

Männliche Pflegende

Noch immer Exoten?

Pflege kann man weiterhin als Frauendomäne bezeichnen – laut Statistischem Bundesamt liegt der Männeranteil nur bei etwa 15 Prozent. Was bedeutet es, als Mann in einem klassischen „Frauenberuf“ zu arbeiten? Und wie sehen eigentlich die Pflegerinnen ihre männlichen Kollegen? Sieben Führungskräfte – männliche und weibliche – geben unterschiedliche Einschätzungen.

Gabriele Borchmann

„Pfleger sorgen für Heiterkeit auf den Wohnbereichen“

Pflege ist im Grunde schon eher ein weiblicher Beruf. Die Erfahrung zeigt zum Beispiel, dass sich Frauen leichter tun bei der Umfeld- und Zimmerpflege. Das betrifft vor allem die Ordentlichkeit auf den Wohnbereichen. Zudem gibt es bei den männlichen Kollegen schon mal ein paar sonderliche Zusammenstellungen bei der Auswahl der Bewohnerkleidung – karierte Bluse mit geblütem Rock zum Beispiel. Auf diese für die Bewohnerinnen sehr wichtigen „Kleinigkeiten“ müssen alle Mitarbeiter, egal ob Mann oder Frau, der Einrichtung achten. Frauen sind da häufig einfach „geschickter“ als Männer. Einschränkend muss ich hinzufügen, dass das natürlich nur meine eigenen Beobachtungen sind, die keine Verallgemeinerung sein sollen.

Männer haben wiederum andere Vorzüge: Ich erlebe sehr häufig, dass Pfleger wie ein Stimmungsmagnet auf die Bewohnerinnen wirken. Eine Frau in der Pflege



kennt man, das ist nichts außergewöhnliches – Männer wiederum sorgen durch den „Flirtfaktor“ für Heiterkeit auf den Wohnbereichen. Diese Abwechslung ist für das Leben der hier wohnenden Menschen auch sehr wichtig.

Das Gegengewicht der männlichen Mitarbeiter ist natürlich auch für die Teams gut. Männer sind in Auseinandersetzungen weniger emotional als Frauen

und sachlicher, das ist für das Teamgefüge sehr gut.

In unserer Einrichtung wird im Bezugspflegesystem gearbeitet. Meiner Erfahrung nach ist es häufig ein Vorteil, wenn die männlichen Pflegekräfte als primäre Ansprechpartner und Bezugspunkte für unsere männlichen Heimbewohner fungieren. Es steigert letztlich deren Lebensqualität, da sich viele Bewohner eine gleichgeschlechtliche Versorgung wünschen.

Wenn der Zivildienst abgeschafft wird, wird sich das bei uns im Haus auf jeden Fall bemerkbar machen. Die Zivis sind bei uns in den Bereichen Betreuung der Bewohner sowie Einkäufe und Begleitungen eingesetzt. Das werden der Soziale Dienst und die Pflege auffangen müssen. Wie wir das leisten werden, kann ich zum heutigen Zeitpunkt noch nicht sagen.

Gabriele Borchmann ist Altenpflegerin und Pflegedienstleitung des AWO-Seniorenzentrums „Kurt-Schumacher-Haus“ in Dinslaken.

Heinz Lücke

„Ich habe es immer als Vorteil gesehen, als Mann in der Pflege zu arbeiten“

Ich habe 1971 als Zivildienstleistender angefangen, in der Pflege zu arbeiten. Damals war es noch sehr ungewöhnlich, den Kriegsdienst zu verweigern. Man wurde auf der Straße angesprochen – „Langhaariger Drückeberger“, das war dann so der Standard. Ich erhielt eine Ladung zum Kreiswehrrersatzamt, meine Verweigerung wurde erst beim zweiten Anlauf akzeptiert. Da mir die Arbeit im Krankenhaus gefallen hat, habe ich direkt im Anschluss an den Zivildienst meine Ausbildung begonnen – 1976 mein Krankenpflegeexamen gemacht. Lange her. Ich habe mich als Mann in der Pflege aber nie als Exot gefühlt. Das hängt vielleicht auch damit zusammen, dass in meinem Lehrkrankenhaus in Duisburg damals schon eine Menge Pfleger gearbeitet haben. Viele davon waren ehemalige Bergleute.

