

F · · R · U · M

Leitlinien „Pflegetherapeutische Aromakultur“



SONDER-
AUSGABE

Aromapflege und Forschung:
Mögliche Wege der Evidenz(en)

Leitlinien für die Implementierung
pflegetherapeutischer Aromakultur

Umgang mit ätherischen Ölen
und Mischungen

Aromapflege / Aromatherapie –
Rechtssicherheit am Krankenbett



F·O·R·U·M ESSENZIA

VEREIN
FÜR FÖRDERUNG, SCHUTZ UND
VERBREITUNG DER AROMATHERAPIE,
AROMAPFLEGE, AROMAKULTUR
e.V.

F·O·R·U·M

**Aromatherapie · Aromapflege ·
Aromakultur** ist offizielles Mitteilungs-
organ des Vereins FORUM ESSENZIA
e.V., gemeinnütziger Verein für Förderung,
Schutz und Verbreitung der Aroma-
therapie, Aromapflege und Aromakultur.

Auflage: 3000 Stück

Preis: 15,- Euro

ISSN: 1863-656X

FORUM ESSENZIA e.V.

Nesso 8

87487 Wiggensbach

Telefon +49 83 70/4 23 99 91

E-Mail: post@forum-essenzia.org

Bankverbindung:

Raiffeisenbank Kempten - Oberallgäu eG

IBAN: DE 71 7336 9920 0000 6066 42

BIC: GENODEF1SFO

Redaktion

Ingeborg Stadelmann, Wiggensbach
Dr. Christina Hardt, Stuttgart
Johanna Bauer, Raubling
E-Mail: redaktion@forum-essenzia.org

Gestaltung und Satz

Druckerei X. Diet, Altusried
www.druckerei-xdiet.de

Druck

Uhl-Media GmbH, Bad Grönenbach
Diese Ausgabe wurde mit mineralölfreien
Druckfarben auf chlorfrei gebleichtem Papier
aus nachhaltiger Forstwirtschaft gedruckt.

Bildnachweis

Monkey Business - stock.adobe.com:
Titelbild

© FORUM ESSENZIA e.V.

Nachdruck und Vervielfältigung - auch
auszugsweise - nur mit schriftlicher Geneh-
migung des Vereins FORUM ESSENZIA
e.V. Bei Einsendungen an die Redaktion
wird das Einverständnis zur vollen oder
auszugsweisen Veröffentlichung vorausge-
setzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht be-
sonders zum Ausdruck gebracht werden.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte
und Fotos wird keinerlei Gewähr übernom-
men. Gezeichnete Artikel stellen nicht un-
bedingt die Meinung der Redaktion dar.
Die Redaktion behält sich Kürzungen ein-
gesandter Manuskripte und Leserbriefe vor.
Gerichtsstand ist Kempten.

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Arbeitsgruppe „Pflege“ – Annette Kolbe, Prof. Br. Peter Schiffer, Cecilia Kalbfleisch, Marita Knie, Susanne Kling und Gerlinde Gapp – hat im Auftrag des Vereins FORUM ESSENZIA e.V. die hier vorliegenden Leitlinien für eine *pflegetherapeutische Aromakultur* erarbeitet.

Die Leitlinien richten sich an aromapflegerisch kompetente Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die in ihrer Einrichtung die Aromapflege implementieren wollen.

Die Arbeitsgruppe der Fachpersonen wählte ganz bewusst den neuen Begriff der *pflegetherapeutischen Aromakultur*, um auf eine zielgerichtete neue Pflegekultur aufmerksam zu machen, nämlich den Einsatz von naturreinen ätherischen und fetten Pflanzenölen sowie Pflanzenwässern als Aromakultur in Gesundheitseinrichtungen. Diese neue Pflegekultur steht für Zuwendung und Versorgung im ganzheit-

lichen Sinne zum Wohle der anvertrauten Menschen, die stets im Mittelpunkt des Handelns stehen sollen bei deren Pflege, aber auch bei der Therapie. Die *pflegetherapeutischen Aromakultur* ist vielseitig: seien es wohlriechende Raumdüfte, hautpflegende und unterstützende Körperölmischungen oder verordnete therapeutische Aromarezepturen.

Die Aromapflege kann also sowohl pflegerischer, wie auch therapeutischer Natur sein, also vom Arzt verordnete Aromatherapie: *pflegetherapeutische Aromakultur!*

Der Leitfaden soll eine Orientierung und Hilfestellung sein, um die fachgerechte Anwendung von ätherischen und fetten Pflanzenölen sowie Pflanzenwässern mit individuellen oder fertigen Aromamischungen zu etablieren.

Wir von FORUM ESSENZIA e.V. wünschen allen Pflegefachkräften gutes Gelingen,

viel Erfolg bei den anstehenden Entscheidungsgesprächen und in der täglichen praktischen Umsetzung. Die Patienten und Bewohner werden Ihnen Ihren Einsatz danken!

Unser Dank geht an die AG Pflege, die in den Jahren 2019 und 2020 wesentlich zu dieser Sonderausgabe beigetragen hat.

Ihre F·O·R·U·M-Redaktion
im September 2020



Ingeborg Stadelmann



Dr. Christina Hardt



Inhalt

Aromapflege und Forschung: Mögliche Wege zu Evidenz(en)	2
<i>Vortrag von Peter Schiffer · Zusammengefasst von Christina Hardt</i>	
Positionspapier zur Aromapflege in klinischen, stationären Einrichtungen, AG Pflege	4
Leitlinien für die Implementierung von pflegetherapeutischer Aromakultur in einer Einrichtung	6
Umgang mit ätherischen Ölen und Mischungen	8
Aromatherapie/-pflege – Rechtssicherheit am Krankenbett	9
<i>Vorträge von Thomas Forster, Marc Sieper und Stephanie Reinhart · Zusammengefasst von Marina Burwitz</i>	
Gegenüberstellung Arzneibuchöle – Handelsübliche ätherische Öle	12

Aromapflege und Forschung: Mögliche Wege zu Evidenz(en)¹

Evidenzen – der Begriff ist im Gesundheitswesen in aller Munde und gewinnt zunehmend auch an Bedeutung in der Pflege (Evidence-based Nursing). Der Weg zu evidenzbasiertem Wissen führt über Forschungsarbeiten, die oftmals Fragen aus der Pflegepraxis aufgreifen, diese wissenschaftlich aufbereiten und die gewonnenen Erkenntnisse in die Pflegepraxis einbringen.

Laut Behrens und Langer (2016, S. 29) wird evidenzbasiertes Arbeiten in der Pflege (Praxis, Profession und Disziplin) folgendermaßen definiert: „Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrung Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden.“ Dies schließt auch informell Handelnde mit ein.

Bei der Evidenzbasierung wird zwischen externen und internen Evidenzen unterschieden. Externe Evidenzen sind Quellen über erwiesene Wirksamkeiten, z.B. Evidence-based Nursing, klinisch-epidemiologische Studien, qualitative und quantitative Verlaufsstudien. Interne Evidenzen beinhalten das persönliche Erfahrungsspektrum des Pflegenden mit den Pflegeinterventionen und im Umgang mit den Pflegebedürftigen. In einem Arbeitsbündnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden wird zunächst eine Entscheidung über Diagnoseverfahren und dann über die Pflegemaßnahmen getroffen. Diese Entscheidung wird auch durch externe Faktoren beeinflusst, z.B. durch Vorschriften/Regeln und ökonomische Anreize. Manche Krankenhäuser haben z.B. Aromapflege als ökonomisches Element entdeckt und treiben deren Einsatz systematisch voran.

Ein Beispiel für die Gewinnung externer Evidenzen anhand von systematischen Literaturrecherchen ist die Arbeit von

Therese-Charlotte Daumiller (2019). Auf der Basis der Ergebnisse dieser systematischen Literaturstudie können weiterführende Studien entwickelt werden, die die Kontextfaktoren dieser Studie (Einreibung, Raumbedeutung) genauer analysieren.

Beziehung zwischen Praxis, Forschung und Theorie

Die professionelle und informelle Pflegepraxis erklärt und begründet ihr Handeln nach Möglichkeit theoriebezogen, d.h. es existiert ein theoretisches Konzept (Begründung) für das Handeln. Die Forschung wiederum wählt und nutzt geeignete Methoden, Methodologien, in Bezug auf die Forschungsfrage (Erkenntnisinteresse) und das Forschungsdesign. Basierend auf der Datenerhebung und -auswertung kann eine erste Theorie entwickelt werden. Eine aus Forschungsergebnissen abgeleitete Theorie steht dabei unter Begründungsdruck, sie muss verlässlich und anschlussfähig für die AnwenderInnen sein. Sie sollte abgrenzbare, valide, möglichst in sich widerspruchsfreie Aussagensysteme, die sowohl der Forschung (z.B. Methoden) als auch der Praxis dienen (z.B. wissenschaftliche Nachweise, Erfahrungsbeschreibungen), beinhalten. Mehr dazu in dem Beitrag von Peter Schiffer im F·O·R·U·M 51/2018 auf S. 28.

