikte.

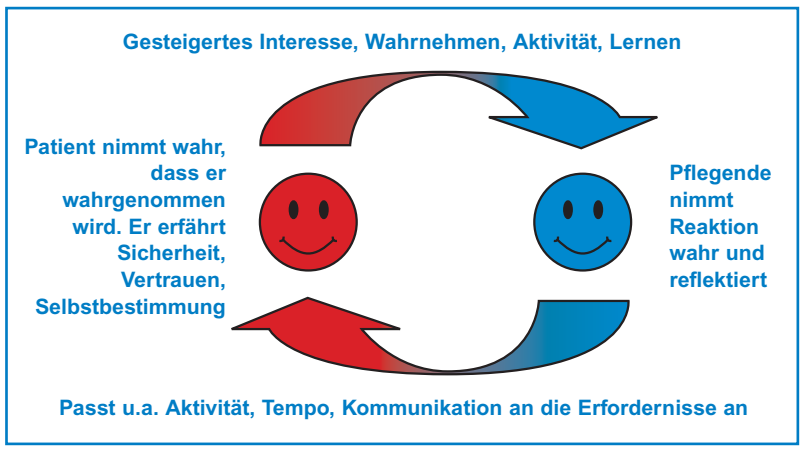
Hier sollen sowohl Regeln für Diskussionen im pflegerischen Team als auch das Wertegerüst, das der Basalen Stimulation zugrunde liegt, kurz beschrieben werden.

Der Mensch lebt und entwickelt sich in kontinuierlicher Wechselbeziehung zu seiner Umwelt und strebt dabei nach Autonomie. Je stärker diese Autonomie und die Beziehungsfähigkeit zur Umwelt z.B. durch eine Erkrankung eingeschränkt sind, desto mehr ist der Mensch darauf angewiesen, dass sich die Umwelt zu ihm in Beziehung setzt.

Personenzentrierte Pflege kann der Umwelt Bahnen eröffnen, mit denen sie den Menschen leichter erreicht. Pflege kann den Menschen



Die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft ist keine Einbahnstraße,



… sondern gestattet beiden Partnern Aktion und Reaktion.

Grafik: Nydahl/Eberhardt

jedoch nicht gesund machen. Sie kann aber beim Gesundwerden helfen.

Gemäß dem Koordinatensystem der Basalen Stimulation verstehen Pflegende den Patienten als gleichwertigen Partner und als ganzheitlichen Menschen. Sie treten ihm mit Respekt entgegen. Ganzheitlichkeit ist in diesem Zusammenhang definiert als die Einheit von Körper, Geist und Seele. Eine Aufspaltung dieser untrennbaren Elemente wäre künstlich. Aus dieser Position stellt sich der Mensch als ein Wesen mit einer individuellen Geschichte und der stets vorhandenen Fähigkeit zum Erleben dar, als ein Subjekt mit dem elementaren Bedürfnis nach Ausdruck und Kommunikation in jeder Lebenssituation. Der Mensch gebietet deshalb während seiner gesamten Lebensspanne über kommunikative und soziale Kompetenz und ganz eigene, für ihn sinnvolle Bewältigungsstrategien – dies gilt auch für Komapatienten (vgl. Hannich, 1996; Zieger, 2007).

Bienstein und Fröhlich haben diese Werte noch deutlicher formuliert (Bienstein, Fröhlich; 2003):

- Jeder Mensch hat das Recht auf Würde
- Jeder Mensch ist einzigartig
- Jeder Mensch entwickelt sich
- Jeder Mensch ist Subjekt seiner Entwicklung
- Menschliche Entwicklung hat Autonomie zum Ziel
- Jeder Mensch hat das Recht auf eine würdevolle Begegnung.

Kompetenz

Welche Kompetenzen müssen Pflegende entwickeln, um basal stimulierende Pflege anbieten zu können? Neben dem Fachwissen betonen Bienstein und Fröhlich die **Fähigkeit zur Informationssammlung mithilfe der biographischen Anamnese,** die anhand des aktuellen Status und Erlebens abgeglichen werden muss, z.B.: Ist die Lieblingsspeise auch nach dem Schlaganfall immer noch lecker? In der häuslichen Intensivpflege ergeben sich durch den engen Kontakt mit den Angehörigen zahlreiche Möglichkeiten, Informationen aus dieser Kategorie zu sammeln. Nachdem das Wissen verfügbar ist, muss man es nur noch transparent und nachvollziehbar dokumentieren, damit es für das gesamte Team verfügbar wird.

Eine andere Kompetenz besteht in der **Fähigkeit zur differenzierten Beobachtung.** Es ist enorm hilfreich, dafür Modelle zur Strukturierung der Beobachtung zu nutzen. Die Differenzierung anhand der Sinnesbereiche oder auch mithilfe des Modells ganzheitlicher Entwicklung nach Fröhlich und Haupt bieten sich an. Eine einfach strukturierte Beobachtung bezieht sich z.B. auf die Fähigkeiten des Patienten zur Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation.

Die **Einschätzung des Pflegebedarfs** ist eine andere Kompetenz. Bienstein und Fröhlich empfehlen verschiedene Skalen, mit denen der Selbstpflegebedarf messbar wird. Dies hilft Pflegenden in der Praxis, Pflegeprobleme zu formulieren und den notwendigen Kompromiss zwischen zwingend erforderlichen Pflegetätigkeiten (z.B. Verbandwechsel, Wechsel der Körperposition zur Dekubitusprophylaxe) sowie der lebensbegleitenden Förderung durch Basale Stimulation zu leisten.

Der Fähigkeit, das **Bewusstsein des Patienten einschätzen zu können,** kommt eine besondere Bedeutung zu. Hierzu stehen ebenfalls verschiedene Skalen zur Verfügung. Für die korrekte Erhebung ist es notwendig, Fachwissen aus Studien zum Erleben von Patienten mit der aktuellen Beobachtung zu verknüpfen. Eine sehr kreative und für Pflegende herausfordernde Kompetenz bezieht sich auf die **Tages- und Lebensgestaltung.** Pflegende denken und handeln oft in Pflegekategorien. Der Patient ist z.B. abends unruhig, also wird er (beruhigend) gewaschen. Hand aufs Herz: wer geht sich tatsächlich abends waschen, wenn sich der Schlaf nicht einstellen mag? Pflegenden fällt es schwer, in Alltagskategorien zu denken, das Krankheits-Raster hinter sich zu lassen und Entscheidungen ganz außerhalb der ausgetretenen Pflegebahnen zu treffen. In diesem Sinne ist es tatsächlich eine große pflegerische Leistung, mal nichts zu tun, ganz still bei einem Patienten zu sitzen und mit ihm zu summen, zu spielen oder ganz einfach nur da zu sein.

Technik

Das Konzept der Basalen Stimulation bietet viele Techniken an, die als Angebot umgesetzt werden können. Ein großer Teil von ihnen lässt sich problemlos in die tägliche Pflege integrieren. Andere Techniken gehören nicht originär in die Pflege, z.B. das Wiegen des Kopfes zum Dialogaufbau. Sie sind deshalb zeitaufwendiger. Es gilt: Nicht jeder Patient benötigt das gesamte Repertoire der Stimulation, weil es leicht geschehen kann, dass man des Guten zu viel tut und den Betroffenen mit Reizen überschwemmt. Besser ist es, eine sinnvolle Auswahl anhand der biographischen Anamnese zu treffen, die zentralen Ziele zu verfolgen und die Reaktionen auf die Angebote genau zu beobachten.

Umsetzung in die Praxis

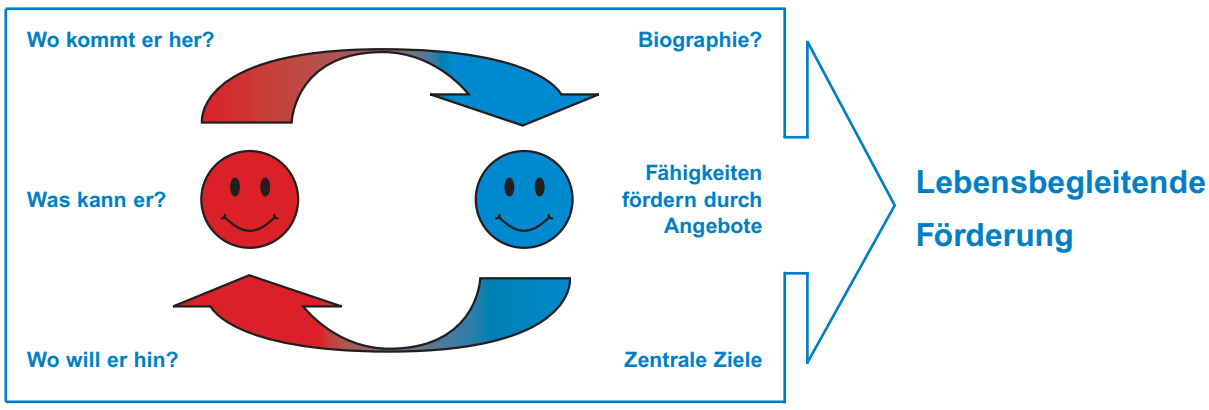
Das Zusammenspiel von Haltung, Kompetenz und Technik ermöglicht es den Pflegenden, basal stimulierende Pflege im Alltag des Betroffenen umzusetzen. In Bezug auf dieses Zusammenspiel kann die Pflege des Beispielpatienten, Gerhard R., der am Beginn dieses Textes vorgestellt worden ist, so gestaltet werden, dass die Mundpflege auch ohne Gewaltanwendung möglich ist. Folgende Aspekte sind bei der Durchführung wichtig:

- Der Mund soll nie gewaltsam geöffnet werden; es ist zu respektieren, wenn er verschlossen bleibt
- Die Mundpflege ist als ein Angebot an Gerhard R. zu verstehen und er ist selbstverständlich berechtigt, es abzulehnen. Mithilfe einer Reflexion könnte man versuchen, herauszufinden, ob die Mundpflege das geeignete Angebot für Gerhard R. ist
- Das vehemente Verschließen des Mundes kann die Folge von negativen Erlebnissen mit der Mundpflege sein. Daher könnte das zentrale Ziel, Sicherheit und Vertrauen aufzubauen, an erster Stelle stehen
- Damit Gerhard R. die Mundpflege in einen Sinnzusammenhang bringen kann, lässt sie sich gut mit der morgendlichen Ganzkörperpflege verbinden.

Die Reihenfolge der pflegerischen Handlungen unterstützt den Patienten in der Kontaktaufnahme mit seiner Umwelt. Pflegende beginnen die Körperwaschung nicht im Gesicht, sondern an den Beinen.

Dabei umfassen sie die Beine modellierend und fahren mit dem Waschlappen in der Haarwuchsrichtung über die Haut.

Gerhard R. soll dadurch seine Körpergrenzen besser wahrnehmen. Das Beginnen in der Peripherie gibt ihm Zeit, Vertrauen in die Berührung des Pflegenden zu bekommen. Beim Waschen beobachtet der Pflegende Gerhard R. sehr sorgfältig, insbesondere darauf, ob er eine Körperspannung aufbaut, die einer Schmerzäußerung entsprechen könnte. Damit Gerhard R. merkt, dass er ernst genommen wird, sollte der Pflegende auf eine solche Beobachtung unbedingt reagieren. Eine kleine Pause oder eine Veränderung in der Haltung könnte den Patienten spüren lassen, dass die Pflegekraft ihn als Person akzeptiert und nicht als ein zu waschendes Objekt betrachtet. Die Pflegekraft passt den Handlungsablauf sehr genau an die Reaktionen von Gerhard R. an, wäscht ihn nach einem beruhigenden Muster bis zum Oberkörper und trocknet ihn ab. Während der gesamten Handlungsfolge bleibt der Körperkontakt bestehen, zumindest mit dem deutlich wahrnehmbaren Druck einer Hand, da der Patient sich auf unterbrochene und scheinbar aus dem Nichts eintreffende Berührungen immer wieder neu orientieren müsste. Es empfiehlt sich, das Gesicht erst nach der Rasur zu waschen. Aus der biographischen Anamnese von Herrn R. geht hervor, dass er das trockene Rasieren bevorzugt.



Die Lebenserfahrungen des Patienten bilden die Basis für stimulierende Pflege.

Grafik: Nydahl/Eberhardt

Beim Rasieren merke ich bereits, dass der Blick von Herrn R. nicht mehr ins Leere gerichtet ist, sondern dass er mich beobachtet und mich gezielt ansieht. Befindet sich Gerhard R. nun im Hier und Jetzt? Genau diesen Eindruck habe ich. Die Spannung der Wangenmuskulatur ist immer nochvorhanden. Als ob ich eine Frage formulieren wollte, führe ich die Zahnbürste an seine Lippen und warte, bis er diese Aufforderung beantwortet, indem er seine Lippen leicht öffnet.
Danach kann ich leicht die Zahnbürste einführen und auch die Zunge reinigen. Dabei gehe ich sehr strukturiert vor: ich bürste immer dreimal von hinten nach vorne, halte immer die gleiche Reihenfolge der Quadranten ein – in der Hoffnung, das dieses Ritual Herrn R. Sicherheit und Vertrauen vermittelt. Ich verzichte auf die Zahnpasta, da ich sonst den Mund aussaugen müsste. Dieser eher unangenehme Reiz könnte Misstrauen wecken. Stattdessen verwende ich Tees, die Herr R. früher gerne getrunken hat. Er wirkt aufmerksam und bewegt in Ansätzen sogar seine Zunge.
Die Mundpflege ist nun gut durchführbar. Allerdings stellte sich die Zugänglichkeit von Herrn R. nicht von heute auf morgen ein. Das Team der Pflegenden hat viel Geduld aufbringen müssen und manchmal gibt es auch Tage, an denen Herr. R. die Mundpflege verweigert. Das ist nicht immer leicht zu akzeptieren. Aber unsere zugewandte Haltung und die Abwesenheit von Zwang helfen Herrn R., Sicherheit und Vertrauen in seine neue Lebenswelt zu gewinnen. Daraus bezieht er die Kraft für neue Entwicklungsschritte.

