



Die Befragung der Bewohnerin ist ein wesentlicher Teil der symptomfokussierten Anamnese.

Klinisches Assessment für die Pflegepraxis – Teil 2

Dringlichkeit der Atemnot der Bewohnerin erkannt

In Pflegeheimen tragen Pflegefachkräfte ein hohes Mass an Eigenverantwortung und müssen über die Notwendigkeit weiterer pflegerischer Interventionen häufig selbstständig entscheiden. Am Praxisbeispiel einer Notfallsituation, verursacht durch die Atemnot einer Bewohnerin, wird aufgezeigt, was Clinical Assessment-Fähigkeiten bewirken können.

Text: Monika Schrimpf, Elke Steudter / **Fotos:** ZHAW ????, BFH, Fachbereich Gesundheit

Die 78-jährige, seit 18 Monaten verwitwete Annie Schmid wohnt seit vier Monaten in einem Heim. Vor zehn Jahren begann sie über zunehmenden Husten und Beschwerden der Atmung zu klagen. Durch die Untersuchungen, die ihr Hausarzt veranlasste, wurde damals eine leichte, inzwischen jedoch mittelschwere COPD festgestellt. Alltägliche Tätigkeiten wie Kochen oder Aufräumen belasteten sie durch die auftretende Atemnot immer

stärker. Die Lage der Wohnung im Dachgeschoss führte dazu, dass die notwendigen Einkäufe, die früher ihr Mann übernommen hatte, wegen der vielen Treppen für sie nicht mehr möglich waren. Vor zwei Jahren zog sich Frau Schmid im Winter eine akute Bronchitis zu, wodurch sich ihre Atembeschwerden anhaltend verschlechterten. Ihr Hausarzt verschrieb ihr damals ein Inhaliergerät zur täglichen Anwendung zu Hause. Frau

Schmid vernachlässigt aber die regelmässigen Inhalationen mit diesem «Ungetüm», wie sie es nennt. Auch ihre Tabletten nimmt sie nicht so regelmässig und zuverlässig, wie sie sollte. Frau Schmid befindet sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Vor vier Monaten ist Frau Schmid ins Heim eingezogen. Dies hat für sie den Vorteil, dass sie in der Nähe ihrer beiden Töchter lebt. Zu beiden hat die Seniorin

ein gutes Verhältnis und ihr regelmässiger Besuch wird immer freudig erwartet. Auch in der Einrichtung hat sich Frau Schmid gut eingelebt. Sie schätzt den anregenden Kontakt zu den Senioren und die Abwechslung durch gemeinsame Unternehmungen.

Vor ihrem Ruhestand hat Frau Schmid drei Tage in der Woche in einem Restaurant gearbeitet. Schon als junge Frau hat sie mit dem Rauchen begonnen. Bis vor acht Jahren hat Frau Schmid geraucht (50 pack-years). Da sie seit ihrem Ruhestand bereits morgens stark husten musste hatte sie an ihrem 70. Geburtstag beschlossen, mit dem Rauchen ganz aufzuhören, was ihr zwar schwerfiel, aber gelang.

Sicht der Pflegenden

Angela Walter arbeitet im Heim als Pflegefachfrau BScN. Sie hat von ihrer Kollegin Regula Rüti (Fachangestellte Gesundheit) beim Rapport erfahren, dass sich Frau Schmid heute nicht gut fühle und besucht sie deshalb umgehend.

Als Angela Walter ins Zimmer der Seniorin kommt findet sie diese auf dem Stuhl weit nach vorne gebeugt sitzend vor. Frau Schmid hustet stark, beinahe ohne Unterbruch und atmet angestrengt. Die Bewohnerin setzt ihre Atemhilfsmuskulatur ein, was deutlich an ihrem Hals durch Hervortreten der Muskulatur beobachtbar ist. Frau Schmid hat das Buch, das sie offensichtlich lesen wollte, aus der Hand gelegt und stützt sich mit beiden Ellbogen auf dem Tisch ab. Das Mittagessen steht auf dem Tisch, ohne dass Frau Schmid es angerührt hat. Das Sprechen bereitet ihr Mühe. Angela Walter fokussiert in ihrer Befragung gezielt auf die wichtigsten Informationen.

