GEPFLEGT
DURCHATMEN

FACHZEITUNG
für außerklinische Intensivpflege

Nummer 3 ■ Oktober 2006

Editorial

Es gibt Leute, die wollen ein Kind nicht Kind nennen. Zu befrachtet, meinen sie, sei dieses Wort mit Erziehung, mangelnden Rechten, Benachteiligung. Sie sagen lieber "kleiner Mensch" oder "junger Mensch" und fühlen sich warm und wohl in dem Bewusstsein, eine Tradition aus ihrem Sprachgebrauch vertrieben zu haben. Sie bestehlen nicht nur sich, sondern auch die Kinder – um das Recht, nicht von Anfang an fertig sein zu müssen. Die Kindheit ist eine Schutzzone. Das gilt besonders für Kinder, die krank sind. Ihnen ist die aktuelle Ausgabe von "Gepflegt durchatmen" gewidmet. Die Autoren greifen Aspekte der Versorgung intensivpflichtiger Kinder auf, geben Tipps, die sich an professionelle Helfer und Eltern gleichermaßen richten.

Mit Vergnügen verfolgen Herausgeber und Redaktion die Resonanz, die diese Zeitung hervorruft. Hunderte Rückmeldungen beweisen das rege Interesse. Darunter befand sich auch die Frage: "Wer, bitte, macht ein solches Blatt?" Die Antwort steht im Impressum und ist hier leicht zu wiederholen.
Wir sind ein Intensivpflegedienst, der seine Aufgabe in der optimalen Versorgung außerklinisch lebender Patienten sieht.
Und dazu gehört es, die Bedürfnisse dieser Minderheit bekannt zu machen. Warum? Weil es künftig mehr beatmete Menschen geben wird, die selbständig und eigenverantwortlich zu Hause wohnen wollen.
Sie werden kompetente Pflegende benötigen.
Das Credo lautet: Satt? Ja! Sauber? Sowieso! Sediert? Nein! – sondern animiert und ins Leben integriert. Die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen Krankenschwestern und Krankenpfleger schon lange.

Die Redaktion

Schützen, fördern und fordern

Langzeitbetreuung beatmungspflichtiger Kinder erweitert den pflegerischen Auftrag um psychosoziale und pädagogische Aspekte

Kinder brauchen Schutz. Aber sie wollen auch gefördert und gefordert sein, damit sie ihre Persönlichkeit ausbilden und soziale Kompetenz erwerben können. Foto: Andreas Walle

Die qualitätsorientierte pflegerische Versorgung von dauerhaft beatmeten Kindern unterscheidet sich erheblich von der Erwachsenenpflege.
Die grundsätzlichen Anforderungen für die medizinisch geprägten Anteile der Betreuung sind zwar relativ gut vergleichbar, doch ergeben sich Unterschiede, die für das pflegerische Management von Bedeutung sind. Hier wie dort ist eine exakte Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Patienten vonnöten. Das medizinische Gerät ist zunächst den Größenverhältnissen anzupassen. Da die Kinder bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus an ein Beatmungsgerät adaptiert werden, betrifft die Auswahl eines Respirators, der in der Lage ist, z.B. die geringen Atemvolumina zu liefern, die außerklinisch Pflegenden nicht. Allerdings kann es notwendig sein, im Verlauf der Versorgung auf einen anderen Gerätetyp umzusteigen, wenn sich herausstellt, dass die technische Spezifikation der zuerst getroffenen Wahl den Bedürfnissen nicht vollständig gerecht wird. Dies ist eine multiprofessionell zu lösende Aufgabe. Sie erfolgt in enger Abstimmung zwischen Arzt, Pflegenden sowie den Fachleuten der Leistungserbringer, die den Überblick über die am Markt verfügbaren Geräte besitzen.
Wegen der sehr engen und weichen Trachea der Kinder empfiehlt es sich, flexible Kanülen zu wählen. Ihr geringer Durchmesser verursacht ein höheres Risiko der Obstruktion durch Sekret, dem Pflegende mit sorgfältiger Bronchialtoilette, Atemluftbefeuchtung sowie häufigen Inhalationen begegnen. Die Größe der Absaugkatheter ist dem der Kanüle anzupassen. Als Faustregel gilt, dass sie nicht mehr als die Hälfte des Kanülen-Innendurchmessers blockieren sollen. Um Verletzungen der sehr empfindlichen Trachealschleimhaut auszuschließen, führen Pflegende in aller Regel den Absaugkatheter nicht weiter als bis zur Spitze der Trachealkanüle ein.
Die Unterschiede zur Erwachsenenpflege bei der zumeist notwendigen künstlichen Ernährung ergeben sich aus der spezifischen kindlichen Stoffwechsellage (siehe S. 10).