Ich habe es immer als Vorteil gesehen, als Mann in der Pflege zu arbeiten. Zum Beispiel hat man relativ gute Aufstiegsmöglichkeiten. Männer, die sich in der Pflege engagieren, haben oft sehr schnell Leitungspositionen inne. Ich beispielsweise wurde nach meiner Ausbildung schon nach einem Jahr stellvertretende Stationsleitung in der Chirurgie.

Meine Berufserfahrung hat gezeigt, dass Männer und Frauen für die Pflege gleichermaßen geeignet sind. Gut zu pflegen hat für mich nichts mit dem Geschlecht zu tun. Ich würde aber trotzdem in meiner Funktion als Pflegedienstleiter in einem ambulanten Pflegedienst momentan keinen Mann einstellen, das hat aber rein organisatorische Gründe. Zehn Prozent meiner Mitarbeiter sind männlich. Viele der weiblichen Patienten akzeptieren aber keine männlichen Pflegekräfte. Ich würde also Schwierigkeiten bekommen, die Touren zu besetzen, wenn ich mehr Männer einstellen würde.

Trotzdem würde ich mich grundsätzlich darüber freuen, wenn es mehr Männer in der Pflege gäbe. Dafür muss man aber den Beruf attraktiver machen – in allererster Linie indem man Pflegende endlich angemessen bezahlt. Da sind ganz klar die Politik gefragt und die Berufsverbände und Gewerkschaften. Es muss ein Umdenken stattfinden.

Die Pflege ist trotzdem ein schöner Beruf für Personen, die gerne mit Menschen zu tun haben, die sich sozial engagieren wollen – und die keine Langeweile mögen.



Ich befürchte, dass sich durch den Wegfall des Zivildienstes langfristig gesehen weniger Männer für den Pflegeberuf entscheiden werden. Für Männer ist der Zivildienst ein Weg in die Pflege. Auch ich hätte höchstwahrscheinlich einen anderen Beruf ergriffen, hätte ich meinen Zivildienst nicht im Krankenhaus absolviert. Frauen, die in der Pflege arbeiten, wollten in der Regel bewusst Krankenschwester werden – bei Männern ist das anders. Die wollten eigentlich Feuerwehrmann werden oder Lokomotivführer.

Heinz Lücke ist Krankenpfleger und Pflegedienstleitung eines Ambulanten Pflegedienstes des AWO Kreisverbands Wesel.



www.gandersheimer-modell.de

Basiskurse Wundexperte ICW e.V. TÜV-Zertifizierung

E-Learning-Kurse Wundexperte ICW e.V. TÜV-Zertifizierung

Rezertifizierungskurse Wundexperte ICW e.V.

HoppeConsult • Pölle 27/28 • 06484 Quedlinburg • Tel.: 03946 / 973495

Monika Strohschein

„Männliche Pflegekräfte sind karriereorientierter als Frauen“



Ein gesunder Mix von Männern und Frauen ist in Teams meiner Erfahrung nach immer sinnvoll. Das gilt aber nicht nur für die Pflege, sondern auch für andere Bereiche – in Büros, in der Wirtschaft, im Management. Es kommt dabei aber immer auf die einzelnen Persönlichkeiten an. Ich würde das gar nicht so sehr an der Geschlechterrolle festmachen.

Trotzdem bestehen durchaus geschlechtsspezifische Unterschiede: Männliche Pflegekräfte sind viel eher als Frauen karriereorientiert, das meine ich aber nicht im negativen Sinne. Sie sind zielstrebig und haben klarer vor Augen, was sie erreichen wollen. Das sind ja durchaus positive Eigenschaften. Männer sind auch viel häufiger in Führungspositionen als ihre weiblichen Kollegen. Das liegt zum einen an der Natur der Dinge – Frauen scheiden durch Elternzeiten viel häufiger aus dem Beruf aus oder nehmen eine Pause. Außerdem hat es damit zu tun, dass sich Männer anders im Beruf präsentieren und sich leitende Funktionen auch eher zutrauen.