Symptomfokussierte Anamnese

Angela Walter erhebt die symptomfokussierte Anamnese und stellt folgende Fragen:

- «Seit wann haben Sie diese Luftnot?» Frau Schmid gibt an, seit dem Mittagessen vermehrt unter Kurzatmigkeit zu leiden.
- «Wenn Sie das Ausmass der Luftnot auf einer Skala von 0–10 (0 keine, 10 maximal vorstellbare Atemnot) angeben müssten, wie schwer würden Sie ihre Luftnot einstufen?» Frau Schmid gibt einen Wert von aktuell 4 bis 5 an.
- «Ist die Luftnot im Laufe des Tages schlimmer geworden?» Die Seniorin gibt an, dass die Intensität der Atemnot am Mittag zugenommen hat.
- «Was haben Sie bisher gemacht, um besser Luft zu bekommen?» Ruhe und Oberkörperhochlagerung mit zwei Kissen brachten Frau Schmid Erleichterung bei der Atmung.

Auf Nachfrage zu weiteren Beschwerden erfährt Frau Walter, dass die Seniorin mehr als üblich verschleimt ist und Mühe hat, das Sekret abzuhusten. Als Ursache für die Verschlechterung gibt Frau Schmid an, dass sich wahrscheinlich während des Spaziergangs mit der Tochter vor vier Tagen erkältet habe.

Die Angaben von Frau Schmid liefern Angela Walter erste wichtige Informationen, die nun durch die Befunde der körperlichen Untersuchung ergänzt werden. Die Pflegefachfrau wendet die im Studium erlernten Untersuchungstechniken an und dokumentiert die Daten folgendermassen:

- **Körperliche Untersuchung** (vgl. Füessl & Middeke, 2010): Die Untersuchung wird im Sitzen durchgeführt.
- **Vitalzeichenkontrolle:** Blutdruck 135/88 mmHg (linker Arm); Puls: 84/min. regelmässig, peripher gemessen; Atemfrequenz: 18/min., regelmässig; Temperatur: 38,2 °C. (gemessen im Ohr); SaO₂ (arterielle Sauerstoffsättigung): 91 % bei Raumluft; Frau Schmid weist keine Zyanose auf.
- **Untersuchung der Lunge**
- **Inspektion:** Leichter Fassthorax, aufrechte Haltung, Sichtbarwerden der Atemhilfsmuskulatur bei der Inspiration.
- **Palpation:** keine Schmerzen, beidseits symmetrische Atembewegungen.
- **Auskultation:** Trockene Nebengeräusche (Giemen) über der gesamten Lunge; zusätzlich leise feinblasige Rasselgeräusche basal in der rechten Lunge.
- **Perkussion:** Rechts basal leichte Klopf-schalldämpfung.



Serie zur Theorie-Praxis-Verankerung Clinical Assessment

Teil 1: Mehr Handlungskompetenz in der Praxis

Teil 2: Praxisbeispiel Bewohnerin mit Atemnot im Pflegeheim

- Teil 3: Praxisbeispiel Angehörige mit depressiven Symptomen in der Spitex
- Teil 4: Praxisbeispiel Patientin mit Tumorerkrankung in der Spitex
- Teil 5: Praxisbeispiel Patient mit Bauchschmerzen im Spital
- Teil 6: Praxisbeispiel Bewohner mit eingeschränkter Mobilität im Pflegeheim
- Teil 7: Abschluss der Serie, kritische Reflektion und Ausblick

Dringliche Massnahmen

Angela Walter interpretiert alle erhobenen Daten und schätzt die Dringlichkeit weiterer Massnahmen ein. Sie entschliesst sich entsprechend der Dokumentation bei akuter Atemverschlechterung eine Inhalation mit 5 Tropfen Sultanol (verdünnt mit 10 ml NaCl 0,9%) durchzuführen. Sie bietet Frau Schmid die Inhalation an, die die Bewohnerin gerne annimmt. Die Inhalation erleichtert die Atemnot von Frau Schmid, der Einsatz der Atemhilfsmuskulatur ist kaum mehr sichtbar und das Sekret lässt sich besser abhusten.

Da Frau Walter bewusst ist, dass jede akute Verschlechterung der Atmung bedrohlich werden kann, entschliesst sie sich, den Arzt von Frau Schmid umgehend telefonisch zu informieren und ihm den akuten Zustand von Frau Schmid zu schildern. Sie informiert auch ihre Kollegin Regula Rüti und bittet sie währenddessen bei der Bewohnerin zu bleiben.

