GEPFLEGT
DURCHATMEN

FACHZEITUNG
für außerklinische Intensivpflege

Nummer 9 ■ Juni 2008

Editorial

*In den vergangenen zehn Jahren hat sich das Fachgebiet der außerklinischen Intensivversorgung deutlich entwickelt. Es etablierten sich Anbieter von pflegerischen, medizinischen, sozialen und administrativen Dienstleistungen, die für technikabhängige Menschen unabdingbar sind. Die Hersteller veränderten ihre Sicht auf Geräte, die bis dahin ausschließlich in den Intensivstationen der Krankenhäuser zum Einsatz kamen. Nicht umfangreicher sollten die Funktionen sein, sondern störungsresistenter und leichter zu bedienen. Inzwischen sind die Apparate so handlich, dass man mit ihnen Rollstühle problemlos zu mobilen Intensiv-Plätzen umrüsten kann. Zeitgleich entstanden therapeutische Strategien, die den Patienten auf das Leben zuhause vorbereiten und langfristig die Zuverlässigkeit der dezentralen Strukturen gewährleisten. Die Mitarbeiter der beteiligten Institutionen erwerben aus dem breit gefächerten Angebot spezialisierter Fort- und Weiterbildungsprogramme die erforderlichen Fachkenntnisse. Umgekehrt entsteht aus der praktischen Arbeit fundiertes Wissen, das unter anderem in Form von standardisierten Richtlinien den Weg zurück findet in die theoretische Vorbereitung neuer Mitarbeiter. So haben sich stabile Netze in der außerklinischen Intensivversorgung gebildet. Deren Potenziale aber sind längst nicht ausgeschöpft. Es wird künftig weitere technische Entwicklungen geben, mit denen vital gefährdete Menschen zu größerer Selbständigkeit finden. Fast wichtiger aber wird die Optimierung von Versorgungsprozessen sein, die intensivere Verschränkung der Leistungen verschiedener Berufe. Pflegende, Therapeuten, Ärzte, Technikexperten sowie Mitarbeiter der Leistungsträger müssen noch zielgenauer zusammenarbeiten, um die Transparenz und damit die Qualität zu steigern. Der **MAIK 2008** wird als erster interdisziplinärer Kongress für außerklinische Intensivversorgungen in Deutschland das gemeinsame Anliegen der Beteiligten sichtbar machen, Anregungen geben und Kontakte zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe fördern. Das gegenseitige Kennen lernen ist eine Voraussetzung für Kommunikation und damit für die Stabilität komplexer Versorgungsstrukturen.*

Die Redaktion

Kongress geht neue Wege

MAIK moderiert die Entwicklung assistiver Versorgungsstrukturen

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress 2008

Der erste Münchner außerklinische Intensiv Kongress (MAIK) findet am 31. Oktober und 1. November 2008 im Holiday Inn City Centre statt. Er ist eine Veranstaltung, die in die Zukunft weist.

An den zwei Tagen wird sich eine junge pflegerische, therapeutische und medizinische Disziplin präsentieren, die in mehr als einer Hinsicht eine völlige Neuorientierung im Gesundheitswesen erfordert.

Bevor sich die außerklinische Versorgung technikabhängiger Menschen zu etablieren begann, bedienten Krankenpflege und Medizin hauptsächlich zwei einander entgegengesetzte Bedürfnisse der erkrankten Menschen und der Gesellschaft. Der kurative Zweig widmete sich der Herstellung einer Idee von Gesundheit, wie sie beispielsweise die WHO im Jahre 1946 definiert hat: "Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen."

Für die Situationen, in denen Heilung nach aktuellem medizinischem Ermessen nicht mehr mög-

lich ist und auch eine Stabilisierung der körperlichen und geistigen Verfassung eines Patienten sich nicht erzielen lässt, tritt der palliative Zweig des Gesundheitswesens ein. Sein Ziel ist es unter anderem, die Erkrankten möglichst schmerzfrei zu einem würdigen Tod zu begleiten und dafür alle notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die klassische Zweiteilung berücksichtigt indes all jene Menschen nicht, deren Erkrankung zwar nicht in absehbarer Zeit zum Tode führt, die ihnen aber sowohl die Fähigkeit nimmt, ihr Leben ohne Assistenz zu gestalten, als auch, den Zustand völligen Wohlbefindens zu erreichen.

In diese Lücke treten die Strukturen und Konzepte der außerklinischen Intensivversorgung. Ihr Anspruch ist weder kurativ noch palliativ, sondern lässt sich am genauesten als assistiv bezeichnen. Es ist unbedingt notwendig, dafür Richtlinien zu entwickeln, an denen die beteiligten Berufe sich orientieren können.

Eine weitere Herausforderung ist die interprofessionelle Zusammenarbeit, die für den assistiven Bereich in einem viel weiter gefassten Umfang erforderlich wird als in den beiden anderen Ausrichtungen des Gesundheitswesens. Bisher gliederte sich die Kooperation der Berufe um Institutionen. In der Dezenttralität häuslicher Intensivversorgung aber stehen Menschen im Mittelpunkt, die der Assistenz bedürfen. Daraus erwächst die Pflicht zu einer viel größeren Flexibilität. Hier gibt nicht eine Klinik, ein Pflegeheim oder -dienst den zeitlichen und örtlichen Rahmen vor, sondern ein einzelner Patient mit individueller Lebensplanung.

In den vergangenen Jahren wurden Strategien entwickelt, diesen Herausforderungen zu entsprechen. Der Prozess ist aber noch längst nicht abgeschlossen. Je weiter die Wissenschaft durch neue Therapien die kurativen Optionen vorantreibt, desto größer wird zwangsläufig der Bedarf an Assistenz.

Der MAIK wird die Entwicklungen assistiver Versorgung in jährlichem Abstand begleiten und dabei als Impulsgeber sowie Kommunikationsplattform fungieren.

Bernd Hein

Informationen und Anmeldeformulare zum MAIK 2008 unter:
www.maik-online.org

Das Programm des MAIK 2008 bildet die Bandbreite außerklinischer Intensivversorgungen ab. Neben den Vorträgen, die in der nebenstehenden Tabelle aufgelistet sind, veranstaltet die Industrie Workshops. Deren Themen sind im Internet unter www.maik-online.org einzusehen.

Zeit	Freitag, 31. Oktober 2008	
08.00 - 09.00	Registrierung	
09.00 - 09.15	**Hr. Jaschke** Begrüßung der Kongressteilnehmer	
09.15 - 10.00	**Hr. Dr. Wiebel** Außerklinische Intensivversorgungen, gestern, heute und morgen	
10.00 - 10.30	**Kaffeepause**	
10.30 - 11.00	**Hr. Prof. Dr. Bogner** Multirestistente Keime - Therapeutische Stategien im häuslichen Umfeld	**Fr. Schmidt, MdB** Vorstellung der Bundesinitiative “Daheim statt Heim”
11.00 - 11.30	**Hr. Dr. Aring** Rehabilitativer Ansatz in der Behandlung dauerbeatmeter Kinder	**Hr. Pfarrer Barnikol-Öttler** Ziele der psychosozialen Betreuung/Seelsorge bei schwerstkranken Menschen und deren Familien
11.30 - 12.00	**Fr. Dr. Hannes** Arbeitshilfe krankheitsbedingt technologieabhängiger Menschen	**Hr. Nürnberger** Vorstellung Kinderhospiz St. Nikolaus Bad Grönenbach
12.00 - 12.30	**Hr. Dr. Hirschfeld** Anwendung und Umgang mit Zwerchfellschrittmachern	**Hr. Prof. Dr. Kellnar** Kinderhaus Atemreich - Ein neues Konzept zur Betreuung dauerhaft beatmeter Kinder und Jugendlicher
12.30 - 13.00	**Hr. Dr. Siemon** Ist ambulantes Weaning möglich?	**Fr. Blum** Überleitungsteams
13.00 - 14.00	**Mittagspause**	
14.00 - 14.30	**Hr. Prof. Dr. Meyer** Elektive Beendigung invasiver und nicht invasiver Beatmung bei ALS	**Fr. Keller** Wie viel Kompetenz hat die Pflege im Wundmanagement?
14.30 - 15.00	**Hr. Dr. Vogt-Ladner** Vorstellung des Heimbeatmungszentrums in Schwabach	**Hr. Höhn** Sekretmanagement
15.00 - 15.30	**Hr. Messerschmid** Leben mit der Froschatmung	**Hr. Angilotti** Humor als Kommunikationsmittel in der Pflege
15.30 - 16.00	**Hr. Dr. Diesener** Dysphagiemanagement bei Kindern	**Fr. Müller** Pflegerische Schmerzerhebung bei kommunikationsunfähigen Menschen
16.00 - 16.30	**Kaffeepause**	
16.30 - 17.00	**Fr. Tetzner** Therapeutisches Reiten für technologieabhängige Menschen	**Fr. Kottermair** Ziele der Ergotherapie im häuslichen Umfeld
17.00 - 17.30	**Fr. Schummer** Moderne Kommunikationshilfen für bewegungseingeschränkte Menschen	**Hr. Nydahl** Basale Stimulation
ab 18.00	**Come together mit Klaus Kreuzeder/Saxophon und Band**	

Zeit	Samstag, 1. November 2008	
09.00 - 09.30	**Hr. Michels** Aktuelles aus dem Sozialrecht	**Hr. Geywitz** Ambulant betreute Wohngemeinschaften für langzeitbeatmete Menschen
09.30 - 10.00	**Hr. Hille** Das Tracheostoma in der Pflege	**Hr. Winkler** Softwaregestützte Disposition und Administration
10.00 - 10.30	**Kaffeepause**	
10.30 - 12.00	Runder Tisch Das Gebot der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem- Eine ethische Einschätzung **Fr. Prof. Bienstein, Hr. Prof. Dr. Dichgans, Hr. Prof. Dr. Beckmann, Hr. Pfr. PD Dr. Aldebert**	
12.00 - 13.00	**Mittagspause**	
13.00 - 13.30	**Hr. Dr. Stiletto** Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung von technologieabhängigen Menschen	**Hr. Miller** Flexible Arbeitszeitmodelle
13.30 - 14.00	**Hr. Prof. Dr. Steube** Therapie der Schluckstörung bei Tracheotobierten nach erworbenen Hirnschäden	**Fr. und Hr. Dr. Kleindiek** Beatmung im Familienalltag
14.00 - 14.30	**Hr. Dr. Hornke** Schmerzmanagement	**Hr. Snurawa** Steuerung von Intensivversorgungen durch pflegerische Gutachten
14.30 - 15.00	**Kaffeepause**	
15.00 - 15.30	**Fr. Dr. Bockelbrink** Stiftung Pfennigparade als Pionierin in der Heimbeatmung	**Hr. Michel** Arbeitsgemeinschaft Lebensweltung für Kinder und Jugendliche mit Beatmung
15.30 - 16.00	**Hr. Jaschke** Bundesinitiative Außerklinische Intensivversorgung	**Fr. Dipl. Oec. Troph. Zubrod** Enterale Ernährung in außerklinischen Versorgungen
16.00 - 18.00	**Öffentlicher Patientennachmittag**	

Register für Pflegende

Der Weg zur Professionalisierung

Seit dem 12. Mai 2003 können sich Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Altenpfleger/-in) freiwillig registrieren lassen. Sie erwerben damit den Status des **Registrierten beruflich Pflegenden (RbP).** Obwohl die Registrierung schon so lange möglich ist, haben viele Pflegende noch nicht davon gehört und sind demnach auch nicht registriert. An diesem Thema zeigt sich ein zentrales Problem der deutschen Kranken- und Altenpflege.

Es gibt keine statistische Erfassung aller in der Pflege Tätigen.

Das bedeutet, niemand weiß:

- Wer wo in der Pflege tätig ist
- Wer mit welcher Ausbildung in der Pflege tätig ist
- Wie die Altersstruktur in der Berufsgruppe aussieht
- Wie viele beruflich Pflegende in den Ruhestand gehen und wie viele ihre Ausbildung beenden
- Wer welche Zusatzqualifikationen, Weiterbildungen oder Studienabschlüsse hat.

Weitere Tatsachen sind:

- Nur wenige Pflegende sind in Berufsverbänden organisiert
- Nur ca. 15% beziehen eine Fachzeitschrift
- Viele Pflegende arbeiten lange Jahre in der Pflege ohne jegliche Fortbildung
- Viele Pflegende besuchen regelmäßig Fortbildungen, können dies aber kaum sichtbar machen und erhalten kaum Wertschätzung.

Als Fazit lässt sich sagen:

- Für die deutsche Kranken- und Altenpflege gibt es keine einheitlichen, aus dem **Berufsstand selbst bestimmten** Aus-, Fort- und Weiterbildungen
- Das fachliche Niveau innerhalb der Berufsgruppe ist sehr unterschiedlich
- Es gibt keine Möglichkeit, die Berufsgruppe direkt zu informieren
- Es gibt keine Möglichkeit, die **eigene Qualitätssicherung** zu gestalten und zu präsentieren
- Dessen ungeachtet fordern Leistungsträger, Ärzte, Pflegekunden und Angehörige aber in allen Bereichen eine qualitätsorientierte Pflege nach den neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen
- Die Pflege ist in allen Bereichen stark fremdbestimmt.

Der DBfK-Landesverband Berlin-Brandenburg begann im Februar 2003 mit dem Projekt Registrierung. An der Initiative sind zehn Berufsverbände beteiligt. Die Verantwortlichen waren sich schnell einig, dass eine bundesweite Registrierung für alle Pflegefachkräfte angestrebt werden soll. Die Registrierungsstelle befindet sich zentral in Potsdam.

Argumente für die Registrierung

Wer will, dass

- Pflege eine Profession wird, die sich selbst verwaltet, selbst bestimmt und die Aus-, Fort- und Weiterbildungen selbst strukturiert
- Nur gut qualifizierte Pflegende verantwortlich in der Pflege arbeiten
- Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in der täglichen Pflegepraxis angewendet werden

der soll sich registrieren lassen.

Die Registrierung von Pflegekräften ist in vielen europäischen Ländern seit Jahren gesetzlich verankert, in Irland z.B. seit 1922, in Dänemark seit 1933 und in Italien seit 1954. In diesen Ländern dürfen Pflegende nicht tätig sein, wenn sie nicht zentral registriert sind. Viele Länder verbinden die Registrierung mit einer Fortbildungsverpflichtung.