Zuhause in Sicherheit

Ist eine Entwicklung auch im Koma möglich?
Das Konzept der Basalen Stimulation geht davon aus, dass sich jeder Mensch kontinuierlich entwickelt, sei er gesund oder krank. Gerade zuhause, dem vertrauten Ort, an dem der Patient in die Familie eingebunden ist, die ihm Sicherheit und Vertrauen vermittelt, lassen sich optimale Bedingungen schaffen, den Patienten in seiner Lebenssituation respektvoll zu begleiten und zu fördern.
"Die Würde des Menschen kann durch Entwicklungsbeeinträchtigung, Krankheit, Verwirrtheit und auch durch ein Leben im Koma mit scheinbarer tiefer Bewusstlosigkeit nicht eingeschränkt oder verändert werden, sie ist jedem Menschen gleichermaßen eigen." (Fröhlich, Bienstein; 2003)

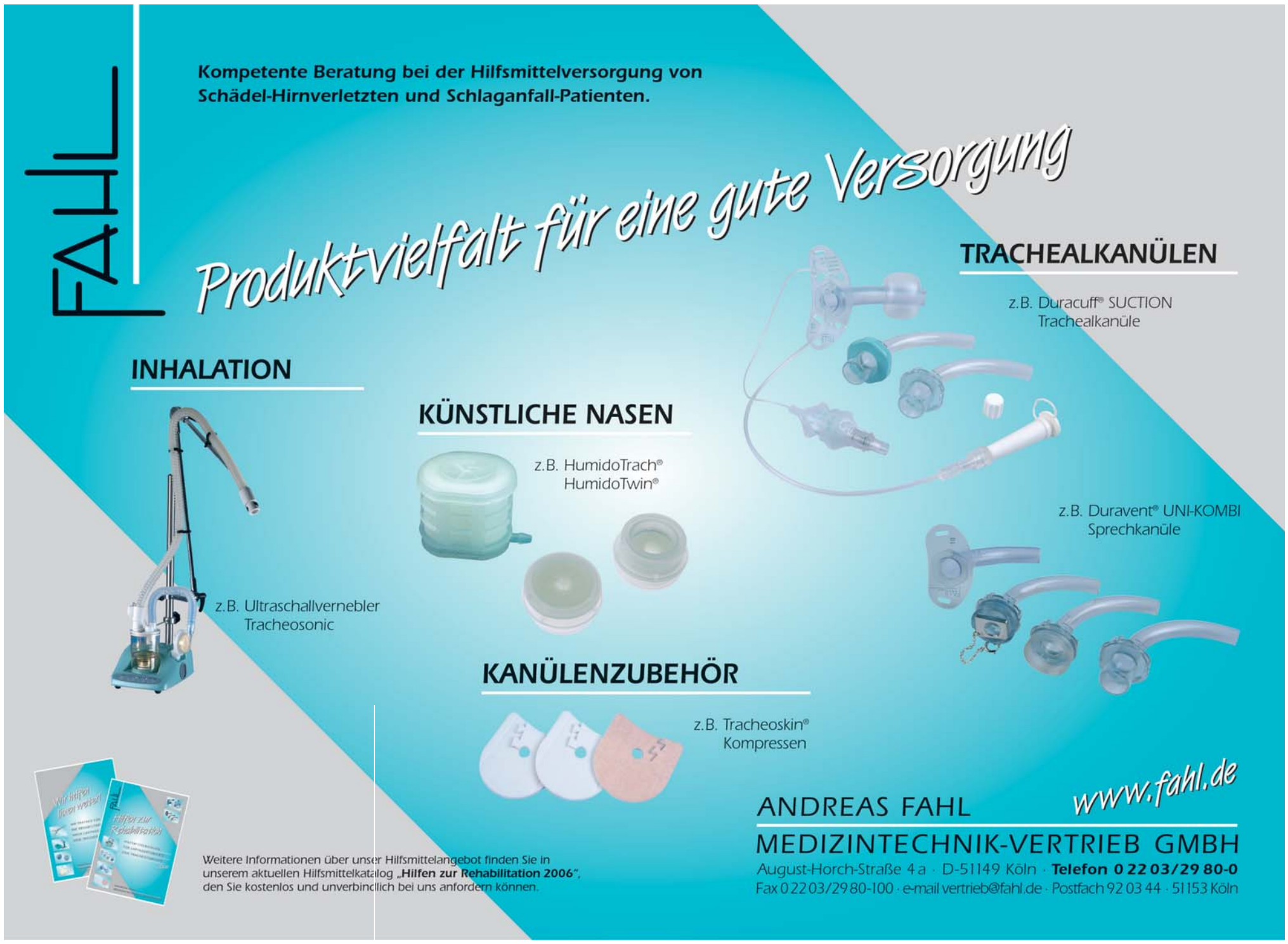
Möglichkeiten der Fortbildung

Informationen finden sich auf der offiziellen Homepage der Basalen Stimulation:
www.basale-stimulation.de
Dort sind auch Hinweise für die Weiterbildung zum Praxisbegleiter für Basale Stimulation in der Pflege erhältlich.

Christiane Eberhardt, Fachkrankenschwester für Intensiv- und Anästhesiepflege, Praxisbegleiterin für Basale Stimulation in der Pflege
Peter Nydahl, Krankenpfleger, Kurs- und Weiterbildungsleiter für Basale Stimulation in der Pflege, Pflegeexperte für Menschen im Wachkoma, Praxisanleiter

Literaturtipps:

Bienstein, C.; Fröhlich, A.: Basale Stimulation in der Pflege – die Grundlagen. Kallmeyer, Hannover, 2003.
Hannich, H.; Dierkes, B.: Ist Erleben im Koma möglich? Intensiv 4/96: 4 – 7, Thieme, Stuttgart, 1996.
Zieger, A.: Menschen im Wachkoma – Mythos und Lebenswirklichkeit. In: Nydahl, P. (Hrsg): Wachkoma. 2. Aufl., Elsevier, München, 2007.



TREFFEN WIR UNS BEIM ...

...MAIK!

Münchner außerklinischer Intensiv Kongress **2008**

31.10.2008 – 01.11.2008

Holiday Inn Hotel, München

Für weitere Informationen besuchen Sie bitte unsere Homepage

www.maik-online.org

Kontakt:

INTERPLAN
Congress, Meeting & Event Management AG

INTERPLAN
Congress, Meeting & Event Management AG
Frau Katharina Reinbold
Albert-Rosshaupter-Str. 65
81369 München
Tel.: 089 / 54 82 34-73
Fax: 089 / 54 82 34-42
E-Mail: maik2008@interplan.de

Zuwachsen lassen, was geschlossen gehört

Serie zum Wundmanagement Teil 4:
Die sensible Granulationsphase verlangt große pflegerische Aufmerksamkeit

Erst wenn eine Wunde infektionsfrei und sauber ist, kann die Granulation umfassend stattfinden.
Granulationsgewebe füllt die Wunde von unter her aus. Der Gewebsdefekt schließt sich nach und nach (siehe auch Teil 1 der Serie).
Die Kennzeichen einer Wunde in der Granulationsphase:
- Tiefrote Farbe, wie frisches Fleisch; Vorsicht: Pflegende dürfen die rote Farbe auf keinen Fall mit einer Infektion verwechseln
- Feuchter Wundgrund
- Keine Entzündungszeichen oder Nekrosen und Beläge
- Exsudation und Geruch sind unauffällig bzw. stark zurück gegangen
- Wunde wird vom Wundgrund aus zunehmend kleiner
- Granulationsgewebe hat ein körniges Aussehen.

Zur Beachtung: Große Wunden können u. U. alle drei Wundheilungsphasen zur gleichen Zeit aufweisen. Das heißt, an einer Stelle finden schon Granulation und Epithelisation statt, während an einer andern Stelle noch Nekrosen und Beläge vorhanden sind. Bei der Behandlung einer Wunde in verschiedenen Stadien der Heilung wählen Pflegende Verbandmaterialien aus, die allen drei Phasen gerecht werden. Geeignet sind Polyurethane, Hydropolymere oder Hydrofaserverbände.

Professionelle Fußpflege verringert u.a. bei Diabetikern das Risiko chronischer Wunden an den Zehen.

Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

Granulationszellen sind sehr empfindlich, deshalb verlangen sie einen besonderen Schutz gegen physikalische Einflüsse, die sich störend auf den Verlauf auswirken oder die frischen Zellen direkt schädigen. Demnach lauten auch die Ziele in der Granulationsphase:
- Jede unnötige Traumatisierung und Störung der Wunde ist vermieden
- Das Wundmilieu ist ideal feucht und warm
- Die Wunde ist vor Sekundärinfektionen geschützt
- Die Granulation schreitet fort und die Wunde verkleinert sich.

Die modernen Wundbehandlungsmittel gestatten es den Pflegenden, die Zahl der Verbandwechsel auf ein Minimum zu reduzieren. Sofern die Aufnahmekapazität der Produkte ausreicht und keine Zeichen einer sonstigen Störung zu erkennen sind, darf ein solcher Verband bis zu sieben Tage auf der Wunde bleiben. (In jedem Fall gilt: Herstellerangaben sind immer zu beachten.) Mit der konsequenten Einhaltung dieser Intervalle des Verbandwechsels ermöglichen Pflegende während dieser Zeit eine Wundruhe, die sich förderlich auf den Heilungsverlauf auswirkt.

Unterstützung der Granulation

Die Auswahl des angemessenen Wundbehandlungsmittels richtet sich v. a. nach der Exsudatmenge. Form und Tiefe der Wunde stellen ebenfalls wichtige Entscheidungskriterien dar.
Die folgenden modernen Verbandstoffe sind zur Anwendung in der Granulationsphase geeignet:
- Hydrogele
- Hydrokolloide
- Calciumalginate, ggf. mit Hydrogel oder Ringerlösung angefeuchtet
- Polyurethane, Hydropolymere, Hydrofasern
- Kollagen-Wundauflagen.

Die folgenden Maßnahmen haben sich als ungeeignet erwiesen:
- Antiseptika
- Häufige Verbandwechsel
- Verbandstoffe, die ankleben und bei jedem Entfernen Granulationszellen zerstören
- Manipulative Maßnahmen, z.B. starkes Reiben und Säubern der Wunde
- Salben zur Granulationsförderung
- Imprägnierte Gazen.

Stagnierende Granulation

Immer wieder kann es passieren, dass eine zunächst gute Granulationsleistung zum Stillstand kommt. Pflegende gewinnen in diesen Fällen leicht den Eindruck, über Tage hinweg zeitige die Behandlung keinen Fortschritt. Die Wunde ist nicht mehr so tiefrot, eher gelblich oder blasser geworden. Die Strukturen sind schwammig und ggf. lagern sich auch wieder Beläge an. Die stagnierende Granulation kann verschiedene Ursachen haben, z.B.:
- Mangelernährung, besonders Mangel an einer Zufuhr von Proteinen, Vitaminen, Spurenelementen
- Zunehmende Keimbelastung
- Fehlende oder unzureichende Kausaltherapie, z.B. Druckentlastung, Blutzuckereinstellung, Kompressionsverband
- Fehlende Ruhigstellung
- Durchblutungsstörungen
- Mangel oder Fehlfunktion der Wachstumsfaktoren
- Wunde ist zu trocken.

Natürlich ist es die primäre Aufgabe der Pflegenden, diese Störfaktoren auszuschalten. Im gleichen Zuge aber ist es notwendig, die eingesetzten Wundbehandlungsmittel auf ihre Wirkung hin zu überprüfen.
Als eine weitere Möglichkeit bei stagnierender Granulation, vor allem, wenn die begleitenden Ursachen zuverlässig ausgeschlossen sind, bietet sich die Vakuumversiegelung an, die neben ihrer Unterstützung der Reinigung auch förderlich auf die Granulation wirken kann.
Besteht der Verdacht auf eine zunehmende Keimbelastung, sind Antiseptika und silberhaltige Wundauflagen geeignet.
Kollagen-Wundauflagen sollen die Synthese und Organisation von körpereigenem Kollagen stimulieren und damit Granulation und Epithelisation beschleunigen.
Außerdem heißt es, dass das unter ihrem Einfluss neu gebildete Narbengewebe eine höhere Belastbarkeit und bessere kosmetische Ergebnisse aufweist. Obwohl diese Verbandmittel teuer sind, kann ihr Einsatz bei stagnierender Wundheilung durchaus einen Versuch wert sein.

Epithelisierung als Behandlungserfolg

Das letzte Stadium in der Wundheilung ist die Epithelisierung.
Während dieser Phase schieben sich die Zellen der Epidermis vom Rand der Wunde über die gesamte Fläche des defekten Gewebes und verschließen sie auf diese Weise ganz.
Eine Wunde, die sich in der Epithelisierungsphase befindet, erkennt man an folgenden Merkmalen:
- Granulationsgewebe hat das Niveau der Epidermis erreicht
- Deutlich erkennbare Epidermiszellen, die vom Rand her nach und nach über die Wunde sprießen
- Rosarote Farbe
- Wenig Wundsekret.

Bei einigen Wunden kann dieser letzte Schritt der Heilung zeitgleich mit anderen Phasen stattfinden. Das heißt, Epidermiszellen beginnen bereits mit der endgültigen Wunddeckung, während die Granulation an anderer Stelle noch nicht abgeschlossen ist. Vor allem bei tiefen Wunden mit geringem Durchmesser (z.B. Fisteln), besteht deshalb die Gefahr, dass Epidermiszellen die Wunde vollständig verschließen, während an der Wundbasis die Granulation noch im vollen Gange ist. In diesem Fall würde ein Abszess entstehen. Bei solchen tiefen Wunden halten Pflegende den Wundkanal mit Hilfe von Calciumalginat-Tamponaden nach oben hin offen.
Weitere Ziele in der Epithelisierungsphase sind:
- Die Wunde ist idealfeucht und warm

- Jede unnötige Störung und Traumatisierung ist vermieden.

Die folgenden modernen Verbandstoffe sind in der Epithelisierungsphase geeignet:

- Hydrogele
- Hydrokolloide
- Hydropolymere
- Dünne Polyurethane
- Semipermeable Wundfolien
- Imprägnierte Gazen.

Auch wenn die Epithelisierung abgeschlossen ist, bedenken Pflegende, dass das entstandene Narbengewebe noch lange nicht die Belastbarkeit von normalem Gewebe besitzt. Entsprechend ist die ehemalige Wunde für die erste Zeit nach dem Wundverschluss zu schützen und zu pflegen. Dazu eignen sich der Hautsituation angepasste Pflegeprodukte. Die Pflegenden weisen den (ehemaligen) Patienten darauf hin, den Wundbereich zu schonen.

Nach der Heilung ist es wichtig, dafür zu sorgen, dass die wundauslösenden Faktoren weiterhin zuverlässig ausgeschaltet bleiben, da es sonst schnell zu einem Rezidiv kommt. Beispiel: So lange ein Dekubitus vorhanden ist, achten Pflegende ganz konsequent auf Druckentlastung.