Die Forschung umfasst die Versorgungs- und Grundlagenforschung sowie die klinische Forschung. Ein wichtiger Aspekt in der Forschung ist die Finanzierbarkeit. Bei der Versorgungsforschung ist der Blick auf die Anwender und Empfänger der Interventionen gerichtet, sie konzentriert sich auf die Frage, was wirkt bzw. was wirkt nicht. Die Grundlagenforschung wiederum ist in der Pflegeforschung in Deutschland noch kaum vorhanden. Die Pflegepraxis steht unter Handlungsdruck, Begründungsdruck und Entscheidungsdruck. Sie braucht für Aromatherapie/-pflege/-kultur Erklärungstheorien und für Aromapflegequalität (als empirische Größe) eine anschlussfähige und verlässliche Theorie (die selbst unter Begründungsdruck steht). Es lässt sich ein Bedarf (Mangel) an gehobener empirischen Wissen und gehaltvoller Instrumente konstatieren.

Glossar

Anschlussfähigkeit: Bedeutet hier: kommunikatives Verstehen/Missverstehen in dem Sinne, dass in der sozialen Begegnung der Andere aus dem Angeboten selektiert. Die selbst gewählten Selektionen beziehen sich aufeinander.

ethische Prävention (Vorsorgen): Einschätzbare Folgen, unvorhersehbare Folgen und deren Inblicknahme. Risiko-Nutzen-Verhältnis (Abwägen): Gefahren für ProbandInnen, Gewinn für Gesellschaft, Relevanz, Ausmaß. Datenschutz (Schützen): Sind personen- und organisational bezogene Daten geschützt? Wie? Wo? Zugang? Speicherung? Löschung? Zuständige Person? Informed consent (IC) Informationsschreiben (einschließlich alternativer Formen wie z.B. „konkludente Zustimmung“): Auklärungsgehalt der Information für ProbandInnen, BetreuerInnen und GatekeeperInnen, Verständlichkeit etc.? Abbruch ohne negativen Folgen möglich? Ongoing consent (OC): Gewährleistung des OC? Schriftlich?

Methodologie: Bedeutet hier im Forschungskontext eine Rahmgebung, sodass unterschiedliche Erhebungs- und Auswertungsmethoden kombiniert werden können (Triangulation). Beispiele: Forschungsprogramm Subjektive Theorien (FST) oder Grounded Theory Methodology (GTM).

Theorie: Eine Theorie ist ein abgrenzbares, valides möglichst in sich widerspruchsfreies Aussagensystem, das sowohl der Forschung (z.B. Methoden) als auch der Praxis dient (z.B. wissenschaftliche Nachweisung und Erfahrungsbeschreibung).

Triangulation: Eine Forschungsstrategie in der empirischen Sozialforschung, bei der verschiedene Methoden oder Sichtweisen auf das gleiche Phänomen angewendet werden oder verschiedenartige Daten zur Erforschung eines Phänomens herangezogen werden.

Vulnerabilitätsassessment: Dies beinhaltet eine ethische Prognose (Antizipieren), mit Vulnerabilitätsprüfung/-Profil (ethisches Assessment ProbandInnen). In welchem Zustand/Kontext/Situation sind die ProbandInnen? Benevolenz, Non-Malevolenz, Freiheit von Schaden, Ausbeutung, Unversehrtheit, Selbstbestimmung, Prüfung im Falle der Einwilligungsunfähigkeit evtl. Proxy-Interview (StellvertreterInnen-Interview) so-

¹⁾ Der Vortrag wurde beim Kongress „Integrative komplementäre Anwendungen im pflegerischen Kontext - Theorie & Praxis“ gehalten. Der Kongress fand am 24. und 25. März 2019 in Würzburg statt.

wie ethische Prognose (Antizipieren), mit Vulnerabilitätsprüfung/-Profil (ethisches Assessment ForscherIn und andere Beteiligte): In welchem Zustand/Kontext/Situation sind die ForscherInnen und andere Beteiligte? Rollenakkumulation?

Planen einer Studie

Der Beitrag von Frau Daumiller (2019) beschreibt anschaulich das praktische Vorgehen beim Durchführen einer Studie basierend auf einer systematischen Literaturrecherche. Nachfolgend werden kurz die theoretischen Grundlagen und Überlegungen zur Durchführung einer Studie in der Pflege- und Sozialforschung aufgeführt. Hier können drei Strukturen unterschieden werden: Begründungszusammenhang (Anlass einer Untersuchung), Entdeckungszusammenhang (methodologisches Vorgehen) und Verwertungszusammenhang (Auswirkungen der Studie).

Ausgangspunkt jeder Studie ist der **Begründungszusammenhang**, der definiert werden sollte. Er umfasst die:

- forschungstheoretische Vorarbeit: Thema, Problem, Anlass: Welches fachliche oder gesellschaftliche Problem oder Phänomen soll angegangen werden?
- Literaturrecherche und theoretische Grundlegung: Erfassen der Studienlage: Welche aktuellen Studien und Daten gibt es zu diesem Thema?
- Forschungsfragen und Hypothesenbildung: Eingrenzung des Themas, die zu beantwortenden Fragen formulieren, Hypothesenformulierung, Ergebniserwartungen benennen

Entdeckungszusammenhang

- Erstellen des Forschungsdesigns, Klärung der Hauptstrategie (z. B. Prä-Post-Design, Ausgangssituation - Intervention - Analyse der Intervention: Grounded

Theory Methodology GTM, ...)

- Erhebungsmethoden: die Daten, die verwendet werden, z. B. statistische oder Interviewdaten oder beide Datenpools zusammen (in sogenannter Triangulation)
- Auswertungsmethoden: qualitativ, quantitativ oder mixed method, d. h. die Methoden werden gemischt (in sogenannter Triangulation)
- Dies sollte u. a. Gegenstandsangemessenheit erfüllen, d. h. mit den Vorgehensweisen können die Forschungsfragen bzw. das Erkenntnisinteresse beantwortet werden.
- Forschungsethik: Bei Studien mit Personen müssen ethische Aspekte wie das Wohl und die Verletzlichkeit der ProbandInnen berücksichtigt werden (ethisches Gutachten mit u. a. Vulnerabilitätsassessment, Vulnerabilitätsprävention).
- Forschungskontext: beteiligte Organisationen, Sozialraum, beteiligte Personen
- Forschungsprojektmanagement: Zeitplanung, Meilensteine, Kostenplan, Ressourceneinsatz

Verwertungszusammenhang

- Effekte und Effizienz: mögliche Wirkungen, Auswirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der Studie (Intervention)
- Outcome/Output: Welche Daten/Auswertungen könnten als Ergebnis gewertet werden?
- Schlussfolgerungen/Empfehlungen: Wer ist die AdressatInnengruppe für meine Empfehlungen und Schlussfolgerungen?
- Theorie-Praxis-Transfer: Transfer des neu gewonnenen Wissens in die Praxis durch Publikationen und Vorträge. Neues Wissen kann Einfluss nehmen auf die Organisations- (OE) und Personalentwicklung (PE).
- Berichterstattung an die Forschungsförderer/Auftraggeber

Der Weg zu evidenzbasiertem Wissen, auch in der Aromatherapie und -pflege, führt über Forschungsarbeiten, die unterschiedlich angelegt sein können:

- Forschung in Qualifikationsarbeiten: Bachelor, Master, Promotion, Habilitation
- Förderforschung: Forschung an Fachhochschulen (SILQUA-FH u. a.), Universitäten, Forschungsinstituten
- Auftragsforschung: z. B. Industrie, Stiftungen u. a.

Die möglichen Wege zu Evidenz(en) bedürfen einer sorgfältigen Planung, Durchführung und Evaluation, damit Nutzen für alle Beteiligten daraus gezogen werden kann.

Der Referent

**Br. Prof. Dr. rer. cur.
Peter Schiffer OSCam**

Krankenpfleger, Dipl.-Pfleger, Pflegewissenschaftler, Ordensbruder in der römisch-katholischen Ordensgemeinschaft der Kamillianer (Ministri Infirmis/Ordo Sancti Camilli). Seit 2015 Professur Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg (EHL). Mitglied der Ethikkommission der DGP Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft.

Kontakt: p.schiffer@eh-ludwigsburg.de

Literatur

Behrens J, Langer G. *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. Bern: Verlag Hans 2016.

Daumiller TC. *Aromapflege auf der Intensivstation. Eine systematische, kritisch reflektierte Literaturrecherche*. F·O·R·U·M 2019; 53: 21-23.

Schiffer P. *Aromapflege aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive*. F·O·R·U·M 2018; 51: 27-31.