Ziele der Registrierung

Die Registrierung hat für Pflegende und deren Arbeitgeber Vorteile:

- Erfassung der Pflegenden, ihrer Berufstätigkeit und Einsatzorte
- Erfassung der Qualifikationen der Pflegenden
- Überwachung und Zertifizierung des Qualifikationsstandes
- Fortbildungskontrolle für Arbeitgeber
- Arbeitgeber erhalten eine Grundlage für die Einstellung und Weiterbeschäftigung von Mitarbeitern
- Pflegende machen sich auf dem engen Arbeitsmarkt attraktiv, wenn sie regelmäßige Fortbildungen nachweisen können
- Imageverbesserung für Einrichtungen
- Qualitätssicherungsmaßnahme, Verbraucherschutz für Patienten, Bewohner u.a. Pflegekunden
- Informationskanäle zur Berufsgruppe verfügbar machen
- Anschluss an internationale Standards.

Kategorie	Punktzahl	Maximale Gesamtpunktzahl	Nachweis durch
Vortrag	1 Punkt pro Einheit	8 Punkte pro Tag	Nachweisheft oder Teilnahmebescheinigung
Kongress, Tagung, Symposium	3 Punkte pro Halbtag 6 Punkte pro Tag	20 Punkte insgesamt bei Block- und Mehrtagesveranstaltungen	Programm und Teilnahmebescheinigung/ Nachweisheft
Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe, Qualitätszirkel (à mindestens 90 Minuten)	2 Punkte pro Termin	20 Punkte der zu erbringenden Gesamtpunktzahl	Nachweisheft oder Teilnahmebescheinigung
Seminar, Kurs, Weiterbildung, Zusatzqualifikation	1 Punkt pro Einheit	8 Punkte pro Tag	Nachweisheft oder Teilnahmebescheinigung
Fortbildung in der Praxis	1 Punkt pro Einheit	-	Nachweisheft oder Teilnahmebescheinigung
Balintgruppe, Supervision, Coaching	2 Punkte pro Teilnahme	16 Punkte insgesamt	Nachweisheft oder Teilnahmebescheinigung
Fernfortbildung	1 Punkt pro Stunde bestätigter Zeitaufwand	8 Punkte pro Einzelkurs	Bescheinigung der Bildungsstätte
Referententätigkeit	1 Punkt pro Einheit (entsprechend der Punkte der Teilnehmer, pro Veranstaltung unterschiedlichen Inhalts)	16 Punkte insgesamt	Nachweisheft oder Teilnahmebescheinigung
Pflegerisches Studium	10 Punkte pro Studiensemester	40 Punkte	Studienbescheinigung
Mitgliedschaft in Berufs-, Interessenverbänden der Pflege	3 Punkte pro Jahr	6 Punkte	Ausweis/ Bestätigung des Verbandes
Abonnent einer Fachzeitschrift	3 Punkte pro Jahr	6 Punkte	Bestätigung des Abonnements

Schema der standardisierten Fortbildungskontrolle. Quelle: Informationsbroschüre der Unabhängigen Registrierungsstelle.

So funktioniert die Registrierung

1. Laden Sie für die Erstregistrierung das Anmeldeformular aus dem Internet herunter oder bestellen Sie es per Post
2. Fertigen Sie Kopien des Ausbildungszeugnisses, der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und ggf. Weiterbildungszertifikate und Studienabschlüsse an
3. Überweisen Sie 15 Euro für die Erstregistrierung
4. Schicken Sie Anmeldung und Zeugnisse an:
Unabhängige Registrierungsstelle
Kreuzstraße 7 · 14482 Potsdam
Tel.: 0331/74 093 44
Fax: 0331/74 888 55
5. Nach der Erstregistrierung erhalten Sie Unterlagen, die Ihnen die Nachweise der Fortbildungen erleichtern. Sie erhalten außerdem eine Urkunde und einen Ausweis
6. Sammeln Sie innerhalb von zwei Jahren 40 Fortbildungspunkte
7. Beantragen Sie nach zwei Jahren eine Folgeregistrierung. Diese kostet 60 Euro.

Christine Keller, Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe

Weitere Infos unter:
www.freiwillige-registrierung.de

Zehn Jahre intensiv gepflegt

Ein Bilderbogen zum Geburtstag
der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

Erfolg lässt sich nicht zwingen, aber man kann ihm günstige Voraussetzungen schaffen. Der Heimbeatmungsservice hat den Beweis für diese These seit seinem ersten Tag angetreten. Das Unternehmen nahm in den zehn Jahren seines Bestehens eine rasante Entwicklung und genießt inzwischen deutschlandweit einen exzellenten Ruf.

Der Heimbeatmungsservice war von Anfang an auf die Lebensqualität der außerklinisch zu versorgenden Menschen fokussiert. Sehr schnell war klar, dass es nicht genügen würde, nur den eigenen Klienten eine optimale Versorgung zukommen zu lassen. Alle Standards erhielten deshalb eine Form, die sie für die gesamte Branche anwendbar macht.

Inzwischen beschäftigt das Unternehmen mehr als 600 Mitarbeiter an vier Niederlassungen sowie vier daran angegliederten Bereichen in fünf Bundesländern. Je stärker der Heimbeatmungsservice wuchs, desto breiter wurde die Palette der definierten Prozesse. Zu ihnen gehören u.a. das Überleitungsmanagement, die Behandlungspflege, psychosoziale Betreuung, Qualitäts- und Wundmanagement. Der Heimbeatmungsservice entwickelte eine Software, mit der sich die Administration von Klienten und Personal zentral umsetzen lässt, und führte flexible Arbeitszeitmodelle (z.B. "Teilzeitjobs für Vollzeitmütter") sowie ein Konzept zur Gewinnbeteiligung der Mitarbeiter (LOB/leistungsorientierte Bezahlung) ein. Außerdem initiierte der Heimbeatmungsservice betreute Wohngruppen. Unlängst gingen mobile Überleitungsteams an den Start – flexible Versorgungseinheiten, die in der Lage sind, intensivpflichtige Menschen innerhalb von 48 Stunden aus der Klinik nach Hause zu übernehmen.

Inzwischen hat sich ein enormer Wissenspool gebildet und die Pflegenden arbeiten als Dozenten an verschiedenen Bildungseinrichtungen. Die Zahl der Innovationen macht sichtbar, wie motiviert die Mitarbeiter sind. Letztlich sind sie es, die diese Projekte vorantreiben und umsetzen. An dieser Stelle beweist sich ein weiterer Unternehmensgrundsatz: "Nur pfleglich behandelte Mitarbeiter pflegen gut."

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

Gutes Durchatmen für Langzeitpatienten

Speziell für Patienten in der Langzeitpflege bietet HEIMOMED beste und innovative Produkte für optimale Pflege und befreites Durchatmen.

NOSO-QUICK nach Frank Riehl

- Reduktion des Nasensekrets
- Regulation der Nasenatmung
- Reduktion von Aspirationen
- verbesserte Geruchs- und Geschmackswahrnehmung

PRIMA-COMB II

- Pflegekanüle der neuen Generation mit integrierter Absaugfunktion
- längere Kanüle und somit verbesserte Positionierung des jetzt weicheren Cuffs

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®

Beatmete Menschen integrieren

Das Versorgungskonzept im "Alpenpark" basiert auf Offenheit und Kontinuität

Die Station riecht nicht so, wie man es in einem Pflegeheim erwartet. Ein bisschen Lavendel, ein Hauch Rasierwasser, und vor allem an jeder Zimmertür ein wenig anders. Auf diesem Flur im Erdgeschoss vom Haus "Diana" wohnen zwölf Menschen, die künstliche Beatmung benötigen; manche nur in der Nacht, einige per Maske, andere tragen ein Tracheostoma und sind ständig auf die Hilfe eines Beatmungsgeräts angewiesen.

Der Name des Hauses stammt noch vom Bauherren, der aus der Anlage vor rund 20 Jahren ein Refugium für betuchte Senioren machen wollte. Die Umgebung des Pflege- und Therapiezentrums "Alpenpark" in Kiefersfelden ist entsprechend edel. Aus den Fenstern geht der Blick über den Inn zu den Gipfeln des Zahmen Kaisers. Gepflegt werden, wo andere Urlaub machen, könnte das Motto sein.

Da das ursprüngliche Nutzungskonzept nicht aufging, übernahm die Alpenpark GmbH die Immobilie und richtete 200 Heimplätze ein.

"Die Aufgabe, auch beatmete Menschen aufzunehmen, stellte sich uns erst im Laufe der Zeit, weil wir intensive Kontakte zur deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft und zum Selbsthilfeverband , Schädel-Hirnpatienten in Not' hatten", sagt Pflegedienstleiterin Ingrid Ranzinger. Als das Thema aufkam, machten sich die Mitarbeiter des Alpenparks zunächst kundig.

Zugang zum Alltag – das bedeutet für die Mitarbeiter des Alpenparks auch, einen Bewohner, der sein Leben lang mit Tieren gearbeitet hat, bei einem Besuch im Kuhstall zu begleiten. Foto: Alpenpark GmbH

Ingrid Ranzinger hospitierte in der Münchner Stiftung Pfennigparade, Pflegende nahmen an Weiterbildungen in der Asklepiosklinik Gauting teil. "Vor zehn Jahren kam der erste beatmungspflichtige Bewohner ins Haus. Nur Schritt für Schritt wurden es mehr", sagt Ingrid Ranzinger. "Das hat uns die Zeit gegeben, alle Strukturen organisch wachsen zu lassen." Zu ihnen gehört die medizinische Versorgung durch zwei Ärzte, die in der Nachbarschaft praktizieren, aber sehr viel im Haus tätig sind und Erfahrung mit außerklinischer Beatmung haben.

Auch deshalb fügt sich die Abteilung gut in das Gesamtkonzept des Hauses. Die Alpenpark-Bewohner sind im Durchschnitt 50 Jahre alt. Unter ihnen überwiegen neurologische Krankheitsbilder, etwa Multiple Sklerose, Schlaganfälle, Parkinson und Wachkomata unterschiedlicher Ursachen und Ausprägungen. Der Schwerpunkt der Betreuung liegt auf der Lebensbegleitung. Es gilt, den Menschen trotz ihrer Handicaps einen möglichst umfassenden Zugang zum Alltag zu verschaffen. Für dieses Ziel hält der Alpenpark zahlreiche therapeutische Angebote bereit. Im Keller, der sich unter allen drei Häusern des Zentrums hinzieht, findet man eine Physiotherapie, eine große Ergotherapie, das gesamte Spektrum der physikalischen Therapie, ein Bewegungsbad, eine Therapieküche sowie Logopädie.

Auch hier zeigt sich, dass man das Prinzip der Offenheit zum maximalen Nutzen aller Beteiligten einsetzen kann. Die therapeutischen Angebote stehen auch den Bewohnern der Region offen, es sind rezeptfähige Leistungen. Deshalb wuseln oft Kinder, die zur Ergotherapie gekommen sind, zwischen den Rollstühlen der Heimbewohner herum und bringen einen ganz eigenen Ton in den Alpenpark.

Wie verwachsen das Heim mit dem Ort ist, zeigt sich besonders deutlich am Bierstüberl. Um 17 Uhr beginnt hier täglich ein Gastronomiebetrieb, der sich nur durch seine Rollstuhlgängigkeit von anderen Wirtshäusern unterscheidet. Wer am Stammtisch der Heimbewohner Platz nimmt, kann, auf ganz traditionelle bayerische Art, in seinen Maßkrug starren und über die Welt im Allgemeinen oder Speziellen räsonieren. Alternativ lohnt sich ein Blick durch die benachbarte Fensterreihe. Hinter den Scheiben stehen die Metallmaschinen des hauseigenen Fitnessstudios, in dem die Mitarbeiter ihren schwachen Rückenmuskeln aufhelfen oder Kiefersfeldener sich zum Feierabend in die Gewichte stemmen. "Erst die Vermischung von innen und außen ermöglicht den Bewohnern ein normales Leben", sagt Ingrid Ranzinger. Mindestens zwei Ausflüge pro Monat sowie Urlaubsreisen, die schon mal nach Tunesien oder in die Türkei führen, gehören zum Programm. Überall im Haus zeugen Fotocollagen davon, dass auch die beatmeten Bewohner sich in Swimmingpools unter südlicher Sonne ganz daheim fühlen. Es ist sinnvoll, Menschen mit Beatmungsbedarf nah beieinander wohnen zu lassen, weil das versorgende Team auf diese Weise kurze Wege nutzen kann. Wenn aber gleich nebenan auch Menschen leben, die nicht in dieser Weise von Medizintechnik abhängig sind, entsteht eine offenere Atmosphäre.

Den zwölf beatmungspflichtigen Bewohnern sind ebenso viele Planstellen für Pflegende zugeteilt. In dieser Rechnung sind allerdings die Beschäftigungstherapeuten nicht enthalten. Auch beziehen sich die Aufgaben der Pflegenden ausschließlich auf die Versorgung. Der Telefondienst ist ebenso ausgelagert, wie das Servieren der Speisen.

Die Bewohner teilen ihre Tage selbst ein. Wenn sie ein spätes Frühstück bevorzugen, ist das ebenso selbstverständlich möglich wie das Zubettgehen zu jeder beliebigen Tageszeit. Diese lebensbejahende Flexibilität beruht auf einer kontinuierlichen Team-Entwicklung. In der Leitungsebene gab es zuletzt 1994 einen Wechsel und auch ein großer Stamm erfahrener Mitarbeiter ist seit vielen Jahren unverändert dabei. Sie garantieren eine ausgiebige Einarbeitung neuer Kollegen.

Die Bewohner wissen ebenso wie die Angehörigen, wo sie die Büros von Pflegedienst- und Heimleitung finden, und sie haben gar keine Scheu, anzuklopfen und ihre Anliegen direkt zu besprechen, egal ob es um Lob oder Tadel geht.

Die unmittelbaren Rückmeldungen motivieren das Team, kontinuierlich am Ball zu bleiben. Alle zwei Monate erhalten die Pflegenden Einweisungen in neue Geräte, vierteljährlich analysieren sie die Versorgungen mit den Lieferanten der Medizintechnik, mindestens zweimal im Jahr kommt ein Trainer von außerhalb, um Techniken der Basalen Stimulation zu vertiefen. Außerdem sind über das Jahr stets weitere Fortbildungen mit wechselnden Themen geplant.

