

## „Die merken ja sowieso nichts!“ Die ‚Pathogenese‘ einer Veranstaltung

„Welchen Einfluss hat das Verhalten von Pflegekräften und ärztlichem Personal auf den Genesungsprozess von Patienten?“

---

*Dialog zweier Pflegekräfte:  
„Wie sieht der ideale Patient auf der Intensivstation aus?“  
„Kontrolliert beatmet und gut sediert.“*

---

D. Eggers, Fachkrankenschwester für Intensivpflege- und Anästhesie, wurde 2007 durch eine tiefe Beinvenenthrombose selbst zum Patienten. Seine Erlebnisse sind unser Ausgangspunkt für die intensive Auseinandersetzung mit der Situation von Patienten im Klinikbetrieb, speziell in der Intensivpflege.

Am meisten belasteten ihn während des Krankenhausaufenthaltes der Verlust jeder Intimsphäre, die Fremdbestimmung und die mangelnde Informationsbereitschaft des Personals. Als Kernsatz blieb:

**„Und plötzlich bist du nicht mehr der Regisseur in deinen eigenen Film!“**

In seiner Rolle als Leitung der Fachweiterbildung Intensivpflege- und Anästhesie, erfuhr er durch einen Kollegen von einer Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege (Stefanie F.). Diese hat selbst nach einem schweren Verkehrsunfall auf der Intensivstation gelegen und wurde zeitweise künstlich beatmet. In der Unterrichtseinheit „endotracheales Absaugen“ entgegnete sie auf die Aussage eines Mitschülers: „Die kriegen sowieso nichts mit!“ mit einem entschiedenen „Das stimmt so nicht!“

Basierend auf den noch in diesem Artikel folgenden Schilderungen, nahm D. Eggers Kontakt zu Thomas Bollenbach auf. Beide kennen sich langjährig aus diversen Bildungsveranstaltungen, die Herr Bollenbach in der Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege als Dozent durchführt (u.a. auch „Sterbebegleitung in der Intensivmedizin“). So entstand das gemeinsame Konzept für eine Tagesveranstaltung zum Thema: „Die kriegen ja sowieso nichts mit!“, das inzwischen erfolgreich in verschiedenen Kliniken in Niedersachsen und Hessen durchgeführt wurde.

Besondere Resonanz und positive Rückmeldungen gab es nach einem Vortrag auf dem Kasseler Intensivpflegetag im März 2012, die den Bedarf nach einer Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Thema nochmals verdeutlichten.



Detlef Eggers



KIT



Thomas Bollenbach

Zurück zu Frau F., Sie war als Beifahrerin in einem PKW an einer Kollision mit einem parkenden LKW beteiligt. Die Laderampe des LKW drang in den PKW ein und führte bei Frau F. zu schwersten Kopfverletzungen.

In Gesprächen schilderte und dokumentierte sie, was sich nach dem Unfall abspielte.

Sie erinnert sich, dass ein Polizist am Unfallort äußerte:

**„Da kann die Mutter schon mal losfahren und einen Sarg besorgen!“**

Weitere intensive Erinnerungen betreffen pflegerische Tätigkeiten auf der Intensivstation. Sie berichtet wie das Personal ohne Ansprache oder Erklärung an ihr manipulierte oder Pflegekräfte sich während dieser Tätigkeiten unterhielten, ohne sie mit einzubeziehen. U.a. wurde ihr die Magensonde ohne Vorwarnung gezogen - Brennen in der Speiseröhre und im Rachen, sowie Übelkeit durch die aufsteigende Magensäure waren die Folge!

Besonders wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass sich Frau F. immer dann, wenn sie sich nicht als Person angesprochen und wahrgenommen fühlte, ‚in sich zurückzog‘.

„Ich streng mich nicht an!“ - diese Abwehrreaktion zeigte teilweise deutliche Auswirkungen auf die Vitalzeichen!

---

*„Du bist nicht zum quatschen hier, sondern zum Arbeiten!“  
Bisher zählt auf vielen Abteilungen leider die „Waschleistung“ der Pflegekräfte mehr,  
als die Kommunikation mit dem Patienten!*

---

Diese und weitere Aussagen gaben den bereits erwähnten Startschuss für die Konzeption einer Veranstaltung, um die Folgen pflegerischen Handelns zu reflektieren und für die Situation der Patienten zu sensibilisieren. In verschiedenen Seminareinheiten werden die Teilnehmer/innen mit den Geräuschen, Gerüchen und weiteren Umwelteinflüssen einer Intensivstation konfrontiert. Dadurch wird die Situation der Patienten für das Personal erfahrbar gemacht.