Ein Mann, der auf einer normalen Station arbeitet und eine Familie ernähren muss, hat natürlich stärker im Blick, wie er im Job weiterkommt. Das hat viel mit dem klassischen Rollenbild von Mann und Frau zu tun. Das sieht man auch daran, dass der Männeranteil in den Studiengängen und Weiterbildungen häufig höher ist als der Frauenanteil.

Männliche Pflegekräfte arbeiten meiner Erfahrung nach auch häufig in technisch orientierten Funktionsbereichen – Endoskopie, Intensiv, Anästhesie. Ein typisch weiblicher Bereich ist dagegen die Wöchnerinnen- oder Neugeborenenabteilung. Da kenne ich wirklich keinen einzigen männlichen Kollegen. Ich sage aber nicht, dass Pfleger nicht für die Gynäkologie oder Frauen geeignet sind. Es gibt ja schließ-

lich auch männliche Frauenärzte. Warum wird das in der Pflege infrage gestellt und in der Medizin nicht? Pflege muss da einfach selbstbewusster werden. Unsere männlichen Pflegeschüler absolvieren auch alle einen Einsatz auf einer gynäkologischen Station – und die Schülerinnen lernen wiederum die Urologie kennen. Da hat es so gut wie nie Probleme gegeben: Sowohl von den Patienten als auch von unseren Auszubildenden habe ich diesbezüglich meist positive Rückmeldungen erhalten. Auch wenn es am Anfang durchaus das ein oder andere Mal Berührungssängste gab.

Monika Strohschein ist Krankenschwester, Diplom-Pflegepädagogin (FH) und Schulleiterin (M.A.). Seit 2005 leitet sie die St. Elisabeth-Akademie, ein Ausbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen mit Standorten in Düsseldorf, Mönchengladbach, Neuss und Willich (www.elisabeth-akademie.de).

Alois Hofer

„Krankenpflege ist ein weibliches Berufsbild“

Ich habe immer schon ein großes Interesse an Menschen gehabt, wollte Menschen helfen. Insofern war es eine bewusste Entscheidung, Krankenpfleger zu werden. Das ist nun schon etwa 35 Jahre her. Damals waren Männer schon noch etwas Besonderes in der Pflege – neben mir gab es nur zwei andere Pfleger im Haus, als Außenseiter bin ich mir aber trotzdem nicht vor-

gekommen. Ich habe darüber eigentlich auch gar nicht nachgedacht, denn es war ja mein Wunsch, beruflich mit Menschen zu tun zu haben. Klar, beim Finanzamt hat man auch mit Menschen zu tun, aber das wäre überhaupt nicht mein Ding gewesen. Ich bin überhaupt kein Büromensch. Mir hat es immer gefallen, als Krankenpfleger für pflegebedürftige Menschen da zu sein.

Ich arbeite nun schon seit 32 Jahren hier im Haus, bin seit zehn Jahren Stationsleiter der gastroenterologischen Abteilung. Der Männeranteil beträgt bei uns in der Klinik derzeit etwa zehn Prozent. Auf unserer Station habe ich nur einen männlichen Kollegen, sonst arbeiten hier fast ausschließlich junge Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, die würden gerne mehr Männer im Team haben – Stichwort „Zickenalarm“. Es ist für uns schwierig, den Männeranteil in den peripheren Stationen zu steigern, da viele männliche Pflegekräfte in die Funktionsdienste wechseln.