"Wenn es mir gut geht und ich Spaß an meiner Arbeit habe, dann werde ich diese Freude auch ins Haus bringen", sagt Ingrid Ranzinger. Ihre Mitarbeiter scheinen in diesem Punkt dieselbe Meinung zu vertreten. Anders wäre es nicht denkbar, dass am Wochenende regelmäßig eine Gruppe von Bewohnern und Pflegenden zum Diskobesuch ausrückt. Dann ist auf der Tanzfläche Party angesagt, und niemand rechnet die Stunden in Dienstzeit um.

Weitere Informationen über das Zentrum für Pflege und Therapie "Alpenpark" unter:
www.alpenpark.de

Angenehm feuchte Atemluft

Der Ultraschallvernebler U-3002 – eine Einschätzung aus der Praxis

Um den Sinn eines Ultraschallverneblers verständlich zu erklären, möchte ich zuerst auf die Anatomie und Physiologie des Respirationstraktes eingehen.

Obere Atemwege

Die stark gefältelte Nasenschleimhaut hat eine Oberfläche von ca. 140 bis 160 Quadratzentimeter und ist mit einem Netz winziger Blutgefäße durchsetzt. Sie erfüllen die Funktion einer Klimaanlage. Über die Durchblutung der Schleimhaut wird Körperwärme abgegeben und die eingeatmete Luft erwärmt. In der Schleimhaut sitzen außerdem Becherzellen. Sie produzieren Feuchtigkeit, die zum Teil auf die Atemluft übergeht. Die ebenfalls in der Nase sitzenden Flimmerhärchen binden mithilfe des Sekretes, das an der Schleimhaut lagert, feine Staubpartikel sowie Krankheitserreger und transportieren diese durch ihre Bewegungen zum Nasenausgang. Bei der Atmung durch den Mund ist die Funktion der Nase ausgeschaltet. Auch der Rachenraum ist mit Schleimhaut ausgekleidet. Sie trägt zur weiteren Erwärmung und Befeuchtung der Luft auf dem Weg in die Lunge bei.

Untere Atemwege

Die unteren Atemwege beginnen am Kehlkopf mit der Luftröhre (Trachea), die ungefähr auf der Höhe des fünften bzw. sechsten Halswirbelkörpers beginnt. Die Luftröhre hat eine Länge von zehn bis zwölf Zentimeter und reicht bis zur Aufzweigung in den linken und rechten Hauptbronchus. Der Innendurchmesser der Luftröhre beträgt ca. zwei bis drei Zentimeter. Die Luftröhre besteht aus sechzehn bis zwanzig hufeisenförmigen Knorpelspangen, die zur Speiseröhre hin offen sind und durch Muskelzüge sowie elastisches Bindegewebe verbunden werden. Die Schleimhaut der Luftröhre ist mit Flimmerepithel besetzt. In der Schleimhaut sitzen ebenfalls Becherzellen die ca. 100 ml Sekret am Tag absondern. Beim gesunden Menschen bilden diese Strukturen eine Barriere für Staubteilchen und Krankheitserreger. Die Flimmerhärchen transportieren die Mischung aus Schleim und Fremdkörpern mit einer Geschwindigkeit von ungefähr zwei Zentimeter pro Stunde zum Rachen.

Die Luftröhre mündet an der Carina in den linken und rechten Hauptbronchus. Diese Äste verzweigen sich bereits nach wenigen Zentimetern in kleinere Bronchien und von dort aus in immer kleinere Äste bis zu den Alveolen, in denen der Gasaustausch stattfindet. Auch in der Lunge sondert die Schleimhaut Sekret ab. Es findet, angeregt durch die Mikrobewegungen der Flimmerhärchen sowie die Positionsveränderungen des Körpers ebenfalls den Weg über die Atemwege in den Rachen.

Einschränkung durch Tracheotomie

Durch den künstlich angelegten Atmungsweg und die Umgehung des Mund-Nasen-Raumes entstehen zahlreiche Probleme. Trockene Umgebungsluft führt dazu, dass das Sekret in der Lunge trocknet, die feinen Äste verkleben und so der Atmung nicht mehr zur Verfügung stehen. Dieser Prozess fördert Infektionen bzw. Entzündungen, es kann zu Bronchitiden bis hin zu Lungenentzündungen kommen.

Strategien der Luftbefeuchtung

Häufig verwendet man eine "feuchte Nase" die auf den Normkonnektor der Trachealkanüle aufgesetzt wird. Sie besteht aus einer Schaumstoff- oder Papiermembran. Diese bindet die in der Ausatmung abgegebene Feuchtigkeit und Wärme und führt sie bei der Einatmung den unteren Atemwegen erneut zu. Das relativ unaufwendige Hilfsmittel simuliert die Aufgabe der Nasenschleimhaut recht gut. Viele Patienten sind mit der "feuchten Nase" ausreichend versorgt und erzielen eine gute Mobilisierung des Atemwegssekretes.

Falls eine "feuchte Nase" keine befriedigenden Ergebnisse bringt, können Pflegende, Patienten oder deren Angehörige Ultraschall-Inhalationsgeräte einsetzen. Durch Ultraschallwellen werden aus einer Medikamentenlösung oder reinem Wasser kontinuierlich kleinste Tropfen gelöst, in die Atemluft vernebelt und vom Patienten eingeatmet. Das verwendete Wasser sollte ausnahmslos steril sein, um Infektionen und Schaden für den Patienten zu vermeiden. Von abgekochtem Wasser ist dringend abzuraten.

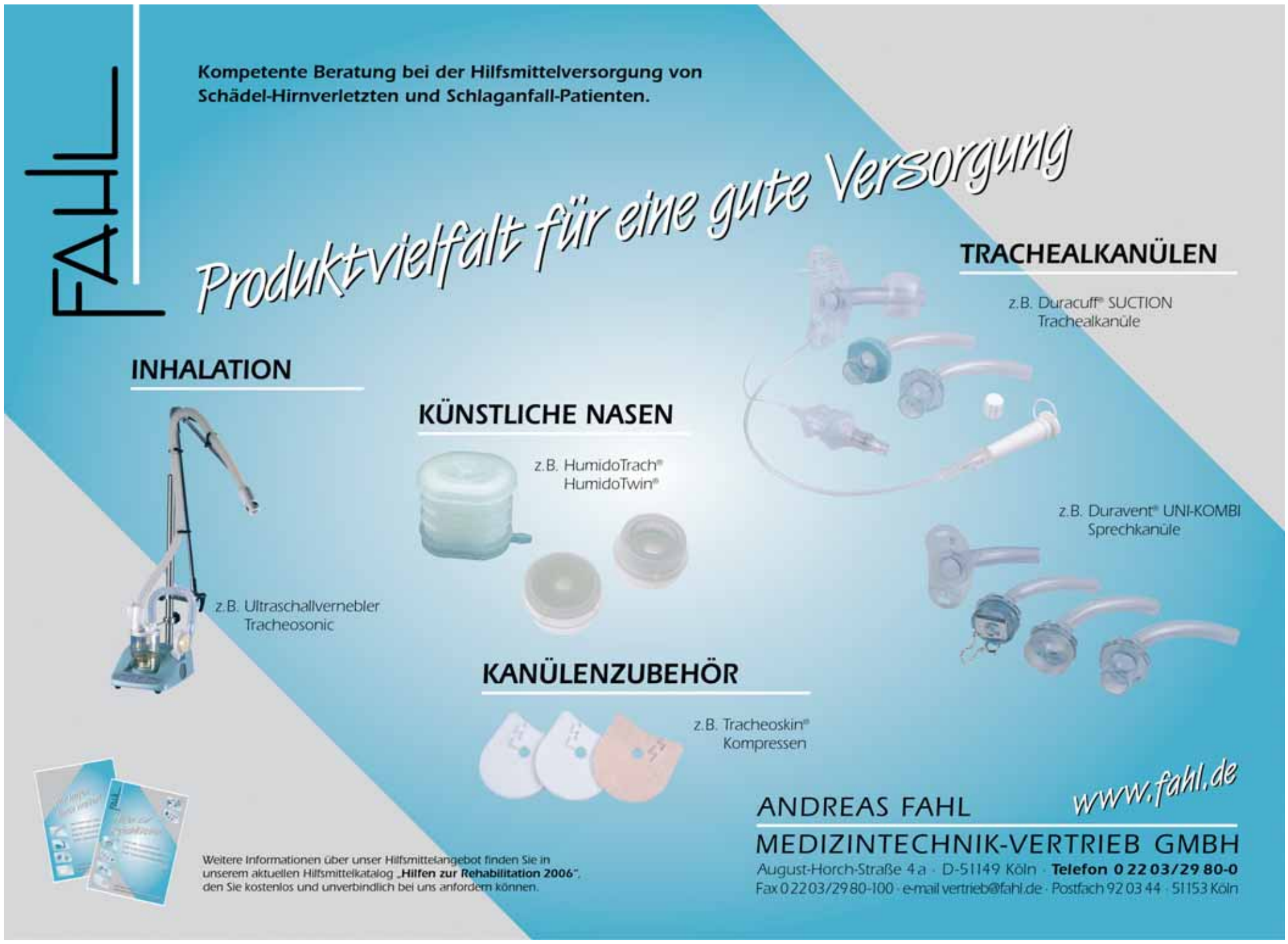
Ultraschallverneblung

Ich möchte den Ultraschallvernebler U-3002 der Olsberger Firma Schulte-Elektronik vorstellen (www.schulte-elektronik.de).

Das Gerät ist vom Hersteller zur Anwendung bei Atelektasen, Asthma bronchiale, Bronchiektasen, Bronchitis, Laryngitis, Mukoviszidose, Pharyngitis, Pneumonie, Tracheotomie, Schleimhautaustrocknung sowie zur prä- und postoperativen Schleimhautrehabilitation empfohlen. Allerdings sollte die Anwendung stets ärztlich angeordnet sein. Die Geräte der Firma Schulte verfügen über eine Hilfsmittelnummer und sind sowohl verordnungs- als auch abrechnungsfähig.

Ein Vorteil dieses Gerätes liegt darin, dass die Vernebelungsleistung im Vergleich zu anderen Produkten gut anzusteuern ist. Sie erreicht maximal 3 ml/min bei einem Flow von bis zu 8l/min. An den Geräten anderer Hersteller sind die Parameter häufig fest eingestellt und lassen keine Variation durch den Anwender zu. Auch verfügt das Gerät über eine Zeitschaltuhr, so dass der Betrieb zeitlich begrenzt werden kann. Allerdings ist der U-3002 auch für den Dauerbetrieb geeignet.

Der Ultraschallvernebler ist einfach zu bedienen und universell einsetzbar. Er lässt sich an Krankenhaus-Wandschienen befestigen sowie mit fahrbarem Stativ bzw. als Tischgerät verwenden. Im häuslichen Umfeld lassen sich die Geräte an Beatmungstischen mit



Normschienen problemlos fixieren. Der Vernebler ist für den Betrieb mit Ein- oder Mehrwegschläuchen ausgelegt. Bei der Aufbereitung der Schlauchsysteme und der Reinigung des Ultraschallkopfes sind die Herstellerangaben zu beachten und nur freigegebene Desinfektionsmittel zu verwenden. In der Praxis wird die Aufbereitung und Reinigung von vielen Pflegenden als sehr einfach beschrieben. Die Hygieneregeln im Umgang mit dem Gerät sind seitens des Herstellers eindeutig definiert. Pflegende erneuern die Faltenschläuche täglich, Bakterienfilter mindestens wöchentlich und Grobluftfilter einmal pro Monat. Bevor der Vernebler bei einem neuen Patienten zum Einsatz kommt, sind alle Einwegmaterialien zu ersetzen.
Die klare und verständlich geschriebene Bedienungsanleitung ermöglicht auch medizinischen Laien nach einer fachgerechten Einweisung die leichte Anwendung des U-3002 zur Inhalationstherapie.

Vorteile – Nachteile

Ein weiterer Vorteil von Ultraschallverneblern ist ihr nahezu geräuschloser Betrieb – so können die Geräte auch problemlos während der Nacht eingesetzt werden, ohne die Patienten beim Schlafen zu stören. ohne die Patienten beim Schlafen zu stören. Pflegende beachten, dass Ultraschallvernebler nicht zusammen mit einer "feuchten Nase" verwendet werden dürfen. Die mit dem Aerosol versetzte Luft kann das Filtersystem der "feuchten Nase" nicht durchdringen. Stattdessen legt die Feuchtigkeit sich an die Membranen und vermindert ihre Durchlässigkeit für die Atemluft. Der Patient muss dann unnötig vermehrte Atemarbeit leisten.
Zusammen mit Sprechventilen kann ich die Nutzung dieses Verneblertyps uneingeschränkt empfehlen. Ultraschallverneblung kann Sekret-Probleme lindern, die durch trockene Luft verursacht sind. Eine verbesserte Sekretlösung erhöht die Einsatzzeit des Sprechventils. Voraussetzung ist allerdings eine adäquate Bronchialtoilette durch die Pflegenden. Angenehm für den Patienten ist, dass der U-3002 eine Erwärmung des Aerosols auf 25 – 39 °C zulässt.
Ein Nachteil aller Ultraschallvernebler liegt darin, dass sie nicht nur die Atemluft befeuchten, sondern dass sich der feine Wassernebel auch an der Kleidung niederschlägt. Ein untergelegtes Handtuch kann schnell und problemlos Abhilfe schaffen. Das Inhaliergerät verfügt nicht über einen internen Akku. Für den Betrieb ist unbedingt eine Steckdose erforderlich. Eine mobile Aerosoltherapie ist nicht möglich.

Husten simulieren

Pulsierende Weste löst Bronchialsekret

Das Therapiesystem "The Vest™" (Modell 105).

Bei einigen Krankheitsbildern reicht allein das Feuchthalten der Atemluft nicht aus, um eine adäquate Sekretlösung zu erreichen.