Im Telefongespräch mit dem zuständigen Arzt Dr. Widmer fasst Angela Walter die Situation dann wie folgt zusammen:

«Frau Schmid leidet seit dem Mittag unter Dyspnoe, anfänglich 3 jetzt 4–5/10 NRS, so dass sie sich auf dem Tisch abstützen musste. Sie ist zunehmend appetitlos. Die Untersuchung ergab eine leichte Er-

Autorinnen / Arbeitsgruppe

Monika Schrimpf, Dr. rer. medic.
Ärztin, Diplombiologin, Dozentin
ZHAW Winterthur srim@zhaw.ch
Elke Steudter, Pflegefachfrau;
Diplom Berufspädagogin Pflege-
wissenschaft; Studiengangsleiterin
Kalaidos Fachhochschule Gesundheit
Zürich elke.steudter@kalaidos-fh.ch

Vorgehen

Systematisch und umfassend

Beim Clinical Assessment lassen sich die Pflegefachpersonen von folgenden Perspektiven und Handlungen leiten:

- Gezielte Inspektion der Körperhaltung mit der Interpretation der atemerleichternde Stellung bei Dyspnoe.
- Beobachtung des Einsatzes der Atemhilfsmuskulatur.
- Symptomfokussierte Anamnese zur Dyspnoe.
- Gezielte Fragen nach Appetit und Befinden der Bewohnerin als typische Begleitsymptome eines beginnenden Infektes.
- Vitalzeichenkontrolle inkl. Sauerstoffsättigung.
- Symptomgeleitete körperliche Untersuchung mit dem Fokus auf Auskultation und Perkussion der Lunge.
- Korrekte Einschätzung der Dringlichkeit der Situation.
- Sofortige Einleitung weiterer Massnahmen zur Sekret-Lösung.
- Fachspezifische Kommunikation mit dem zuständigen Arzt.

höhung von Temperatur und Atemfrequenz. Die anderen Vitalzeichen sind im Normbereich. Bei der Auskultation waren feuchte Rasselgeräusche rechts basal und in der Perkussion im gleichen Lungenbezirk eine leichte Klopfeschalldämpfung zu hören. Die Bewohnerin inhaliert aktuell mit Sultanol. Die Atemnot wurde damit etwas gelindert (3/10 NRS) und sie konnte besser abhusten. Die Sauerstoffsättigung ist unter der Inhalation von 91 auf 93% gestiegen.»

Aufgrund der präzisen Schilderung von

Angela Walter entschliesst sich Dr. Widmer die Bewohnerin noch am gleichen Abend aufzusuchen. Bei der gemeinsamen Visite hört Dr. Widmer die Lunge der Bewohnerin nochmals ab und bestätigt die Angaben von Angela Walter. Bei der Kontrolle der Vitalzeichen zeigt sich eine leichte Zunahme des Pulses auf 92/min, die Temperatur hat sich auf 38,6 °C erhöht.

Als wahrscheinliche Ursache der verschlechterten Atmung bzw. der Atemnot nimmt er einen Infekt bzw. eine beginnende Pneumonie an und verschreibt noch am Abend ein orales Antibiotikum. Gemeinsam besprechen der Arzt und die Pflegefachfrau BScN das weitere Prozedere.

Angela Walter nimmt daraufhin Blut für die verordnete Laboranalyse ab und vom morgendlich abgehusteten Sputum des kommenden Tages soll eine Probe mikrobiologisch untersucht werden. Ebenfalls für den folgenden Morgen wird eine Röntgen-Thorax-Untersuchung in der nahegelegenen radiologischen Praxis vereinbart.

Nach drei Tagen kann Angela Walter beim Rapport berichten: «Der Gesundheitszustand von Frau Schmid hat sich stabilisiert; die Temperatur ist wieder normal (37,3° C). Der Schleim löst sich gut und der Appetit kommt langsam wieder. Die Atemnot schätzt Frau Schmid bei 2/10 NRS ein. Die Bewohnerin ist wieder zunehmend mobil und übernimmt die meisten Aktivitäten des täglichen Lebens wieder selbst. Die pflegerischen Interventionen in der Pflegeplanung werden evaluiert und angepasst.»

Pflegediagnose und -planung

Als vorläufige Pflegediagnose wird «Unwirksame Atemwegsclearance» (Doenges et al., 2013) festgestellt. Nach dem Clinical Assessment, der ärztlichen Untersu-

chung und dem Gespräch mit dem Hausarzt der Bewohnerin liegt der Fokus der Pflege zunächst auf der Stabilisierung des Gesundheitszustands und der Erleichterung der Atmung. Für eine umfassende Einschätzung der Situation werden zusätzliche diagnostische Abklärungen in die Wege geleitet. Darüber hinaus erhält die Bewohnerin Unterstützung in der Durchführung der Inhalationstherapie und in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Situation wird täglich auf Veränderungen hin evaluiert, um die Massnahmen entsprechend anzupassen, bzw. diese solange wie nötig durchzuführen.

Ebene der Reflexion

Im Beispiel wurde das systematische, umfassende Vorgehen im Clinical Assessment in Bezug auf das Organsystem Lunge beschrieben. Die gezielte symptomfokussierte Anamnese bezieht sich auf das Leitsymptom Atemnot (Dyspnoe). Die symptomgeleitete körperliche Untersuchung konzentriert sich im vorliegenden Fallbeispiel auf die Untersuchung der Lunge.