In meinem langjährigen Berufsleben ist die Pflege deutlich professioneller geworden. Positiv ist auch, dass die Pflege heute – besonders hier im Haus – einen viel höheren Stellenwert hat als früher. Wir arbeiten mit den anderen Berufsgruppen sehr offen und partnerschaftlich zusammen. Die Zeiten, dass das Pflegepersonal tatsächlich die Arbeit fallen lässt, um dem Arzt erstmal Kaffee zu servieren, wenn er die Station betritt, gehören seit langem der Vergangenheit an.

Eins hat sich aber trotzdem nicht geändert: Die Krankenpflege ist ein weibliches Berufsbild geblieben. Das sagen die zehn Prozent Männeranteil ja deutlich aus.

Alois Hofer ist Krankenpfleger und Stationsleiter einer gastroenterologischen Station im Elisabeth-Krankenhaus in Kassel.



Steffi Ostermann

„Pflege hat sich als gemischter Beruf etabliert“

Ich arbeite nun schon seit knapp 20 Jahren hier in der Frauenklinik – einem Fachgebiet, das früher ausschließlich und heute hauptsächlich mit weiblichen Pflegekräften besetzt ist. Die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, dass wir vermehrt männliche Krankengeschüler auf unserer Station haben. Sie führen bei uns alle anfallenden Tätigkeiten durch: Grundpflege, spezielle Pflege, alles eigentlich. Als eingeführt wurde, dass die männlichen Schüler auch auf die Gyn kommen, gab es schon durchaus mal Berührungängste. Das hat sich aber geändert, heute ist es bei uns etwas ganz Normales. Die Patientinnen finden es übrigens sehr gut, wenn ein Pfleger zu ihnen kommt. Sie genießen die Aufmerksamkeit einer männlichen Pflegeperson.

Unsere Schüler haben das große Glück, die Fachgebiete für ihre Stationseinsätze wählen zu können. Keiner von den jungen Männern wird also gezwungen, auf die Gynäkologie zu gehen. Insofern haben wir immer männliche Schüler gehabt, die offen dafür waren, die Frauenklinik kennenzulernen.

Ich persönlich würde es ausdrücklich befürworten, dass ein Pfleger fest bei uns im Team anfängt. Das Bild, dass auf Frauenstationen nur Frauen arbeiten können, entspricht meiner Meinung nach nicht mehr dem Zeitgeist. Ein Mann würde Entspannung ins Team bringen. Es ist einfach immer noch mal was anderes, wenn man auch noch einen männlichen Kollegen hat, der bei Konflikten eine andere Sichtweise einbringt. Neben der sozialen Komponente wäre ein männlicher Kollege sicher auch eine Entlastung bei



körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten.

Ich glaube allerdings nicht, dass wir in absehbarer Zeit einen Pfleger für unser Team bekommen werden, denn der Schwerpunkt für Männer hier im Haus liegt eher bei den klassischen chirurgischen Fächern und den Intensivstationen. Außerdem glaube ich auch, dass die Gynäkologie nach wie vor ein ungewöhnliches Fachgebiet für Männer im Pflegeberuf ist.

Die Pflege insgesamt ist heute ein gemischter Beruf. Das Geschlecht spielt keine dominierende Rolle mehr.

Steffi Ostermann ist Krankenschwester und Stationsleiterin der allgemeinen gynäkologischen Station sowie der gynäkologisch-onkologischen Tagesklinik im Klinikum München-Großhadern.

Alle Fachartikel aus dem aktuellen Heft und viele weitere nützliche Infos finden Sie im Pflegeportal www.station24.de

Abdelaziz Charafi

„Anfangs hatte ich Berührungsängste“



Für mich als marokkanischer Mann war es anfangs schon etwas gewöhnungsbedürftig, in der Altenpflege zu arbeiten. Besonders bei der Intimpflege der weiblichen Bewohner hatte ich

Berührungsängste, bedingt durch meine familiäre und religiöse Erziehung. Denn ich stamme aus einem völlig anderen Kulturkreis. Pflegeheime gibt es bei uns in Marokko gar nicht – pflegebedürftige Menschen werden zu Hause in den Familien versorgt.

