



## **Universitäre Bildungsakademie**

Fachweiterbildung für Anästhesie- und Intensivpflege

## **Hausarbeit**

**Weaning durch Pflegende –**

**Erfolgspotenziale und Probleme**

---

## **Gliederung**

<b>1. Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2. Die bisherige Rolle der Pflege im Weaningprozess</b>	<b>3</b>
<b>3. Weaning durch Pflegende</b>	<b>4</b>
3.1. Überblick – Welche praktischen Erfahrungen gibt es?	4
3.2. Welche Voraussetzungen bietet Pflege für die Übernahme des Weaningprozesses?	5
3.3. Probleme – Was sind die Hinderungsfaktoren für die Übernahme des Weaningprozesses durch Pflegende?	5
3.4. Erfolgspotenziale – Was kann Pflege bewirken durch die Übernahme des Weaningprozesses?	7
<b>4. Fazit und Ausblick</b>	<b>8</b>
<b>5. Literaturlisten</b>	<b>9</b>
5.1. Quellen	9
5.2. Weiterführende Literatur	10
<b>6. Anhang</b>	<b>11</b>
6.1. Weaningprotokoll und Weaningplan der KIM im UKE	12
6.2. Weaningprotokoll der Neurologie des UK S-H Kiel – Intensivstation	15
<b>7. Erklärung</b>	<b>16</b>

## 1. Einleitung

Der Begriff „Weaning“ bezeichnet „...die schrittweise Entwöhnung vom Beatmungsgerät, also den Übergang von der Beatmung zur Spontanatmung und Extubation bzw. Dekanülierung.“<sup>1</sup> Allgemein wird die Meinung vertreten, dass die betreuende Pflegekraft eine Schlüsselrolle bei der Entwöhnung einnimmt und die Effektivität der Entwöhnung maßgeblich durch sie beeinflusst wird<sup>2</sup>, obwohl Weaning bisher traditionell den Ärzten zugesprochen wird. Diese unausgesprochene Trennung von expliziter ärztlicher Zuständigkeit und des hohen Anteils pflegerischer Arbeit im Weaningprozess, der aber kaum je formalisiert ist, weist auf ein Dilemma hin. Zuständigkeit und reale Durchführung liegen meist nicht in einer Hand und erfordern ein Höchstmaß an interdisziplinärer Koordination und Kooperation.

In meiner Arbeit möchte ich speziell auf die implizite Kompetenz der Pflegekräfte im Weaningprozess eingehen und die Frage beleuchten, ob Pflege den Weaningprozess formal abgesichert übernehmen könnte und was sich damit erreichen ließe.

## 2. Die bisherige Rolle der Pflege im Weaningprozess

Entwöhnung ist ein arbeitsintensiver Prozess, für den ausgebildete pflegerische Fähigkeiten notwendig sind. Die Entwöhnung nimmt im Durchschnitt 40% der Gesamtbeatmungszeit in Anspruch<sup>3</sup> und ist damit ein entscheidender Kosten- und Zeitfaktor in der Intensivbehandlung. Denn „...ein erfolgloses Weaning... (bewirkt eine) Muskelererschöpfung, sodass weitere Entwöhnungsversuche negativ beeinflusst werden können. Des Weiteren belasten fehlgeschlagene Entwöhnungsversuche den Patienten psychisch maßgeblich, sodass die Compliance bei weiteren Versuchen stark eingeschränkt ist.“<sup>4</sup>

Deswegen muss Pflege alle Maßnahmen zur Überwachung und Unterstützung des Patienten beherrschen und effizient einsetzen können, um eine drohende Erschöpfung des Patienten im Weaning zu erkennen und zu vermeiden.

Pflege leistet dies durch:

- **Beobachtung und Wertung** allgemeiner Vitalparameter z. B. RR, Puls, Atmungsbezogener Parameter z. B. AF, GAT, Klinische Beobachtung des Gesamteindruckes z. B. Hautfarbe, Bewusstseinslage

---

<sup>1</sup> R. Larsen, 2004 (S. 1080)

<sup>2</sup> vgl. R. Lange, 1998

<sup>3</sup> vgl. R. Lange, 1998

<sup>4</sup> G. Schlömer, 2002 (S. 1 f.)