Positionspapier zur ~~Aromapflege~~ in klinischen, stationären Einrichtungen

Dieses Papier ist ein „Work in Progress“, wir freuen uns über konstruktive, kritische und zustimmende Rückmeldungen.

Das Gesundheitsbewusstsein ist stark im Wandel, die Nachfrage nach natürlichen Stoffen zur Linderung von Krankheitssymptomen, zur Prophylaxe und auch als integrative Ergänzung zur klassischen Schulmedizin bei diversen Krankheiten steigt kontinuierlich. Laut Umfragen¹ wünschen sich über 70% der deutschen Bevölkerung naturheilkundliche Behandlungen.

Die Patienten legen ihr Vertrauen in unsere Hände. Wir haben daher die wichtige Aufgabe, die Aromatherapie und Aromapflege professionell im Berufsalltag der Pflegefachpersonen² und in den Pflegeeinrichtungen nach der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrung (Evidenz) umzusetzen.

Aromapflege und -therapie streben eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten an. Ätherische Öle bzw. anwendungsfertige Aromapflegeprodukte helfen, seelische (psychische) und körperliche (somatische) Beschwerden integrativ zur Schulmedizin zu lindern.

Aromapflege und -therapie spielen eine wichtige Rolle - von der Geburtshilfe bis zur Palliative Care, auf der Intensivstation, in der Chirurgie, der Nephrologie, der Orthopädie, der Geriatrie und weiteren Fachdisziplinen. Die Anwendungsarten sind vielfältig: ob als wohltuende Hautpflege, zur Pneumonieprophylaxe oder zur gezielten Behandlung von Wundheilungsstörungen, aber auch als unterstützende Maßnahme bei Übelkeit während der Chemothera-

1) Allensbach Institut 2014 und <http://www.carstens-stiftung.de/artikel/neue-umfrage-naturheilmittel-in-deutschland.html>

2) Die neue deutsche Berufsbezeichnung lautet „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ § 1 Pflegeberufsgesetz (PflBG)

3) Leib-Seele-Einheit ist hier verstanden im Sinne der Ganzheit einer Person. Der Mensch wird als Einheit betrachtet; es findet keine Unterscheidung in „körperlich“ oder „seelisch“ statt.

4) Die Auflistung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

pie. Und nicht zu vergessen: ihre Bedeutung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei Demenzerkrankungen.

Die Aromapflege bietet wohltuende Unterstützung der Patienten mit Düften in ihrem oft schmerzhaften Alltag. Sie begleitet Patienten und Angehörige auf dem letzten Weg des Abschiednehmens, sie nimmt die Menschen an die Hand, sie fühlen sich verstanden und angenommen, denn sie erfahren angenehme Raumatmosphäre oder liebevolle Zuwendung in Form von Auflagen und Einreibungen. Die verordnete Aromatherapie ist heute oft eine der letzten hilfreichen Maßnahmen bei resistenten Keimen und stellt oftmals die Brücke zur notwendigen schulmedizinischen Medikation wieder her. Wohltuende Gerüche erfreuen die kleinen und großen Patienten, erhellen so manchen klinischen Alltag mit einem Lächeln und entspanntem Ausatmen und bieten auch dem Fachpersonal eine wunderbare Abwechslung.

Ätherische Öle, fette Pflanzenöle und andere Trägersubstanzen sowie Hydrolate enthalten nachweisbare Wirkstoffe; deren chemische Bausteine sind wissenschaftlich bekannt und ihnen kann eine Wirkung zugeordnet werden. Daher bedarf es neben einem achtsamen Umgang mit naturreinen ätherischen Ölen und fetten Pflanzenölen auch der Einhaltung berufsrechtlicher Grenzen innerhalb der Vorschriften der jeweiligen Einrichtung. Denn bei jeder Wirkung ist auch eine unerwünschte Wirkung möglich und es können haftungsrechtliche Fragen für die Einrichtung und die AnwenderIn auftreten.

Für die Sicherheit der uns anvertrauten Menschen und zum eigenen Schutz in Haftungsfragen empfehlen wir, folgende fünf Punkte zu beachten:

1. Nur entsprechend **ausgebildetes und geschultes Personal** im Rahmen der einrichtungsbezogenen Standards kann entscheiden, was bei welchem Patienten oder Bewohner anzuwenden ist.
 - a. Die Ausbildungsrichtlinien von FORUM ESSENZIA e.V. zeigen auf, welches Wissensspektrum zur Implementierung der Aromapflege erforderlich ist.

- b. Es muss eine entsprechend qualifizierte und zur Aromapflege ausgebildete Person als AnsprechpartnerIn zur Verfügung stehen.
- c. Unter korrekter Anleitung einer fachkundigen Person kann Aromapflege auch von Anderen in Delegation unter Beachtung des Einrichtungsstandards durchgeführt werden, hierfür müssen
 - einrichtungsspezifische Pflegestandards für die MitarbeiterInnen bestehen.
 - spezifizierte Inhouse-Mitarbeiter-schulungen, angepasst an die Entwicklungsprozesse und Vorgaben der Einrichtung, regelmäßig, idealerweise alle 1-2 Jahre, stattfinden.

2. Die Fachperson (ausgebildete Aromaperson) entscheidet interprofessionell unter Zustimmung der Einrichtungsleitung mit der Pflegedienstleitung, ggf. dem zuständigen Arzt/der Ärztin und TherapeutIn (**PsychotherapeutIn**), der Verwaltung (Einkauf) und ggf. der beliefenden Apotheke

- a. über Indikation, Kontraindikation und ggf. Alternativen.
- b. über den Anwendungszweck, d.h. wird das Produkt zur Raumbefüllung, als Aromapflegeprodukte oder Rezeptur Arzneimittel benötigt?
- c. über die Qualitätskriterien, d.h. wird ein Pflegeprodukt eingekauft oder ein Rezeptur Arzneimittel in der Apotheke bestellt/hergestellt?
- d. über Lagerung, Haltbarkeitskontrollen, hygienischen Umgang auf der Station und am Krankenbett, z.B. kein Berühren des Flaschenhalses, beim ersten Öffnen ~~ggf.~~ das Datum notieren, für Patientenpackungen (Bündelpackungen) sorgen u.v.m.
- e. ob hauseigene Rezepturen oder Fertigprodukte verwendet werden, auch im Hinblick auf das Produkthaftungsrecht, die Aspekte der Finanzierung.
- f. wer ggf. Inhaber von hauseigenen Rezepturen ist (Haftung).

3. Alle **AnwenderInnen im Haus** müssen über das **legitimierte Standardsys-**

tem inklusive des korrespondierenden Hygienestandards sowie die Vorschriften zur Arbeitssicherheit informiert werden. Folgendes Wissen über Aromapflegeprodukte ist unabdingbar:

- a. Wirkungsweise auf die Leib-Seele-Einheit³
 - b. Anwendung und Dosierung
 - c. Reine ätherische Öle sind hoch wirksame biochemische Konzentrate.
 - d. Ätherische Öle, fette Pflanzenöle und Hydrolate sollen idealerweise so naturbelassen wie möglich sein, um die volle Wirksamkeit im Sinne des synergistischen Potenzials der Inhaltsstoffe entfalten zu können.
 - e. Ätherische Öle, fette Pflanzenöle und Hydrolate sind nur begrenzt haltbar.
 - f. Verdünnungen von ätherischen Ölen sind der puren Anwendung vorzuziehen, um eine angebrachte Dosierung zu erreichen, Unverträglichkeiten entgegenzuwirken und Ressourcen zu schonen.
 - g. Um Unverträglichkeiten unbekannter Art zu minimieren, ist zu beachten, dass
 - bei Aromapflegefertigprodukten kein Verträglichkeitstest erforderlich ist, da mögliche Allergene in der Zutatenliste erkennbar sind.
 - das Produkt durch den Hersteller sicherheitsbewertet ist.
 - bei hauseigenen Rezepturen, die direkt am Patienten/Bewohnerbett angewendet werden, die Überprüfung von Akzeptanz und Hautverträglichkeit vor Beginn der Anwendung erforderlich ist und dokumentiert werden muss.
 - es sich bei Langzeitpflege bewährt hat, auf eine Abwechslung in der Duftvariante zu achten, um Patient und Personal in Hinblick auf Speicherung der Kombination von Duft und Krankheit zu entlasten.
4. Der Patient und/oder die Angehörigen werden, sofern möglich, immer mit in die Behandlung einbezogen. Zu beachten ist, dass



- a. ~~bei vorliegendem Allergiepass oder bekannten Unverträglichkeiten keine Aromapflege angewendet wird.~~
- b. Aromapflege nur mit Einverständnis und wenn der Duft akzeptiert wird, durchgeführt wird.
- c. die Aromapflege im Pflegemaßnahmenbogen des Patienten dokumentiert wird.
- d. die aromapflegerischen Maßnahmen an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden sollen. Um jedoch der Wirtschaftlichkeit und der Zusammenarbeit mit Apotheken gerecht werden zu können,
 - soll die Gebindeeinheit an den Bedarf des Krankenhauses/Patienten angepasst sein.
 - muss die große Auswahl an ätherischen Ölen auf ein leistbares Maß skaliert werden. Einen Anhalt bieten die folgenden Empfehlungen, die zeigen sollen, dass bereits mit wenigen Ölen Aromapflege an einer Einrichtung möglich ist.