Sobald die Wunde dann abgeheilt ist, besteht die Gefahr, dass das pflegerische Team insgesamt nachlässiger arbeitet, z.B. die Umlagerungen nicht mehr entsprechend den Anforderungen ausführt. Gegen diese Tendenz hilft eine detaillierte Dokumentation, weil sie eine disziplinierende Wirkung hat. Pflegende denken daran, auch den Patienten selbst auf die Gefahr des Wiederauftretens einer chronischen Wunde hinzuweisen und sie erläutern die Risikofaktoren, bzw. geeignete Maßnahmen, um ihnen zu begegnen.

Diabetischer Fuß

Der diabetische Fuß ist eine gefürchtete Spätfolge des Diabetes mellitus. Etwa 15 % aller Diabetiker erleiden in Laufe ihres Lebens eine Fußläsion. Auch wenn die Defekte meist harmlos als kleine Verletzung beginnen, können die Folgen dramatisch sein. In 5 – 10 % der Fälle enden die Gewebsdefekte in einer Amputation. In Deutschland sind jedes Jahr mehr als 60 000 Amputationen nötig, davon sind zu etwa 70 % Menschen mit Diabetes mellitus betroffen.

Fußverletzungen bei Diabetikern haben nicht nur für den Betroffenen weit reichende Konsequenzen, sie stellen auch für das Gesundheitswesen eine große finanzielle Belastung dar. 50 % aller Krankenhaustage von Diabetikern entfallen auf die Versorgung diabetischer Fußkomplikationen.

Diese Zahlen wirken besonders fatal, weil der diabetische Fuß keineswegs unvermeidbar ist. Gezielte Prophylaxe und sorgfältige Behandlung auch kleinster Wunden könnten das Schlimmste verhüten. Voraussetzung wäre, dass Pflegende und Diabetiker über das entsprechende Wissen verfügen.

Entstehung eines diabetischen Ulkus

Die Entstehung ist ein multifaktorielles und komplexes Geschehen. Grundbedingungen sind (kombiniert oder als Einzelfaktoren):

- (Poly-)Neuropathie
- Periphere arterielle Durchblutungsstörung, die die großen Beinarterien (Makroangiopathie) oder die kleinen Arterien (Mikroangiopathie) im Fuß betreffen kann.

In ca. 45 % der Fälle liegt eine diabetische Neuropathie vor, bei weiteren 45 % eine Mischform aus Neuropathie und Durchblutungsstörung. 10 % sind auf eine reine periphere Durchblutungsstörung zurückzuführen.

Die Angiopathie (arterielle Durchblutungsstörung) begünstigt die Entstehung eines diabetischen Fußgeschwürs und beeinträchtigt die Heilung bestehender Ulzerationen.

Die Ausprägung der Arteriosklerose von Diabetikern entspricht im Schnitt dem Gefäßzustand von stoffwechselgesunden Menschen, die 10–15 Jahre älter sind. Das erklärt auch, warum Diabetiker Herzinfarkte, Schlaganfälle und Verschlüsse der Beinarterien früher erleiden als Menschen ohne Diabetes.

Kommen weitere Risikofaktoren dazu, z.B. Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Nikotinabusus, steigt das Risiko zusätzlich.

Bei Diabetikern finden sich die arteriellen Gefäßverengungen häufig im Bereich der Unterschenkel, während bei Nicht-Diabetikern bevorzugt die Oberschenkelarterien betroffen sind. Die klassische Claudicatio intermittens bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit ("Schaufensterkrankheit", Schmerzen bei längerer Gehstehstrecke) kann aufgrund der Neuropathie fehlen.

Mikroangiopathien sind Mikrozirkulationsstörungen in den kleinen Arterien. Durch sie verändern sich z.B. die Fließeigenschaft des Blutes und die Stoffwechselvorgänge im Interstitium. Die Nährstoffversorgung der Zellen und der Abtransport von Schlackenstoffen sind behindert.

Prophylaxe immens wichtig

Jeder Diabetiker ist bereits bei Feststellung der Krankheit über die Spätkomplikationen sorgfältig aufzuklären. In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe der Ärzte und des Pflegepersonals, den Patienten v. a. die Gefahren des diabetischen Fußsyndroms eindringlich nahe zu bringen, denn hier ergeben sich die wichtigsten Möglichkeiten, selbst vorbeugend aktiv zu werden. Die Schwerpunkte liegen auf der Selbstuntersuchung des Fußes, der Fußpflege und auf der Verwendung von geeigneten Schuhen.

Der Arzt kann beurteilen, wie hoch das individuelle Risiko ist, ein diabetisches Fußsyndrom zu entwickeln. Um eine möglichst genaue Prognose zu erhalten, sollte der Diabetiker am besten eine diabetologische Schwerpunktpraxis oder eine Fußambulanz aufsuchen. In diesen Einrichtungen arbeiten spezialisierte Ärzte u.a. eng mit Diabetesberatern, Fußpflegern, Orthopädieschuhmachern und Wundmanagern zusammen.

Für Diabetiker ohne Polyneuropathie oder arterielle Durchblutungsstörungen sind bequeme Konfektionsschuhe aus weichem Leder ausreichend. Sie sollen darauf achten, dass im Innenschuh keine Nähte sind, die drücken oder reiben könnten.

Liegen zusätzlich mäßige Fußdeformitäten vor, z.B. Halux valgus, soll der Betroffene Konfektionsschuhe mit orthopädischen Einlagen tragen.

Diabetiker mit Polyneuropathie und arteriellen Durchblutungsstörungen benötigen einen Spezialschuh mit entsprechender Fußbettung. Weist ein solcher Risikopatient zusätzlich noch starke Fußdeformitäten auf, muss er einen orthopädischen Maßschuh tragen. Bei Rezeptur wird der größte Kostenanteil von den Krankenkassen übernommen.

Wichtig ist, dass die Schuhe nicht nur ab und zu getragen werden, sondern immer. Empfehlenswert sind deshalb zwei Paar für draußen und ein Paar Hausschuhe.

Auf keinen Fall dürfen die Patienten Schuhe mit hohen Absätzen tragen, denn diese bringen noch mehr Druck auf den Vorfuß.

Aufgrund der Sensibilitätsstörungen nehmen die Patienten Druck und heiße Temperaturen nicht oder nur unzureichend wahr. Ziel ist deshalb, Druckeinwirkung sowie extreme Kälte oder Hitze von vornherein zu vermeiden. Folgende Ratschläge sollte jeder Diabetiker beherzigen:

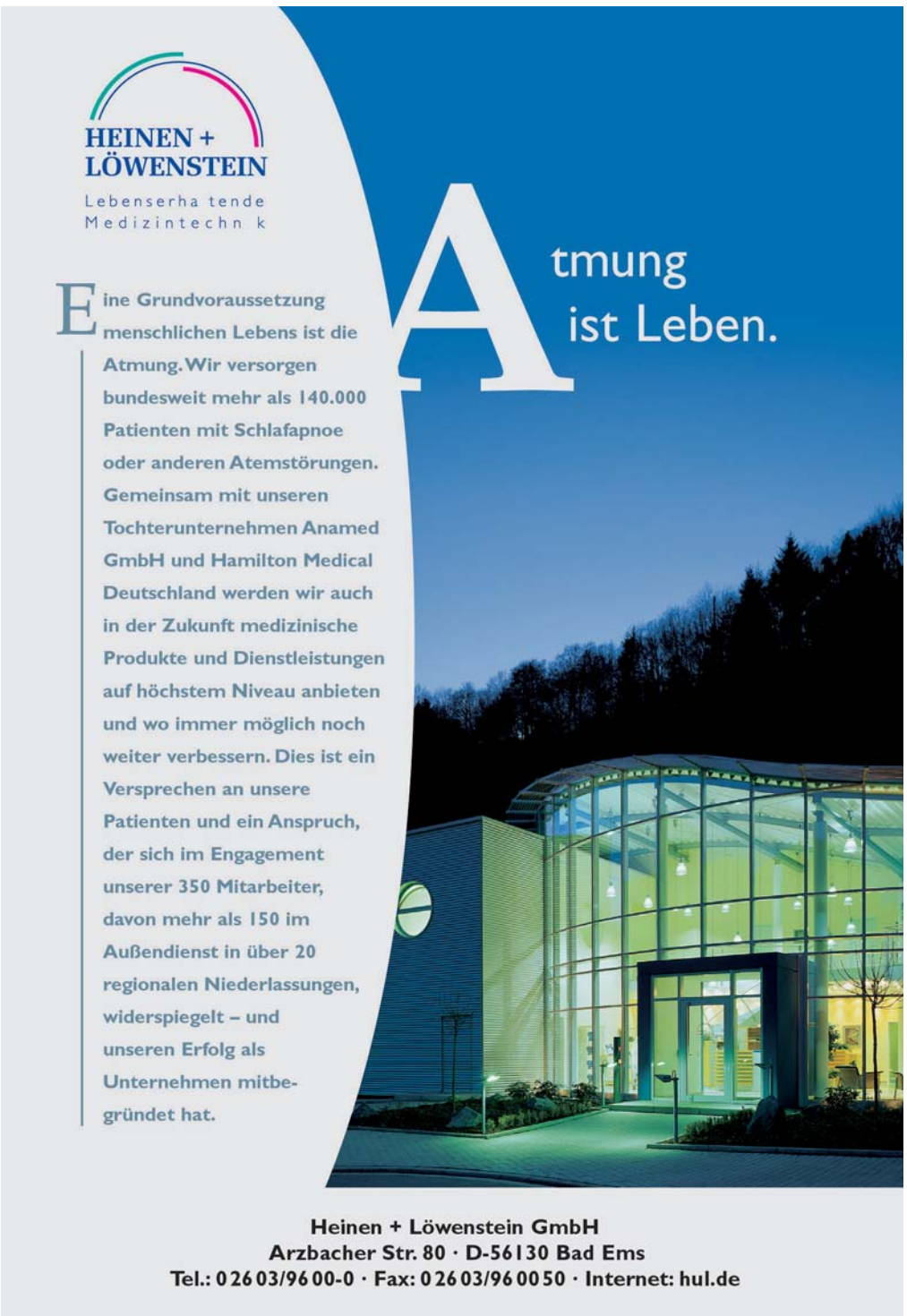
Stadium	Wesentliche Symptome
0	Keine Läsion, ggf. Fußdeformation, Hyperkeratose
1	Oberflächliche Ulzeration
2	Tiefes Ulkus bis zur Gelenkkapsel, zu Sehnen oder Knochen
3	Tiefes Ulkus mit Abszedierung, Osteomyelitis, Infektion der Gelenkkapsel
4	Begrenzende Nekrose an Vorfuß oder Ferse
5	Nekrose des gesamten Fußes

Stadieneinteilung des diabetischen Fußsyndroms nach Wagner.

Risikoprofil	Untersuchung
Keine sensorische Neuropathie	einmal jährlich
Sensorische Neuropathie	alle sechs Monate
Sens. Neuropathie + pAVK u./ o. Fußdeformitäten	vierteljährlich
Früheres Ulkus	alle ein – drei Monate

Die Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Diabetes zu den Intervallen, in denen sich Diabetiker ärztlichen Kontrollen unterziehen sollten, richten sich nach dem individuellen Risiko.

Tabellen: Christine Keller



- Keine Socken / Strümpfe tragen, deren Bünde einengen. Socken mit Nähten am Fuß sind ebenfalls ungeeignet
- Auswahl der Schuhe abhängig von der Risikosituation. Die Schuhe sollen hochwertig verarbeitet und aus einem guten Leder sein. Das gilt auch für die Hausschuhe. Sparen ist hier nicht angezeigt
- Bei bettlägerigen Patienten müssen die Fersen und Außenknöchel konsequent frei bzw. hohl gelagert sein
- Wärmflaschen, Heizdecken oder -kissen dürfen nicht verwendet werden. Fußbäder sind nur dann erlaubt, wenn die Wassertemperatur mittels Thermometer kontrolliert wurde. 40°C sollen nicht überschritten werden. Bei kalten Füßen sollen alternativ Wollsocken getragen werden
- Lange Sonneneinstrahlung mit Gefahr des Sonnenbrandes ist ebenfalls gefährlich
- Nie barfuß oder in Socken gehen
- Füße nicht mit scharfen oder spitzen Gegenständen bearbeiten, z B. Schere oder Hornhauthobel. Fußnägel lediglich gerade und nicht zu kurz feilen, damit die Ecken nicht einwachsen
- Bei eingewachsenen Fußnägeln, Hühneraugen oder Hyperkeratosen ist von einer Eigenbehandlung unbedingt abzusehen, stattdessen einen Podologen konsultieren. Bei bestehender Fußproblematik übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Etwa 10 % der Behandlungskosten muss der Betroffene selbst tragen
- Füße jeden Tag gründlich auf Verletzungen, Druckstellen u. ä. inspizieren. Nach Möglichkeit übernimmt das jemand anders. Für eine Eigenbeurteilung ist ein Spiegel sinnvoll
- Selbst kleine Verletzungen sorgfältig desinfizieren, mit einem sterilen Pflaster versorgen und beobachten. Bei Bedarf Arzt aufsuchen
- Socken aus Baumwolle oder Wolle tragen und täglich wechseln
- Füße täglich waschen bzw. baden, aber nicht länger als 3 – 5 Minuten, damit die Haut nicht aufweicht. Waschlotion mit einem sauren pH-Wert verwenden (< pH 7)
- Füße sorgfältig trocken, v. a. zwischen den Zehen
- Füße mit einer W/Ö-Emulsion pflegen, bei sehr trockener und rissiger Haut ist ein harnsäurehaltiges Produkt sinnvoll. Zehenzwischenräume dürfen nicht eingecremt werden
- Auf Anzeichen einer Pilzinfektion achten: Juckreiz, Haut ist gerötet, schuppt und reißt ein; Nagel wird gelb-braun, dicker und höckeriger. Bei auffälligen Symptomen Arzt oder Podologen aufsuchen.

Behandlungsprinzipien bei diabetischen Fußläsionen

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat evidenz-basierte Leitlinien zu den verschiedenen Themen rund um den Diabetes herausgegeben. Die Leitlinie "Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms" legt mehrere Aspekte der Therapie fest:

- Stoffwechseloptimierung
- Behandlung internistischer Grunderkrankungen mit den Zielen Verbesserung der Immunsituation, Verbesserung der Hämoperfusion und Gewebsoxygenierung
- Therapie von Gefäßerkrankungen. Bei begleitender peripherer arterieller Verschlusskrankheit müssen ggf. Maßnahmen der Revaskularisation vorgenommen werden, z.B. PTA (perkutane transluminale Angioplastie) oder Bypass
- Infektionskontrolle und -behandlung. Die Diagnose einer Infektion wird anhand lokaler oder systemischer Zeichen gestellt. Entsprechend sind lokale und systemische Maßnahmen zur Behandlung der Infektion einzuleiten
- Débridement nekrotischer Gewebeanteile. Die Entfernung von abgestorbenem Gewebe schafft die Voraussetzung für die Wundheilung, denn Nekrosen be- und verhindern die Granulation und bieten Mikroorganismen einen guten Nährboden. Abhängig von der Patienten- und Wundsituation kommen verschiedene Techniken zum Einsatz, z.B. chirurgisches, mechanisches, physikalisches, enzymatisches oder biomechanisches (Fliegenlarven) Débridement
- Lokale Wundbehandlung. Abhängig vom Wundstadium, Infektionszeichen und Wundexsudat kommen verschiedene Wundauflagen zum Einsatz
- Druckentlastung. Diese Maßnahme ist von entscheidender Bedeutung für die Abheilung eines diabetischen Fußulkus und wird leider oft unterschätzt, v. a. vom Betroffenen. Der Fuß muss 100%ig und bis zur Abheilung entlastet bleiben, nicht nur ein bisschen oder zeitweise.