In meiner Ausbildung hatte ich aber zum Glück sehr nette und verständnisvolle Kollegen. Das hat mir anfangs sehr geholfen, meine Ängste zu überwinden. Außerdem hat mich meine Familie sehr unterstützt: Meine Eltern waren begeistert, als ich anfang, in der Pflege zu arbeiten. Mein Bruder hatte damals seine Ausbildung zum Altenpfleger schon abgeschlossen und konnte mir nur Positives über den Beruf berichten. Das war letztlich der Anstoß, mich auch für die Pflege zu entscheiden.

Für Pflegeheime sind gemischte Teams aus meiner Sicht sehr von Vorteil. Die Bewohner – ob männlich oder weiblich – freuen sich, wenn auch mal ein Pfleger zu ihnen kommt und nicht immer nur Frauen. In den Teams kommt es nicht so schnell zu Reibereien, wenn ein männlicher Kollege den nötigen Ausgleich schafft.

Ein weiterer Grund ist, dass die körperliche Belastung in der Altenpflege recht hoch ist. Auch hier schaffen Pfleger Entlastung, zum Beispiel beim Transfer von immobilen oder adipösen Bewohnern. Die Pflegerinnen sind meist froh, wenn sie einen Mann im Team haben, der bei schweren Handlings mithelfen kann.

Abdelaziz Charafi ist Altenpfleger und Pflegedienstleiter des AWO-Seniorenzentrums „Johannes-Rau-Haus“ in Moers.

Yves Michaelis

„Männer haben eher eine Affinität zur Intensivpflege“

In unserem Intensivpflegedienst haben wir momentan einen Männeranteil von 30 Prozent – für den ambulanten Bereich ist das ungewöhnlich hoch. Wie lässt sich dieser hohe Anteil erklären? Sicherlich lassen sich hier eine Vielzahl von Hypothesen aufstellen. Einer unserer Schwerpunkte ist die außerklinische Heimbeatmung. Die Maschinen sind komplex in der Anwendung und erfordern zuverlässiges technisches Know-how, um eine Gefährdung der Klienten zu vermeiden. Hier ist eine Affinität zu Maschinen natürlich sehr von Vorteil. Je nach Situation sind fünf bis acht Maschinen, nebst Ersatzgeräten, in die Versorgungen eingebunden – Beatmungsgerät, Puls-

oxymeter, Absauggerät, Sondenkostpumpe usw. Meiner Erfahrung nach haben männliche Pflegekräfte weniger Berührungsängste gegenüber medizinischen Geräten. Sie setzen sich auch eher mit der technischen Funktionsweise auseinander als Frauen. Das ist vielleicht eine Erklärung, warum Männer in der Intensivpflege überdurchschnittlich oft vertreten sind. Jedoch ist dies keine allgemeingültige Feststellung.

Um mehr Männer für die Pflegeberufe zu gewinnen, muss sich die gesellschaftliche Akzeptanz verbessern. Der Tätigkeitsbereich beinhaltet einen großen Anteil von Aufgaben, die einer hohen fachlichen Qualifizierung bedürfen. Der

immer wieder aus der Politik auftretende Vorschlag, Langzeitarbeitslose in der Pflege unterzubringen, kann daher nur von beruhsfremden Personen kommen. Auch sollten männlichen Jugendlichen als Pendant zum „Girls Day“ auch sogenannte Frauenberufe vorgestellt und die Möglichkeit eines differenzierten Einblicks gegeben werden.

Yves Michaelis ist Krankenpfleger und Pflegedienstleiter des Intensivpflegedienstes „AuK intensiv“ in Bergkamen.





Sterofundin® ISO und Tetraspan® ... immer die richtige Lösung



Die Infusion von plasmaadaptierten und isotonen Lösungen vermeidet iatrogene Elektrolytverschiebungen. Sterofundin® ISO und Tetraspan® erfüllen diese Anforderung und stehen für mehr Sicherheit in der Infusionstherapie.