Vorschlag⁴ an Einzelölen (oder in Aromapflegeprodukten enthalten), fetten Pflanzenölen und Hydrolaten

Je nach klinischer Ausrichtung ist es sinnvoll, ätherische Öle mit folgenden Wirkungen zur Verfügung zu haben. Jeweils ein(en)

- **Angst- und Schlaföl:** Neroli (*Citrus aurantium*), Muskatellersalbei (*Salvia sclarea*), Weihrauch (*Boswellia* sp.), Ylang-Ylang (*Cananga odorata*)
- **Stimmungsaufheller:** Zitrusöle (*Citrus* sp.)
- **mukolytisches Öl:** Cajeput (*Melaleuca leucadendra* var. *Cajuputi*), Niaouli (*Melaleuca viridiflora*), Myrte (*Myrtus communis*), Ravintsara (*Cinnamomum camphora*), Thymian (*Thymus vulgaris*)
- **carminatives Öl:** Angelikawurzel (*Angelica archangelica*), Anis (*Pimpinella anisum*), Fenchel (*Foeniculum vulgare* var. *dulce*), Ingwer (*Zingiber officinale*),

Kümmel (*Carum carvi*), Koriander (*Coriandrum sativum*)

- **Hautschmeichler:** Benzoe Siam (*Styrax tonkinensis*), Palmarosa (*Cymbopogon martinii*), Rosengeranie (*Pelargonium graveolens*)
- **spasmolytisches Öl:** Lavendel (*Lavandula angustifolia*), Kamille römisch (*Chamaemelum nobile*), Majoran (*Origanum majorana*), Melisse (*Melissa officinalis*), Rose (*Rosa damascena*), Tonka (*Dipteryx odorata*)
- **Schmerzöl:** Rosmarin (*Rosmarinus officinalis* Ct. Borneon), Wintergrün (*Gaultheria procumbens*), verdünnt auch Nelke (*Syzygium aromaticum*) und Zimt (*Cinnamomum zeylanicum*)
- **entzündungshemmendes Öl:** Cajeput (*Melaleuca leucadendra* var. *Cajuputi*), Niaouli (*Melaleuca viridiflora*), Myrte (*Myrtus communis*), Eukalyptus (*Eucalyptus globulus*)
- **anregendes Öl:** Pfefferminze (*Mentha x piperita*), Rosmarin (*Rosmarinus officinalis*)
- **Wundöl:** Immortelle (*Helichrysum italicum*), Kamille blau (*Matricaria recutita*), Rose (*Rosa damascena*), Teebaum (*Melaleuca alternifolia*)

Außerdem noch

- zwei bis drei fette Pflanzenöle (Distelöl, Mandelöl, Rapsöl, Sonnenblumenöl, *Calophyllum-inophyllum*-Öl)
- ein Mazerat (Johanniskrautöl, Calendulaöl)
- zwei bis drei Hydrolate (Immortellenhydrolat, Rosenhydrolat, Weihrauchhydrolat)

Quellen:

Forum Essenzia e.V. (Hrsg.). Fachzeitschriften F·O·R·U·M Aromatherapie, Aromapflege, Aromakultur. Wiggensbach [www.forum-essenzia.org].

Forum Essenzia e.V. (Hrsg.). Leitfaden Aromatherapie, Aromapflege, Aromakultur. Broschüre 2017 [www.forum-essenzia.org].

Wichtiger Hinweis der Redaktion!

Ätherische Öle sind hochwirksame Substanzen, die - falsch angewendet oder zu hoch dosiert - zu Nebenwirkungen führen können.

Halten Sie sich bitte deshalb genau an die Anleitungen und angegebenen Dosierungen der Autorinnen und Autoren und verwenden Sie nur hochwertige Öle. Die Angaben über Dosierung und Applikation erfolgen außerhalb der Verantwortung der Redaktion und des Vereins FORUM ESSENZIA e.V. Alle empfohlenen Rezepturen und Behandlungsmaßnahmen haben sich in der naturheilkundlichen Praxis der Autoren bewährt. Jede Leserin, jeder Leser ist jedoch aufgefordert, in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob und inwieweit sie/er die ätherischen Öle einsetzt.

Leitlinien für die Implementierung von pflegetherapeutischer Aromakultur in einer Einrichtung

Einleitung

Diese Leitlinien richten sich an aromapflegerisch kompetente Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, welche in ihrer Einrichtung aromakulturell wirken wollen. Je nach Setting (Akutklinik, Altenhilfe, Hospiz/ Palliativstation, ambulante Pflege, Wohngruppen etc.) können die Rahmenbedingungen variieren (z. B. bei der Finanzierung der Aromakultur).

Die AutorInnen dieser Leitlinien verstehen Aromapflege und Aromatherapie eingebettet in Aromakultur als ergänzende, integrative und komplementäre Interventionen. Dies erweitert das Wirkungsspektrum von „Heil-Hilfehandeln“ sowohl für die Handelnden selbst als auch für die Empfangenden der Interventionen.

Der Leitfaden soll aromakundlich kompetente Pflegenden unterstützen, ihr Wissen, ihre Kompetenz und Leidenschaft für Aromakultur in ihren Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, einzuführen und strukturell wie prozesshaft zu verankern und zu begleiten.

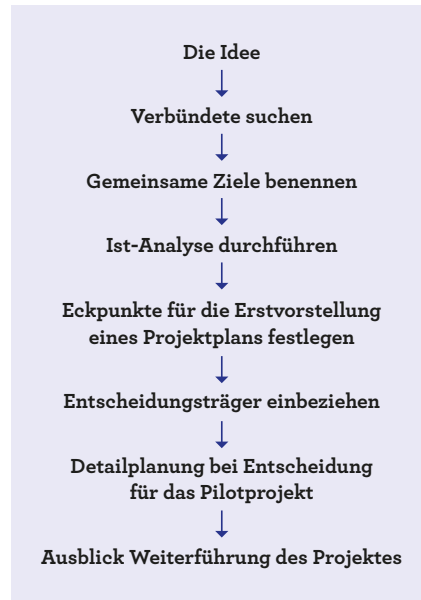
Ein „therapeutisches Team“ für die Etablierung von Aromakultur, mit den gemeinsamen Zielen der Gesundheitsförderung, Krankheitsbewältigung und Symptomlinderung sowie der Prävention bzw. Palliation, bedarf einer intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit in vertrauensvoller Verständigung.

Die AutorInnen gehen davon aus, dass sich angewandte Aromakultur zusätzlich als ein positiver Faktor in der Zusammenarbeit des therapeutischen Teams auswirkt.

Bei der Implementierung sollten die verschiedenen Interessen und Aspekte aus dem Management, aus der Ökonomie und der Rechtslage in die Gestaltung miteinbezogen werden, damit die Umsetzung für alle Beteiligten systematisch und ethisch verantwortlich verläuft.

Die Vorgehensweise zur Implementierung ist in dem Flussdiagramm dargestellt. Manche Prozesse laufen dabei parallel oder zeitlich versetzt ab.

Flussdiagramm



Die Idee

- Implementierung von pflegetherapeutischer Aromakultur in einer Einrichtung

Verbündete suchen

- Gleichgesinnte und UnterstützerInnen aus der Pflege wie aus anderen Therapieberufen bzw. der Verwaltung suchen (Pflegende, ÄrztInnen, Hebammen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, ÖkotrophologInnen, PsychotherapeutInnen, HeilpraktikerInnen etc.). Kontakte, Begegnungen und Beziehungen nutzen, um die Bereitschaft zu einer verbindlichen Mitwirkung bzw. Unterstützung zu erfragen, auszuhandeln und zu vereinbaren.

Gemeinsame Ziele benennen

- Arbeitsgruppenbildung mit verbindlicher Teilnahme an Treffen
- Brainstorming, um Ziele und Interessen abzuklären
- Ziele und Ideen bündeln
- übergeordnete Ziele formulieren
- Aufgabenverteilung innerhalb der Gruppe mit organisatorischer Leitung benennen und z. B. eine verantwortliche Person wählen

Ist-Analyse durchführen

- Ausgangslage klären
- Was besteht bereits und in welcher Form?
- Gibt es schon positive oder negative Erfahrungen?
- Welche Personen mit welchen Kompetenzen gibt es in meiner Einrichtung?
- Sind diese Kompetenzen nutzbar/ abrufbar?
- Welche Hürden, Herausforderungen sind offensichtlich oder potenziell gegeben?
- Was könnten die Interessen der Geschäfts- und der Betriebsleitung inklusive der Pflegedirektion sein?
- Gibt es dazu bereits Aussagen oder konkrete Anweisungen, positive/negative Erfahrungen?