Druckentlastung kann durch einen speziellen Gips (total-contact-cast), therapeutisches Schuhwerk, Orthesen, durch Benutzung von Gehstützen bzw. Rollstuhl erreicht werden, oder durch Bettruhe. Die regelmäßige Entfernung von Hornhautschwielen dient ebenfalls der Druckentlastung

- Patientenschulung. Die regelmäßige Schulung von Diabetikern mit dem Hinweis auf die Ulkusgefahr soll ebenfalls die Amputationsrate senken. Auch die professionell Pflegenden, v.a. auf diabetologischen und angiologischen Stationen sowie in der ambulanten und stationären Altenpflege sollten ihr Wissen zum Thema diabetisches Fußsyndrom auf einem aktuellen Stand halten.

Nicht jede Fußverletzung endet zwangsläufig in einer Amputation.

Christine Keller, Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Wundexpertin (ICW)

	Neuropathie	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
Anamnese	• Langjähriger Diabetes mellitus • Weitere diabetische Spätschäden liegen vor, z.B. Retinopathie	• Langjähriger Diabetes mellitus, ggf. arterielle Hypertonie • Fettstoffwechselstörungen • Nikotinabusus
Klinik		
• Hautfarbe / Temperatur	Rosig Warm	Blass-livide Kühl
• Schweißsekretion	Herabgesetzt; trockene, rissige Haut	Atrophierte Haut, Haarverlust
• Schmerzen	Schmerzen in Ruhe oder nachts, Missempfindungen bis Schmerzlosigkeit	Claudicatio intermittens, d.h. Schmerzen beim Gehen, unter Belastung
• Fußpulse	Tastbar	Abgeschwächt bis nicht mehr tastbar
• Hyperkeratosen	An den druckexponierten Stellen	Wenig ausgeprägt
• Knochendeformitäten	Häufig veränderte Knochenstruktur / Fußstatik	Selten
• Bevorzugte Stellen von Läsionen	Fußsohle, insbesondere nahe den Zehengrundgelenken	Nekrosen beginnen an den Zehen

Unterscheidungsmerkmale beim Diabetischen Fußsyndrom. Die Abgrenzung der Symptome ist für die Wahl der Behandlung sowie die Prognose wichtig.

Tabelle: Christine Keller

In der nächsten Ausgabe:
Jede Wunde hat ihre Besonderheiten: Ulkus cruris venosum und arterielles Gangrän

Weiterführende Informationen im Internet:

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß, offizielles Gremium der Deutschen Diabetes Gesellschaft: www.ag-fuss-ddg.de
Deutsche Diabetes Gesellschaft: www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
Informationssystem zum Diabetes mellitus: www.diabetes-deutschland.de
Leitlinienkonforme Fortbildungen zum Diabetes mellitus: www.diabetes-cme.de
Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes: www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2

Pferde, Clowns und Feuerwehr

FHB e.V. und Intensivkinder e.V veranstalteten ein Kinderfest auf dem Pfeifferhof

Der Förderverein für Heimbeatmung und Betreutes Wohnen e.V. (FHB) und der Verein Intensivkinder e.V. haben im schwäbischen Haslach/Rot an der Rot auf dem Pfeifferhof ihr erstes Kinderfest veranstaltet. Eingeladen waren beatmete Kinder, Intensivkinder sowie Erwachsene mit Ihren Familien und Betreuern aus ganz Deutschland. Außerdem durfte sich an dem Wochenende jeder willkommen fühlen, der mit den Themen Beatmung und Intensivbetreuung im häuslichen Umfeld befasst ist.

Der barrierefrei gestaltete Reiterhof verfügt über therapeutisch ausgebildete Pferde und Pferdeführer. Seine rund 30 Zimmer standen bereits am Freitagabend für Übernachtungsgäste offen. Der Aufenthalt war für die Teilnehmer kostenfrei. Die Finanzierung war durch Spenden sichergestellt. Viele Gäste reisten bereits am Freitag an und trafen sich in den gemütlichen Räumen zu intensiven Gesprächen und einem harmonischen Zusammensein.

Am Samstagvormittag kamen gegen 11 Uhr weitere Besucher. Einige kannten sich bereits und es gab ein großes Hallo und viel Wiedersehensfreude. Man saß beisammen, redete, freute sich, lernte sich kennen und genoss bei diesigem aber trockenem Wetter den Tag.

Der Pfeifferhof sorgte für Essen und Trinken. Unser Dank gilt hier ganz besonders dem Personal des Hofes. Es hat allen sehr gut geschmeckt und jeder hat kräftig zugelangt.

Die Hauptattraktionen waren jedoch die Pferde, die Clowns, die Feuerwehr und der Rolliparcours. Die Reihenfolge ist hier nicht wertend gemeint, sondern wäre beliebig verschiebbar. Jedes Kind, ob krank oder gesund, hatte die Möglichkeit, sich auf eins der Pferde zu setzen und in der Halle seine Runden zu drehen. Es war erstaunlich, wie ruhig und gelassen die Pferde mit den Kindern zurecht kamen.

Die freiwillige Feuerwehr aus Ochsenhausen kam mit dem großen Feuerwehrauto. Jeder, der sich traute, konnte im Korb der großen Drehleiter einen Ausflug auf etwa 30 m Höhe machen. Manchen war es spannend genug, einfach nur mal ein Feuerwehrauto aus der Nähe zu betrachten.

Das Clownpaar Sabine und Rico sorgten für Staunen und Lachen bei Kindern und Erwachsenen. Rico, mal auf Stelzen, mal ganz bodenständig, formte aus Luftballons lustige Figuren und Sabine verwandelte die Mädchen und Buben in Prinzessinnen, Cowboys, Ritter, Schmetterlinge oder Bienen. Toni hielt das Ergebnis der Schminkaktion auf Fotos fest.

Die Firma Gerstberger forderte die Kinder zum Wettstreit im Rolliparcours auf. Es war für viele gesunde Kinder gar nicht so einfach, die Aufgaben genauso gut zu bewältigen wie die Kinder, die es gewohnt sind, sich im Rollstuhl fortzubewegen. Zum Schluss bekam jeder einen Preis.

Zum Ausklang des Festes durfte jedes Kind einen Luftballon mit einer Karte, auf der seine Adresse stand, fliegen lassen. Es war ein herrliches Bild, als die vielen bunten Luftballons in den Himmel stiegen. Einige der Karten sind inzwischen, sehr zur Freude der Kinder, zurückgekommen.

Allen, die an dem Kinderfest teilgenommen haben, hat der Tag sehr gut gefallen und die meisten wollen beim nächsten Mal erneut dabei sein. Der Pfeifferhof steht uns 2008 Anfang September wieder zur Verfügung und wir werden die Einladungen rechtzeitig versenden.

Liz Kapitel, Sozialpädagogin

Der FHB dankt den Sponsoren für die großzügige Unterstützung des Kinderfestes:
Breas Medical, WKM, Heinen und Löwenstein, Air Products, Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke, Smiths Medical, OS Technology Technologietransfer, Sanitätshaus Gerstberger, FFW Ochsenhausen, Pfeifferhof, Volksbank Haslach, Evoluzione Media AG, RicoArt Entertainment.

Informationen im Internet:
www.heimbeatmung.tv
www.intensivkinder.de
www.pfeifferhof.de

Seit über 35 Jahren entwickelt und produziert HEIMOMED in enger Zusammenarbeit mit Fachärzten und Pflegepersonal hochwertige Lösungen für Menschen mit angelegtem Tracheostoma. Das Resultat sind optimale Produkte zur pulmonalen Rehabilitation und für die Langzeitpflege. Mit unserem Know-how lassen sich erstklassige Ergebnisse für die Betroffenen erzielen!

HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG
Daimlerstrasse 30 · 50170 Kerpen · Germany
Tel.: +49 2273 9849 - 0 · Fax: +49 2273 9849 - 25
info@heimomed.de · www.heimomed.de

HEIMOMED
HELPING INNOVATION®

Pflege des Tracheostomas

Seit dem Erscheinen der vergangenen Ausgabe der "Gepflegt Durchatmen" habe ich einige Anfragen rund um die adäquate Versorgung mit Trachealkanülen und die fachlich korrekte Tracheostomapflege erhalten. Deshalb möchte ich diesmal kein neues Produkt vorstellen, sondern auf die Fragen antworten.

Auf dem deutschen Markt finden sich sehr viele unterschiedliche Trachealkanülen mit ganz verschiedenen Spezifikationen. In der Klinik wird bei Anlage eines Tracheostomas nicht immer die optimale Kanüle eingesetzt.

Dies liegt daran, dass die behandelnden Ärzte oftmals die Produktvielfalt nicht überblicken oder der günstige Einkaufspreis den Kanülentyp diktiert.

Welches ist die richtige Kanüle? Es gibt Kanülen mit und ohne Cuff, Sprechkanülen, ein- und zweiteilige Systeme, Kanülen mit einem starren Körper (z.B. www.tracoe.de), solche aus thermolabilen Materialien (z.B. www.smiths-medical.de) sowie Kanülen mit hochflexiblen (Spiral-) Körpern (z.B. www.ruesch.de). Wie auch immer die Präferenzen oder die persönlichen Bedürfnisse aussehen, letztlich bedarf es zur Verwendung einer Trachealkanüle oder zum Wechsel des Produktes einer ärztlichen Anordnung.

Professionell Pflegende, die über Erfahrung verfügen, können durchaus beratend zur Seite stehen und ihr spezialisiertes Fachwissen in die Entscheidung einbringen.

Elementar ist allerdings, dass nach gesetzlichen Vorgaben die Liegedauer einer Trachealkanüle auf maximal 30 Tage begrenzt ist. Bei einer längeren Verwendung von Einwegkanülen erlischt die Haftung des Herstellers.

Auch bei der Tracheostomapflege bestehen oft Unsicherheiten. Deshalb möchte ich kurz die richtige Pflege beschreiben.

Jedes Tracheostoma ist mindestens einmal täglich im Rahmen der Behandlungspflege zu versorgen.

Zusätzliche Pflege, die in der Säuberung oder einem Wechsel bestehen kann, ist bei sichtbaren Verschmutzungen der Trachealkanüle durch Sekret notwendig.

Hierbei gehen Pflegende nach Bedarf vor, denn für diese Tätigkeiten lassen sich keine standardisierten Intervalle festlegen. Idealerweise kommen bei der Reinigung des Stomas sterile Watteträger zum Einsatz. In der häuslichen Pflege werden die Produkte aber von einigen Kostenträgern nicht bezahlt. In diesen Fällen ist es empfohlen, auf unsterile, keimarm verpackte Verbrauchsmaterialien zurückzugreifen.

Die Pflegenden sind angehalten, mit desinfizierten und gewaschenen Händen die unsterilen Watteträger aus der Verpackung zu nehmen, um eine Kontamination mit Keimen zu vermeiden.

Die Reinigung des Stomas erfolgt nach Standard; meist kommen Stomaöl, Kochsalzlösung oder Octenidin, das gut verträgliche, wenn auch vergleichsweise teure Schleimhautdesinfektionsmittel, zum Einsatz. Bei der Verwendung eines Desinfektionsmittels ist die vom Hersteller vorgegebene Einwirkzeit zu beachten.

Mit einer Drehbewegung unter sorgsam dosiertem Druck lassen sich Borken mit den benetzten Watteträgern meist gut entfernen.

Trachealkompressen sind Einwegmaterial und können nicht wieder verwendet werden.

Da die Krankenkassen sie in ausreichender Anzahl bezahlt, sollten Pflegende die eingesetzten Mengen nicht übermäßig stark begrenzen, um nicht an der falschen Stelle zu sparen.

Auch das Tracheostoma-Halteband ist während der Tracheostomapflege gemäß dem jeweils geltenden Standard zu erneuern. Zwischen das Halteband und den Hals des Patienten sollten sich ohne größere Mühe "zwei Finger" schieben lassen. Bei Patienten mit einem "Stiernacken" ist individuell zu entscheiden, ob zur Vermeidung von Hautdefekten und zur Verringerung des Auflagedruckes das Halteband im Nacken mit unsterilen Kompressen abzupolstern ist. Die Auswahl der richtigen Trachealkompresse hilft, intakte Wundverhältnisse zu erzielen.

Ist die Tracheostomawunde trocken und zeigt sie einen intakten Hautstatus, verwenden Pflegende Kompressen, die mit Aluminium bedampft sind (Metalline®). Bei starker Sekretion aus dem Stomakanal empfiehlt es sich, Mehrkammerkompressen (z.B. www.fahl.de) oder stark saugende Schaumstoffkompressen (z.B. www.allevyn.de) aufzulegen.

Schaumstoffkompressen haben vereinzelt den Nachteil, dass ein feuchtes Wundmilieu entsteht, das v.a. bei pädiatrischen Patienten zu Pilzinfektionen führen kann. Zu beachten ist auch, dass jede Manipulation an der Trachealkanüle einen Hustenreiz auslösen kann. Um Komplikationen zu vermeiden, ist vor der Pflege eine gründliche Bronchialtoilette durchzuführen.

Besondere Umsicht lassen Pflegende walten, um einer Dekanülierung (Herausrutschen der Kanüle aus dem Stoma) vorzubeugen. Bei schwierigen anatomischen Verhältnissen (z.B. Adipositas, Kleinkinder) oder mangelnder Compliance des Patienten führen sie die Pflege stets zu zweit durch.

Dafür eignen sich insbesondere die Übergabezeiten.