Deshalb möchte ich ein Hilfsmittel vorstellen, das die Sekretlösung bei Patienten mit reduzierter Fähigkeit zum Husten deutlich verbessern kann.
Das Therapiesystem "The Vest™" ist eine aufblasbare Weste, die über Luftschläuche mit einem Impulsgenerator verbunden ist. Das Steuergerät belüftet und entlüftet die Weste mit vom Anwender oder Arzt eingestellten Frequenzen, so dass es in der ersten Phase zur Druckbelastung und damit zu höheren Geschwindigkeiten des Atemstromes in der Lunge kommt. In der zweiten Phase wird der Brustkorb entlastet und die Ausflussgeschwindigkeit der Atemluft nimmt ab. Diese hochfrequenten, auf den Brustkorb und die Lunge übertragenen Pulsationen, lösen das in der Lunge befindliche Sekret, weil sie ähnlich wie kleine Hustenstöße wirken. Das System erreicht eine Frequenz von maximal 20 Stößen/Sek. (Modell 104).
Das durch die Schwingungen gelöste Sekret wird aus den kleinen in die größeren Atemwege transportiert, von wo es ausgehustet oder abgesaugt wird. Weil die Weste den Oberkörper umschließt, wirkt die Therapie zeitgleich auf alle Lungenlappen Diese Technik der der Sekretmobilisation bzw. Atemtherapie wird als Hochfrequenz-Brust-wandoszillation (high frequency chest wall oscillation, HFCWO) bezeichnet.
Krankheitsbilder, bei denen "The Vest™" eingesetzt werden kann, sind unter anderem die Amyotrophische Lateralsklerose (ALS), Zerebralparese, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Zystische Fibrose, Muskeldystrophie, Nachbehandlung von Lungentransplantationen, Rückenmarksverletzungen sowie Beatmungspflicht anderer Ursachen. Bei dieser Patientengruppe ist oftmals das effektive Abhusten durch die muskuläre oder neurogene Funktionsstörung stark eingeschränkt oder gar nicht möglich. "The Vest™" wurde bereits bei mehr als 350 Krankheitsbildern verordnet. Bei nicht stabilisierten Kopf/Hals-Verletzungen sowie hämodynamischer Instabilität der Patienten darf das Gerät allerdings nicht eingesetzt werden.
In Ermangelung der Weste mussten bisher im Bereich der klinischen und häuslichen Intensivpflege unterschiedliche Techniken zur Sekretlösung durch die Pflegenden und die Patienten angewandt werden. So wurde das Sekret mühsam durch Perkussion und Vibration manuell oder unter Einsatz technischer Hilfsmittel (z.B. Vibrax®) gelöst. (Perkussion und Vibration sind u.a. bei Rückenmarksverletzungen, Osteoporose sowie Knochenmetastasen kontraindiziert.)
Nach der manuellen Lösung des Sekretes wurden oftmals Drainagelagerungen durchgeführt, die mithilfe der Schwerkraft zur besseren Förderung des Sekrets führten. Diese Lagerungen können zwar die Wirkung der Hochfrequenz-Weste ergänzen, sind aber nicht mehr zwingend notwendig.
Das Steuergerät der Weste ist relativ leicht (ca. 8 kg) und verfügt zum einfachen Transport über einen Tragegriff. Mit vom Hersteller freigegebenen Desinfektionsmitteln lassen sich die glatten Oberflächen des Kompressors unproblematisch reinigen.
Die Weste ist in vier Ausführungen erhältlich. Wiederverwendbare Westen gibt es als Brustweste und Ganzweste. Als Einwegprodukt ist "The Vest™" in Form einer Wickel- oder Ganzweste erhältlich. Das Einwegprodukt findet seinen Einsatz in der klinischen Intensivpflege. Alle Westen gibt es in unterschiedlichen Größen, so dass auch bei kleinen Kindern mit Mukoviszidose das innovative Hilfsmittel problemlos eingesetzt werden kann.
Das Gerät verfügt über eine Hilfsmittelnummer und ist bei dem Unternehmen Heinen und Löwenstein erhältlich (www.hul.de). In der Abwägung, das Therapiesystem anzuschaffen, dürfte allerdings der Preis eine große Rolle spielen, der bei ca. 12.000 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer liegt. Dazu kommen die Kosten für die passende Weste und weiteres Zubehör. Prinzipiell kann "The Vest™" überall eingesetzt werden, wo eine Steckdose verfügbar ist. In den USA hat sich der Einsatz der Weste und der Vorgängermodelle seit den 80er Jahren in zahlreichen klinischen Test bewährt. Hier findet die Weste in 95 % der Mukoviszidose-Zentren und bei mehr als 50.000 Patienten Anwendung. In Deutschland wurde das System bisher ca. 30-mal verkauft.

Stefan Hille,
Fachkrankenpfleger
für Anästhesie
und Intensivmedizin

Keine Zeit für den Tod

Ein Blick auf die Hintergründe mangelhafter Sterbebegleitung in der Intensivpflege

Eine gute Sterbebegleitung erfordert, neue, individuelle Wege zu gehen und sich vorrangig an der Lebensqualität der Patienten zu orientieren. Voraussetzungen sind neben der Akzeptanz einer unheilbaren Erkrankung eine hohe fachliche Kompetenz in den Bereichen Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerztherapie sowie der sichere Umgang mit spirituellen und ethischen Fragen. Flexibilität und Kreativität sind gefordert um, eine patientenorientierte Pflege in der letzten Lebensphase sicherzustellen. Wichtig ist auch die Integration der Angehörigen.

Zur Erfüllung dieser Voraussetzungen reichen die Kenntnisse der verschiedenen Aus- und Weiterbildungen häufig nicht aus. Pflegestandards oder Leitlinien als wissenschaftlich begründete abgestimmte Leistungsniveaus sollen sowohl den Pflegenden als auch dem Pflegemanagement eine Orientierungshilfe sein und das Niveau der pflegerischen Sterbebegleitung entwickeln. Während das Management die entsprechenden Strukturen realisiert, etwa Fort- und Weiterbildungen, Einrichtung von Sterbezimmern bzw. Räumen für Angehörige, bieten Standards den Pflegenden z.B. bei der individuellen Planung der Sterbephase mit den Patienten Orientierung.

Eine Studie hat ergeben, dass nach der Einschätzung von Ärzten und Pflegenden viele stationäre Einrichtungen keinen Freiraum für die angemessene Begleitung Sterbender bieten.

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

Aktueller Stand in der Sterbebegleitung

Einen Einblick in den aktuellen Versorgungsstand zur Sterbebegleitung im Krankenhaus bietet die Untersuchung von Kaluza und Töpferwein (2004). Darin wurden die Bedingungen sowie der Stellenwert der Sterbebegleitung in Krankenhäusern, Pflegeheimen und im häuslichen Bereich in Sachsen untersucht. Außerdem thematisierten die Untersucher Aspekte der Belastung unter den Mitgliedern beteiligter Berufsgruppen. Sie analysierten die Bewältigung von Grenzsituationen im beruflichen Alltag von Ärzten und Pflegenden, die Schmerzbehandlung, die Qualität der fachübergreifenden Zusammenarbeit sowie die Angehörigenarbeit.

Für die Mitarbeiter in Krankenhäusern kamen die Untersucher zu folgenden Ergebnissen: Nach Angaben des statistischen Landesamtes Sachsen ist das Krankenhaus der Hauptsterbeort. Mehr als 50% der Sterbefälle entfielen im Jahr 2001 auf diese Institution, wobei 70% bis 90% der Bevölkerung den Wunsch haben, zuhause zu sterben (Dreßel, 2001).

Für viele Pflegende und Ärzte ist damit die Sterbebegleitung eine regelmäßig wiederkehrende Aufgabe in ihrem Alltag, wobei die Berufsgruppe der Pflegenden am häufigsten damit konfrontiert ist. Der Beitrag der Ärzte an der Sterbebegleitung wird von den Pflegenden eher als gering wahrgenommen. Sowohl Ärzte als auch Pflegende schätzen ihre Berufsausbildung und das Weiterbildungsangebot zu Fragen von Sterben und Tod als nicht ausreichend ein. Bedarf wird v.a. im Bereich Gesprächsführung geäußert. Ärzte und Pflegende, die bereits an Angeboten zur Sterbebegleitung teilgenommen haben, bewältigen die Anforderungen im Zusammenhang mit einer Sterbebegleitung besser als andere (z.B. größeres Wissen über Sterben und Tod, größere Sicherheit im Umgang mit Sterbenden, geringere Belastung durch den Tod eines Patienten).

Die Voraussetzungen für ein ruhiges, würdevolles und weitgehend selbstbestimmtes Sterben sind nach Einschätzung der Pflegenden und Ärzte nur selten gegeben, daher halten sie das Krankenhaus, in dem sie tätig sind, nicht für einen geeigneten Ort zum Sterben. Sie beklagen vor allem fehlende Ressourcen in folgenden Bereichen:

- Zeitmangel des Personals
- Fehlende Privatsphäre
- Ungenügende Räumlichkeiten
- Unzureichende Qualifikation des Personals
- Fehlende menschliche Zuwendung
- Mangelnde Schmerztherapie
- Zu viele lebensverlängernde Maßnahmen.

Defizite liegen auch in der Kooperation und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen vor. Ein Austausch über das Sterben und den Tod findet kaum statt. Generell fühlen sich Pflegende durch die Sterbebegleitung belastet, wobei jüngere Pflegende größere Probleme bei der Begleitung Sterbender angeben als ihre älteren Kollegen. Krankenhäuser in Sachsen arbeiten bei der Begleitung Sterbender eher isoliert. Externe oder interne Helfer, z.B. Seelsorger, Psychologen oder Hospize werden kaum in Anspruch genommen. Kooperationen mit anderen Institutionen – krankenhausinternen oder externen, z.B. Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, sind weder den Pflegenden noch den Ärzten bekannt. Angegeben wird eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen. Konflikte zwischen Pflegenden und Angehörigen führen die Pflegenden einerseits darauf zurück, dass Angehörige Probleme im Umgang mit Sterben und Tod haben, andererseits sprechen sie auch von Kommunikationsproblemen des eigenen Berufsstandes sowie dessen ungenügender Befähigung, Angehörige zu begleiten (Kaluza & Töpferwein, 2004). Für andere Bundesländer fehlen flächendeckende Untersuchungen zur Sterbebegleitung. Obwohl die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Bundesländer nur eingeschränkt möglich ist, vermuten die Autoren dort ähnliche Bedingungen.

Standards in der Sterbebegleitung

Ein Grund für die dargestellte Versorgungssituation Sterbender kann darin gesehen werden, dass in Deutschland keine einheitlichen Standards für die Sterbebegleitung vorliegen. Die Sterbebegleitung ist ein Element der Palliativversorgung und als solches nur eingeschränkt separat zu betrachten.

Palliative Care ist laut WHO (2004a, S.14) ein Versorgungsansatz, der das Ziel verfolgt, eine Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten und ihrer Angehörigen zu erreichen.

Dabei steht die erfolgreiche Prävention und Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen sowie die Hilfe bei psychischen, sozialen und seelsorgerischen Problemen an erster Stelle (National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, WHO, 2002).

Da insbesondere auf den Intensivpflegestationen eine ganzheitliche Palliativversorgung wegen der relativ kurzen Verweildauer der Betroffenen sowie des kurativen Ansatzes, der die Patientenversorgung dominiert, nicht erbracht werden kann, bezieht sich dieser Artikel ausschließlich auf die unmittelbare Sterbebegleitung.

Grundsätze in der Sterbebegleitung

Die Versorgung und Begleitung schwerkranker Menschen sowie ihrer Angehörigen ist im § 39a SGB V als Förderung stationärer und ambulanter Hospizleistungen geregelt. Ergänzend zu den bundesweit geltenden rechtlichen Grundlagen gibt es eine länderspezifische Gesetzgebung bzw. Richtlinien.
Auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin sowie Landesarbeitsgemeinschaften der Hospizbewegung und Hospizstiftungen haben in ihren Satzungen Ziele festgeschrieben, die eine allgemeine Verankerung der Hospizidee in der Gesellschaft anstreben, den Aufbau von Netzen vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Hospizeinrichtungen und Palliativstationen mit bestehenden Strukturen unterstützen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender Tätigen fördern.
Unter Sterbebegleitung wird gemäß der Grundsätze der Bundesärztekammer (1998) eine Betreuung und Versorgung von Sterbenden verstanden, die die Würde und Selbstbestimmung achtet und auf die Befriedigung ihrer körperlichen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse ausgerichtet ist (www.bundesaerztekammer.de). Die Sterbebegleitung findet zumeist in einem multidisziplinären Team statt. Die Bundesärztekammer betont dazu in ihren Grundsätzen: [...] "Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen" (Deutsches Ärzteblatt, 2004).

Empfehlungen der Standards für die Begleitung Sterbender

In der Sterbebegleitung ist es zunächst notwendig, dass Untersuchungen und Assessments eingeschlossen werden, die zu einem besseren Verständnis des Krankheitsgeschehens führen. Ziel ist es, belastende Symptome positiv zu beeinflussen. Spezifische Interventionen sollten angeboten werden, sobald ein Bedürfnis erkennbar ist und solange die Beeinflussung der Krankheitssymptome noch möglich scheint. Die Sterbebegleitung wird als integraler Bestandteil der Pflege gesehen und ggf. durch spezialisierte Palliativ- oder Hospizpflegeteams unterstützt. Die Grundsätze der Sterbebegleitung sind nach dem Konzept der Weltgesundheitsorganisation in jeder Pflegeeinrichtung implementierbar, ungeachtet dessen, ob es sich um ambulante oder stationäre Angebote handelt (WHO, 2004).
Für die Sterbebegleitung bzw. Palliativpflege sollen folgende vier Leitlinien und eine Handreichung innerhalb der behandelten Fragen besondere Berücksichtigung finden. Zur weiteren inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema kann die empfohlene Literatur unter den genannten Internetadressen gebührenfrei eingesehen werden.
Eine **Leitlinie** wurde von der **Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin** (DGP, 2006) entwickelt und enthält Ausführungen zu den Symptomkomplexen Dyspnoe, Ernährung, exulzerierende Wunden, Lagerung, Lymphödeme, Mundpflege, Obstipation, Pruritus, Übelkeit, Erbrechen sowie die Situation nach dem Versterben. Neben inhaltlichen Ausführungen, z. B. Leitgedanken und Ziele, enthalten sie auch medizinisch-pflegerische Maßnahmen und Literaturhinweise. Allerdings sind in dem Papier weder das Vorgehen bei der Erstellung noch die Quellen für die empfohlenen Maßnahmen transparent gemacht. Die Leitlinie stützt ihre Empfehlungen auf Expertenmeinungen (Quelle: http://www.dgpalliativmedizin.de/agpf_leitlinienl.html [Stand: 14.02.2008]).
Die Leitliniengruppe Hessen hat gemeinsam mit den hausärztlichen Qualitätszirkeln "Pharmakotherapie" die **"Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung"** (2007) erstellt.
Die Mitglieder der Leitliniengruppe sind praktizierende Hausärzte aus Hessen. Die Leitlinie soll als Orientierungs- und Entscheidungshilfe bei der Palliativversorgung von Patienten durch Hausärzte dienen. Sie enthält therapeutische Handlungsempfehlungen für Beschwerdebilder und Behandlungssituationen im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung.
Die Empfehlungen sind z. T. durch wissenschaftliche Studien gestützt. Die Leitlinie ist auch für Pflegende relevant, da sie besonderen Wert auf nicht-medikamentöse Strategien sowie aktivierende Pflegemaßnahmen legt.
Die Empfehlungen basieren auf wissenschaftlichen Untersuchungen, auf therapeutischen Erfahrungen der praktizierenden Hausärzte sowie auf Meinungen ausgewiesener Experten (Quelle: http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publikationen/palliativ_ll.pdf [Stand: 14.02.2008]).