Die Erstellung des Ist-Zustandes kann mithilfe einer SWOT-Analyse durchgeführt werden (siehe z. B. Link <https://de.wikipedia.org/wiki/SWOT-Analyse>).

Eckpunkte für die Erstvorstellung eines Projektplans festlegen

- Projektname
- Ziele und Nutzen für das Unternehmen z. B. Außenwirkung, Öffentlichkeitsarbeit
- Patienten- und Angehörigenzufriedenheit, Arbeitsmotivation, betriebliches Gesundheitsmanagement usw.
- Zielgruppen (Handelnde und Empfangende)
- Projekt- und Prozessverantwortliche für das Pilotprojekt benennen
- Pilotprojekt: Welche Intervention und in welchem Bereich:
 - Empfehlung: sehr gezielte und begrenzte Auswahl von Produkten in nur einem bis max. zwei Bereichen, z.B. in der Geriatrie Lavendelanwendung zur Schläfförderung oder in der Psychiatrie Zitrusanwendung zur Stimmungsaufhellung, in der Geburtshilfe entspannendes Bad unter der Geburt
- Bedarfsaufstellung:
 - Recherche von Best-Practice-Beispielen
 - Material (ätherische Öle, Aromapflegeprodukte etc.)

- Fortbildungen, interne Schulungen
- erste Kostenübersicht einschließlich Arbeits- und Organisationszeit
- Zeitplan entwerfen
- Konzept zur Dokumentation und Evaluation erstellen nach den gegebenen Standards in der Einrichtung
- Idee für eine situative, Verlaufs- und summative Evaluation des Pilotprojektes entwickeln mit dem Ziel, die Pilotanwendung u. U. auszuweiten (Mission) und/oder in eine Regelanwendung zu überführen (Vision)

(siehe Link „klassisches Projektmanagement im Gesundheitswesen“)

https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-07-002_Ratgeber-Projektmanagement_Download.pdf?__blob=publicationFile

Entscheidungsträger einbeziehen

- Vorgesetzten Eckpunkte des Projektplanes vorstellen, dabei Hierarchieebenen beachten; ggf. informelle Wege nutzen durch die benannten verantwortlichen Personen des Projektes

Detailplanung bei Entscheidung für das Pilotprojekt

- Wer muss und sollte mit einbezogen werden?
- Wer muss und sollte informiert sein? (z. B. Geschäftsführung, Betriebsleitung, Ärztliche Leitung, Pflegedirektion, ggf.

~~Betriebsrat/Mitarbeitervertretung, Hygienebeauftragte)~~

- ~~Einkauf/Apotheke (Bestellwesen) informieren~~
- ~~Produkte auswählen und ihre Wahl begründen (siehe Link forum-essenzia.org, siehe Leitfaden)~~
- ~~ggf. Einverständnisklarung entwerfen für Pflegebedürftige, Betreuer, Bevollmächtigte. Empfehlung: Angehörige informieren anhand von Informationsblättern oder Flyern~~
- ~~Kostenübernahme klären~~
- ~~detaillierten Projektplan erarbeiten:~~
 - ~~konkreter Zeitplan~~
 - ~~konkreter Projektplan mit Interventionen und Bereich(en)~~
 - ~~Standarderstellung und Konsensfindung (siehe S. 8)~~
 - ~~Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Bereich bestimmen~~
 - ~~Dokumentations- und Formularwesen nach den gegebenen Einrichtungsstandards entwerfen~~
 - ~~Schulungskonzept im Bereich entwerfen~~
 - ~~Informationsmanagement für die Beteiligten (ggf. Intranet, Informationsblätter oder Flyer)~~
 - ~~Evaluationskonzept erstellen~~
- ~~Startpunkt festlegen im (therapeutischen) Team des ausgewählten Bereichs~~
- ~~praktische Durchführung der Intervention~~
- ~~beenden des Pilotprojektes einschließlich Dokumentation durch benannte zuständige Person~~

- ~~Abschlussequation des Pilotprojektes anhand der vorab gesetzten Kriterien~~
- ~~Vorbereitung zur Entscheidung für die Ausweitung des Pilotprojektes, für ein Nachfolgeprojekt und/oder für die Überführung in ein Regelanangebot~~

Ausblick Weiterführung des Projektes

Bei der Ausweitung des Pilotprojektes, einem Nachfolgeprojekt und/oder der Überführung in ein Regelanangebot bitte Folgendes beachten:

- ~~zurüsten der Mitarbeitenden, systematisch und formal organisierte Aromapflegengruppe etablieren~~
- ~~durch gezielte und geplante Fort- und Weiterbildungen Qualität entwickeln und sichern, Einbindung ins Qualitätsmanagement~~
- ~~Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Anwendungsstandards (konkrete Interventionen)~~
- ~~Etablierung eines strukturellen Standards für die Einrichtung (Strukturstandard) (siehe S. 8 Beispiel SOP)~~
- ~~Etablierung von Handlungsstandards für die Einrichtung (Strukturstandard) (siehe S. 8 Beispiel SOP)~~
- ~~Aromapflegebeauftragte benennen, um die weitere Organisation der Gruppe zu steuern, evtl. angebunden als Stabsstelle in der Pflegedirektion~~



Studien, Statistik & Co.

Sonderausgabe der Fachzeitschrift F·O·R·U·M

Für die therapeutische Anwendung ätherischer Öle gibt es mittlerweile eine Fülle an Publikationen, mit steigender Tendenz. Gerade in Zeiten knapper zeitlicher Ressourcen ist es wichtig, über geeignete Strategien und das Wissen zu verfügen, um effizient die gewünschte Information anhand geeigneter Literatur zu finden.

Das F·O·R·U·M-Sonderheft zum Thema „Wissenschaftliche Literatur sichten und bewerten“ gibt Ihnen dafür das nötige Rüstzeug in die Hand:

- Vorstellung der verschiedenen Studientypen
- Kriterien für die Qualität einer Studie
- Vorgehen bei einer Literaturrecherche
- ausgewählte Publikationen und deren Bewertung
- online verfügbar: Arbeitsblätter zur Beurteilung von Studien

Bestellung unter: www.forum-essenzia.org

Gerne stellen wir Ihnen kostenlose Exemplare für Ihre Seminare oder Mitarbeiterschulungen zur Verfügung.



Umgang mit ätherischen Ölen und Mischungen

Aus Gründen des Risikomanagements der Einrichtung ist eine **standardisierte Vorgehensweise (SOP = Standard Operating Procedure)** ratsam, obwohl eine individualisierte Vorgehensweise oftmals therapeutisch hilfreicher sein kann. Diese Ambivalenz gilt es für die EmpfängerInnen der Anwendungen nachvollziehbar zu kommunizieren und auszuhandeln.

Vorschlag für eine hausinterne SOP in der Pflege

In unseren Einrichtungen (Name der Einrichtung[en] bzw. des Geltungsbereiches) unterscheiden wir die Begriffe:

- **Aromatherapie** als einen Teilbereich der Phytotherapie. Aromatherapie darf in unseren Einrichtungen mit medizinischer/ärztlicher Diagnosestellung **nur von ÄrztInnen zur Behandlung** verordnet werden. Nur sie dürfen ätherische Öle bzw. entsprechende Rezepturen daraus für die äußerliche und innerliche Anwendung verordnen.
- **Aromapflege** in unseren Einrichtungen dient der wohltuenden, unterstützenden, pflegenden oder präventiven Mitwirkung im Prozess der Genesung, zur Linderung und Bewältigung von Symptomen und in der Palliation¹. **Aromapflege** darf von Pflegefachfrauen und -männern mit von der Pflegedirektion anerkannten Qualifikationskursen in unseren Einrichtungen angewendet und oder auch persönlich delegiert werden.