Gern können Sie bei weiteren Fragen jederzeit auf mich zukommen. Sie erreichen mich unter: sth@heimbeatmung.com

Stefan Hille, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin

WKM
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

Zeit für die Rehabilitation

In Viersen entsteht ein Zentrum für beatmungspflichtige Kinder und Jugendliche

Das Kinderhaus Viersen bei der Kinderklinik St. Nikolaus des Allgemeinen Krankenhauses in Viersen, soll erst um Weihnachten 2008 fertig gestellt sein, doch bereits jetzt registriert Chefarzt Christoph Aring die ersten Anmeldungen. Dieser enorme Druck auf Wohn- und Pflegeeinrichtungen, in denen es möglich ist, beatmete und mehrfach behinderte Kinder kompetent zu versorgen, ist nur ein Zeichen, an dem der Kinderarzt den großen Bedarf in der Region des linken Niederrheins erkennt.

Christoph Aring ist schon sehr lange mit dauerhaft beatmeten Kindern befasst. Zuerst hat er sie als Oberarzt 16 Jahre lang im Kinderkrankenhaus der Stadt Köln, Amsterdamer Straße, betreut. Seit 2002 leitet er die Kinderklinik St. Nikolaus in Viersen.

"Eine besondere Herausforderung ist die heimatnahe Betreuung", sagt Aring. Nicht selten müssen Eltern ihr krankes Kind hunderte Kilometer von zuhause weggeben, um es in einer Einrichtung untergebracht zu wissen, die über entsprechende Kompetenzen verfügt.

Christoph Aring hat sich vorgenommen, für den linken Niederrhein eine solche Einrichtung zu schaffen, und er teilte das Projekt in mehrere Schritte auf. "Vor drei Jahren haben wir zwei Zimmer unserer Intensivstation umgewidmet. Dort stehen jetzt maximal vier Betten für dauerbeatmete Kinder zur Verfügung", sagt er. Die Räume haben einen separaten Zugang und die Medizintechnik zog sich so weit wie möglich hinter ein wohnliches Ambiente zurück. "Natürlich sind weiterhin sämtliche Überwachungseinrichtungen vorhanden, aber da die Patienten oft sehr lange dort bleiben, einige von ihnen sogar länger als 12 Monate, war es notwendig, die sehr klinische Atmosphäre einer Intensivstation zu verlassen", sagt Christoph Aring.

Pflegerisch werden die Patienten von der Belegschaft der Station versorgt. "Im Zuge der Umwidmung haben wir kein neues Personal eingestellt, weil auch hier natürlich immer der Kostenfaktor mit zu bedenken ist", sagt Christoph Aring. Die relativ gute Planbarkeit der Übernahme von Patienten ermöglicht es, Pflegende fallbezogen einzustellen. Pro Patient entstehen ein bis zwei befristete Vollzeitstellen.

Wenn ein Kind aus dem Krankenhaus in die häusliche Betreuung übergeleitet wird, wechseln die Pflegenden nicht selten mit und transferieren auf diese Weise großes Wissen aus der Intensivstation in die außerklinische Intensivpflege. Davon profitieren nicht nur die Teams der Pflegedienste, sondern auch die Patienten und ihre Familien.

"Wir verwirklichen hier zusammen mit der neuropädiatrischen Abteilung der St. Mauritius Therapieklinik in Meerbusch einen eindeutig rehabilitativen Ansatz für Kinder und Jugendliche mit Beatmung, den es in dieser Form in der Pädiatrie bisher nur selten gibt", sagt Christoph Aring. Zu Beginn der Betreuung legt das therapeutische Team unter Leitung der Neuropädiaterin Kristina Müller aus Meerbusch einen Behandlungsplan fest, der sich vor allem an den körperlichen Ressourcen des Kindes orientiert.

Sofern die Patienten stabil genug sind, begleitet eine Pflegekraft sie zur Therapie. "Der Rhythmus kann von einmal bis fünfmal pro Woche variieren, das wird individuell festgelegt."

Die begleitende Pflegekraft aus der Kinderklinik St. Nikolaus übernimmt tagsüber alle pflegerischen Aufgaben, angefangen von der Überwachung der Beatmung über Absaugen und Verabreichen der Nahrung bis hin zu prophylaktischen Maßnahmen.

Christoph Aring: "Das übergeordnete Ziel unserer Behandlung ist natürlich das Weaning, also die Entwöhnung von der apparativen Beatmung. Allerdings, und nur so ergibt es auch einen Sinn, folgen wir dabei einem absolut individualisierten Zeitplan." Manche Krankheitsbilder und Einschränkungen lassen die Chance auf eine ausreichende eigenständige Atemleistung sehr unwahrscheinlich werden, und dann ist die Überführung in die häusliche Betreuung oder eine geeignete stationäre Einrichtung zu erwägen.

Aus den vier Intensivbetten, die seit ihrer Einrichtung kontinuierlich belegt sind, soll ein Zentrum entstehen. Das Kinderhaus, das auf dem Gelände des AKH Viersen gebaut wird, soll eine Kapazität von 14 Betten haben. Nach den Plänen von Christoph Aring wird die Einrichtung verschiedene Bedürfnisse befriedigen: "Einige Plätze sollen für Kurzzeitpflege reserviert sein, das heißt für Kinder, die normalerweise in ihrer Familie leben. Um diese Situation, die sich meist über viele Jahre erstreckt, überhaupt lebbar zu machen, brauchen die Eltern zwischendurch Urlaub oder Unterstützung, wenn sie selbst krank geworden sind, die so genannte Verhinderungspflege."

Außerdem wird das Haus jenen Kindern einen Platz geben, die nicht von ihren Eltern betreut werden können und solchen, die nach einer längeren Beatmungsdauer eine spezielle Therapie benötigen, die nur krankenhausnah durchzuführen ist. "Auch Weaningversuche, mit denen man auf Veränderungen im Krankheitsbild reagiert, lassen sich durch die räumliche Nähe zur Klinik gut und sicher begleiten", sagt Christoph Aring. Und außerdem dient die Einrichtung nicht nur beatmeten, sondern überhaupt mehrfach schwerstbehinderten Kindern.

In dem Haus soll ein Pflegeschlüssel von mindestens 1:2 gelten. Das heißt: Eine Pflegekraft versorgt maximal zwei Patienten.

Das Haus eröffnet die Möglichkeit, neue Beschäftigungsmodelle einzuführen. So wäre vorstellbar, die Patienten von den Pflegediensten weiter versorgen zu lassen, die auch die häusliche Betreuung sicherstellen.

Christoph Aring: "Damit würden wir einerseits pflegerische Kontinuität sichern und andrerseits die außerklinischen Arbeitsplätze, denn ein Pflegedienst muss ja auf der Personalseite reagieren, wenn plötzlich ein Patient für unbestimmte Zeit stationär behandelt wird."

Innovativ wäre auch die Bildung eines Personalpools, an dem die Intensivstationen der näheren Umgebung und entsprechende Pflegedienste beteiligt sind. Sie könnten über die zusätzlichen Stellen, die im Kinderhaus benötigt werden, ihre Mitarbeiter flexibel einsetzen und so Auftrags- bzw. Belegungsflauten ohne betriebsbedingte Kündigungen abfedern.

Die Einrichtung wird auf Patienten im Alter von 0 bis 18 Jahren konzentriert sein und dient ganz dezidiert zwei Zielen. Erstens als Wohnform, in der dauerbeatmete Kinder Lebensqualität erfahren und zweitens als Einrichtung der familiennahen Versorgung. Noch befindet sie sich in der Planung und als Arbeitsname hat sich "Kinderhaus Viersen" durchgesetzt. Der endgültige Name, da ist Christoph Aring überzeugt, wird sich rechtzeitig finden, spätestens zur Einweihung.

bh

In den zwei Zimmern, die in der Kinderklinik St. Nikolaus für dauerbeatmete Patienten reserviert sind, erinnert kaum etwas an eine Intensivstation.

Foto: privat

Vorsprung durch Qualifikation

IpW
Institut für pflegerische Weiterbildung

Die neuen Termine:

- **Pflegefachkraft für außerklinische Intensivpflege**
  120 Stunden, KW 5, 9 und 14, 2008
  Gauting bei München
- **Konfliktbewältigung in Pflegeteams**
  16 Stunden, 29. und 30. Januar 2008
  Traunstein / Oberbayern
- **Pflegefachkraft für pädiatrische außerklinische Intensivpflege**
  120 Stunden, KW 7, 10 und 14, 2008
  Traunstein / Oberbayern
- **Pflegefachkraft für außerklinische Intensivpflege**
  120 Stunden, KW 11, 15 und 22, 2008
  Traunstein / Oberbayern
- **Moderne Wundversorgung**
  40 Stunden, KW 23, 2008
  Traunstein / Oberbayern

JETZT ANMELDEN

Institut für pflegerische Weiterbildung IpW
Angerer Str. 2, 83346 Bergen, Tel. 0 86 62 / 48 59 38
Fax 0 86 62 / 48 58 01, Mobil 01 70 / 47 47 311
info@IpW-Schulungen.de www.IpW-Schulungen.de

Mitglied im:

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Kooperationspartner der:

BAYERISCHE PFLEGEAKADEMIE Bilde deine Zukunft

In Zusammenarbeit mit der Abteilung Fort- und Weiterbildung der Kreiskliniken Traunstein und Trostberg

Bewegung nach dem Vorbild der Natur

Physiologische Unterstützung der Mobilität steigert das Wohlbefinden gepflegter und pflegender Menschen

Es gibt keine Technik, die es Pflegenden ermöglicht, Transfers mit stark hilfsbedürftigen Patienten auf Anhieb problemlos und mit Leichtigkeit allein auszuführen.
Mobilisation und Bewegungsförderung sind immer als ein Prozess zu begreifen, in dem beide Partner aneinander lernen. Sie sind über einen individuell festgelegten Zeitraum durch mehrere gemeinsame und reflektierte Interaktionen miteinander verbunden.
Als Voraussetzungen für diese Lernprozesse benötigen Pflegende ein differenziertes Körperbewusstsein, gute Bewegungskompetenzen und Einfühlungsvermögen, damit die Steuerung gelingen kann. Kontinuität, Geduld, Zeit und klare Absprachen unter den am Lernprozess beteiligten Personen sowie gute Strukturbedingungen in den Institutionen des Gesundheitswesens sind ebenfalls maßgeblich für den Erfolg.

Transfer ohne Heben, Schieben, Ziehen und Stoßen: Die patientenorientierte Mobilisierung nimmt Rücksicht auf physiologische Bewegungsmuster.

Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

Bewegung und Gesundheit

Bewegung ist gesund. Durch Technisierung und Automatisierung bewegt sich der moderne Mensch im Alltag immer weniger. Über die gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Bewegungsmangel berichten die Medien fortlaufend.
Durch die Veröffentlichungen kommen interessante Fakten an die Öffentlichkeit. So ist z.B. die tägliche durchschnittliche Gehstrecke eines Menschen seit den 50er Jahren von 10 auf 1 km gesunken. Die täglich empfohlene Schrittanzahl beträgt 8000 – 10 000 Schritte, doch nur ein Teil der gesunden Menschen erreicht diese Größenordnung.
Heinz Mechling, Direktor des Instituts für Sportwissenschaft und Sport an der Universität Bonn, schreibt: "Eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen zeigt, dass Bewegung, Spiel und Sport dem Abbau physischer und psychischer Kräfte vorbeugen, soziale Kontakte vermitteln und einen wirkungsvollen Beitrag zur Förderung von Lebensqualität auch im höheren Alter leisten können."
Wenn Menschen die Fähigkeit zur Selbstbewegung verlieren, bedeutet dies unzweifelhaft einen immensen Verlust an Lebensqualität.
Die Abhängigkeit in allen Alltagsaktivitäten von Assistenz, Pflege, Familienangehörigen und Freunden ist schwer zu akzeptieren.
Unter dem Eindruck des dauerhaften Defizits gelangen Pflegende ebenso wie die Betroffenen an ihre psychischen und physischen Grenzen. Bewegungen im Alltag können zur Qual werden. Als Folge von Bewegungsmangel treten Gelenksschmerzen auf. Der Patient empfindet Berührungen als unangenehm. Die Muskulatur verliert ihre Elastizität, es entwickeln sich Fehlhaltungen, Wasser sammelt sich im Gewebe an – der Betroffene empfindet seinen Körper zunehmend als große Last.
Ein Rollstuhlfahrer nimmt innerhalb von 24 Stunden bedeutend weniger unterschiedliche Positionen ein als ein gesunder Mensch. Aber nicht nur die Zahl vollständiger Positionswechsel ist geringer, sondern auch die Zahl der Teilbewegungen die zur Bewältigung eines Positionswechsels notwendig sind. Zusätzlich ist die tägliche Mobilisation der kleinen Gelenke reduziert, die sich wie von allein aus den feinmotorischen Alltagsaktivitäten ergibt.
Häufig ist von Pflegenden zu hören: "Wir mobilisieren unsere Patienten täglich in den Roll- oder Lehnstuhl. Wenn sie im Bett bleiben, werden sie zweistündlich umgelagert."
Bei näherer Betrachtung fällt hingegen auf, dass Pflegende diese Mobilisation oft mit einem Patientenheber oder möglichst kompakt in einer Mischung aus ziehenden und hebenden Griffen ausführen. Daraus entsteht entgegen der landläufigen Meinung jedoch noch keine echte Mobilisation. Der Wechsel vom Liegen ins Sitzen oder von der Rückenlage in die Seitenlage bedeutet noch lange nicht, dass der Körper genügend Bewegung erhält.
Ein Beispiel aus dem Alltag verdeutlicht den Irrtum: Beim Benutzen eines Aufzugs bewegt ein Mensch sich durch den Raum, aber es dürfte schwer fallen, aus dieser Bewegung eine günstige Wirkung auf den Körper abzuleiten. Die Anforderungen ans Bewegungssystem eines gesunden Menschen beim Fahren im Aufzug sind in etwa vergleichbar mit der Mobilisation des immobilen Patienten per Lifter oder Tragetuch.

> Mobilisation muss Bewegung in den Muskeln und Gelenken auslösen.

Aktive Bewegung der Skelettmuskulatur ist die Voraussetzung für die reibungslose Funktion der inneren Organe sowie für die Gesundheit in ihren körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen.
Bewegungsmangel hat demzufolge negative Auswirkungen auf:
- Den Bewegungsapparat (z.B. Muskelatrophie, Knorpelveränderungen, Fehlhaltungen, Kontrakturen, Osteoporose)
- Kreislauf und Stoffwechsel (z.B. orthostatische Hypotension, Thrombose, Pneumonie, Obstipation, Harninkontinenz, Harnwegsinfekte, Glucoseintoleranz)
- Sensorik und Psyche (z.B. Verringerung der Körperwahrnehmung Orientierungsschwierigkeiten, Rückzug).