- **Pflege- und Therapiemaßnahmen** wie Atemtherapie, Atemhilfe und Elemente aus der basalen Stimulation: Vibration- und Perkussionsmassagen, Atemstimulierende Einreibung (ASE), basal stimulierende Waschungen, die synchron zur Atmung angeboten werden, Rhythmische Kontaktatmung, Bronchialtoilette, Mobilisation, Atemunterstützende Lagerung, Lagerungsdrainagen, Anwendung von Atemtherapiegeräten, z. B. Salvia, SMI Trainer
- **Psychosoziale Maßnahmen** wie Motivation und Führung des Patienten, Integration von Angehörigen, Aufklärung und Sicherheit vermitteln
- **Organisatorische Maßnahmen** wie Pflegeplanung, Dokumentation, Führen von Weaningprotokollen, interdisziplinäre Kommunikation / Kooperation

### 3. Weaning durch Pflegende

#### 3.1. Überblick- Welche praktischen Erfahrungen gibt es?

Die Rolle der Pflege im Weaningprozess war bisher kaum Gegenstand von Studien und darauf aufbauenden überwiegend medizinisch orientierten Weaningkonzepten.<sup>5</sup> In der Praxis kommt es durch die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden auf Intensivstationen oft zu einer uneinheitlichen Regelung der Aufgaben. So sind z.B. am Universitätsklinikum Schleswig – Holstein (UK S-H) Variationen von der vollständigen Durchführung des Weanings durch das ärztliche Personal bis zur vollständigen Übernahme durch das Pflegepersonal vorzufinden.<sup>6</sup> Die Situation am UKE stellt sich aus meiner Sicht sehr ähnlich dar. Im englischsprachigen Raum können Pflegende sich zum ‚Respiratory Therapist‘ Zusatzqualifizieren, um damit u.a. die formale Zuständigkeit für den kompletten Weaningprozess zu erlangen. In der Schweiz ist Weaning bereits seit längerem explizit zum Tätigkeitsfeld der Pflege erklärt.

Aus diesem Grunde wurde im Rahmen der Pflegeforschung am UK S-H eine Studie begonnen, die im ersten Schritt aus einer Mitarbeiterbefragung zum Thema „Weaning – eine Aufgabe des Pflegepersonals?“ bestand. Sie ergab, dass sich ein hoher Prozentsatz (erfahrener und fachweitergebildeter) Pflegekräfte zur vollständigen Übernahme des Weaningprozesses in der Lage sieht.

---

<sup>5</sup> vgl. P. Nydahl, 2002

<sup>6</sup> vgl. D. Gralher 2006

### 3.2. Welche Voraussetzung bietet Pflege für die Übernahme des Weaningprozesses?

Bei entsprechender Qualifikation der betreuenden Pflegekraft kann die Entwöhnbarkeit sicher eingeschätzt und die Entwöhnungsphase angemessen gestaltet werden, da

- sie mehr Kontakt zum Patienten und den Angehörigen hat
- die pflegerische Perspektive, das Subjekt und das Situative berücksichtigt
- sie den Prozess (durch hohe Präsenz und ihre Mittlerposition zwischen den verschiedenen beteiligten Professionen und dem Patienten) am besten organisieren kann
- der kurze Weg von Beobachten, Bewerten, Entscheiden, Handeln sowohl die Problemlösung als auch die Ressourcennutzung optimiert<sup>7</sup>

Weiter spielen Erfahrungen und Intuition Pflegender eine große aber wissenschaftlich nahezu unbeachtete Rolle.<sup>8</sup> Dies spiegelt sich m. E. in medizinisch orientierten Studienergebnissen zu Weaning wieder, die trotz ähnlichem Studiendesign oft unterschiedliche Ergebnisse liefern. Das scheint die Vermutung zu bestätigen, dass über medizinisch technische Aspekte hinaus pflegerische Expertise im Durchführungsprozess Weaning maßgeblich beeinflusst.<sup>9</sup>

### 3.3. Probleme - Was sind die Hinderungsfaktoren für die Übernahme des Weaningprozesses durch Pflegende?

In diesen Bereich gibt es vier Themenfelder, die mehr oder weniger stark ineinander greifen und überwiegend daraus resultieren, dass Weaning in Deutschland bisher traditionell dem ärztlichen Bereich zugeordnet wird.