Inhalte der "Hausärztlichen Leitlinie Palliativversorgung"

- Medikamentöse Maßnahmen zur Kontrolle häufiger Symptome wie Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit und Erbrechen, Obstipation, Angst, Depression und Verwirrtheit, Ileus, Schwäche, Fatigue und Appetitlosigkeit, Wunden
- Fragen der Ernährung und des Flüssigkeitshaushaltes
- Kommunikation und Kooperation mit Patienten, Angehörigen und verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen
- Rechtliche Rahmenbedingungen: Patientenverfügung, Abgrenzung von aktiver/passiver Sterbehilfe
- Psychosoziale und spirituelle Aspekte: Ängste, Verluste, Schuldgefühle bei Patient, Angehörigem und Arzt.

Die Leitlinie des **National Institute of Clinical Exellence/NICE** (2003) "Improving supportive and palliative care for adults with cancer" beruht auf Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen und umfasst den gesamten palliativen Versorgungsbereich (Quelle: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf [Stand: 14.02.2008]).

Leitlinieninhalte NICE

- Koordination der Versorgung
- Einbeziehung der Betroffenen in die Planung, Ausführung und Evaluation der Angebote
- Direkte Kommunikation
- Informationsweitergabe
- Psychologische, soziale, spirituelle Unterstützung
- Angebote der allgemeinen sowie spezialisierten Palliativversorgung
- Palliative Tagespflege
- Angebote im Bereich der Rehabilitation
- Ergänzende Dienste
- Unterstützung der Familien und pflegenden Angehörigen
- Trauerarbeit.

Empfehlung speziell für die schwierige Situation der **Gespräche über Lebenserwartung und die Sterbevorbereitung** sammelt die "Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers" (Clayton et al., 2007). Diese Leitlinie gründet sich auf eine umfangreiche Literaturrecherche, die Qualität der verfügbaren Studien ist jedoch gering. Darüber hinaus wurden v.a. abgestimmte Empfehlungen von Expertengruppen eingeschlossen. Die Leitlinie gliedert sich in die Bereiche:
1. Vorbereitung auf die Diskussion mit dem Patienten
2. Beziehung zum Patienten
3. Erfragen der Präferenzen des Patienten oder der pflegenden Angehörigen
4. Vermitteln von Informationen
5. Ansprechen von Emotionen und Befürchtungen
6. Realistische Hoffnung
7. Fördern von Rückfragen und weiteren Diskussionen
8. Dokumentation der Gespräche.

Unter der jeweiligen Bereichsüberschrift, werden konkrete Maßnahmen empfohlen, die immer als Aufforderung formuliert sind.
So schreiben die Autoren z.B. für den Bereich 3: "Klären Sie ab, ob die Situation vom Patienten oder den pflegenden Angehörigen verstanden wurde und geben Sie so viel Detailinformation wie gewünscht."
(Quelle: http://www.mja.com.au/public/issues/186_12_180607/cla11246_fm.pdf [Stand: 14.02.2008]).
Die **Handreichung Palliative Care und Hospizarbeit** (2006) ist aus einer Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BGA Hospiz) entstanden.
Sie basiert auf einem Expertenkonsens und hat neben der Verbesserung der Patientenbetreuung auch die Förderung der Forschung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Ziel. Sie ist aufgebaut wie ein Methodenbaukasten mit 26 Themen aus der Palliativpflege. Beispielhaft herausgegriffene Themen, die insbesondere die Sterbebegleitung betreffen, sind: Ethik der Begleitung, Familie und soziales System, Lebensqualität, Gedenken und Trost, letzte Lebensphase, Sterbehilfe, Tod und Trauer sowie die Situation nach dem Versterben.
Jedes Thema ist untergliedert in die Kategorien fachliche, organisatorische, kommunikative und persönliche Kompetenzen. Deshalb können sie jeweils unter einzelnen Kategorien betrachtet werden (z.B. das Themenfeld "Tod" unter dem Aspekt "fachliche Kompetenz").

Die Handreichung kann als Grundlage für die Erhebung des Ist-Standes der Palliativversorgung in der eigenen Einrichtung dienen. Sie lässt sich aber auch zur Gestaltung interner Fortbildungsmaßnahmen nutzen (Quelle: http://www.dgpalliativmedizin.de/ag-pfl.html [Stand: 14.02. 2008]).

Fachweiterbildung

Bisher gibt es keine bundeseinheitliche Fachweiterbildung in Palliativpflege. Die Kurse, die von den Fachgesellschaften (DGP, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, ALPHA sowie Deutsche Krebshilfe) zertifiziert werden, müssen laut Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Fachverbände einem Umfang von mindestens 160 Stunden haben und sich inhaltlich am Basiscurriculum Palliative Care (M. Kern, M. Müller, K. Aurnhammer) orientieren.

Auf ihrer Webpräsenz veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (www.dgpalliativmedizin.de) Informationen über die zertifizierten Kurse. Das Basiscurriculum befindet sich derzeit in der Überarbeitung und erscheint in Kürze neu.

Dokumentation

Die Dokumentation physischer, psychischer und psychosozialer Symptome, der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der Wirksamkeit der Interventionen, ist für die Entwicklung der Sterbebegleitung in der Intensivpflege von großer Bedeutung. Die aus dem Projekt HOPE ("HOPE - Hospiz- und Palliativerhebung", 2006) hervorgegangenen Dokumentationsbögen geben eine Orientierung, welche Parameter auf welche Weise zu dokumentieren sind.

Die Bögen wurden gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sowie dem Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO) entwickelt. Dokumentiert werden Symptome und Probleme, deren Behandlung sowie die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen.

Das Formular enthält einen Basisbogen, der gemeinsam vom Arzt, Pflegenden, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern auszufüllen ist und ergänzend auch die Zufriedenheit des Teams mit der Betreuung abbildet. Zusätzlich gibt es Dokumentationsbögen, z.B. Fragebögen für Patienten, für Angehörige, zu ethischen Entscheidungen sowie eine psychoonkologische Basisdokumentation (Quelle: http://www.dgpalliativmedizin.de/ag-for-hope.html [Stand: 14.02.2008]).

Für die Intensivpflege bietet es sich aus praktischen Gründen an, lediglich solche Parameter zu integrieren, die für die betroffenen Patienten tatsächlich relevant sind, da die Dokumentation wegen der umfangreichen Darstellung der therapeutischen und pflegerischen Interventionen bereits sehr umfassend ist und ein unnötiger zeitlicher sowie organisatorischer Mehraufwand nach Möglichkeit vermieden werden sollte.

Voraussetzungen für die Entwicklung der Sterbebegleitung in der Intensivpflege

Begleitend zu den Fort- und Weiterbildungen sollten Pflegende laut Empfehlungen der WHO (2004b) an ihren Arbeitsplätzen ein konstruktives Feedback über ihre geleistete Arbeit erhalten. Anbieter von Dienstleistungen in der Palliativversorgung sind aufgefordert, Sorge zu tragen, dass in ihren Unternehmen eine Arbeitskultur erhalten bleibt, die dazu einlädt, neu erworbene Fähigkeiten und Kenntnisse in die Palliativversorgung zu implementieren. Das erfordert z.B., den Mitarbeitern zusätzliche Zeit für die Umsetzung wissenschaftlich begründeter Maßnahmen bereitzustellen und auch architektonische Voraussetzungen zu schaffen, die speziell auf die Bedürfnisse Sterbender ausgerichtet sind.

Außerdem ist es dringend geraten, den in der Palliativpflege tätigen Pflegekräften Zugang zu den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu verschaffen.

Dies gilt insbesondere für das Schmerz- und Symptommanagement, Assessments, Kommunikation sowie die optimale Nutzung von Ressourcen. Selbst gut ausgebildetes Personal ist nicht in der Lage, seine Kenntnisse und Fähigkeiten umzusetzen, wenn es aufgrund der Rahmenbedingungen lediglich sehr eingeschränkt agieren kann, beständig unter Zeitdruck arbeiten muss, keine Anerkennung erhält und destruktiver Kritik ausgesetzt ist (WHO 2004b, S. 24f).

Außerdem empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (2004b, S.22), die lokale Entwicklung und Implementierung von Leitlinien. Die an diesen Leitlinien orientierte Arbeit sollte durch Schulungsmaßnahmen, regelmäßiges Feedback, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und ein effektives Projektmanagement unterstützt werden.

Audit-Instrumente sollten eingesetzt werden, um den Umsetzungsgrad der zuvor festgelegten Ziele zu überprüfen.

Die Beteiligung der Zielgruppe (also der Sterbenden selbst) bei der Entwicklung der Angebotsqualität ist für die Sterbebegleitung besonders anspruchsvoll, da eine Überforderung der schwerkranken Menschen unbedingt zu vermeiden ist. Hier werden flexible Ansätze benötigt, die eine Erfassung und Beurteilung der Begleitung Sterbender durch Betroffene und Angehörige ermöglichen.

Die kontinuierliche Qualitätsentwicklung ist eine geeignete Methode. Sie kann sowohl von einzelnen Anbietern als auch von kooperativen Zusammenschlüssen (z.B. Versorgungsteams, Netzen) angewendet werden. Der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung liegt ein zyklischer Prozess zugrunde, der die Planung, die Implementierung der geplanten Maßnahmen, deren Reflexion sowie die Reaktion auf die Reflexion, z.B. in Form einer Anpassung oder Korrektur der initial geplanten Maßnahmen umfasst. Die Qualitätsentwicklung ist ein anhaltender Prozess, dessen Erfolge sich nicht selten erst Jahre später zeigen. Diese Erfolge bestehen z.B. in der Integration neuer Kenntnisse in die alltägliche Arbeit, im Erlernen neuer Fähigkeiten sowie der Entstehung unterstützender Strukturen und Netze (WHO 2004b, S.22f).

Fazit

Noch gibt es kein einheitliches, begründetes und abgestimmtes Leistungsniveau für die Sterbebegleitung in der Intensivpflege. Der erste Schritt einer Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen könnte darin bestehen, den Ist-Stand zu erheben sowie die angestrebten Ziele festzulegen. Daraus ließen sich nach und nach Interventionsstrategien entwickeln, implementieren und anschließend evaluieren, um der Begleitung Sterbender in der Intensivpflege den Stellenwert einzuräumen, der ihr zweifelsfrei zusteht. Die hier genannten Leitlinien aus der Palliativpflege bieten einen guten Ansatz, um den Entwicklungsstand bezüglich der Sterbebegleitung in der eigenen Einrichtung zu bestimmen sowie geeignete Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung auszuhandeln und festzuschreiben.

Literaturhinweise

1. Bartholomeyczik, S: Sinn und Unsinn von Pflegestandards. Heilberufe 5: S. 12-16; 2002.

2. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 101 (19): A1298-A1299; 2004.

3. Clayton, JM, Hancock, KM, Butow, PN, Tattersall, MHN, Currow, DC: Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. The Medical Journal of Australia 186(12): S77-S108; 2007.

4. Dreßel, G et al.: Sterben in Thüringen. Ergebnisse einer wissenschaftlichen Repräsentativbefragung. Jena; 2001.

5. Kaluza, J, Töpferwein, G: Sterben begleiten. Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegende. Berlin: trafo Verlag; 2005.

6. Leitliniengruppe Hessen: Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung. www.pmvforschungsgruppe.de (Stand Februar 2008).

7. National Institut for Health and Clinical Excellence (Hrsg), Gysels, M., Higginson, I.J. et al.: Improving supportive and palliative care for adults with cancer. London; 2003.

8. WHO (Hrsg.), Davies, E, Higginson, IJ: Better Palliative Care for Older People. ISBN 92 890 10924. Denmark, 2004a.

9. WHO (Hrsg.), Davies, E, Higginson, IJ: Palliative Care. The Solid Facts. ISBN 92 890 10916. Denmark, 2004b.

Patrick Jahn, Dipl. PGW, wissenschaftlicher Mitarbeiter
Gudrun Roling, Dipl. PGW, wissenschaftliche Mitarbeiterin
am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther Universität Halle Wittenberg

Gefäßschonung ist erste Pflegepflicht

Serie zum Wundmanagement – Teil 5:
Chronisch venöse Insuffizienz und periphere arterielle Verschlusskrankheit fordern das Können der Wundexperten gleichermaßen

60% der Bevölkerung leiden unter Varizen. Frauen sind entgegen einem verbreiteten Vorurteil nicht wesentlich häufiger betroffen als Männer. Die Varikosis ist eine fortschreitende Erkrankung, deren Häufigkeit mit dem Alter zunimmt. Man spricht auch von der chronisch venösen Insuffizienz (CVI). Die Krankenkassen geben im Jahr mehrere Milliarden Euro für die Behandlung von Venenerkrankungen aus.
Das venöse Ulkus cruris ist die schwerwiegendste Folge der CVI. Es stellt hohe Anforderungen an die Wundbehandlung, da es nicht selten chronisch wird.

Kompressionsstrümpfe sind eine zentrale Säule der konservativen Therapie bei chronisch venöser Insuffizienz und können bei konsequenter Anwendung nach Operationen das erneute Auftreten von Varizen verhindern.

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

Risikofaktoren und Ursachen

Das Wissen um die Risikofaktoren und die Entstehung der CVI ist entscheidend für den Behandungserfolg. Nur wenn es gelingt, so viele krankheitsbegünstigende Umstände wie möglich auszuschalten, ist eine dauerhafte Heilung möglich.