Nicht der Lagewechsel an sich garantiert die gesundheitsfördernde Wirkung einer Mobilisation, sondern die Zahl und Qualität der Einzelbewegungen während des Lagewechsels. Hinterfragt man die gesundheitsunterstützende Wirkung einer Mobilisation, sind Menge und Art der Muskelaktivierung, Gelenksmobilisation und Belastung der Knochen zu überprüfen. Sofern diese Reize in ausreichender Menge auftreten, kann man davon ausgehen, dass während der Mobilisation Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel, Verdauung, Ausscheidung stimuliert und das Körperbewusstsein gefördert wurden.
Eine Bewegungsunterstützung nach physiologischem Muster stärkt die Gesundheit nicht nur auf der körperlichen, sondern auch auf der psychischen Ebene. Durch die Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit beweisen Pflegende Achtung vor dem kranken oder behinderten Menschen und beugen teuren Sekundärproblemen vor. Sie senken die Kosten im Gesundheitssystem, indem sie etwas Gutes tun.
Im Verlauf eines Tages ergeben sich genügend Gelegenheiten zur Bewegung, die gemeinsam mit dem Patienten stattfindet. Anstatt z.B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken, Ausscheidung, Transfers in den Rollstuhl und zurück, Lagewechsel im Bett ausschließlich schnell und zielorientiert zu erledigen, lässt sich mit physiologischer Bewegungsunterstützung eine individuelle Förderung betreiben. Sie zahlt sich im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität und die Erleichterung der Beziehung durch weniger Belastung aus.

Heben und Ziehen verstärkt Passivität

Führt der direkte Weg schnell zum Ziel? Kurzfristig betrachtet könnte diese Aussage für Lagewechsel und Transfers stimmen. Allerdings ist das Heben oder Ziehen eines Menschen als Ganzes von a nach b unphysiologisch, beschwerlich, wenig nützlich oder gar schädigend für alle Beteiligten. Über eine längere Zeitspanne können sich daraus beim Patienten infolge des Bewegungsmangels zur Grunderkrankung viele zusätzliche Probleme ergeben. Die meisten Bewegungen finden unbewusst statt.

Außerklinische Langzeitbeatmung – seit 25 Jahren

Als erstes Unternehmen in Deutschland haben wir 1982 damit begonnen, Langzeitbeatmungspflichtige Personen mit unterschiedlichen Grunderkrankungen und jeden Alters ganzheitlich zu betreuen und zu versorgen.

Unser Konzept, das neben der medizintechnischen Versorgung eine umfassende Betreuung der Patienten/Versicherten beinhaltet, wurde in Zusammenarbeit mit Fachkreisen verschiedener Fachkliniken entwickelt (z.B. Querschnitt, Anästhesie, Neurologie, Pädiatrie).

BÖRGEL GmbH

Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik

Börgel GmbH · An der Meil 4 · 65555 Limburg/Lahn
Telefon: 06431-94710 · Fax: 06431-947190
E-Mail: info@boergel-gmbh.de

Unsere Leistungen:

- Information und Beratung für Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonen, Sozialdienste und Kostenträger
- Konzeption der ganzheitlichen außerklinischen Versorgung und Betreuung
- Beratung bezüglich der Auswahl geeigneter Hilfsmittel
- Hilfestellung bei der Organisation der außerklinischen Betreuung
- nachstationäre begleitende Betreuung
- technischer Service und 24-Stunden-Notdienst

Wir liefern:

- Phrenicusstimulatoren (PNS), sogenannte „Atemschrittmacher"
- Geräte zur unterstützenden und kontrollierten Beatmung (Druck, Volumen)
- Geräte zur Unterdruckbeatmung
- Meß- und Überwachungsgeräte, Absauggeräte
- sämtliche Zubehör- und Verbrauchsmaterialien für Beatmung

Die Unterstützung eines schwer bewegungseingeschränkten Patienten beim Umsetzen vom Rollstuhl ins Auto ist eine Herausforderung, die in der außerklinischen Intensivpflege häufiger vorkommt. Die Bildfolge zeigt eine besonders schonende Technik, bei der die Pflegekraft (rot) den Schwerpunkt des Hilfebedürftigen (blau) sehr nah an sich heranführt und die physiologischen Bedingungen des menschlichen Körpers gewinnbringend nutzt.

Grafik: Gabriel Nemeth

Während seiner Entwicklung lernt ein Kind Bewegungsmuster von seinen Bezugspersonen, indem es sich zunächst gemeinsam mit ihnen bewegt. Später wächst das Interesse, die Umgebung eigenständig zu erkunden und damit auch die Fähigkeit, sich sicher zu bewegen. Sobald die motorischen Programme entwickelt sind, erfolgt die Bewegungsausführung automatisch. Ein gesunder Mensch muss z.B. nicht darüber nachdenken, wie der Bewegungsablauf aussieht, mit dem er aus dem Bett aufsteht.

Pflegende, die jemandem bei einer Bewegung helfen sollen, wissen spontan oft nicht, wie sie ihre Unterstützung einrichten sollen, damit am Ende eine normale Abfolge menschlicher Bewegung entsteht. Die Resultatorientierung führt zu einfachen Lösungen, die oft mit technischen Hilfsmitteln oder mit einfachen Bewegungstechniken (Ziehen und Heben) erledigt werden.

Physiologische Bewegungsunterstützung

Menschen verändern ihre Körperlage im Alltag mittels kontinuierlicher Be- und Entlastung von Körperteilen, z.B. beim Gehen. Schon die aufrechte Haltung erfordert ein komplexes Zusammenspiel von Bewegungsapparat, Nervensystem, Gehirn, Kleinhirn und Sinnesorganen. Gehen bedeutet Gewichtsverlagerung auf einer Unterstützungsfläche. Durch vermehrte Belastung des einen Beines kann das andere Bein die Unterstützungsfläche verlassen und einen Schritt ausführen, ohne dass dabei das Gleichgewicht verloren geht. Erfolgt die Gewichtsverlagerung über die Knochen, können die Muskeln ungehindert die Arbeit und Anpassung während der Bewegung erledigen.

Diese Grundlagen gelten nicht nur für das Gehen, sondern auch für alle anderen menschlichen Bewegungsfunktionen in unterschiedlichen Positionen, z.B. Drehen im Bett oder die Positionsveränderung vom Liegen zum Sitzen.

Unterstützen Pflegende ihre Patienten nach physiologischen Prinzipien, geht es auch darum, einfache Bewegungsgrundlagen wie diese fortlaufende Be- und Entlastung zu berücksichtigen.

Ein Beispiel:

Beim Transfer eines Patienten von der Bettkante über die Beine in einen Rollstuhl sind häufig die Füße problematisch, weil sie sich unter beidseitiger Belastung nicht mitdrehen können. Wird das Gewicht des Patienten für einen Transfer beim Verlassen des Bettes gleichzeitig auf beide Füße verlagert, müsste eigentlich der in Richtung Rollstuhl stehende Fuß entlastet werden, bevor seine Drehung möglich wird.

Häufig lässt sich dieses Bewegungselement nicht mehr einbauen, da die Pflegekraft bereits beim Verlassen des Bettes das Becken des Klienten nur weggezogen hat, ohne vorab eine Mehrbelastung der Füße einzuleiten und sicher zu stellen. Dadurch ist die Pflegekraft gezwungen, das Körpergewicht des Klienten von der Unterstützungsfläche weg zu halten, denn die Beine des Patienten haben nicht (zumindest passiv) sein Gewicht übernommen.

Das Halten erfordert von der Pflegenden so viel Muskelkraft, dass sie keine Ressourcen hat, das eine Bein für die Drehung zum Rollstuhl zu entlasten. Die starke Muskelanspannung verhindert ein kontrolliertes Weiterführen des Transfers. Aus Angst vor einem Sturz erhöht die Pflegekraft das Tempo, um die Situation zu einem schnellen Ende zu bringen. Während der Drehung ohne vorherige Entlastung sind beide, Patient und Pflegekraft, gefährdet, sich zu verletzen. Der Pflegekraft droht eine Überlastung der Wirbelsäule und dem Patienten eine Verletzung der Sprunggelenke. Zwei einfache Veränderungen sind geeignet, das Problem zu lösen:

1. Druckverstärkung vor dem Verlassen der Unterstützungsfläche Konzentriert sich die Pflegekraft auf die Hilfestellung zum Verlassen der Unterstützungsfläche, benötigen beide Bewegungspartner einen Großteil ihrer Ressourcen zum Halten des Gleichgewichts während des Lagewechsels.

Reines Ziehen an einzelnen Körperpartien, richtige Ausführung vorausgesetzt, kann bei Lagewechseln im Bett rückenschonend für die Pflegenden sein. Die Patienten lernen daraus aber nicht, wie sie sich selber bewegen können. Denn selbständige Bewegung bedeutet, sein Gewicht auf der Unterstützungsfläche mittels Druckveränderungen zu kontrollieren und im Körper ein Spannungsnetz auf- und abzubauen.

In physiologischen gemeinsamen Bewegungen wird die Beziehung über Zug und Druck so reguliert, dass beide Personen in sich und auf dem Boden genügend Halt erfahren und trotzdem beweglich bleiben. Richtet sich die Aufmerksamkeit mehr auf das Stützen und die Veränderung der Druckpunkte, anstatt auf das Wegziehen von der Unterstützungsfläche, können beide Bewegungspartner Sicherheit und Leichtigkeit erfahren. Sie erreichen die gewünschte Endposition gefahrenfrei und zielgenau.

Stützen beim Hinsetzen aus der Seitenlage nacheinander erst die Arme und dann die Beine, folgt der Oberkörper der eingeschlagenen Richtung wie von allein.

> Physiologische Transfers schützen vor Verletzungen, erleichtern die Bewegungskontrolle und sichern ein geordnetes Ankommen am neuen Ort.

2. Verlagerung des Körperschwerpunktes

Gewichtsverlagerungen werden in gemeinsamen Bewegungen mittels Verlagerung des Körperschwerpunktes ausgelöst. Besonders wenn große Patienten mit hohem Gewicht und wenig Bewegungskontrolle transferiert werden müssen, sind Pflegende darauf angewiesen zu lernen, wie sie die Bewegungsbeziehung zum Patienten einerseits nahe halten, andrerseits das Gewicht "weglehnen" können.

Frühzeitige Prävention

Die Veränderung von Bewegungsgewohnheiten erfordert ein erhebliches Maß an Engagement und Zeit, wenn bereits viele Sekundärprobleme entstanden sind. Deshalb sollte bei plötzlich auftretender oder stetig zunehmender Behinderung frühzeitig eine Umstellung auf physiologische Bewegungsförderung erfolgen.

Die verschiedenen Transfertechniken reduzieren den zeitlichen Pflegeaufwand signifikant. Viele Arbeiten, z.B. das Bewegen oder Lagern im Bett, können von einer Person durchgeführt werden. Die eingesparte Pflegezeit lässt sich für sinnvolle Tätigkeiten zur Rehabilitation oder Alltagsgestaltung nutzen.

Sich durch genügend Bewegungsförderung beweglicher und belastbarer fühlen, bedeutet aber auch, eine Chance zur Rückkehr in die Normalität des alltäglichen Lebens zu haben.

Die Möglichkeiten, Urlaub zu machen, ohne auf behindertengerechte Hotels angewiesen zu sein oder in speziellen Bussen und Autos reisen zu müssen, sind realistisch. Auch zuhause erweitert sich der Aktionsradius um ein Vielfaches. Sich leichter bewegen zu

RüSCH CARE

RÜSCHCARE TRACHEOFIX-SETS – EINFACH UND SICHER IN DER ANWENDUNG!

Die hervorragenden Materialeigenschaften und das praxisnahe Konzept setzen neue Akzente im Bereich der Tracheostomie.

- Die TracheoFix Tracheostomietuben werden aus formstabilem, thermosensiblem transparenten Kunststoff hergestellt. Dadurch werden Reinigung und Inspektion erleichtert.
- Ein durchdachtes System von Innenkanülen, Zubehör- und Setbestandteilen sowie der neue Fixierungsmechanismus am Tubusansatz machen die Produkte universell einsetzbar und erhöhen die Sicherheit für Anwender und Patient.
- Zubehörteile wie Sprechventil, Husten- oder Verschlusskappe können unmittelbar an der Halteplatte angeschlossen werden. Dadurch kann der Tubus dezent und dennoch effektiv getragen werden.

RÜSCHCARE ist eine Marke von Teleflex Medical

Teleflex Medical GmbH
Willy-Rüsch-Str. 4 -10
D-71394 Kernen
Tel. 07151 406 0
Fax 07151 406 150
www.ruesch.de · www.teleflex.com
info.de@teleflexmedical.com

Teleflex MEDICAL

können, löst meist einen deutlichen Motivationsschub bei Patienten und Pflegenden aus. Die Patienten verlieren Ängste, die Pflegenden fühlen sich in ihrer Arbeit sicherer und erlangen ein höheres Selbstwertgefühl.
Fragen betroffene Menschen erst um Rat, wenn bereits viele zusätzliche Probleme neben der eigentlichen Behinderung entstanden sind, bedeutet es einen langen und aufwendigen Weg, die Situation soweit zu verbessern, bis Körperpositionen und ihre Wechsel einfacher, sicherer und schmerzfrei möglich sind.

Messbare Effekte

Wie viel trägt eine differenzierte Auseinandersetzung der Pflegenden mit den Bewegungsmöglichkeiten eines Patienten zum Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität bei? Sind es die eigentlichen Bewegungen oder eher die Form der Interaktion, die die Lebensqualität und Gesundheit unterstützen? Wird ein Patient selbständiger weil die Pflegenden regelmäßig passiv seine Gelenke mobilisieren oder weil sie ihm durch Ihre regelmäßigen Interventionen das Vertrauen vermitteln, dass sich an seinem körperlichen Zustand etwas verändern und bessern ließe? Nur zu gern würden all jene Berufsgruppen, die mit der physiologischen Bewegungsunterstützung befasst sind, wissen und mit Studien belegen, welche Interventionen die Genesung tatsächlich maßgeblich unterstützen oder die Lebensqualität verbessern.
Die Realität erweist sich als sehr widerspenstig: Nicht jeden Klienten bringen dieselben Interventionen weiter. Die Erfahrungen sowie die ersten Forschungsergebnisse zeigen, dass Angebote zur Bewegungsförderung sowie die physiologische Bewegungsunterstützung während Alltagshandlungen von den Patienten nicht nur geschätzt werden, sondern dass sie z.B. auch Schmerzen mindern und sich unter ihrem Einfluss selbständige Mobilität nach operativen Eingriffen frühzeitiger einstellt.
Wichtig ist es, die Interventionen über eine gewisse Zeitspanne durchzuführen und die Wirkung regelmäßig gemeinsam zu reflektieren.
Bewegungsförderung ist wohl aufwendig, macht sich aber langfristig mit Sicherheit bezahlt. Resultate können sein:

- Verbesserung von Haltung und Beweglichkeit
- Verbesserung der Muskel-Elastizität
- Verbesserung von Körperbewusstsein und Selbstkontrolle
- Bessere Entspannung im Liegen
- Stabileres Sitzen im Rollstuhl
- Unterstützung von Durchblutung und Stoffwechsel
- Schmerzminderung
- Erleichterung und Sicherheit in Lagewechseln und Transfers
- Abnahme der Probleme im Bewegungsapparat bei Pflegenden, Assistenten und Angehörigen
- Kosteneinsparung bei Lagerungs- und Hilfsmitteln.