Auf Befragung berichten ehemalige Patienten, dass sie besonders die Geräuschkulisse als belastend empfunden haben. Gerade die große Lautstärke und die Vielzahl der Geräusche führen zu Stresssituationen. Auf Intensivstationen vergeht in der Regel kaum ein Augenblick ohne akustische Warnsignale.

---

*„Bei dir piept es!“  
„Ich weiß, Kalium ist durch, lass' piepen.“*

---

Patienten können die Geräusche weder zuordnen, noch wissen sie, ob sich ein Alarm-Ton, wenn er denn überhaupt als solcher identifiziert wird, auf sie bezieht. Die größten Belastungen entstanden demzufolge aus akustischen Wahrnehmungen, die die Patienten nicht deuten konnten.

Fehleinschätzungen von Geräuschen sind sehr häufig. Beispielsweise werden einige Thorax-Drainagen oder auch die Sauerstoffanfeuchtungen als ‚schlechtes Wetter‘ bzw. ‚Starkregen‘ wahrgenommen, einige Alarm-Töne als Telefonklingeln und der ‚Herzton‘ als tropfender Wasserhahn.

Zusätzlich sind die Patienten, wie u. a. auch von Frau F. berichtet, unangekündigten Berührungen ausgesetzt (z. B. Fußpuls tasten, Lagerungswechsel, Verbandwechsel, etc.). Überraschende, traumatisierende Schmerzerfahrungen (z.B. das ziehen von Drainagen, endotracheales Absaugen, etc.) tun ein Übriges.

Viele der oben geschilderten Einflüsse stören erheblich den Tag-Nacht- bzw. Schlaf-Wach-Rhythmus der Patienten.

Dieser Effekt ist wiederum eine der Hauptursachen für Verwirrheitszustände.

Oftmals sind es ritualisierte Arbeitsabläufe, die keine Rücksicht auf die Nachtruhe nehmen.

Z.T. sind es Pflegekräfte sogar selbst:

---

*„Ich muss jetzt mal waschen, sonst schlafe ich ein!“ äußert die „fleißige“ Pflegekraft und beginnt nachts um 3.00 Uhr schon mal zwei Patienten zu waschen - natürlich mit „Flutlicht“ und einer dem Klientel angepassten „Musikbeschallung“ zum Mitsingen.*

---

Anschließend wundert man sich dann über den „verwirrten Patienten“ – der gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus wird als Ursache aber selten erkannt.

### **Der Stress und die psychischen Folgen können durch sensibilisiertes, geschultes Personal reduziert werden!**

Alle von uns befragten Patienten äußerten deutlich, dass die Anwesenheit von Angehörigen und vertrauten Personen erheblich zur Beruhigung beigetragen hat. Selten wechselndes Personal und Informationen in verständlicher Sprache reduzieren den Stress!

Pflegewissenschaftliche Arbeiten bestätigen und untermauern die Aussagen.

Manchmal wird die territoriale Macht genutzt, um für Ruhe zu sorgen:

---

*„Schmeiß bloß diese Angehörigen raus, die stehen nur im Weg!“*

---

Ruhe für wen, ist die Frage, die sich hier stellt.

Die Stiftung Pflege e.V. vergibt vor diesem Hintergrund das Zertifikat:

„Angehörige jederzeit willkommen“.

Um es zu erhalten, muss die Station unter anderem das Recht des Intensivpatienten auf Anwesenheit von Angehörigen anerkennen.

Intensivstationen sollen ermutigt werden, die Erkenntnisse, die in pflegewissenschaftlichen Arbeiten gewonnen wurden, in die Praxis umzusetzen. Der Angehörige spielt als vertrauter Mensch für den Intensivpatienten eine besondere Rolle und trägt wesentlich zur Genesung bei. Er leistet emotionalen Beistand und er gibt dem Patienten das wichtige Gefühl, dass sich jemand „kümmert“.

Belastbare Studien belegen, dass über 70 der Langzeitpatienten einer Intensivstation, eine Verschlechterung ihrer allgemeinen Lebensqualität angeben, wie im Folgenden dargestellt wird. Nach Definition dieser Untersuchungen handelt es sich um Langzeitpatienten, wenn diese >24h - >36h (je nach Studiendesign) auf einer Intensivpflegeeinheit versorgt wurden.