- **Juristisch:** Weanende Pflegekräfte betreten ein rechtlich nicht ausreichend geklärtes Gebiet. Es gelten alle Aspekte der Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Die Maßnahme muss vom Arzt verordnet sein. Das persönliche Handeln des Arztes ist nicht erforderlich. Die Pflegekraft muss zur Ausübung der Tätigkeit befähigt sein und das Einverständnis des Patienten muss vorliegen. Die beiden letzten Punkte scheinen mir die bedeutsamsten zu sein. Nimmt man das übliche Vorgehen im UKE zum Beispiel, findet man keine formelle Vereinbarung zur Übertragung des Weanings auf Pflegekräfte, wie man sie z.B. zu

---

<sup>7</sup> vgl. P. Nydahl 2003

<sup>8</sup> vgl. R. Lange, 1998

<sup>9</sup> ebd., S.109

den Tätigkeiten des Blutabnehmens, des Legens von Braunülen oder dem Applizieren intravenöser Medikamente vorfindet. Außerdem gestaltet sich die Erlangung des Einverständnisses, wer und ob man Weaning durchführen darf, durch die Verabreichung bewusstseinsverändernder Medikamente und die Umgehung der sprachbildenden Organe schwierig.<sup>10</sup> Darüber hinaus ist für eine haftungsrechtliche Bewertung pflegerischen Handelns immer die Besonderheit des Einzelfalles ausschlaggebend. Selbst wenn wissenschaftlich fundierte Standards, Richtlinien und Leitlinien zum Weaning durch Pflegekräfte vorliegen sollten, haben sie keinen Rechtsnormcharakter sondern höchstens den Stellenwert eines vorweggenommenen Sachverständigenurteils.<sup>11</sup>

- **Wissenschaftlich:** Die medizinisch orientierten, quantitativen Studien zum Weaning berücksichtigen nicht in ausreichendem Maße die Effekte von Pflege auf den Erfolg des Weanings, obschon die uneinheitlichen Ergebnisse einen großen Einfluss vermuten lassen. Aus diesem Grunde gibt es noch keine pflegeorientierten evidenzbasierten übergreifenden Standards, Richtlinien und Leitlinien, welche die o. g. rechtlichen Fragen zu klären helfen würden und dem Pflegepersonal ein Mindestmaß an Rechtssicherheit gewähren würden.
- **Organisatorisch / Institutionell:** Hauptsächlich der unklaren Rechtssituation ist es geschuldet, dass formale Vereinbarungen über die Übertragung von Weaning auf Pflegekräfte nicht zustande kommen. Auch wenn mir dieser Grund in der Diskussion des Themas oft nur vorgeschoben erscheint und m. E. eher aus dem üblichen Kompetenzgerangel zwischen Pflege und Medizin entspringt. Darüber hinaus ist mir aus informellen Gesprächen mit einem der Organisatoren der Studienvorhaben am UK S-H Kiel bekannt, dass auch Bedenken des Personalrats das Fortschreiten von deren Studienvorhaben und damit der Übertragung von Weaning auf Pflegende behindern. Es wurden, vor dem Hintergrund knapper personeller und zeitlicher Ressourcen, massive Bedenken ob der Leistbarkeit geäußert und eigenverantwortliches Weaning durch Pflegende vorläufig ablehnt. Bezogen auf das UKE ist ein weiterer Punkt der meiner Meinung nach uneinheitliche Gebrauch vorliegender Weaningpläne und Weaningprotokolle sowohl ärztlicherseits als auch von Seiten der Pflege. Außerdem berücksichtigen sie pflegerische Belange nur unzureichend und tragen so weiter zu Unklarheit der Rolle von Pflege im

---

<sup>10</sup> vgl. J. Specht, 2005

<sup>11</sup> vgl. H. Friesacher, 2003

Weaning bei. Zur Veranschaulichung sind im Anhang die Pläne und Protokolle des UKE und die des UK S-H Kiel beigelegt, welche deutlich pflegeorientierter erscheinen, dabei aber medizinische Aspekte einbeziehen.