- Isotonie
- Plasmaadaptierte Elektrolytkonzentration
- Kein Einfluss auf den Säure-Basen-Status
- Die moderne Stärke der dritten Generation

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Melsungen AG | 34209 Melsungen | Deutschland
Tel (0 56 61) 71-62 62 | Fax (0 56 61) 71-35 50 | www.bbraun.de

Sterofundin® ISO B. Braun | Zusammensetzung: 1000 ml Infusionslösung enthalten: Natrium 145 mmol/l, Kalium 4,0 mmol/l, Calcium 2,5 mmol/l, Magnesium 1,0 mmol/l, Chlorid 127 mmol/l, Acetat 24 mmol/l, Malat 5,0 mmol/l. **Arzneilich wirksame Bestandteile:** Natriumchlorid 6,80g; Kaliumchlorid 0,30g; Magnesiumchlorid-Hexahydrat 0,20g; Calciumchlorid-Dihydrat 0,37g; Natriumacetat-Trihydrat 3,27g; Äpfelsäure (DAB) 0,67g. **Sonstige Bestandteile:** Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Substitution extrazellulärer Flüssigkeit bei isotoner Dehydratation und bei bestehender oder drohender Azidose. **Gegenanzeigen:** Überhöhtes Blutvolumen (Hypervolämie); Starke Beeinträchtigung der Herzfunktion (Herzinsuffizienz) mit Stauung; Starke Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) mit geringer oder fehlender Harnausscheidung; Schwere Gewebeschwellung durch Wasseransammlung (Ödeme); Erhöhte Spiegel von Kalium oder Calcium im Blut (Hyperkaliämie, Hypercalciämie); Erhöhte Hydrogencarbonatkonzentration im Blut (Metabolische Alkalose) **Nebenwirkungen:** Über gelegentlich auftretenden Fälle von Überempfindlichkeitsreaktionen in Form von Nesselausschlag wurde im Zusammenhang mit der Gabe von Magnesiumsalzen berichtet. Über seltene Fälle von paralytischem Ileus wurde nach intravenöser Gabe von Magnesiumsulfat berichtet, obwohl oral eingenommene Magnesiumsalze die Darmtätigkeit anregen. Unerwünschte Reaktionen wie Fieberreaktionen, Infektionen an der Injektionsstelle, Schmerzen oder andere Reaktionen in der Umgebung der Injektionsstelle, Venenreizung, von der Injektionsstelle ausgehende Venenthrombosen oder -entzündungen oder Eindringen von Lösung in das umgebende Gewebe können durch die Art der Anwendung verursacht werden. Unerwünschte Wirkungen können auch durch der Lösung zugesetzte Arzneimittel ausgelöst werden. Deren Wahrscheinlichkeit hängt von der Art des zugesetzten Arzneimittels ab. **Stand der Information:** Dezember 2008. **Pharmazeutisches Unternehmen:** B. Braun Melsungen AG, 34209 Melsungen