Viele Patienten verspürten nach dem Aufenthalt einen Verlust der Leistungsfähigkeit und klagen über Ermüdbarkeit, Erschöpfung und Antriebsschwäche häufig gepaart mit Kurzatmigkeit bis hin zur Atemnot.

Als besonders gravierend empfinden die Befragten die Beeinträchtigung ihres Erinnerungsvermögens im Kurzzeitgedächtnis und die damit verbundene verminderte Handlungs- bzw. Entscheidungsfähigkeit.

Inzwischen ist belegt, dass eine große Zahl von Patienten unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD/auch posttraumatisches Stresssyndrom genannt) leiden, mit Symptomen, wie sie auch bei Kriegsheimkehrern vorzufinden sind.

Symptome sind u.a.

- Alpträume
- Schlafstörungen
- Flash back
- Halluzinationen
- Phobien

Vor diesem Hintergrund verzeichneten die Betroffenen auch Problemzuwächse im emotionalen und dem damit verbunden sozialen Bereich. Unter anderem wird häufig berichtet, dass ehemalige Patienten sich immer mehr aus dem sozialen Leben zurückziehen, weil sie sich als Belastung für ihre Angehörigen empfinden. Es liegt die Vermutung nahe, dass dies vor allem mit körperlichen Einschränkungen infolge der überstandenen Erkrankung zu tun hat. Erstaunlicherweise scheint die Schwere der Erkrankung, ebenso wenig wie das Alter der Patienten, eine Relevanz für das Ausmaß der Symptome zu haben. Allerdings verstärken sich die Ängste und Depressionen offensichtlich mit der Dauer des Intensiv-Aufenthaltes!

Besonders bemerkenswert erscheint, dass sich die Prognose signifikant verbessert, wenn der Patient Erinnerungen an seinen Intensivaufenthalt hat. Dabei gilt:

---

*„Es ist besser eine schlechte, aber reale Erinnerung zu haben, als keine bzw. eine illusionäre!“*

---

Aus diesem Grund lassen verschiedene Kliniken beatmete Patienten einmal am Tag kontrolliert wach werden (Wake-up`s), nicht zu verwechseln mit den Wachfenstern die für die neurologische Beurteilung durchgeführt werden.

Ein mögliches Mittel um Erinnerungslücken zu schließen, ist ein Intensivtagebuch. Erinnerungslücken können so im Nachhinein gefüllt oder Illusionäre Erinnerungen relativiert werden.

Das Intensivtagebuch wird bei einem sedierten und beatmeten Patienten mit einer Beatmungsdauer  $\geq 3$  Tagen und voraussichtlicher Überlebenschance von Pflegenden und Angehörigen geschrieben.

Nach dem Erwachen aus der Beatmung kann der Patient das Tagebuch lesen und so selbstbestimmt die Zeit seiner Bewusstlosigkeit rekonstruieren und etwaige traumhafte, für den Betroffenen als real statt gefundene, erinnerte Erlebnisse verarbeiten.

## Resümee:

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Pflege inzwischen sensibler mit dem oben beschriebenen Problemkomplex umgeht. In der Hektik und Routine des Arbeitsalltages gerät jedoch immer wieder in Vergessenheit, dass die Patienten sehr wohl eine bewusste bzw. unbewusste Wahrnehmung haben, wie belastbare Studien belegen, die das Leben nachhaltig beeinflussen.

Unsere Erfahrungen aus einer Vielzahl von Fortbildungen zum Thema „Kommunikation und Patientenwahrnehmung in der Intensivpflege: „Die merken ja sowieso nichts!““, die anschließenden Gesprächen mit Pflegenden und Ärzten, belegen eine große Bereitschaft, sich mit der Situation von Patienten und Angehörigen auseinanderzusetzen.