- **Tiefe Bein- und Beckenvenenthrombose.** Die Abflussstörung im tiefen Venensystem erzeugt einen Rückstau durch die Perforansvenen ins oberflächliche Venensystem. Diese können die zusätzliche Belastung nicht kompensieren und sacken aus
- **Thrombophlebitis.** Entzündliche Veränderungen der Venenwand führen zur Behinderung des venösen Rückflusses
- **Übergewicht.** In vermehrtem Fettgewebe finden die oberflächlichen Venen keinen Halt, es übt einen ständig erhöhten Druck auf die Venen aus
- **Zu langes Stehen oder Sitzen.** Das venöse Blut versackt durch den hydrostatischen Druck fußwärts; die Muskelpumpe fällt aus, und damit der wichtigste Transportmechanismus
- **Vererbung.** Bindegewebsschwäche und Venenschwäche können angeboren sein
- **Falsche Kleidung und falsches Schuhwerk.** Beengende Kleidung behindert den venösen Rückfluss. Hohe Absätze machen die Muskelpumpe teilweise oder ganz unwirksam
- **Immobilität und mangelnde Bewegung.** Die Muskelpumpe kommt nicht oder nur unzureichend zum Einsatz
- **Schwangerschaft.** Das Schwangerschaftshormon Progesteron bewirkt eine Auflockerung des Bindegewebes. Zusätzlich drückt das Gewicht des Kindes auf die V. cava inferior, was den venösen Rückfluss aus den Beinen behindert
- **Falsche Ernährung.** Ballaststoffarme Kost und mangelnde Flüssigkeitszufuhr führen zu Obstipation. Starkes Pressen bei der Defäkation erhöht den Druck im Abdomen und behindert den venösen Rückfluss.

Varizen (Krampfadern) sind krankhaft erweiterte Venen des oberflächlichen Venensystems. Man spricht auch von einer Stammvarikosis. Meist ist die V. saphena magna betroffen, seltener die V. saphena parva. Es sind zwei Formen der Stammvarikosis zu unterscheiden:

- **Primäre Varikosis** (95%); ist im oberflächlichen Venensystem angesiedelt. V.a. durch Bindegewebsschwäche, langes und dauerhaftes Stehen verursacht
- **Sekundäre Varikosis** (5%); Ursache ist eine Abfluss- oder Funktionsstörung im tiefen Venensystem. Durch den Rückstau erkranken mit der Zeit auch die oberflächlichen Venen.

Vorbeugung und Behandlung der Varikosis

Diese Prinzipien gelten:

- Ein "venengerechtes Leben" trägt dazu bei, Varizen zu verhindern bzw. unterstützt die Therapie und sichert den Behandlungserfolg
- Eine erweiterte Vene lässt sich durch nichts mehr in ihre ursprüngliche Form zurückführen. Konservative Maßnahmen können nur die Situation verbessern
- Bei rechtzeitiger Diagnose und konsequenter Therapie können Venenprobleme im Anfangsstadium gut behandelt werden
- Unbehandelt führt eine Stammvarikosis häufig zu Komplikationen. Es besteht u.a. ein erhöhtes Risiko für tiefe Beinvenenthrombosen
- Eine Stammvarikosis führte bei 5% der Befragten einer Studie zu Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzwechsel, Aufgabe der beruflichen Tätigkeit.

Prophylaxe und Therapie lassen sich in fünf Gruppen einteilen und sollen hier kurz vorgestellt werden. Für Pflegende sind die konservativen Maßnahmen von entscheidender Bedeutung, da sie diese anwenden und die Patienten bzw. deren Angehörige in der Durchführung beraten und schulen. Die ärztlichen Therapieoptionen sind der Vollständigkeit halber kurz genannt.

Konservative Maßnahmen
In jedem Stadium der Erkrankung ist eine konservative Therapie möglich, sie kann jedoch Varizen nicht beseitigen.

- **Risikofaktoren ausschalten:** z.B. Übergewicht reduzieren, Obstipation vorbeugen bzw. behandeln, langes Sitzen und Stehen vermeiden, auf beengende Kleidung und Schuhe mit hohen Absätzen verzichten
- **Phlebologische Kompressionsverbände**
- **Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS)**
- **Physikalische Entstauungsmaßnahmen:** Beine so oft wie möglich hochlegen
- Manuelle **Lymphdrainage** und **apparative intermittierende Kompression**
- **Balneotherapie:** kalte Kniegüsse, Wechselfußbäder, Wassertreten (z.B. in der Badewanne)
- **Venengymnastik** und **Gefäßsport:** Zehenspitzenstand, im Liegen Rad fahren, Laufen wie ein Storch, Fuß- und Zehengymnastik, Spazierengehen und Wandern, Schwimmen, Rad fahren
- Unterstützende **Arzneimittel** können die Beschwerden und

Symptome verbessern, z.B. Diuretika zur Ödemausschwemmung, Magnesium bei nächtlichen Wadenkrämpfen, Venenmittel auf der Basis von rotem Weinlaub oder Rosskastanie.
Sklerosierung (Verödung)
Effektives, kostengünstiges und komplikationsarmes Verfahren.
Transkutane Lasertherapie
Die Ergebnisse und die hohen Kosten sprechen momentan noch eher für die herkömmliche Sklerosierung.
Endoluminale Verfahren
Denaturierung von Strukturen in den Venenwänden durch Radiowellen.
Operative Therapie
Verschiedene Techniken sind möglich.
(Zitiert nach der Leitlinie "Diagnostik und Therapie des Krampfaderleidens", Deutsche Gesellschaft für Phlebologie)

Ulcus cruris venosum

Unter einem Ulcus cruris venosum versteht man einen Substanzdefekt im pathologisch veränderten Gewebe des Unterschenkels infolge einer CVI. Es ist keine eigenständige Erkrankung sondern entspricht der schwersten Form der CVI.
Vier von fünf Ulzerationen befinden sich oberhalb des Innenknöchels. Dort ist der hydrostatische Druck in der V. saphena magna am größten. Allerdings sind auch Ulzerationen oberhalb des Außenknöchels möglich. Reicht der Defekt zirkulär um den Unterschenkel herum, spricht man von einem Gamaschenulkus.

Komplikationen

- Wundinfektion
- Erysipel
- Kontaktallergie und Ekzeme aufgrund von Unverträglichkeiten gegenüber Wundbehandlungsmittel und Pflegemittel
- Chronifizierung
- Schmerzen
- Verminderte Lebensqualität.

Therapie

Individuelle **Risikofaktoren ausschalten.** Da viele Risikofaktoren durch falsche Verhaltensweisen des Betroffenen bedingt sind, ist eine fachliche und sachliche Aufklärung notwendig. Ohne die Einsicht des Venenpatienten, dass er konsequent etwas ändern muss, kann das Ulkus nicht dauerhaft zum Abheilen gebracht werden.
Invasive oder **chirurgische Maßnahmen.** Um die Versorgung von Haut und umliegendem Gewebe zu verbessern und die venöse Stauung zu beseitigen, ist ein operativer Eingriff oft unumgänglich.
Bei alten und multimorbiden Menschen wird ggf. darauf verzichtet und nur konservativ behandelt.
In der **lokalen Ulkustherapie** gelten die Prinzipien einer **phasengerechten und modernen Wundbehandlung** (siehe Teile 2 – 4 dieser Serie).

Begleitende Kompressionstherapie

Grundsätzlich gilt:
Keine Behandlung eines venösen Ulkus ohne Kompression.

Ausnahmen gelten in folgenden Fällen:

- Arterielle Durchblutungsstörung; Ausschluss einer solchen im Rahmen der Diagnostik
- Akute Entzündungen; diese können gefördert werden, deshalb immer Arztanordnung einholen.

Vorsicht ist insbesondere geboten bei:

- Herzinsuffizienz. Hier ist die Kompression mit Vorsicht zu dosieren, da durch die Entwässerung der Beine eine erhöhte Belastung, v.a. für das rechte Herz entsteht
- Neuropathie, z.B. bei Diabetes mellitus. Hier besteht durch mangelhafte Sensibilität die Gefahr von unbemerkt bleibenden Druckschäden durch den Kompressionsverband oder die -strümpfe.

Ziele der Kompression

Die Wirkung der Kompressionstherapie macht deutlich, warum auf sie im Rahmen einer Ulkusbehandlung nicht verzichtet werden kann:

- Einengung der oberflächlichen Venen mit Wiederherstellung der Klappenfunktion verhindert ein weiteres Versacken des Blutes fußwärts
- Verschluss insuffizienter Perforansvenen und Unterbindung des Rückflusses von den tiefen in die oberflächlichen Venen
- Lumenverengung der tiefen Leitvenen und dadurch Erhöhung der Blutströmungsgeschwindigkeit
- Steigerung des Gewebedrucks und dadurch Erhöhung der Reabsorbtion von Ödemflüssigkeit in die Venen und Lymphgefäße
- Funktionsverbesserung der Wadenmuskelpumpe, da die Kompression bei Bewegung als Widerlager wirkt.

Möglichkeiten der Kompression

Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) nach Maß oder als Konfektionsstrümpfe. Bevor Kompressionsstrümpfe angemessen werden können, muss zunächst eine Ödemreduktion stattgefunden haben, sonst würden die Strümpfe schon nach einigen Tagen zu groß sein und damit ihre Wirkung verlieren. Kompressionsstrümpfe sind, wenn eine operative Sanierung nicht möglich ist, ein Leben lang zur Rezidivprophylaxe zu tragen. Studien belegen, dass ca. die Hälfte der Patienten die Strümpfe nicht konsequent anwendet. Hier sind Aufklärung, Beratung und Schulung der Betroffenen eine zentrale Therapiemaßnahme. Die Strümpfe haben den Vorteil, dass sie vom Betroffenen mit Hilfsmitteln relativ leicht selbst angezogen werden können. Sie verrutschen nicht. Der Ruhedruck ist definiert sowie konstant und nicht abhängig von dem, der wickelt. Strümpfe tragen weniger auf, deshalb kommt der Betroffene gut in die Schuhe. Pro Halbjahr stehen jedem Venenkranken ein Paar Kompressionsstrümpfe zu, auch die Anziehhilfen sind verordnungsfähig. Verändert sich das Bein oder sind die Strümpfe unbrauchbar geworden, ist auch häufigere Verordnung möglich.
Wichtig: Kompressionsstrümpfe müssen aufgrund des hohen Ruhedrucks immer über Nacht ausgezogen werden. Es gibt vier verschiedene Kompressionsklassen. Die Entscheidung für die einzusetzende Klasse trifft der Arzt aufgrund der Symptome und der Diagnostik. So wird Kompressionsklasse 1 bei geringfügiger Varikosis mit Schwere- und Müdigkeitsgefühl sowie in der Schwangerschaft verordnet. Die Kompressionsklasse 4 kommt bei Lymphödem und Elephantiasis zum Einsatz. Kompressionsstrümpfe dürfen nicht mit den **medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfen** (MTS) verwechselt werden, die zur Thromboseprophylaxe bei Bettlägerigkeit oder Operationen eingesetzt werden und Bett- und Liegestrümpfe sind. Bein-Strümpfe sind als Wadenstrumpf, Halbschenkelstrumpf, Schenkelstrumpf und Strumpfhose erhältlich. Für die Versorgung von Zehenödemen werden maßangefertigte Kompressionsteile angeboten. Die meisten Hersteller bieten ein zweiteiliges System an. Ein Unterstrumpf verhindert, dass Wundauflagen verrutschen und kann auch über Nacht am Bein bleiben. Pflegende empfehlen den Patienten, zur Beratung und zum Anmessen ein spezialisiertes Sanitätshaus aufzusuchen.

Schweregrade	Symptome
Grad 1	Krampfadern; keine (nennenswerten) Beschwerden des Betroffenen; keine Komplikationen
Grad 2	Krampfadern; Beschwerden (Dysästhesien, Juckreiz, Schweregefühl, Spannungsgefühl, leichte Schwellneigung, Wadenkrämpfe, Schmerzen usw.); keine Komplikationen
Grad 3	Krampfadern; Beschwerden (wie Grad 2, aber stärker ausgeprägt); Komplikationen: trophische Hautstörungen (Induration, Pigmentierungen, Dermatitis, Ekzem, Atrophie), VarikophlebitisIschämische Muskelschmerzen + Nekrose
Grad 4	Krampfadern; Beschwerden (wie Grad 3); Komplikationen (wie Grad 3, aber stärker ausgeprägt), florides Ulkus cruris

Die Grade der chronisch venösen Insuffizienz und ihre Symptome. (Klassifikation nach Widmer, modifiziert nach Marshall; Aus: Leitlinie "Diagnostik und Therapie des Krampfaderleidens"; Deutsche Gesellschaft für Phlebologie).

Phlebologische Kompressionsverbände bestehen aus Kurzzugbinden, wenn sie bei chronisch venöser Insuffizienz zum Einsatz kommen. Sie erzeugen einen niedrigen Ruhedruck, da das wenig elastische Material eine geringe Tendenz hat, sich zusammenzuziehen. Gleichzeitig erzeugen die Binden einen hohen Arbeitsdruck, da sie aufgrund der geringen Elastizität nur wenig nachgeben, und damit die Wirkung der Muskelbewegungen optimal unterstützen. Es sind verschiedene Wickeltechniken (z.B. nach Pütter, nach Sigg) etabliert, die für den Ungeübten allesamt schwer umzusetzen sind. Es gelingt nur mit viel Übung, die richtige Druckverteilung herzustellen. Fehler und Komplikationen sind häufig. Deshalb sollte der Betroffene nach der Ödemreduktion so schnell wie möglich Kompressionsstrümpfe erhalten. Pflegende, die häufiger Kompressionsverbände anlegen müssen, sollten eine entsprechende Fortbildung besuchen. Unabhängig von der Wickeltechnik sind folgende Prinzipien zu beachten:

- Unerlässlich ist die Unterpolsterung mit einer Wattebinde oder einer waschbaren Schaumstoffbinde zur Vermeidung von Einschnürungen und Druckschäden
- Es ist von distal nach proximal zu wickeln. Der Druck soll von distal nach proximal abnehmen, ansonsten entsteht eine Blutstauung im Bein
- Kompressionsverbände dürfen nur am liegenden, entstauten Bein angelegt werden
- Der Verband ist faltenfrei anzulegen, auch Tütenbildung ist nicht erlaubt
- Der Verband darf den arteriellen Blutfluss nicht behindern. Das ist der Fall, wenn die Zehen blau und kalt werden, anschwellen oder taub werden
- Für Fuß, Unterschenkel und Knie sind 8/10 cm breite Binden geeignet, für den Oberschenkel 10/12 cm breite Binden. Besteht keine anders lautende Anordnung, sind lediglich die Unterschenkel bis unterhalb der Knie zu wickeln
- Die Anlage des Verbandes beginnt an den Zehengrundgelenken, d.h. der Vorfuß ist immer ein-

zuwickeln. Pflegende achten darauf, den Kleinzeh nicht einzuquetschen
- Das Sprunggelenk wird in 90°-Stellung gewickelt. Kreistouren über Ferse und Spann sind zu vermeiden
- Wenn ein Oberschenkelkompressionsverband notwendig ist, wickeln Pflegende das Knie in leicht gebeugter Stellung
- Der Kompressionsverband ist mindestens zweimal am Tag zu erneuern; bei Beschwerden muss der Verband sofort erneuert werden.