I. Anwendungsformen²

- **Raumbeduftung mit Beduftungsgeräten oder Duftkompressen**
 - kurze Beduftungsintervalle (ca. 20 Minuten alle 2-3 Stunden)
 - bei Anwendung im Patientenzimmer oder in Therapieräumen Einverständnis erfragen und dokumentieren
 - als Aromakompresse (nicht auf die Haut)
 - Anwendung entsprechend der vorgesehenen Beduftungsgeräte oder Kompressen

verwendete Produktkategorie: Bedarfsgegenstand

● Pflegeprodukt

- Bestellung über Apotheke oder Einkauf
- äußerliche Anwendung

- Reinigung und Pflege von Haut, Mund- und Intimbereich
- max. 2 verschiedene Ölmischungen am Patienten parallel anwenden

verwendete Produktkategorie: Kosmetikum

● Anwendungen mit Anordnungsbedarf

- Pro Bereich wird eine **Bedarfsanordnungsliste** hinterlegt (Positiv-/Negativliste³). Unterschrift von zuständiger ÄrztIn.
 - Diese Anwendungen dürfen mit Aroma-Basisschulung eigenständig, nach vorliegender Bedarfsanordnung und nach Handlungsanleitung angewendet werden (z.B. Aromapflegewaschungen und -auflagen etc.).
- **Individuelle, therapeutische** Anwendungen nur mit schriftlicher ärztlicher Anordnung.
 - Produkt: Fertigarzneimittel oder Rezepturarzneimittel. Bestellwesen: Apotheke

II. Dokumentation

- Therapeutische Anwendungen werden durch ÄrztIn im z.B. Anordnungsbogen angeordnet.
- Aromapflege wird z.B. im Formblatt „Komplementäre Anwendungen“⁴ nach dem Einrichtungsstandard „Dokumentation“ dokumentiert mit:
 - Einverständnis des Patienten ggf. BetreuerIn
 - ausgewähltes Aromapflege-Produkt
 - Art und Lokalisation der Anwendung
 - Durchführungsmaßnahme mit Handzeichen
- Wirkungen und Rückmeldungen des Patienten, ggf. auch von Beteiligten z.B. im Formblatt „Komplementäre Anwendungen“

III. Zuständigkeiten

- Pro Bereich bzw. Station, auf der Aromapflege angewendet werden soll, bedarf es einer beauftragten Fachkraft zur Aromapflege, die über Kenntnisse mindestens der z.B. hausinternen Basisschulung⁵ verfügt.
- Diese Fachperson ist zuständig für Bestellung, Lagerung, Kontrolle der Ablaufdaten und Beachtung der aktuellen hygienischen Richtlinien im entsprechenden Bereich. Sie ist angewiesen, in regelmä-

ßigen Treffen das Wissen der Aromapflegegruppe zu aktualisieren. Sie sorgt für Wissensvermittlung und Anleitung im zuständigen Bereich.

- Bestellung: Apotheke, Einkauf

Zur Beachtung:

- Bei Vorliegen einer ärztlichen Anordnung kann für die direkte Anwendung am Patienten eine Aromamischung hergestellt werden.
- Keine eigenen Mischungen auf Vorrat herstellen (einen Vorrat zu mischen bedeutet „Herstellung eines Pflegeproduktes“; hier greifen dann entsprechende Gesetze, wie z.B. die Kosmetikverordnung, Haftungsregeln bei grober Fahrlässigkeit⁶).
- Bei Allergien, Asthma oder dermatologischen Auffälligkeiten bitte Rücksprache mit ÄrztIn.
- Ätherische Öle wirken **ganzheitlich** (Körper, Seele, Geist, soziale Faktoren). Sie bedürfen daher der patientenzentrierten und unter Umständen angehörigenerorientierten/mitarbeiterorientierten Anwendung in ruhiger Atmosphäre.

Dieses SOP wird nach dem aktuellen Qualitätshandbuch der Einrichtung bzw. des Geltungsbereiches strukturiert (QM) und formal von den einzelnen Hierarchieebenen bestätigt.

¹) Dies kann (und sollte) in den Einrichtungen bedarfsorientiert definiert werden.

²) Handlungsanleitungen (Standard) im Aromapflege-Ordner/gegebenenfalls Intranet. Diesen erhält die zuständige Aroma-Pflegekraft nach der hausinternen Basisschulung bzw. nach der Anerkennung einer Weiterbildung durch die Pflegedirektion.

³) Die Positivliste umfasst alle Produkte, die angewendet werden dürfen. Die Negativliste umfasst Produkte, die nicht angewendet werden dürfen (im „Herrschaftsbereich“ der Einrichtung).

⁴) Dies richtet sich nach der historisch gewachsenen Dokumentation (Papierform oder elektronische Form).

⁵) Dies ist individuell in der Einrichtung durch die zuständige Leitung zu regeln.

⁶) Gemäß dem Risikomanagement der Einrichtung zum Schutz der Anempfohlenen, MitarbeiterInnen und Einrichtung.

Aromatherapie/-pflege – Rechtssicherheit am Krankenbett¹

Die Tätigkeitsbereiche der Aromatherapie und Aromapflege berühren eine Vielzahl von Gesetzen, die von den zivilrechtlichen Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bis zu den Sicherheitsvorschriften der europäischen Kosmetikverordnung reichen.

Aromapflege am Krankenbett – rechtliche Aspekte

Thomas Forster

Der Würzburger Rechtsanwalt und Justiziar Thomas Forster erläuterte bereits in der F·O·R·U·M-Ausgabe Nr. 51 (2018) die zivilrechtlichen Regelungen, die es im Rahmen der Aromapflege zu beachten gilt. Ein Schwerpunkt seiner Ausführungen ist dabei der Behandlungsvertrag, der aus rechtlicher Sicht zwischen Pflegenden und Patienten zustande kommt, sodass „der im Rahmen der Aromapflege Behandelnde grundsätzlich davon ausgehen [muss], dass für seine Tätigkeit [...] die Haftungsregeln und Informationspflichten nach dem BGB gelten“. Welche Regeln und Pflichten das im Einzelnen sind, kann in Forsters Beitrag nachgelesen werden.

Strafrechtliche Rahmenbedingungen

Neben den zivilrechtlichen Normen sind auch strafrechtliche Aspekte für den Bereich der Pflege von Bedeutung. Denn selbst nach allen Regeln der ärztlichen oder pflegerischen Kunst durchgeführte medizinische Maßnahmen können den Tatbestand der Körperverletzung nach § 223 StGB erfüllen. Allerdings nur, wenn der Patient oder die Patientin nicht in die Behandlungsmaßnahme eingewilligt hat. Demgemäß muss auch vor einer aromatherapeutischen bzw. -pflegerischen Anwendung die Einwilligung des Patienten eingeholt werden.

Öffentlich-rechtliche Betrachtung

Dem öffentlichen Recht sind u.a. die Berufsordnungen von Ärzten und Pflegefachkräften sowie das Sozialrecht (SGB) zugeordnet. Letzteres ist hier deshalb relevant, weil es die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung regelt.

Das SGB unterscheidet dabei zwischen Grund- und Behandlungspflege und definiert als Behandlungspflege jene Maßnahmen der Krankenbehandlung, die von den Ärzten angeordnet und dann von den Pflegekräften durchgeführt werden, wie etwa die Verabreichung von Medikamenten oder Verbandwechsel. Im Hinblick auf die Aromatherapie bzw. -pflege fallen darunter alle Maßnahmen, die der Linderung einer Krankheit dienen.

Die Grundpflege wiederum, die die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität umfasst, wird von den Pflegefachkräften eigenverantwortlich durchgeführt. Bezogen auf die Aromatherapie bzw. -pflege gehören dazu alle Anwendungen, die der Steigerung des Wohlbefindens dienen, eine ärztliche Anordnung ist hier nicht notwendig.

In der Pflegewissenschaft gilt die vom Gesetzgeber gemachte Unterscheidung in Grundpflege und Behandlungspflege mittlerweile als überholt, da beide Bereiche nicht wirklich trennscharf voneinander abgegrenzt werden können.

Das Rechtsverhältnis zwischen Pflegekraft und Krankenhaus

Marc Sieper

Wird jemand als Patientin oder Patient in ein Krankenhaus aufgenommen, so schließt sie oder er einen Behandlungsvertrag mit dem Träger der Einrichtung. Das Rechtsverhältnis zwischen beiden Parteien ist also zivilrechtlich geregelt. Der Krankenhausträger ist in diesem Fall auch der einzige Vertragspartner des Patienten. Zwischen der einzelnen Pflegefachkraft und dem Patienten bestehen dagegen keine vertraglichen Beziehungen, die Pflegerinnen und Pfleger sind vielmehr sogenannte Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB) der Klinik, weil sie mit ihrer Tätigkeit dazu beitragen, dass der Behandlungsvertrag erfüllt wird.

Wer haftet bei Schadensfällen?

Ein Patient kann gegenüber der Pflegekraft demzufolge keine vertraglichen Haftungs-

ansprüche geltend machen. Allerdings haften Pflegekräfte nach § 823 BGB *deliktisch*, wenn sie dem Patienten durch vorsätzliches und fahrlässiges Verhalten einen Schaden an Leben, Körper, Gesundheit oder sonstigem Recht zufügen.

Darüber hinaus können Pflegekräfte auch *strafrechtlich* belangt werden, wenn der Tatbestand der Körperverletzung erfüllt ist (siehe insb. §§ 223 ff. StGB).

Für jedes Verschulden seiner Pflegekräfte trägt der Krankenhausträger nach § 278 BGB vertraglich die Verantwortung. Dennoch ist es denkbar, dass eine Pflegekraft in einem Zivilrechtsstreit neben dem Krankenhausträger persönlich in Anspruch genommen wird, wenn sie deliktisch haftet. Aus Sicht der Pflegekraft stellt sich dann erstens die Frage, warum sie als Arbeitnehmer haften soll, und zweitens, ob sie am Ende sogar persönlich, also mit dem eigenen Vermögen, haften muss.