Die häufigsten Fragen, die nach Abschluss der Veranstaltungen in den Feedbackrunden gestellt werden, sind:

„Wie kann ich meine Erfahrungen aus diesem Seminar bei meiner Arbeit bewahren, ohne in den alten Trott zurückzufallen?“ und

„Wie kann ich meine Kollegen/innen mit meinen Kenntnissen sensibilisieren?“

## Unsere Empfehlungen:

- ⇒ Erfahrungsaustausch- Um wichtige Informationen für den Umgang mit Patienten und Angehörigen zu sammeln, müssen Gespräche zwischen allen an der Behandlung beteiligten Professionen stattfinden.
- ⇒ Reflexion- Um im Alltag kurz zu überlegen, welche Folgen „mein“ Verhalten für den Patienten und die Angehörigen hat.
- ⇒ Empathie- Um zu versuchen, die Situation aus dem Blickwinkel des Patienten zu betrachten, um sich einfühlsam und professionell zu Verhalten.
- ⇒ Fachvorträge besuchen/ Fachliteratur lesen- Um das Wissen zu diesem Thema zu vergrößern, die eigenen Kompetenzen zu erweitern und beweisbare Argumente für Gespräche mit den „Unbelehrbaren“ sammeln.
- ⇒ Seminare/ Fortbildungen besuchen- Um vorhandene Kenntnisse erweitern, aufzufrischen und sich selbst immer wieder für die Situation von Patienten und deren Angehörige zu sensibilisieren.

Als besonders Wichtig erachten wir es, dass sich Mitarbeiter/innen des Teams im laufenden Betrieb immer wieder gegenseitig erinnern und aufmerksam machen, wenn ihnen am Verhalten von Kollegen/innen etwas auffällt.

**Wir meinen damit auch Lob, Anerkennung und Respekt für die geleistete Arbeit!**

Weiterführende Informationen unter:

[www.resultat-online.de](http://www.resultat-online.de)

Oder:

**resultAT** Personalentwicklung im Gesundheitswesen

Thomas Bollenbach  
Dipl. Sozialpädagoge  
Staatl. ex. Krankenpfleger  
Friedrich-Ebert-Straße 33, 34117 Kassel  
Fon: 0561- 316 44 61  
E-Mail: [thomas.bollenbach\(at\)resultat-online.de](mailto:thomas.bollenbach(at)resultat-online.de)

Detlef Eggers  
Fachpfleger für Palliativ-,  
Intensivpflege und Anästhesie  
Friedrich-Ebert-Straße 33, 34117 Kassel  
Fon: 0561- 287 14 71  
E-Mail: [detlef.eggert\(at\)resultat-online.de](mailto:detlef.eggert(at)resultat-online.de)

## **Literatur:**

Z. Stangaa, F. F. Immerb, P. Allemannc, A. S. Immer-Bansid, E. Rohrbachc, C. Hagib, V. Eigenmannb

### **Akute Verwirrheitszustände**

Schweiz Med Forum, Nr. 43, 23. Oktober 2002

Stiftung Pflege e.V.

<http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/>

<http://www.stiftung-pflege.info/page1/page101/Files/Antrag%20Zertifikat%20aktuell.pdf>

H.G. BONE

### **Lebensqualität nach Intensivtherapie**

[http://www.ai-online.info/abstracts/pdf/dacAbstracts/2008/10\\_bone.pdf](http://www.ai-online.info/abstracts/pdf/dacAbstracts/2008/10_bone.pdf)

Maxie Kneist

### **Langzeitüberleben und Lebensqualität kritisch erkrankter Patienten ein Jahr nach Intensivtherapie**

<http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2009/0521/pdf/dmk.pdf>

Oliver Beaujean

### **Erlebnisinhalte allgemein chirurgischer Patienten auf der chirurgischen Intensivstation. Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie.**

<http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2009/0304//view.html>

Kathrin Barbara Fröber

### **Eine prospektive Erfassung der Lebensqualität von Patienten einer internistischen Intensivstation im zeitlichen Verlauf nach 5 Monaten und 5 Jahren sowie der Zusammenhang präexistenter Einflussfaktoren**

[http://www.opus.ub.uni-](http://www.opus.ub.uni-erlangen.de/opus/volltexte/2010/1726/pdf/KathrinFroeberDissertation.pdf)

[erlangen.de/opus/volltexte/2010/1726/pdf/KathrinFroeberDissertation.pdf](http://www.opus.ub.uni-erlangen.de/opus/volltexte/2010/1726/pdf/KathrinFroeberDissertation.pdf)

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.)

### **S3 – LEITLINIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG**

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf)

[010I\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2012-03.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf)

Peter Nydahl

### **Das Intensivtagebuch**

<http://www.nydahl.de/Nydahl/Intensivtagebuch.html>