Tetraspan® 6% und Tetraspan® 10% Infusionslösung | Zusammensetzung: 1000 ml enthalten: Poly(0-2-hydroxyethyl)stärke (HES) – Tetraspan 6% = 60,0 g, Tetraspan 10% = 100,0 g – (Molare Substitution: 0,42), (Mittleres Molekulargewicht: 130.000 Da); Natrium 140 mmol/l, Kalium 4,0 mmol/l, Calcium 2,5 mmol/l, Magnesium 1,0 mmol/l, Chlorid 118 mmol/l, Acetat 24 mmol/l, Malat 5,0 mmol/l, (Natriumchlorid 6,25 g; Kaliumchlorid 0,30 g; Calciumchlorid-Dihydrat 0,37 g; Magnesiumchlorid-Hexahydrat 0,20 g; Natriumacetat-Trihydrat 3,27 g; Äpfelsäure 0,67 g); pH: 5,6-6,4; Theoretische Osmolarität: Tetraspan 6% = 296 mOsmol/l, Tetraspan 10% = 297 mOsmol/l; Titrationsazidität: <2,0 mmol/l. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von drohendem oder manifestem Volumenmangel und Schock. **Gegenanzeigen:** Hyperhydratationszustände einschließlich Lungenödem. Niereninsuffizienz mit Oligurie oder Anurie. Intrakranielle Blutungen. Hyperkaliämie. Schwere Hypernatriämie oder schwere Hyperchlorämie. Überempfindlichkeit gegen Hydroxyethylstärke oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Leberfunktionsstörung. Stauungsinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Bei der Bewertung von Nebenwirkungen werden folgende Häufigkeiten zugrunde gelegt: *Sehr häufig* (>1/10), *häufig* (>1/100, <1/10), *gelegentlich* (>1/1.000, <1/100) und *seltener* (>1/10.000, <1/1.000). Die am häufigsten beobachteten Nebenwirkungen hängen direkt mit dem therapeutischen Effekt von Stärkelösungen und den applizierten Dosen zusammen, d.h., mit der Hämodilution durch Auffüllen des intravasalen Raumes ohne gleichzeitige Verabreichung von Blutbestandteilen. Auch eine Verminderung der Konzentration von Gerinnungsfaktoren kann auftreten. Überempfindlichkeitsreaktionen, die sehr selten auftreten, sind nicht dosisabhängig. **Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems – Sehr häufig:** Verdünnungsbedingter Hämatokritabfall und verringerte Plasmaproteinkonzentration. **Häufig (abhängig von der verabreichten Dosis):** Relativ hohe Dosen von Hydroxyethylstärke führen zu einer Verdünnung von Gerinnungsfaktoren und können daher die Blutgerinnung beeinflussen. Nach Verabreichung hoher Dosen können die Blutungszeit und die aPTT verlängert und die Konzentration des Faktor VIII/v.Willebrand Faktor-Komplexes vermindert sein. **Erkrankungen des Immunsystems – Seltener:** Anaphylaktische Reaktionen unterschiedlicher Ausprägung. Für Einzelheiten siehe Abschnitt „Anaphylaktische Reaktionen“. **Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort – Gelegentlich:** Wiederholte HES-Infusionen über mehrere Tage, besonders wenn hohe kumulative Dosen erreicht werden, führen gewöhnlich zu Juckreiz, der kaum auf irgendeine Therapie anspricht. Dieser Juckreiz kann noch mehrere Wochen nach Beendigung der Stärkeinfusionen auftreten und kann über Monate anhalten. Die Wahrscheinlichkeit dieser unerwünschten Wirkung ist für Tetraspan 6% und Tetraspan 10% nicht angemessen untersucht worden. **Untersuchungen – Sehr häufig:** Die Infusion von Hydroxyethylstärke führt zu erhöhten α -Amylase-Konzentrationen im Serum. Dieser Effekt resultiert aus der Bildung eines Amylase-Komplexes der Hydroxyethylstärke mit verzögerter renaler und extrarenaler Ausscheidung. Dies sollte nicht als Anzeichen einer Pankreaserkrankung fehlinterpretiert werden. **Anaphylaktische Reaktionen** – Nach einer Verabreichung von Hydroxyethylstärke können anaphylaktische Reaktionen unterschiedlicher Ausprägung auftreten. Daher sind alle Patienten, die Stärkeinfusionen erhalten, genau auf Anzeichen einer anaphylaktischen Reaktion zu überwachen. Wenn eine anaphylaktische Reaktion auftritt, ist die Infusion unverzüglich zu beenden und die entsprechende Akutbehandlung einzuleiten. Es gibt keine Tests, um Patienten, bei welchen eine anaphylaktische Reaktion zu erwarten ist, zu identifizieren, noch kann der Ausgang und die Ernsthaftigkeit einer solchen Reaktion für einen bestimmten Patienten vorhergesagt werden. Die Prophylaxe mit Corticosteroiden hat keinen präventiven Effekt ergeben. **Stand der Information:** September 2006. **Verschreibungspflichtig.** **Pharmazeutisches Unternehmen:** B. Braun Melsungen AG, 34209 Melsungen