Inzwischen bieten verschiedene Hersteller Mehrlagenbindensysteme an. Diese machen das Wickeln einfacher und sollen einen optimalen Kompressionsdruck gewährleisten (Beispiele: Profore®-Vierlagenverband; ProGuide®-Zweilagenkompressionsverband; Rosidal®sys-Kurzzug-Kompressionsset). Weiterführende Informationen sind bei den Herstellern oder im Sanitätshaus erhältlich.

Kompression und Bewegung

Eine Kompressionsbehandlung ist umso erfolgreicher, je mehr der Patient sich bewegt, da die Kompression von außen als Widerlager für die Muskelpumpe fungiert. Kann der Betroffene nicht oder nur wenig gehen, sind auch Bewegungsübungen im Liegen oder isometrische Anspannungsübungen zur Anregung der Muskelpumpe möglich.

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) entsteht durch einen chronischen arteriosklerotischen Prozess, der nach und nach die Arterien in den Beinen immer weiter verengt. Häufig sind auch Arterien in anderen Körperteilen betroffen, z.B. Herzkranzgefäße, Nieren- oder Gehirnarterien. Das Risiko an einer arteriellen Verschlusskrankheit zu erkranken steigt mit der Anzahl der Risikofaktoren. Zu ihnen gehören:
- Rauchen
- Diabetes mellitus
- Erhöhung der Blutfettwerte
- Hypertonie
- Übergewicht und Bewegungsmangel
- Erhöhung des Harnsäurespiegels
- Stress.

Diese Risikofaktoren erhöhen die Thrombozytenaggregation, so dass sich leichter ein Thrombozytenpfropf bildet. Außerdem führen sie zu Schäden an den Innenwänden der Arterien, die der Körper durch Anlagerung von Bindegewebe, Cholesterin und Kalk repariert. Diese Vorgänge verlangsamen den Blutfluss an den betroffenen Stellen, so dass sich in der Folge dort weitere feste Blutbestandteile anlagern. Der chronische Prozess endet nach einem langen Krankheitsverlauf zumeist in einem kompletten Verschluss. Bevorzugt tritt die AVK an Gefäßverzweigungen auf. Die Arteriosklerose ist in erster Linie eine erworbene Krankheit, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den modernen Lebens- und Ernährungsgewohnheiten steht. Sie ist nicht zwangsläufig eine Alterserkrankung.

Es gilt: "Der Mensch ist so alt wie seine Gefäße."

Einige Zahlen machen die Bedeutung der Arterienverkalkung deutlich:
- Jährlich werden in Deutschland ca. 20.000 Beine amputiert
- Jährlich erleiden ca. 250.000 Menschen einen Apoplex (davon nehmen ca. 10.000 einen tödlichen Ausgang)
- Ca. 10% der Bevölkerung leiden unter der koronaren Herzkrankheit
- Herz-Kreislaufkrankheiten stellen 54% aller Todesursachen in Deutschland.

Die pAVK stellt auch Anforderungen an Wundexperten, da ischämische Wunden im Verlauf der Krankheit häufig sind und wie bei allen chronischen Wunden müssen immer Ursachen und Entstehung bei der Therapie berücksichtigt werden. Neben der reinen Wundbehandlung sind also auch begleitende Maßnahmen notwendig, die u.a. vom Stadium der Erkrankung abhängig sind.

Weitere Symptome der pAVK sind:
- Missempfindungen, Sensibilitätsstörungen
- Kalte Extremität unterhalb der Stenose
- Blasse, marmorierte Haut
- Pulsabschwächung, Pulslosigkeit (bei einer Verengung > 90%).

Therapieoptionen bei pAVK

Ohne eine begleitende Therapie, die die Verengung beseitigt, kann ein arterielles Ulkus nicht heilen.

- **Konservative Maßnahmen.** Im Stadium 1 und 2: Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern (Acetylsalicylsäure), Prostaglandinen (Prostavasin®), Herabsetzung der Blutviskosität (z.B. mit HEAS®-steril), Risikofaktoren ausschalten, Einstellung von Diabetes und Hypertonie, Gehtraining zur Ausbildung von Kollateralen (Gefäßumgehungen)
- **Katheterverfahren.** Man versucht, über einen eingeführten Gefäßkatheter die Engstelle zu dehnen (perkutane transluminale Angioplastie, PTA) oder den Thrombus zu entfernen (Embolektomie) auch mit Fräse, Ultraschall oder Laser. Auch die Implantation eines Stents ist eine Möglichkeit, die Verengung dauerhaft zu beseitigen
- **Operative Möglichkeiten.** Typische Strategien sind Trombendarteriektomie (Ausschälung des Thrombus und des geschädigten Abschnitts der Gefäßinnenwand) sowie die Anlage eines Bypasses.

Schweregrade	Symptome
Stadium 1	Nachweisbare arterielle Gefäßveränderung, der Betroffene hat aber keine Beschwerden
Stadium 2	Claudicatio intermittens (Schaufensterkrankheit, Belastungsschmerz) = ischämische Muskelschmerzen, die bei Belastung auftreten und beim Stehen bleiben oder in Ruhe verschwinden a) schmerzfreie Gehstrecke > 200 m b) schmerzfreie Gehstrecke < 200 m
Stadium 3	Ischämische Muskelschmerzen in Ruhe und im Liegen
Stadium 4	Ischämische Muskelschmerzen + Nekrose

Stadieneinteilung der pAVK nach Fontaine-Ratschow.

Arterielles Ulkus cruris

Im Stadium 4 einer pAVK zeigt der Betroffene ischämisch bedingte, abgestorbene Gewebebezirke (Nekrose, Gangrän). Typische Lokalisationen sind Zehen und Fersen.

Durch Verdunstungs- und Schrumpfungsprozesse entwickelt sich ein blau-schwarzes bis schwarzes Areal (Mumifikation), das sich vom gesunden Gewebe abgrenzt (Demarkation). Ist der abgestorbene Bezirk hart und trocken, spricht man von der **trockenen Gangrän.** Hierbei handelt es sich um eine kontaminierte Wunde. Besiedelt sich die Nekrose mit Bakterien, v.a. Anaerobier und Fäulnisbakterien, so zersetzen diese allmählich das abgestorbene Gewebe. Es entstehen matschig-schmierige Beläge mit üblem fauligem Geruch und der Gefahr der Sepsis und des Gasbrands. Eine **feuchte Gangrän** ist entstanden, die stets als infektiöse Wunde gilt.

Prinzipien der Wundbehandlung bei arterieller Gangrän

Grundsätzlich gilt:
trockene **und** feuchte Gangrän immer trocken halten.

Eine Wundheilung kann erst stattfinden, wenn die demarkierte Gangrän chirurgisch saniert ist.

Begleitende pflegerische Maßnahmen bei pAVK mit oder ohne Gangrän:
- Beine tief lagern
- Gefäßabknickung in der Leiste vermeiden, Kopfteil max. 60° erhöhen
- Beine weich bzw. hohl lagern
- Bettdecke über das Fußteil hängen, Bettbogen benutzen oder zwei Kissen seitlich neben die Beine stellen, sie verhindern, dass die Bettdecke Druck auf die Zehen ausübt
- Einengende Schuhe und Hosen vermeiden
- Bei bettlägerigen Patienten Watteverband um Füße und Unterschenkel wickeln
- Im Stadium 1 und 2 Bewegungsübungen und Gehtraining
- Tägliche Inspektion
- Äußerste Vorsicht bei der Fußnagelpflege, professionelle Fußpflege in Anspruch nehmen
- Füße und Beine ständig warm halten mit Wollsocken, Wolldecke, lockerem Watteverband oder Fell
- Flüssigkeitszufuhr steigern (cave Kontraindikationen).

Verboten sind:
- Beine hochlagern
- Kompressionsstrümpfe und -verbände
- Bewegungsübungen und Gehen in Stadium 3 und 4, da hier die Sauerstoffversorgung schon in Ruhe nicht mehr gewährleistet ist
- Barfuß gehen
- Kälte, Auskühlung der Füße, Kälteanwendungen
- Lokale Wärmeanwendungen, z.B. heißes Fußbad, Wärmflasche, Heizdecke. Es besteht Verbrennungsgefahr und das Risiko einer reaktiven Minderdurchblutung.

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

Letzter Teil der Serie in der kommenden Ausgabe:
Dekubitus und exulzerierende Tumore.

Praxis braucht Theorie

Pflegewissenschaft schärft das Profil des Berufsstandes: Schwester Liliane Juchli spricht über den Fortschritt in der der Krankenpflege

"Die Juchli" war für Generationen Pflegender die Richtschnur für das Berufsverständnis. Im Mittelpunkt des Lehrbuchs stand das zwölfteilige System der "Aktivitäten des täglichen Lebens". Wer mit ihnen in die Pflege gewachsen ist, wird beim Klang von "Sich waschen und kleiden" oder "Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten" sofort den Geruch des Frühdienstes in der Nase haben, Patientenglocken hören, Marmeladendöschen auf dem Essenstablett stehen sehen. Die Urheberin des Lehrbuches hat es ernst gemeint mit der Krankenpflege und meint es noch immer ernst damit. Inzwischen hat Schwester Liliane Juchli (75) sich aus dem Unterrichtsbetrieb zurückgezogen. Sie vermittelt aber ihre Erfahrungen weiterhin in Seminaren.

Wie haben Sie zur Krankenpflege gefunden?
Bei der Entscheidung für diesen Beruf waren für mich zwei Dinge entscheidend. Das erste Motiv kann ich übrigens bei den jungen Kollegen heute immer noch feststellen: helfen wollen, also einen Beruf ausüben, der mit Menschen zu tun hat. Das zweite war, ich wollte schon als Kind immer in die Entwicklungshilfe gehen. Und daraus folgte klarer Weise, dass ich einen Beruf wählen musste, der in diesem Zusammenhang nützlich ist. Und so habe ich von 1953 bis 1956 Krankenpflege gelernt, im Theodosianum Zürich, einem Krankenhaus der Ingenbohler Schwestern.

Diese Ziele hätten Sie auch als Ärztin verwirklichen können. Warum musste es Krankenpflege sein?
Ich bin in einer Arbeiterfamilie aufgewachsen. In unserem Dorf hat damals eigentlich niemand studiert. Natürlich habe ich oft daran gedacht, aber ich hätte dann nicht die Medizin gewählt, sondern wäre in Richtung Philosophie, Anthropologie, Psychologie gegangen.

Sind Sie später tatsächlich in der Entwicklungshilfe tätig gewesen?
Ich bin in den Orden der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz eingetreten, der mir die Mission hätte ermöglichen können. Aber als ich begann, an der Krankenpflegeschule zu unterrichten, blieb die ursprüngliche Idee irgendwie auf der Strecke.
Im Nachhinein denke ich jedoch, dass ich hier genug Mission und Entwicklungshilfe habe leisten können.
Das ist auch meinem Wesen gerecht geworden. Zwar anders, als ich mir das als Jugendliche dachte, doch nicht minder sinnvoll.

Ist das ein Ergebnis, wenn man Jugendträume mit den vorhandenen Fähigkeiten abgleicht, die man erst mit steigender Lebenserfahrung richtig einzuschätzen lernt?
Ich denke, dass sich die Visionen, die man als junger Mensch hat, schon verwirklichen, wenn man offen dafür ist. Anders sicher, als man sich das in der Jugend vorstellt. Als ich nicht in die Entwicklungshilfe gehen konnte, war ich zunächst natürlich enttäuscht. Aber im Nachhinein habe ich gemerkt, dass mein Weg so sein sollte, wie ich ihn gegangen bin. Deshalb bereue ich es überhaupt nicht, und weiß, dass ich meinem Wunsch, Menschen zu helfen und Entwicklung beeinflussen zu können, entsprechen konnte.

Hat auch der christliche Glaube Sie motiviert?
Ich war eher ein nach innen orientiertes Kind, auch habe ich mich schon sehr früh mit der Not und den Sorgen der Welt auseinandersetzen müssen, mit Krankheit, Armut und all diesen Dingen. Von daher war das religiöse genauso wie das diakonische Motiv ein starker Antrieb für mich.

Sie überblicken aus dem unmittelbaren Erleben eine Zeitspanne von mehr als 50 Jahren in der Krankenpflege. Welche Entwicklung hat das Berufsbild genommen?
Als ich die Ausbildung machte, stand das intuitive Handeln im Vordergrund – meist geprägt vom Charisma der jeweiligen Abteilungsschwester. Es ging eindeutig um das "Lernen am Tun". In den 60er Jahren war ich dann selbst Unterrichtende. Es war die Zeit des pragmatischen Denkens. Man orientierte sich an der Medizin und den Krankheiten, arbeitete nach Schemata, strebte nach Vereinheitlichung der Pflegetechniken, bis sich dann zu Anfang der 70er Jahre ein Wandel abzeichnete, der hinführte zu einem prozesshaften Denken.
Das war die Zeit, in der ich sehr viel auf Vortragsreisen war und mein Lehrbuch bekannt geworden ist. Es enthielt ja Ansätze, die diese Richtung betonten. Damals aktivierte das Thema "Wandel in der Pflege" Scharen von Berufsangehörigen. Es bestand ein erhebliches Bedürfnis, sich damit auseinander zu setzen.