Die Grundlage: Arbeitsvertrag und Betriebsvereinbarungen

Zwischen Krankenhausträger und Pflegekraft besteht ein zivilrechtliches Arbeitsverhältnis auf der Grundlage eines Arbeitsvertrages nach § 611a BGB. Dessen wesentliches Merkmal ist die persönliche Abhängigkeit des Arbeitnehmers (und der Arbeitnehmerin), weil er seine Tätigkeit nicht im Wesentlichen frei gestalten und seine Arbeitszeit nicht frei bestimmen kann, sondern weisungsgebunden ist. Er ist verpflichtet, die Arbeit entsprechend den Regelungen des Arbeitsvertrags auszuüben.

Wichtig aus Sicht der Pflegekraft können in diesem Zusammenhang auch Betriebsvereinbarungen sein. So kann eine Klinik in Abstimmung mit dem Betriebsrat z.B. konkrete Vorgaben machen, ob und in welchem Umfang Aromapflege eingesetzt und wie mit den Essenzen umgegangen wird.

.....
¹⁾ Die Vorträge wurden beim Kongress „Integrative komplementäre Anwendungen im pflegerischen Kontext – Theorie & Praxis“ gehalten. Der Kongress fand am 24. und 25. März 2019 in Würzburg statt.



Gesetze und Verordnungen, die für den Bereich der Aromapflege von Bedeutung sind.

Derartige Anweisungen sind dann arbeitsrechtlich verbindlich, die Pflegerinnen und Pfleger müssen sie in ihrem Arbeitsalltag umsetzen.

Kommt es bei der Ausübung der im Arbeitsvertrag festgelegten Tätigkeiten zu einer Schädigung einer dritten Person – also in diesem Fall einem Patienten –, hat die Pflegekraft grundsätzlich einen Anspruch auf Haftungsfreistellung gegenüber ihrem Arbeitgeber. Hat die Pflegerin oder der Pfleger aber gegen die arbeitsvertraglichen Regelungen verstoßen, drohen arbeitsrechtliche Schritte (Abmahnung, Kündigung) sowie eine Schadensersatzpflicht gegenüber dem Arbeitgeber. Ein solcher Verstoß gegen den Arbeitsvertrag könnte u. a. dann vorliegen, wenn eine Pflegekraft entgegen der Vorgaben des Krankenträgers oder entgegen einer verbindlichen Betriebsvereinbarung eigenmächtig ohne dessen Wissen bzw. ohne Absprache tätig wird oder verbindliche arbeitgeberseitige Vorgaben im Rahmen der Aromapflege missachtet.

Fahrlässigkeit oder Vorsatz?

Die Rechtsprechung hat im Arbeitsrecht – abweichend vom allgemeinen Schadensrecht – den sogenannten „innerbetrieblichen Schadensausgleich“ entwickelt. Kommt es also im Rahmen einer Pflegetätigkeit zu einem von einer Pflegekraft verursachten Schaden, dann wird die Haftung im Innenverhältnis zwischen dem Krankenhaus als Arbeitgeber und der Pflegekraft als Arbeitnehmer aufgeteilt. Um zu klären, in welchem Umfang der Arbeitnehmer im Innenverhältnis haftbar gemacht werden kann, ist

dessen Verschuldensgrad (§ 276 BGB) festzustellen:

- Bei *leichter Fahrlässigkeit* der Pflegekraft („Das kann jedem mal passieren“) muss der Krankenträger voll für den entstandenen Schaden einstehen. Diese Art der Fahrlässigkeit ist Teil des Betriebsrisikos, das der Arbeitgeber trägt.
- Bei *mittlerer Fahrlässigkeit* („Da hätten Sie mehr aufpassen müssen“) kommt es zur Aufteilung des Schadens zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nach den Grundsätzen der Billigkeit (Angemessenheit) und Zumutbarkeit. Dabei wird geprüft: Was sind die Umstände des einzelnen Schadensfalles? Ist es in dieser Situation gerecht, dass der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin zahlt? Wie hat er oder sie sich bisher verhalten? Ist das Risiko versicherbar?
- Bei *grober Fahrlässigkeit*, wenn also die im Verkehr gebotene notwendige Sorgfalt in besonders schwerem Maße außer Acht gelassen wurde, haftet der Arbeitnehmer grundsätzlich voll. Steht die Höhe des zu leistenden Schadensersatzes allerdings in einem Missverhältnis zu dessen Lohn, ist eine Begrenzung der Haftung angezeigt. Hat der Arbeitgeber eine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen, die auch bei grober Fahrlässigkeit einspringt, kann der Arbeitnehmer aber den bereits erwähnten Freistellungsanspruch geltend machen.
- Bei *Vorsatz* haftet die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer voll. Dann bezahlt auch die Betriebshaftpflichtversicherung nicht.

Grundsätzlich empfiehlt es sich zu klären, ob der eigene Arbeitgeber eine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat und ob diese auch Schadensfälle einschließt, die durch grobe Fahrlässigkeit verursacht wurden.

Produktrechtliche Fragen bei der Anwendung ätherischer Öle in der Aromapflege

Stephanie Reinhart

Prinzipiell können ätherische Öle als Rohstoffe, Bedarfsgegenstände, kosmetische Mittel, Arzneimittel, Lebensmittel oder Medizinprodukte klassifiziert werden. Entsprechend gelten unterschiedliche gesetzliche Bestimmungen.

Für die rechtliche Einordnung ist ganz wesentlich, welchem ausschließlichen oder überwiegenden Zweck die ätherischen Öle dienen sollen. Hier spielt auch die Begriffsunterscheidung zwischen *Aromatherapie* und *Aromapflege* eine große Rolle. Die Aromatherapie dient vornehmlich der Heilung, Linderung und Vorbeugung von Krankheiten. Aromatherapeutische Maßnahmen in diesem Sinne gelten somit als Heilbehandlung und sind Ärzten, Heilpraktikern und Hebammen vorbehalten. Die Aromapflege wiederum kann von den Pflegefachkräften in Absprache mit den zuständigen Therapeuten eigenverantwortlich über den Geruchssinn oder die Haut angewendet werden, und zwar als begleitende Maßnahme zur Gesundheitsförderung.

Kosmetikrecht und das Mischen am Patientenbett

Eine entscheidende Frage für den Pflegealltag ist dabei, ob beim Mischen von ätherischen Ölen am Patientenbett ein kosmetisches Mittel entsteht, das den rechtlichen Bedingungen der EU-Kosmetikverordnung unterliegt. Diese Frage ist umso wichtiger, da die allerwenigsten ätherischen Öle direkt auf die Haut aufgetragen werden können, sondern die Mehrzahl von ihnen vor der Anwendung mit fetten Ölen oder Emulgatoren gemischt werden muss. Die Einstufung als kosmetisches Mittel hätte u. a. zur Folge, dass eine Sicherheitsbewertung notwendig wäre, eine umfangreiche Produktinformationsdatei angelegt werden müsste und die Behältnisse entsprechend gekennzeichnet werden müssten (Ingredients-Liste, MHD usw.).

Nach Art. 2 Abs. 1 Buchstabe a EU-Kosmetikverordnung sind kosmetische Mittel alle „Stoffe oder Gemische, die dazu bestimmt

sind, äußerlich mit den Teilen des menschlichen Körpers (Haut, Behaarungssystem, Nägel, Lippen und äußere intime Region) oder mit den Zähnen und den Schleimhäuten der Mundhöhle in Berührung zu kommen, und zwar zu dem ausschließlichen oder überwiegenden Zweck, diese zu reinigen, zu parfümieren, ihr Aussehen zu verändern, sie zu schützen, sie in gutem Zustand zu halten oder den Körpergeruch zu beeinflussen ...“.

Die Verordnung findet Anwendung für „auf dem Markt bereitgestellte kosmetische Mittel“. Das bedeutet, ein kosmetisches Produkt wird im Rahmen einer gewerblichen Tätigkeit entgeltlich oder unentgeltlich zum Vertrieb, Verbrauch oder zur Verwendung an den auch gewerblichen Endverbraucher abgegeben. Das betrifft auch die Abgabe im Rahmen der Berufsausübung als Pflegerin oder Pfleger. Werden ätherische Öle jedoch unmittelbar am Krankenbett für eine Anwendung gemischt, ist das keine Abgabe an einen Endverbraucher im Sinne der Kosmetikverordnung.

Mischt eine Pflegefachkraft dagegen gleich eine größere Menge der Öle, um einen Vorrat anzulegen, und stellt diese Aromamischung im Stationszimmer zur Verfügung, damit die Kolleginnen und Kollegen sie ebenfalls für die Patienten verwenden können, liegt darin eine Abgabe im Sinne der EU-Kosmetikverordnung – mit der Folge, dass es sich bei der Mischung dann um ein Kosmetikum handelt, das alle Sicherheitsvorgaben der Kosmetikverordnung erfüllen muss (z.B. Notifizierung, Sicherheitsbewertung, Kennzeichnung).