- **Professionell:** Voraussetzung für die Übernahme von Weaning durch Pflegekräfte ist deren Befähigung. Nicht nur im Sinne der o.g. Kompetenzübertragung. Entscheidend ist deren berufliche Qualifikation. Gemäß der Studie des UK S-H<sup>12</sup> sieht sich ein Großteil des Intensivpflegepersonals in der Lage eigenverantwortlich Weaning durchzuführen. Dazu gehören vorwiegend fachweitergebildete Pflegekräfte oder Pflegekräfte mit langer Berufserfahrung. Ein anderer Teil aber eben nicht. Das hieße, dass sich Weaning nicht generell auf Pflege übertragen ließe, sondern letztlich weiter personenspezifisch delegiert werden müsste. Einer einheitlichen Regelung steht dieser Aspekt im Wege. Übertrüge man Weaning nur auf die fachweitergebildeten Pflegekräfte, so könnte es im Einzelfall zu einer Unterbrechung der Verantwortlichkeit im Weaningprozess führen, da eben nicht immer ausreichend fachweitergebildetes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Ein Hinderungsfaktor scheint also die uneinheitliche Qualifikation der Pflegekräfte zu sein.

#### 3.4. Erfolgspotenzial - Was kann Pflege bewirken durch die Übernahme des Weaningprozesses?

Entscheidend für den erfolgreichen Verlauf des Weaningprozesses scheinen also zwei wesentliche Aspekte zu sein.

- **Wissen:** Das Wissen befähigt dazu, die verschiedenen Möglichkeiten des Weanings gegeneinander abzuwägen. Zumindest fachweitergebildete Pflegekräfte bieten diese Voraussetzung.
- **Intuition und Erfahrung:** Intuition und Erfahrung leisten einen Beitrag, die richtige, individuelle Maßnahme zur richtigen Zeit zu finden. Pflegerische Expertise und die hohe Präsenz am Patienten begünstigen dies.<sup>13</sup>

Nimmt man diese Aspekte zusammen, kann das zu einer Verkürzung der Weaningdauer beitragen. Internationale Studien, die protokollgestütztes Weaning durch Pflegende mit Weaning durch Ärzte ohne Protokoll vergleichen, scheinen das zu bestätigen.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> vgl. K. Duysen, 2006

<sup>13</sup> vgl. R. Lange, 1998

<sup>14</sup> vgl. P. Nydahl, 2007

Des Weiteren ist es evident, dass ein zügiges Weaning nosokomiale Infektionen verringert und die Zahl der Reintubationen signifikant mindert. Es sind mit protokollgestütztem Weaning durch Pflegende also drei wesentliche und u. a. kostensenkende Effekte möglich: Verringerung der Verweildauer der Patienten auf der Intensivstation, Risikominimierung im Sinne von Komplikationsvermeidung und damit einhergehend eine deutliche Kostenersparnis bei gleichzeitig steigender Behandlungsqualität durch die Vermeidung von den Patienten belastenden Situationen.<sup>15</sup>

#### **4. Fazit und Ausblick**

Diese Arbeit zeigt, dass Pflege unter bestimmten Voraussetzungen dazu in der Lage ist, eigenverantwortlich Weaning durchzuführen und damit für alle Beteiligten positive Effekte erzielen kann. Um zu einer formellen Übertragung von Weaning in den Kompetenzbereich der Pflegenden kommen zu können, sind allerdings noch wesentliche Vorarbeiten nötig. Im Rahmen der Pflegeforschung sollten Projekte angestoßen werden, die wissenschaftlich sauber die Wirksamkeit pflegerischer Interventionen im Weaning klären. Das kann zum einen zur Beruhigung berufspolitischer und interdisziplinärer Diskussionen beitragen, zum anderen die Erstellung von Leitlinien, Richtlinien und Standards fördern, was zu einer sichereren Rechtslage führen kann. Ebenso erscheint mir eine verstärkte Lobbyarbeit nötig, denn ein großer Anteil pflegerischen Handels am Weaningprozess basiert auf Intuition und Erfahrung, was wissenschaftlich nur schwer zu formalisieren ist und damit besonders in der akademisch geführten Diskussion zu Weaning nur wenig Beachtung findet. Darüber hinaus sollte Pflege, um die generelle Übertragung des Weanings in Ihren Verantwortungsbereich zu erlangen, für eine (bezogen auf Weaning) einheitliche Qualifikation der auf Intensivstationen arbeitenden Pflegenden sorgen. Nur so kann die Kontinuität im Weaningprozess gewährleistet werden und Pflege eine entsprechende Anerkennung von medizinischer Seite erreichen. Ferner sollte sich Pflege für die Einführung von protokollgestütztem einheitlichem Weaning stark machen. Wobei die Protokolle pflegerische Belange ausreichend berücksichtigen sollten. Das fördert zum einen die Vergleichbarkeit der Daten im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen, zum anderen fördert es eine einheitliche Qualifizierung und bedeutet unabhängig von der jeweiligen Station eine Kontinuität der Behandlung für den Patienten.