Gemeinsam lernen bedeutet, sich mit seinem Gegenüber auseinanderzusetzen, sich detailliert für einen Menschen mit seinen Bewegungs- und Interaktionsmöglichkeiten zu interessieren. Ein gemeinsamer Lernprozess, in dem die Bewegungen zwischen Pflegenden und Patienten stattfinden, kann den Alltag auf eine ganz individuelle Weise vereinfachen und verschönern.

Heidi Bauder-Mißbach,
Krankenschwester,
Trainerin für Kinästhetik in der Pflege und kreatives Lernen

Praxisbeispiel

Martin Gees ist 26 Jahre alt. Er lebt seit dem 1. Schuljahr mit der Diagnose "Muskeldystrophie vom Typ Duchenne". Die Erkrankung Duchenne ist die häufigste Muskeldystrophie im Kindesalter. Verursacht wird sie durch einen Gendefekt auf dem mütterlichen x-Chromosom, der die Bildung eines wichtigen Bestandteils der Muskelzellmembran, des Eiweißes Dystrophin, verhindert.
Die Folge ist eine Degeneration der Muskelzellen (Dystrophie), die ihrerseits den Verlust von Muskelkraft der Skelettmuskulatur, aber auch eine Schwäche der Darm-, Herz- und Atemmuskulatur nach sich zieht.
Häufig treten Hüft-, Knie- und Sprunggelenkskontrakturen auf.
Martin Gees wohnt am Wochenende bei seinen Eltern und während der Woche im Fridlihuus im schweizerischen Glarus. Das Fridlihuus ist ein Wohnhaus für erwachsene Menschen mit einer Körperbehinderung, die dauernd oder zeitweise auf Hilfeleistungen angewiesen sind. Als Voraussetzung zum Einzug müssen die Interessenten über die Fähigkeit zur Eigenverantwortung verfügen sowie die Bereitschaft und Fähigkeit zur Bedienung der technischen Infrastruktur (insbesondere die Betätigung des Notrufes) mitbringen.
Die Institution ermöglicht ihren Bewohnern ein selbstbestimmtes Wohnen und Leben, unabhängig von Schweregrad und Art ihrer Körperbehinderung. Aufgrund der abnehmenden Muskelkraft hatte sich bei Martin eine Skoliose entwickelt, seine Wirbelsäule wurde mittels Implantation eines Fixateurs interne begradigt und stabilisiert.
Kontrakturen hat er vor allem in den Handgelenken, Ellenbogengelenken, Schultern, Hüften, Knie- und Sprunggelenken. Er verfügt praktisch nicht über Rumpf- oder Kopfkontrolle und kann auch mit seinen Händen keinen Elektrorollstuhl mehr steuern.
Seit einiger Zeit wird Martin über 24 Stunden per Nasenmaske beatmet. Berührungen empfindet Martin oft als schmerzhaft. Die Pflegenden akzeptierten das Maß ihrer Beanspruchung, bis immer mehr Mitglieder des Teams über Rückenbeschwerden klagten.
Die einzige leicht durchzuführende Variante eines physiologischen Transfers wäre für Martin das Hinsetzen an die Bettkante über die Seitenlage und einen anschließenden Sitztransfer in den Rollstuhl. Diese Technik wurde bereits ausprobiert. Sie stellte die Pflegenden zufrieden, wurde aber von Martin abgelehnt.

Veränderungen Zeit geben

Bewegungsgewohnheiten lassen sich meistens nicht von heute auf morgen ändern. Martins Körper muss erst über eine gewisse Zeitspanne aktivierende Bewegung erfahren, damit er eine alternative Technik physisch und psychisch tolerieren kann.
Die erste Maßnahme wird sein, Martin in Verbindung mit der täglichen Pflege in alle Körperregionen differenziert durchzubewegen. Die unangenehmen Berührungsempfindungen, die dabei zu Beginn vorhanden sein können, dürften sich recht schnell geben. Folgende Maßgaben sind zu beachten:

- Zimmertemperatur etwas höher als gewöhnlich einstellen
- Mit kleinräumigen Bewegungen beginnen
- Nicht gegen Widerstand bewegen
- Dauer und Intensität gemächlich steigern.

Im zweiten Schritt muss der Körper langsam in tiefen Positionswechseln (z.B. in Seitenlage drehen, im Bett nach oben bewegen, seitlich verschieben, hinsetzen) an physiologische Bewegungen gewöhnt werden. Ab dem anspruchsvollen Bewegungsmuster "Hinsetzen" wird es sich als sinnvoll erweisen, wenn anfänglich zwei Pflegekräfte gemeinsam Hilfestellung leisten, bis Martin sich sicher genug fühlt.
Beim Training müssen in Martins Fall Warnzeichen einer Überbelastung ernsthaft wahrgenommen werden, damit die dystrophe Muskulatur nicht durch Überanstrengung und Überforderung zusätzlichen Schaden erleidet. Kritisch wären ein Schwächegefühl innerhalb von 30 Minuten nach den Übungen oder Muskelschmerzen 24 bis 48 Stunden nach dem Training zu werten.
Andere Warnsignale könnten in ausgeprägten Muskelkrämpfen, Schweregefühl von Armen und Beinen und anhaltender Kurzatmigkeit bestehen.

Informationen zu Schulungen:
Viv-Arte Bewegungsschule
Gartenweg 13
89176 Asselfingen
Tel.: 07345/92 13 15
Fax: 07345/23 78 20
E-Mail: info@viv-arte.com
Internet: www.viv-arte.com und www.journal.kinaesthetik.net

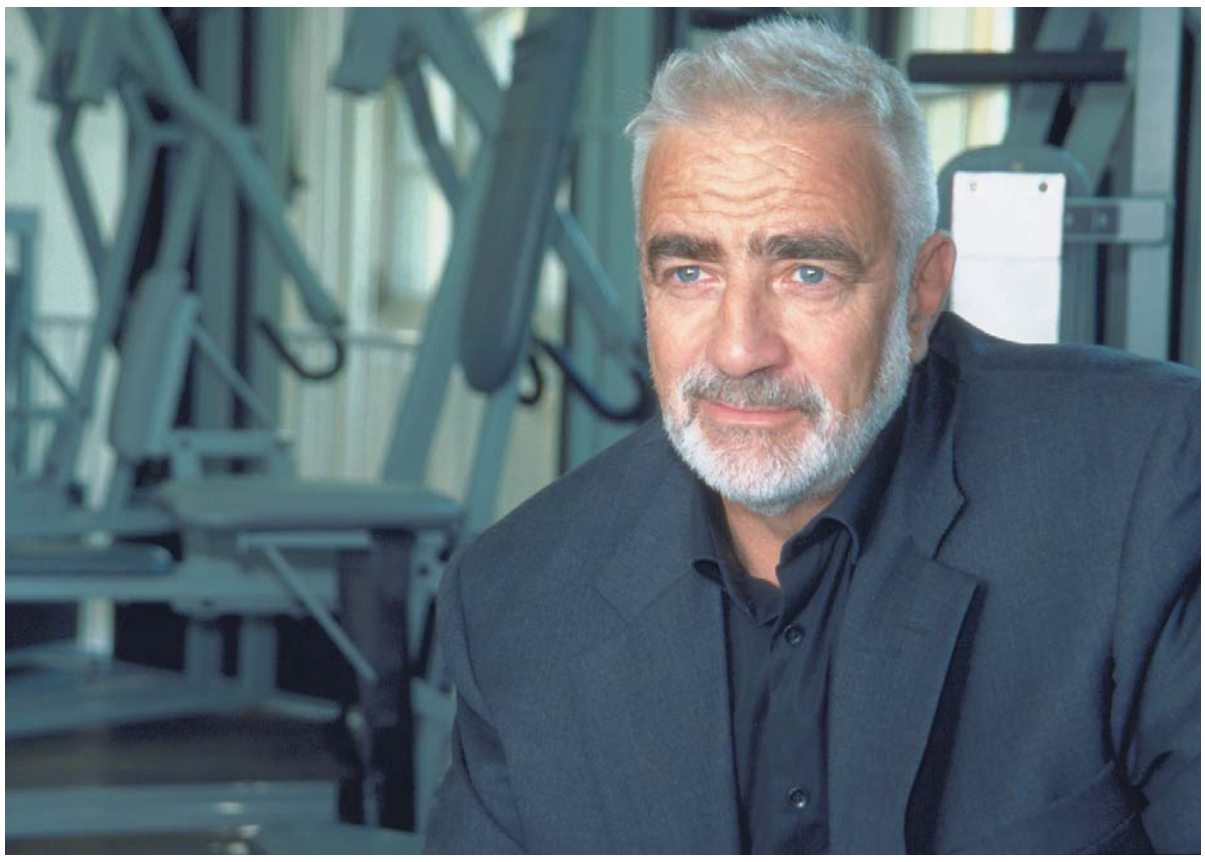
Literaturtipps:

Bauder-Mißbach, Heidi: Kinästhetik in der Intensivpflege – Frühmobilisation von schwerstkranken Menschen. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover; 2006 (2. Aufl.).
Bauder-Mißbach, Heidi: Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung – Rehabilitation nach hoher Querschnittlähmung. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover; 2005.
Eisenschink, Anna Maria; Bauder-Mißbach, Heidi; Kirchner, Elisabeth: Kinästhetische Mobilisation. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover; 2003.

Widerstand gegen Hampelei

Werner Kieser, Gründer der internationalen Kette von Kieser Training Studios, spricht über Muskeln, Kraft und die Pflege des menschlichen Körpers

"Meine Objekte entstehen, wenn ich auf dem Markt nicht finde, was ich suche", sagt Werner Kieser. Beiläufiger kann man ein Lebensmotto kaum präzisieren. Was mir fehlt, mach ich mir selbst. Und zwar mit Disziplin. Werner Kieser wurde 1940 in der Schweiz geboren, spricht mit schweizerischer Zunge. Eigentlich aber gehört der Mann nach Preußen. Schließlich verdankt er seinen Erfolg der kargen Muskelarbeit von Menschen, die sich mit dem Wunsch nach unbeschwerter Körperlichkeit in Kraftmaschinen spannen. Dort kann Fleiß zur Erfüllung werden.



Werner Kieser hat in allen größeren Städten Deutschlands seine gelb-blauen Plakate anbringen lassen. Ihre Botschaft ist immer gleich: "Ein starker Rücken kennt keinen Schmerz".

Foto: Kieser Training AG/ Michael Wildi

Arbeiten Sie mit Ihren Händen?
Ich war Tischler und Eisenleger und bin handwerklich ziemlich versiert. Jetzt habe ich nicht mehr häufig die Gelegenheit, in der Werkstatt zu arbeiten. Aber ich habe einige Möbel entworfen, deren Prototypen ich selbst baute, bevor sie in die Produktion gingen. Ich habe zum Beispiel eine Schreibtafel gemacht. Sie besteht aus einer echten, polierten Schieferplatte. Auf Rollen ist sie im Raum leicht zu bewegen. Die Idee entstand, weil ich es müde war, andauernd warten zu müssen, bis der Beamer warm wird. Flip-Charts bedeuten einen enormen Papierverschleiß. Für die Tafel braucht man weder Strom noch Papier, sondern einfach ein Stück Kreide und am Schluss einen feuchten Schwamm.

Sind Sie Purist?
Reduktionist könnte man auch sagen. Wir machen viel zu viel Blödsinn. Das ganze Umweltproblem würde nicht bestehen, wenn die Menschen vernünftig wären. Selbst ohne alternative Energieerzeugung käme man aus. Aber weil wir elektrische Brotmesser und ähnlich überflüssige Dinge benutzen, ist die Welt am Durchdrehen.

Überfluss ist Ihr zentrales Thema, vor allem im Umgang mit dem menschlichen Körper. Können Sie das Konzept Ihres Krafttrainings in einem Satz zusammenfassen?
Aufbau und Wartung des Bewegungsapparates. Ist das gut?

Das ist gut. Erklären Sie aber bitte, wie Sie das anstellen.
Wir sind Erdenkinder. Wir brauchen die Erdanziehung und den Widerstand, den sie unseren Bewegungen entgegensetzt. Das ist der Aufbau. Und mit Wartung meine ich, dass wir die Beweglichkeit und die Kraft erhalten. Das müssen wir tun, jenseits von Sport, denn es ist notwendig. Ganz wörtlich gemeint. Es wendet eine Not, besonders im Alter. Gestatten Sie ein kleines Beispiel aus der Dentalhygiene. Vor 30 oder 40 Jahren wurde in Deutschland die Zahnsteinentfernung eingeführt. Periodisch kratzt die Dentalhygienikerin die Ablagerungen zwischen Zahnfleisch und Zahnhals heraus. Diese relativ primitive Maßnahme hat positive Folgen gehabt, das heißt, eine negative Wirkung auf die Kostenentwicklung. Die Leute behalten heute ihre gewachsenen Zähne viel länger und die Lebensqualität ist gestiegen. Dasselbe gilt für den Bewegungsapparat. Wir müssen ihn warten, genau wie die Zähne. Da wirken natürlich andere Kriterien, wie der bereits genannte Widerstand. Wenn man das auf die notwendigen Bestandteile reduziert und alle kulturell bedingten Sinninhalte, wie Sport oder ähnliches, zur Seite lässt, bleibt nur ein Aspekt, der so einfach zu fassen ist, wie die Wartung eines Autos. Der Mensch braucht periodisch diese und jene Beanspruchung, damit er intakt bleibt. Das betrifft nicht nur Skelett, Muskeln, Sehnen und Bänder, sondern auch die inneren Organe, die ja nichts anderes sind, als die Diener der Muskeln. Mit dem Krafttraining wirken wir dem ab dem 25. Lebensjahr beginnenden Muskelschwund und seinen Konsequenzen entgegen.