Wirkte das Bedürfnis auch über die Berufsgruppe der Pflegenden hinaus?
Es ging um einen ganzheitlichen Ansatz. Mein Buch "Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit" ist auch bei den Pädagogen und Seelsorgern damals eine wichtige Publikation gewesen, man kann sagen, dass alle sozialen Berufsgruppen sich damit beschäftigten.

Schwester Liliane Juchli sagt: "Wissenschaftliche Erkenntnisse der Krankenpflege können nur wirken, wenn sie einen Weg in den Alltag und an die Patientenbetten finden." Foto: privat

Wie ging es in den folgenden Jahrzehnten weiter?
Vor allem Ende der 80er Jahre wuchsen durch die Etablierung der Pflegewissenschaft das Bewusstsein der Pflegenden für eigene Inhalte und das professionelle Selbstverständnis. Mein Anliegen, mit dem ich damals unterwegs war, lässt sich als ein Versuch verstehen, Theorie und Praxis zusammenzuhalten. So, wie ein Bahngleis eben aus zwei Schienen besteht, die nur dann funktionieren, wenn sie miteinander verlaufen. Es war dringend notwendig, die Akademisierung voranzutreiben. Die Pflege braucht wissenschaftlich geschulte Frauen und Männer, Forschung und Lehre, um ihre Inhalte klar zu definieren und zu verbalisieren. Gleichzeitig sind aber, und das ist die zweite Schiene, Qualitätssicherung und -förderung im Pflegealltag sehr notwendig. Um bei dem Bild der Eisenbahn zu bleiben, könnte man die Pflegerinnen und Pfleger, die eine höhere Ausbildung absolvieren und in die Praxis zurückkehren, als Schwellen bezeichnen, die dafür sorgen, dass die beiden Schienen fest beieinander bleiben. Diese Menschen lassen die Wissenschaft in die tägliche Pflege einfließen.

Hat die Spezialisierung der pflegerischen Berufsfelder die Qualität des Handelns verbessert?
Zwei Entwicklungen haben diesen Prozess nach vorn getrieben. Da sehen wir einerseits die Schnelllebigkeit. Was heute gilt, ist vielleicht morgen schon überholt. Was heute Hightech ist, ist morgen Alltag. Gleichzeitig wurde der Beruf komplexer. Was früher als einfach betrachtet wurde, ist heute von vielen Faktoren abhängig. Eine Pflegeperson mit einer Grundausbildung kann längst nicht mehr für alle Aufgaben kompetent sein. Deshalb ist das wachsende Angebot der Zusatzqualifikationen unausweichlich. Egal, welches pflegerische Team man sich vorstellt, es benötigt in jedem Fall Mitglieder, die den technischen Entwicklungen entsprechen. Aber es braucht nicht nur dies. Deshalb spricht man von "skillmix" und "grademix". Wir haben die Erkenntnis gewonnen, dass die Teams aus unterschiedlich ausgebildeten Mitarbeitern bestehen müssen, um bestmögliche Pflege zu gewährleisten. "Skill" bezeichnet die Fertigkeiten und "grade" steht für die Qualifikationen, die sich nach der Grundausbildung erwerben lassen. Wenn dieser Mix gelingt, entspricht die Bandbreite eines Teams schon sehr den aktuellen Ansprüchen.

Verringert das Expertentum die Handlungsbreite der einzelnen Pflegepersonen? Wenn es z.B. Palliativ-Care-Manager gibt, könnten Pflegende theoretisch jede Sterbebegleitung an die Experten verweisen und sich auf diesem Weg elegant von einer originär pflegerischen Verantwortung befreien.
Das ist sicher ein neuralgischer Punkt. Die Palliativpflege ist ein sehr wichtiges Angebot, auch als Gegenpol zu den Exit-Bewegungen, wie etwa Dignitas. Schwierig ist das Thema vor allem deshalb, weil spezialisierte Palliativversorgung immer nur in ausgewählten Einrichtungen und dort nur in bestimmten Bereichen angeboten werden kann. Die Gefahr besteht tatsächlich, dass man die Sterbebegleitung auf diese Stationen abschiebt. Daraus würde sich ein ganz unhaltbarer Zustand entwickeln, denn ein kompetenter Umgang mit palliativ zu betreuenden Menschen muss überall gewährleistet sein. Schließlich sind nicht alle Krankheiten heilbar. Ich setze mich dafür ein, dass einerseits die Spezialisierung voranschreitet und andererseits die Kompetenz der Palliativpflege in allen Einrichtungen, egal ob klinisch oder außerklinisch, gefördert wird und erhalten bleibt.

Das hat auch Auswirkungen auf die Kosten der Pflege.
Ein guter Team-Mix mit Kollegen unterschiedlicher Ausbildungsklassen kann auch finanziell sehr gut funktionieren. Heute ist ein Krankenhaus ein Unternehmen und deshalb gefordert, wirtschaftlich zu handeln. Der Wunsch nach Kosteneffizienz darf aber nicht dazu führen, dass ein Pflegeteam nur aus Beschäftigten der niedrigen Lohngruppen zusammengestellt ist.
Dann würde es gefährlich. Politik und Gesellschaft sind gefordert, dafür klare Regeln zu setzen, die eine qualifizierte Pflege ermöglichen.

Ambulante und stationäre Pflege stehen als Prinzipien nebeneinander. Welche Form ziehen Sie vor?
Ambulante Pflege sollte eingesetzt werden, wo immer sie möglich ist und so lange sie möglich ist. Das setzt natürlich voraus, dass gut aufgebaute Pflegedienste zur Verfügung stehen. Der beste Ort zum Leben ist sicher das eigene Daheim. Aber ganz grundsätzlich würde ich sagen, Menschen sind dort gut aufgehoben, wo sie menschlich betreut werden und wo sie auf Menschen stoßen, die ihren Bedürfnissen entgegen kommen. Wir können noch einiges tun, um mehr Menschen eine längere Lebenszeit im eigenen Umfeld zu ermöglichen.

Glauben Sie, dass die Pflege, wenn man sie als einen zusammenhängenden Komplex betrachtet, sich auf einem guten Weg befindet?
Das möchte ich nicht pauschal mit ja oder nein beantworten. Die Pflege ist an einem Wendepunkt angekommen. Wenn wir nicht ganz bewusst Pflege als kompetentes, personenorientiertes und zugewandtes Handeln, im Grunde als einen Kulturauftrag im Blick behalten, dann kann sie uns wirklich abhanden kommen.

Das Gespräch führte Bernd Hein

Schwester Liliane Juchli erhält am 4. Oktober 2008 den mit 50.000 Franken dotierten Jahrespreis der schweizerischen Stiftung für Abendländische Ethik und Kultur in Anerkennung ihres Lebenswerkes und ihrer Arbeit für die Entwicklung der Krankenpflege in Europa.

Das aktuelle Buch

Angesichts des Todes fallen viele Menschen in Starre, obwohl sie vorerst nur beruflich mit ihm konfrontiert sind. Es ist noch nicht lange her, dass Pflegende in Krankenhäusern unter den wohlwollend zuschauenden Augen der Ärzte Sterbende für die letzten Lebensstunden in Funktionsräume oder andere entlegene Ecken verschoben haben. Seit einigen Jahren bricht das Tabu rund ums Sterben auf, "Palliative Care" hat in der Pflege Gewicht gewonnen. Der Arzt Johann-Christoph Student und die Kinderkrankenschwester Annedore Napiwotzky stärken diese Entwicklung durch ihr Buch, das als praxiszentrierte Anleitung für Pflegende angelegt ist. Sie widmen rund 30 Seiten dem theoretischen Hintergrund und der Geschichte und ebenso viele der Moral, der Ethik und dem Recht. Der umfangreiche Mittelteil befasst sich mit der Pflege sowie der palliativpflegerischen Berufshaltung. Eine DVD vermittelt wesentliche Techniken zusätzlich durch Lehrvideos. Wegen seiner didaktischen Qualität ist das Buch auch zum Selbststudium gut geeignet. Allerdings hätte ein Kapitel über sterbende Kinder dem Werk zu noch mehr Tiefe verholfen. Und weil die Autoren ihre Texte kuschelig einrichten wollten, sprechen sie die Leser beständig mit "wir" an. Das wirkt irritierend und unehrlich, denn Autoren und Leser bilden nun mal kein Team, auch in der Palliativpflege nicht. *bh*

Student, Johann-Christoph; Napiwotzky, Annedore: Palliative Care; wahrnehmen – verstehen – schützen. Thieme Verlag, Stuttgart. 250 Seiten, 34,95 Euro.

Messen - Kongresse - Symposien

Juli

2.7 – 4.7. München
Interdisziplinäres Forum für Intensivmedizin und Intensivpflege
Veranstaltungsort:
Gasteig, Eingang Philharmonie, Rosenheimer Straße 5, 81667 München
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Sigrun Graef, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg,
Tel.: 0911/393 16 40,
Fax: 0911/393 16 66,
E-Mail: ifii@mcnag.info
Internet: www.mcn-nuernberg.de

September

11.09. – 13.09. Jena
8. Internationaler Kongress zur Geschichte der Pflege - Alltag in der Pflege - Wie mach(t)en sich Pflegende bemerkbar? +
6. Thüringer Pflegetag +
2. Thüringer Palliativpflegekongress Veranstaltungsort:
Hotel Steigenberger Esplanade Jena, Carl-Zeiss-Platz 4, 07743 Jena
Kontakt: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Claudia Kellner, Markt 8, 07743 Jena,
Tel.: 0 3641/353 32 68,
Fax: 03641/353 32 71, E-Mail:
pflegetag@conventus.de
Internet:
www.thueringer-pflegetag.de

11.09 – 14.09. München
104. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Veranstaltungsort:
Kontakt: Interplan Congress, Meeting & Event Management AG, Fatima Rama, Albert-Rosshaupter-Straße 65, 81369 München,
Tel.: 089/54 82 34 73,
Fax: 089/54 82 34 42, Email:
dgkj2008@interplan.de
Internet: www.kinderaerztekongress-muenchen-2008.de

18.09. – 20.09. Berlin
10. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium
Veranstaltungsort: bcc Berliner Congress Center GmbH, Alexanderstraße 11, 10178 Berlin
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg,
Tel.: 0911/393 16 47,
Fax: 0911/393 16 66, E-Mail:
reimer@mcn-nuernberg.de
Internet: www.hai2008.de

25.09. – 27.09. Wiesbaden
7. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
Veranstaltungsort:
Rhein-Main-Hallen, Rheinstraße 20, 65185 Wiesbaden
Kontakt:
Kongress- und Kulturmanagement GmbH, Nicole Eisenmenger, Karl-Liebknecht-Straße 17-21, 99423 Weimar,
Tel.: 03643/246 80,
Fax: 03643/24 68 31, E-Mail:
nicole.eisenmenger@kukm.de
Internet:
www.dgpkongress2008.de

Oktober

7.10. München
10. Süddeutscher Pflegetag
Veranstaltungsort:
Klinikum Großhadern, Hörsaaltrakt, Marchioninistraße 15, 81377 München
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Christa Hummel, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg,
Tel.: 0911/393 16 25,
Fax: 0911/393 16 20, E-Mail:
hummel@mcn-nuernberg.de
Internet:
www.mcnnuernberg.de/fileadmin/pdf/SPT2008-Programm.pdf

22.10. – 24.10. Göttingen
Interdisziplinäres Forum für Intensivmedizin und Intensivpflege
Veranstaltungsort:
Stadthalle Göttingen, Albaniplatz 2, 37073 Göttingen
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg,
Tel.: 0911/393 16 40,
Fax: 0911/393 16 66, E-Mail:
ifii@mcnag.info

24.10. – 25.10. Essen
3. Essener Ruhrkongress für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie mit Pflegesymposium
Veranstaltungsort:
PACT Zollverein, Bullmannaue 20a, 45327 Essen
Kontakt: Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Elisabeth-Krankenhaus Essen, Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen,
Tel.: 0201/897 37 01,
Fax: 0201/897 37 09, E-mail:
e.fuerstenberg@contilia.de
Internet: www.elisabeth-essen.de/ruhrkongress

24.10 – 25.10 Erlangen
38. Bayerische Anästhesietage (BAT) Veranstaltungsort Heinrich-Lades-Halle, Rathausplatz 2, 91052 Erlangen
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg,
Tel.: 0911/393 16 21,
Fax: 0911/393 16 78, E-Mail:
bat@mcnag.info
Internet: www.regionaltagungen.de

31.10. – 01.11. München
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress (MAIK)
Veranstaltungsort:
Holiday Inn Munich – City Centre, Hochstrasse 3, 81669 München
Kontakt: Interplan Congress, Meeting & Event Management AG, Katharina Reinbold, Albert-Rosshaupter-Straße 65, 81369 München,
Tel.: 089/54 82 34 73,
Fax: 089/54 82 34 42, E-Mail:
maik2008@interplan.de
Internet: www.maik-online.org

November

7.11 – 8.11. Augsburg
23. Augsburger Intensivpflegetage
Veranstaltungsort: Kongresshalle Augsburg, Gögginger Straße 10, 86159 Augsburg
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg,
Tel.: 0911/393 16 16,
Fax: 0911/33 12 04,
E-Mail: ipt@mcnag.info
Internet: www.mcn-nuernberg.de

12.11. Siegen
Siegener Fachtagung "Langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche"
Veranstaltungsort:
Medien- und Kulturhaus LŸz, St.-Johann-Straße 18
57074 Siegen
Kontakt: DRK-Kinderklinik Siegen, Postfach 10 05 54, 57005 Siegen,
Tel.: 0271/234 54 32,
Fax: 0271/234 54 14, E-Mail:
christiane.schneider@gkind.de
Internet: www.gkind.de

28. 11. – 29.11. Mannheim
25. Südwestdeutsche Anästhesietage
Veranstaltungsort: Congress Center Rosengarten, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg,
Tel.: 0911/39 31 60,
Fax: 0911/33 12 04, E-Mail:
mcn@mcn-nuernberg.de
Internet: www.mcn-nuernberg.de

Dezember

12.12. – 13.12. Hamburg
21. Norddeutsche Anästhesie-Tage
Veranstaltungsort: Congress Center Hamburg, Am Dammtor/Marseiller Straße, 20355 Hamburg
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911/39 31 60,
Fax: 0911/33 12 04, E-Mail:
nat@mcnag.info
Internet: www.regionaltagungen.de

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:
Stefan Hille, Patrick Jahn, Christine Keller, Gudrun Roling, Andreas Walle
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 halbjährlich.

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.