---

<sup>15</sup> vgl. U. Gaidys, 2007

## 5. Literaturlisten

### 5.1. Quellen

- Kai Duysen, (Dieter Gralher) „Pflegeforschung am Beispiel von Weaning / „Weaning – eine Aufgabe des Pflegepersonals / Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung“, Universitätsklinikum Schleswig – Holstein, Skript zum Vortrag, Pflegekongress, Hamburg, 2006
- Heiner Friesacher, „Können Ahnung und Intuition pflegerische Qualität sichern?“, in Intensiv 11.2003 (S. 183-192), Thieme, Stuttgart, New York
- Uta Gaidys, „Pflegeforschung in der Anästhesie- und Intensivpflege“ Universitätsklinikum Schleswig – Holstein, in Intensiv 15.2007 (S. 242-246), Thieme, Stuttgart, New York
- Rüdiger Lange, „WEANING – Welche Rolle spielen Intuition und Pflege?“, Ganderkesee, in Intensiv 6.1998 (S. 104-110), Thieme, Stuttgart
- Rüdiger Lange, „Entwöhnung von der maschinellen Beatmung“ in Neander, Meyer, Friesacher, „Handbuch der Intensivpflege“, 2. Erg. Lfg. 10.1995
- Reinhard Larsen, „Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege“, 6. Aufl. 2003, Springer, Berlin
- Peter Nydahl, „Können Pflegende auf Intensivstationen die Kosten senken?“ Neurologische Intensivstation und Stroke Unit, UK-SH, Campus Kiel in Intensiv 15.2007 (S. 180-190), Thieme, Stuttgart, New York
- Peter Nydahl, „Basale Stimulation im Weaning“, Neurologische Intensivstation und Stroke Unit, UK-SH, Campus Kiel in Neander, Meyer, Friesacher, „Handbuch der Intensivpflege“, 14. Erg. Lfg. 6.2003
- Peter Nydahl, „Schön tief Luft holen? Basale Stimulation im Weaning“ Neurologische Intensivstation und Stroke Unit, UK-SH, Campus Kiel in Intensiv 10.2002 (S. 202-211), Thieme, Stuttgart, New York
- Gabriele Schlömer, „Weaning - Anwendung der Evidenz-basierten Pflege auf der Intensivstation (Teil I)“, Hamburg, in Neander, Meyer, Friesacher, „Handbuch der Intensivpflege“, 13. Erg. Lfg. 12.2002
- Jan Specht, „Moderne Weaningkonzepte: Die Bedeutung von BIPAP und CPAP“ Facharbeit im Rahmen der Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie, Universitätsklinik Jena, 2005, in [www.anInt.de](http://www.anInt.de)

## 5.2. Weiterführende Literatur

Helmut Lang, „Beatmung für Einsteiger – Eine Lernhilfe für Intensivpersonal“,  
Verlag Helmut Lang, Hamburg, 2007

Andreas Dummert, „Entwöhnung vom Respirator, eine Herausforderung an das  
Pflegepersonal“ Facharbeit im Rahmen der Weiterbildung für Innere  
Medizin und Intensivmedizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen –  
Nürnberg, 1999

Antje Seilkopf, „Weaning – Schritt für Schritt zurück zur normalen Atmung“  
in Heilberufe 11.2003

Gabriele Schlömer, „Weaning - Anwendung der Evidenz-basierten Pflege auf der  
Intensivstation (Teil II)“, Hamburg, in Neander, Meyer, Friesacher,  
„Handbuch der Intensivpflege“, 14. Erg. Lfg. 6.2003

## **6. Anhang**

6.1. Weaningprotokoll und Weaningplan der KIM im UKE

6.2. Weaningprotokoll der Neurologie des UK S-H Kiel – Intensivstation









## **7. Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig, unter Hinzuziehung der genannten Literatur erstellt wurde.

Hamburg, den 03.06.2008

Nicole Dimke