Hört sich sehr einfach an.
Das Konzept ist wirklich völlig reduziert: 30 Minuten Krafttraining. Dazu Wasser trinken. Danach duschen. Nicht mehr und nicht weniger. Die Sache enthält aber noch eine Ironie. Es war immer mein Bestreben, den Kern von den so genannten Philosophien zu entkleiden. Man hängt ja an alles "Philosophie" an, um sich wichtig zu machen. Es gibt offenbar inzwischen eine Philosophie des Fensterputzens, wie auch eine des Grießbrei-Kochens. Ich habe Philosophie studiert. Sie ist eine wissenschaftliche Disziplin, nicht aber ein Quatsch, den man beliebig an Begriffe hängen kann.

Wenn es stimmt, dass der Mensch ein Säugetier ist, mit etwas zu groß geratenem Gehirn, stellt sich die Frage, wieso er ein Training benötigt. Ein Tier braucht schließlich auch keine Übungen, es sei denn, man möchte es zu etwas abrichten, das nicht seiner Lebensweise entspricht.
Es wäre schön, wenn der Mensch von Natur aus einen stimmigen Körper hätte. Das ist eine romantische Idee. (lacht) Es gibt verschiedene Theorien zu unserer Entwicklungsgeschichte. Die These von Adolf Portmann scheint mir besonders aussagekräftig zu sein. Der Zoologe sagte, der Mensch sei ein unterentwickelter, zu früh geborener Affe. In der letzten Phase der Schwangerschaft, die wir eben nicht mehr erleben, werden angeblich das Fell und die Instinkte ausgebildet. Diese beiden Eigenschaften fehlen uns. Die Entwicklung menschlicher Babys geht außerhalb des Mutterleibes weiter, man könnte sagen, sie ziehen zu früh um. Das bedingt eine ungenügende Ausrüstung für das Leben, wir haben schlechte Klauen und schlechte Zähne. Wie zum Ausgleich besitzen wir ein enorm rezeptionsfähiges Gehirn. A priori sind Menschen also Mängelwesen. Einige Schwächen können wir beheben, man denke nur an die Wirbelsäule, die von der Natur in der Funktion einer Brücke vorgesehen ist, und nicht als Säule. Menschen haben sich in einem willkürlichen Akt aufgerichtet, warum auch immer, und leiden nun, weil sie in der Körpermitte muskulär ungenügend gerüstet sind. Aus diesen Gründen würde ich die Kräftigung nicht als Kompensation einer modernen Lebensweise sehen, sondern als echte Verbesserung unserer physikalischen Daseinsbedingungen.

Man hört sehr häufig, Menschen litten unter Bewegungsmangel.
Das zielt in die falsche Richtung. Ich bin auf dem Land aufgewachsen und habe gesehen, dass die Bauern im Alter von 40 Jahren hinüber waren. Sie hatten alle Gebrechen am Bewegungsapparat, die man sich denken kann, weil sie körperlich enorm gearbeitet haben und sich einseitig belasteten. Genau dieses Bild beschreibe ich als "Dysbalance". Das Problem hat man früher nicht richtig wahrgenommen. Jede körperliche Betätigung, auch Sport, belastet den Körper einseitig und bestimmte Muskeln auf Kosten anderer. Dadurch verändert sich die Statik und die Abnutzung konzentriert sich auf isolierte Bereiche, etwa das Knie oder die Hüfte. Diese Dysbalancen sind durch Muskelaufbau zu korrigieren. Der Nutzen des Krafttrainings ist inzwischen wissenschaftlich anerkannt. Ich höre aber auch von vielen Ärzten erfreuliche Erfahrungen. Einer unserer Ärzte praktiziert ganz normal als Orthopäde und schickt seine Patienten zu uns. Er hat mir berichtet, wie ihm die Krankheitsbilder unter der Hand zerfallen. Er stellt seine Diagnosen anhand der spezifischen Symptome des Patienten und plant die dazu gehörige Therapie, wie Mediziner das eben tun. Nun geht der Patient zu Kieser Training und plötzlich fallen Symptome weg – das heißt, der Patient ist gar nicht mehr krank.

Ist "Bewegung" ein Reizwort für Sie?
Nein, es ist kein Reizwort. (lacht) Wenn wir von Bewegungsmangel reden, so wie es landauf, landab geschieht, dann zielt das, rein semantisch betrachtet, am Problem vorbei. Es fehlt uns nicht an Bewegung, sondern an Widerstand. Bewegung allein hat ja keine Qualität. Das ist reine Mobilisation, die vielleicht einen Sinn bekommt, wenn eine operierte Schulter zu bewegen ist. Da kann man natürlich keinen Widerstand ansetzen, sondern der Therapeut unterstützt die Bewegung, damit die Freiheitsgrade des Gelenks erhalten bleiben. Solche Fälle sind gesondert zu betrachten, aber im Sinne des Körperaufbaus gewinnt Bewegung erst dann Sinn, wenn sie gegen einen Widerstand gerichtet ist. Unsere Maschinen ermöglichen dessen exakte Dosierung. Wenn die Spannung im Muskel eine bestimmte Höhe erreicht und eine gewisse Zeit andauert, einige Sekunden zum Beispiel, dann löst sie einen Reiz aus, der brach liegende Muskelfasern innerhalb der folgenden zwei oder drei Tage aktiviert. Der Muskel verfügt anschließend über mehr Fasern und ist entsprechend stärker. Der ganze Trick des Krafttrainings beruht darauf, den Widerstand durch Gewichte langsam zu erhöhen, bis das genetische Potenzial ausgeschöpft ist. Jenseits dieser Grenze gibt es keine Steigerung, aber bis dorthin hat ein Trainierender seine Kraft mindestens verdoppelt.

Sie haben das Kieser Training vor 40 Jahren eingeführt. Welche Wirkung beobachten Sie jenseits der Übungsräume?
Wenn ich jetzt mal unbescheiden sein darf, kann ich sagen, dass wir in Deutschland die Begriffe "Rücken" und "Kraft" zusammengeführt haben. Das wird überall kopiert, sogar die von mir geschmähte Rückenschule konzentriert sich inzwischen auf Kräftigung. Insofern hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass man eine Gratwanderung zwischen Schonung und Belastung gehen muss. Ich bilde mir ein, wir hätten dazu entscheidende Anstöße geliefert.

Krankenpflege und Rückenschmerzen, das gehört traditionell zusammen. Was können Pflegende tun, um den Schmerzen zu entgehen?
Sie müssen sich speziell um ihre Lumbalextensoren (Anm. d. Red.: tief liegende Rückenmuskulatur) kümmern.
Die sind meistens einfach zu schwach, und dagegen hilft nur: trainieren, trainieren, trainieren.

Das Gespräch führte Bernd Hein

Weitere Informationen zu Kieser Training unter:
www.kieser-training.com

Das aktuelle Buch

Manche Buchtitel provozieren Vorfreude bei den Lesern, noch bevor sie wissen, was hinter dem Umschlag steckt. So ist es auch mit "Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege". Pflegende, die einigermaßen richtig ticken, werden sofort begeistert sein. Doch halt, zu früh gefreut. Die Autorinnen haben eine Studie vorgelegt, die den etwas langweiligen Kriterien einer Seminaristenarbeit genügt, deren Ergebnis aber auf eine für den Berufsstand sehr unrühmliche Weise spannend geraten ist. Die Basis der Datensammlung bildet eine Stichprobe aus 24 norddeutschen Pflegediensten, die Erfahrungen mit Pflegevisiten gemacht haben. Das Urteil ist vernichtend. An dem Wert der Pflegevisite bleibt kein Zweifel. Ebenso wenig lässt sich nach der Lektüre daran zweifeln, dass Pflegedienstleitungen niemals zögern, wenn sie Gelegenheit erhalten, etwas falsch zu machen. In fast allen Fällen haben sie die Pflegevisiten durch mangelhafte Information von Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen zu einem überflüssigen Stück Bürokratie verfaulen lassen.
Und wieder einmal zeigt sich, diesmal streng wissenschaftlich hergeleitet, dass man reden muss mit den Leuten, wenn etwas vorwärts gehen soll. Die Frage ist nur, ob verantwortliche Pflegekräfte das jemals lernen werden. *bh*

Habermann; Monika; Biedermann, Heidrun: Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Mabuse Verlag, Frankfurt a. Main; 2007, 296 Seiten, 24,90 Euro.

Messen - Kongresse - Symposien

Februar

20.2. – 22. 2. Bremen
18. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege
Veranstaltungsort: Messe und Congress Centrum, Bürgerweide, Bremen Kontakt (Anmeldung): BTZ Bremer Touristik-Zentrale (Tagungsbüro Intensivmedizin), Findorffstraße 105, 28215 Bremen, Tel.: 0421/308 00 60, Fax: 0421/308 00 89, E-Mail: intensivmed@bremen-tourism.de Internet: www.intensivmed.de

27.2 + 28.2. München
3. Symposium e-Health & Health Communication
Veranstaltungsort: Carl Friedrich von Siemens Stiftung, Schloss Nymphenburg, Südliches Schlossrondell 23, 80638 München
Kontakt: Ronny Dittmar, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Prieserstraße 2, 95444 Bayreuth, Tel.: 0921/55 48 06, Fax: 0921/55 48 02, E-Mail: ronny.dittmar@uni-bayreuth.de Internet: www.e-health.uni-bayreuth.de

März

6.3. – 8.3. Frankfurt a. Main
19. Deutscher interdisziplinärer Schmerz- und Palliativkongress
Veranstaltungsort: Congress Center Messe Frankfurt, Ludwig-Erhard-Anlage 1, 60327 Frankfurt a. Main
Kontakt: INTERPLAN AG, Albert-Rosshaupter-Str. 65, 81369 München, Tel.: 089/54 82 34 73, Fax: 089/54 82 34 42, E-Mail: schmerztag@interplan.de Internet: www.dgschmerztherapie.de

13.3. + 14.3. Bonn
2. Nachsorgekongress – Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung: Möglichkeit und Wirklichkeit
Veranstaltungsort: Forschungszentrum caesar, Ludwig-Erhard-Allee 2, 53175 Bonn Kontakt (Anmeldung): BV ANR e. V., Steffi Wagenhäuser, Pasinger Bahnhofsplatz 4, 81241 München, Tel.: 089/82 00 57 92, Fax: 089/89 60 68, Mail: info@bv-anr.de Internet: www.nachsorgekongress.de

April

4.4. + 5.4. Bochum
Westdeutsche Anästhesietage 2008: Ärzte und Pflegende – Gemeinsame Verantwortung für den Patienten Veranstaltungsort: RuhrCongress Bochum, Stadionring 20, 44791 Bochum sowie: Hörsaalzentrum des St. Josef-Hospitals, Kliniken der Ruhr-Universität Bochum gGmbH, Gudrunstr. 56, 44791 Bochum Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16 54, Fax: 0911/393 16 56, E-Mail: wat@mcnag.info Internet: www.regionaltagungen.de

5.4. Essen
Husten – Helfen – Beatmen – Respiratorische Hilfen für Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen Veranstaltungsort: Congress Centrum Essen/Grugahalle, Norbertstraße, 45131 Essen
Kontakt: Heinen und Löwenstein GmbH, Andreas Bosch, Gewerbestraße 17, 82211 Herrsching, Tel.: 08152/91 89 13, Fax: 08152/91 89 19, E-Mail: andreas.bosch@hul.de

9.4. – 12.4. Lübeck
49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
Veranstaltungsort: Musik- und Kongresshalle Lübeck, Willy-Brandt-Allee 10, 23554 Lübeck
Kontakt: Agentur Konsens, Stockumer Straße 30, 59368 Werne, Tel.: 02389/527 50, Fax: 02389/52 75 55, E-Mail: dgp@agentur-konsens.de Internet: www.dgp-kongress.de/2008/

11.4. – 13. 4. Heidelberg
XV. Internationales Heidelberger Anästhesie Symposium (HASY) – Der Patient im Brennpunkt der Anästhesie Veranstaltungsort: Kongresshaus Stadthalle Heidelberg, Neckarstaden 24, 69117 Heidelberg Kontakt: Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Frau B. Beck-Müller und Frau U. Hofmann, Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221/56 63 51, Fax: 06221/56 53 45, E-Mail: anaesthesie.kongress@med.uni-heidelberg.de Internet: http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/anaes

26.4. – 29.4. Nürnberg
Deutscher Anästhesiecongress 2008 (DAC) Veranstaltungsort: Congress Center Nürnberg, CCN Ost, Große Straße, 90471 Nürnberg Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16 14, Fax: 0911/393 16 78, E-Mail: veith@mcn-nuernberg.de Internet: www.dac2008.de

GEPFLEGT DURCHATMEN

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

Bitte ankreuzen

☐ dienstlich ☐ privat

Name/Vorname

ggf.: 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 - 66 59 32 30

Sie können das Abonnement auch gern per E-Mail bestellen: **info@heimbeatmung.com**

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

Leserbrief

Ich wollte mich nur kurz einmal positiv über die Fachzeitschrift auslassen und ein Lob über die Auswahl der letzten Beiträge (Ausgabe 6; Juli 2007) einbringen. Besonders interessant finde ich die Artikel über enterale Ernährung und Wundbehandlung, Wundmanagement und rechtliche Situation in der Behandlungspflege bei Wunden. Das Wundmanagement ist schon lange mein Steckenpferd und ich habe noch zu Klinikzeiten viele Fortbildungen darüber besucht, daher freue ich mich sehr über die Beiträge über dieses Thema.
Vor allem, da ich im täglichen Umgang in der Pflege öfter feststellen muss, wie weit die Meinungen über Wundbehandlung, Materialkunde und vor allem die rechtlichen Aspekte auseinander gehen. Wichtig finde ich auch, noch einmal hervorzuheben, wie dringend notwendig die Dokumentation, vor allem bei gefährdeten Patienten ist.
Ich freue mich über die Fortsetzung des Wundbehandlungsartikels und vielleicht kann ich meinen Bildungsstand darüber noch erweitern. Bisher ging er mit Ihren Ausführungen konform.

Gabriele Fukatsch, Krankenschwester, per E-Mail

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, schuhbauer.design@t-online.de
Druck: Druck & Medien Schreiber GmbH
Mitarbeiter dieser Ausgabe: Heidi Bauder-Mißbach, Christiane Eberhardt, Stefan Hille, Liz Kapitel, Christine Keller, Christina Loy-Birzer, Gabriel Nemeth, Peter Nydahl, Andreas Walle, Michael Wildi
Anzeigenleitung: Christoph Jaschke, Linda Geiger
Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 4 vom 1. Dezember 2007.
Anschrift der Herausgeber und der Redaktion:
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Von-Stauffenberg-Straße 25
82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 66 56 25 78
Fax: 089 - 66 59 32 30
E-Mail: presse@heimbeatmung.com

Homepage: 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.