Zwar gibt es immer wieder Stimmen, die das Mischen ätherischer Öle mit anderen Substanzen nicht als Herstellen verstehen wollen. Dem kann aber der Wortlaut des § 3 Nr. 2 LFGB entgegengehalten werden, der das Mischen ausdrücklich als einen Unterfall des Herstellens einordnet.

Idealerweise greifen Sie als Aromapflegerin oder -pfleger deshalb im Berufsalltag auf fertige Mischungen zurück, bei denen der Hersteller die Sicherheitsbewertung bereits durchgeführt und das Produkt entspre-

chend den gesetzlichen Vorschriften deklariert hat. Oder Sie mischen direkt am Patientenbett, dann aber für jede Anwendung neu. Davon unberührt bleibt jedoch eine mögliche zivil- oder strafrechtliche Haftung nach den oben dargestellten Grundsätzen.

Die Referentin und Referenten

Thomas Forster

Rechtsanwalt und Justiziar.

Kontakt: thomasforster@gmx.de

Prof. Dr. Marc Sieper, Mag. rer. publ.

Professor für Recht der Sozial- und Gesundheitssysteme an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg.

Kontakt: m.sieper@eh-ludwigsburg.de

Dr. Stephanie Reinhart

Rechtsanwältin.

Kontakt: info@reinhart.legal



Wissenswertes

Die Neuauflage des Leitfadens ist das erste gemeinsame Projekt der AromaAlliance, dem Europa-übergreifenden Netzwerk, das sich für eine gemeinsame Haltung in der sicheren und professionellen Anwendung von ätherischen und fetten Ölen sowie Hydrolaten einsetzt, insbesondere im Gesundheitswesen, aber auch im häuslichen Umfeld.

Der AromaAlliance gehören an:

- Akademie der Düfte e.V., Deutschland
- aromaFORUM Österreich
- FORUM ESSENZIA e.V., Deutschland
- Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Aromatherapie und Aromapflege (ÖGwA)
- PsychAroma Schweiz - Fachgruppe für ätherische Öle in der Psychiatrie.

Der Leitfaden für Ihre Kunden: zum Auslegen bei Vorträgen und Seminaren.

Der Leitfaden

- erklärt in prägnanter Form die verschiedenen Anwendungsbereiche,
- stellt die rechtlichen Rahmenbedingungen, sowohl EU-weit als auch länderspezifisch vor,
- liefert Definitionen zum ätherischen Öl, fetten Pflanzenöl, Mazerat und Hydrolat,
- ermöglicht einen schnellen Überblick, worauf beim Einkauf zu achten ist,
- zeigt die rechtliche Zuordnung von ätherischen Ölen als Arzneimittel, Medizinprodukt, Kosmetikum, Bedarfsgegenstand und Lebensmittel,
- beinhaltet auf vier übersichtlichen Seiten Musteretiketten, die beim Einkauf von Aromaprodukten eine klare Zuordnung ermöglichen, um welches Produkt es sich handelt,

Auf der Rückseite finden Sie ein freies Stempelfeld für Werbezwecke.

Mehr Informationen zur AromaAlliance finden Sie unter www.aromaalliance.org



Die überarbeitete 3. Auflage, entspricht inhaltlich der bisherigen Ausgabe von FORUM ESSENZIA e.V. Sie erhalten den Leitfaden auch in Englisch.

Bestellungen gegen Spende: info@aromaalliance.org

Kostenloser Download: www.forum-essenzia.org, www.aromaalliance.org

Gegenüberstellung Arzneibuchöle – Handelsübliche ätherische Öle

Weit verbreitet sind falsche oder verzerrte Aussagen zur Qualität ätherischer Öle mit Arzneibuchzertifikat „Arzneibuchöle“ und solchen ohne Arzneibuchzertifikat „Handelsübliche ätherische Öle“. Diese tabellarische Kurzübersicht soll Licht ins Dunkel bringen. Für detaillierte Informationen hierzu verweisen wir auf das Papier „Qualität und Anforderungen an ätherische Öle in ihren Einsatzbereichen als Arzneimittel, Medizinprodukt, Biozid, Kosmetikum, Bedarfsgegenstand oder Lebensmittel; Teil 1 und 2“ im Mitgliederbereich unter „Gutachten und Gesetzliches“.

Arzneibuchöle	Handelsübliche ätherische Öle
Ausgangsmaterial eine oder mehrere Arten / Chemotypen	Ausgangsmaterial eine definierte Stammpflanze/ Chemotyp (= authentisch)
Keine Differenzierung nach: Herkunft, Anbau; aber strenge Reinheitskriterien (Pestizid-Rückstände, mikrobiologische Qualität, Schwermetalle)	Differenzierung nach: Herkunft, Anbau (kbA, konventionell, Demeter) oder Wildsammlung
Gewinnung Wasserdampfdestillation Kaltpressung	Gewinnung Wasserdampfdestillation Kaltpressung
Inhaltsstoffe Gehalt bestimmter Leitsubstanzen des jeweiligen Öls muss sich in festgelegten Bereichen befinden (in Monographie festgelegt)	Inhaltsstoffe genuin = naturbelassen, d. h. Zusammensetzung und quantitativer Gehalt an Inhaltsstoffen unterliegen natürlichen Schwankungen abhängig von Klima, Bodenbeschaffenheit, Region, Erntezeitpunkt, Witterungsbedin- gungen, Destillationsführung u.v.m.
Zusätze, Nachbehandlung kein Zusatz anderer Stoffe zulässig mit Ausnahme von vorgegebenen Antioxidantien, genau festgelegte Nachbehandlung erlaubt; dann deklarationspflichtig; Beispiel: Bergamotte bergaptenfrei	Zusätze, Nachbehandlung kein Zusatz anderer Stoffe zulässig rektifizierte Öle im Handel, Beispiel: Bergamotte bergaptenfrei
Fazit <ul style="list-style-type: none"> keine synthetischen Öle keine Extraktionsverfahren mit Lösungsmitteln zur Gewinnung erlaubt Veränderungen müssen gekennzeichnet werden 	Fazit <ul style="list-style-type: none"> keine synthetischen Öle keine Extraktionsverfahren mit Lösungsmitteln zur Gewinnung erlaubt keine Kennzeichnungspflicht bei Veränderungen

www.forum-essenzia.org

Immer aktuell: Auf unserer Website erfahren Sie alles über die Aktivitäten von FORUM ESSENZIA e.V.

Schauen Sie bei uns vorbei!

Fachzeitschrift F·O·R·U·M

Gesammeltes Fachwissen zu ätherischen Ölen von 1992 bis heute

Die F·O·R·U·M bietet folgende Themen:

- Aromatherapie, Aromapflege und Aromakultur
- Erfahrungsberichte aus der Praxis
- Aktuelles aus der Wissenschaft
- Berichte zu Anbau und Herstellung
- Schmackhaftes aus der Aromaküche
- Interessantes aus der Presse

Insgesamt wurden 55 Titel und zwei Sonderausgaben herausgegeben, davon sind viele noch erhältlich.

Vergriffene Ausgaben erhalten Sie

- als PDF-Datei (Download).
- ausgedruckt als Spiralbindung.

Wie und wo bekommen Sie die F·O·R·U·M?

- Als Mitglied des Vereins FORUM ESSENZIA e.V. kostenlos.
- Werden Sie Abo-Kunde!
- Für Ihre Praxis, Ihre Firma, Ihren Laden erhalten Sie Wiederverkäuferr Konditionen.



Titelthemen, Leseproben und die vollständige Artikelübersicht jeder Ausgabe (1992 - 2020) sowie das Direkt-Bestellformular für Zeitschrift oder eBook(-Version) finden Sie unter:

www.forum-essenzia.org

Bestellung:

www.forum-essenzia.org

Vertrieb: www.stadelmann-verlag.de

Mitglieder können die digital verfügbaren Ausgaben (ab F·O·R·U·M 29) vergünstigt zum Selbstkostenpreis beziehen, Zugang über den Mitgliederbereich der Homepage.

F·O·R·U·M bereits ab Ausgabe 29 auch digital verfügbar!



Fachliteratur gesucht?

Als Vertriebspartner der Zeitschrift F·O·R·U·M hilft Ihnen der Stadelmann Verlag auch bei der Suche nach internationaler Fachliteratur!

Tip: Tisserand, Essential Oil Safety erhalten Sie versandkostenfrei bei www.stadelmann-natur.de/buecher



F·O·R·U·M ESSENZIA

VEREIN
FÜR FÖRDERUNG, SCHUTZ UND
VERBREITUNG DER AROMATHERAPIE,
AROMAPFLEGE, AROMAKULTUR
e.V.