Dyspnoe und Leistungsminderung sind Leitsymptome sowohl von chronischen Atemwegserkrankungen als auch von chronischen Herzerkrankungen wie z.B. Herzinsuffizienz. Im Zusammenhang mit der bereits bekannten Vorerkrankung COPD, dem akuten Husten und der Appetitlosigkeit ist die Wahrscheinlichkeit eines akuten Atemwegsinfektes jedoch sehr hoch. Weitere Befunde die für den akuten Atemwegsinfekt sprechen sind das leichte Fieber und die feuchten Rasselgeräusche über den Lungenfeldern. Diese Geräusche werden typischerweise durch schleimige Sekrete verursacht. Sekrete in den Lungenbläschen, wie sie typisch für eine beginnende Pneumonie sind, verursachen eher leise feinblasige Rasselgeräusche während Sekrete in den zuführenden Atemwegen eher zu grobblasigen lautereren Atemgeräuschen führen und eher in Zusammenhang mit einer akuten Bronchitis stehen. Die Klopfeschalldämpfung weist ebenfalls auf eine Einlagerung von Sekret hin und verstärkt den Verdacht einer beginnenden Pneumonie.

Schreitet die Erkrankung weiter fort, wären zusätzlich zum schnellen Fieberanstieg eine Beschleunigung der Herzfrequenz (Tachykardie), eine Beschleunigung der Atemfrequenz (Tachypnoe) und

«Durch das schnelle zielgerichtete Handeln der Pflegefachfrau BScN wird nicht nur ein stationärer Aufenthalt der Bewohnerin, sondern vor allem eine möglicherweise lebensbedrohliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes verhindert.»



Die Messung des Puls gehört zur Vitalzeichenkontrolle.

eine respiratorische Insuffizienz (Abnahme der Sauerstoffsättigung und in schweren Fällen auch Anstieg des Kohlendioxidgehaltes im Blut) zu erwarten. Akute Atemwegsinfektionen sind bei COPD aufgrund der eingeschränkten Selbstreinigungsfähigkeit der Lunge und des zurückbleibenden Schleims als Nährboden für Bakterien sehr häufig. Durch eine akute Infektion (AECOPD = Akute exazerbierte chronisch obstruktive Bronchitis) ist die Patientin vital gefährdet.

Folgerungen für Praxis

Aufgrund ihrer klinischen Erfahrung in Verbindung mit systematischer Datenerhebung und deren Bewertung erkennt die Pflegefachkraft BScN die Dringlichkeit der Situation. Durch ihr schnelles zielgerichtetes Handeln wird nicht nur ein stationärer Aufenthalt der Bewohnerin, sondern vor allem eine möglicherweise lebensbedrohliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes verhindert. Die im Rahmen des Clinical Assessment erworbenen Fertigkeiten (Skills) wie die Durchführung einer spezifischen symptomfokussierten Anamnese kombiniert mit den Befunden der körperlichen Untersuchung führen zu relevanten Ergebnissen. So

«Pflegefachpersonen müssen einschätzen, ob es sich um einen Notfall handelt und ob und wann sie ärztliche Unterstützung hinzuziehen müssen.»

sind zusätzlich zum subjektiven Eindruck einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bewohnerin – wie er durch die Kollegin geäußert wurde – objektive Befunde durch die Symptom geleitete körperliche Untersuchung hinzugekommen, die eine Einschätzung der Situation wesentlich erleichtern.

In Heimen tragen Pflegefachkräfte ein hohes Mass an Eigenverantwortung und müssen über die Notwendigkeit weiterer pflegerischer Interventionen häufig selbstständig entscheiden. Hinzu kommt, dass ein Arzt meist nicht vor Ort ist. Pflegefachpersonen müssen einschätzen, ob es sich um einen Notfall handelt und ob und wann sie ärztliche Unterstützung hinzuziehen müssen. Die im Clinical Assessment erlernten Fertigkeiten helfen ihnen diese Entscheidung systematisch

herzuleiten und zu begründen. Die Fähigkeit, die medizinische Situation präzise einzuschätzen und in medizinischer Fachsprache zu kommunizieren erleichtert die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen zum Wohle der Patienten. ■

Literatur

Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F. & Murr, A.C. (2013). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen*. 4. Auflage, Bern: Huber Verlag.

Füessl, H.S. & Middeke, M. (2010). *Anamnese und Klinische Untersuchung*. 4. Auflage, Stuttgart: Thieme Verlag.

Dringlichkeit der Atemnot der Heimbewohnerin er- kannt