Psychosoziale Betreuung

Der Aspekt der psychosozialen Betreuung hat in der außerklinischen Versorgung schwerkranker Kinder Priorität. Das Auftreten einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung bei einem Kind verletzt die Familienstruktur. Auch wenn Eltern und Geschwisterkinder im Laufe der Zeit Bewältigungsstrategien entwickeln und ihre Positionen im Familienverband neu bestimmen, bleibt das Gefüge höchst anfällig gegenüber Störungen. Belastungsspitzen, wie sie z.B. durch eine plötzlich eintretende Verstärkung der Krankheitssymptome oder Komplikationen mit Notfallcharakter entstehen, treffen auf eine verminderte Belastungsfähigkeit der Angehörigen. Die Eltern befinden sich ohnehin ständig in Sorge um das Wohlergehen ihres Kindes, oft fühlen sie sich nicht in der Lage, Auszeiten zur Regeneration zu nehmen. Die Notwendigkeit, mit professionellen Pflegekräften in häuslicher Gemeinschaft zu leben, häufig auf begrenztem Raum, führt nahezu zwangsläufig zu Unstimmigkeiten. Selbst der gegenseitige Wille zur Kooperation kann Konfrontationen nicht immer verhindern. Sie gehören regulär zu zwischenmenschlichen Beziehungen, sind aber in dieser Situation nicht wie unter gleichberechtigten Partnern auszutragen. Die Pflegenden sind partiell weisungsabhängig von den Eltern, die ihrerseits oft dünnhäutig reagieren. Gespräche mit einer dritten Instanz, die in die Probleme eingeweiht, aber nicht involviert ist, kann eine Eskalation verhindern (siehe S. 2). Eine kommunikationsorientierte Struktur des Pflegeteams, die regelmäßige Besprechungstermine vorsieht, wirkt vorbeugend. Als Alternative bieten sich stationäre Wohnformen an (siehe S. 3 und 5).

Pädagogischer Schwerpunkt

Die gesetzlich verordnete Schulpflicht sowie die ethische Verantwortung, die sich aus dem personenzentrierten Berufsverständnis ergibt, rücken bei der Betreuung von Kindern die Bildungsarbeit in den Aufgabenbereich der Pflegenden. Erwachsene Patienten verfügen überwiegend über eine voll entwickelte Persönlichkeit. Kinder hingegen befinden sich noch in dem Prozess, sich gegenüber anderen Menschen zu definieren und die Balance zwischen Rechten und Pflichten zu finden. Dies gilt für Kinder mit oder ohne Handicap gleichermaßen (siehe S. 15). Selbstbewusstsein bedarf der Erfahrung eigener Leistungsfähigkeit, und deshalb ist der pflegerische Ansatz auf Förderung und Forderung gerichtet. Der menschlich verständliche aber pädagogisch kritisch zu beurteilende Reflex, kranken Kindern alle Lasten abzunehmen, kann sie zu einer extremen Anspruchshaltung führen, in deren Folge sie nicht mehr bereit sind, sich soziale Kompetenzen anzueignen. Das pflegerische Prinzip "Unterstützung statt Übernahme" gilt für Bewegungen (siehe S. 14) und setzt sich in allen Aktivitäten fort, sofern sie den Kindern zugänglich sind.

bh

Miteinander leben lernen

Erfahrungsbericht: Konflikte zwischen Pflegenden und Angehörigen erfordern Gesprächsbereitschaft

Frau B. ruft mich im Büro an. Das kommt selten vor. Sie hat ihr Leben und ihre Familie bestens im Griff. Frau B. ist verheiratet, Mutter von drei Kindern und geht halbtags arbeiten. Eigentlich alles ganz normal – aber da ist Paula, das Küken der Familie. Die 5-Jährige ist mehrfach behindert, sitzt im Rollstuhl und muss mit einer Maschine beatmet werden. Trotzdem lebt Paula zu Hause. Sie ist der Mittelpunkt der Familie. Ohne den Pflegedienst, der Paula täglich 24 Stunden betreut, wäre dies nicht möglich und ihre Mädels und Jungs, wie Frau B. das Team von Schwestern und Pflegern um Paula nennt, sind inzwischen ein Teil der Familie geworden.

Es war ein weiter und schwieriger Weg für Familie B., dahin zu kommen, wo sie sich heute befindet. Der Entschluss, Paula nach Hause zu holen, stand zwar von Beginn an fest, aber es gab dabei doch sehr viel zu überlegen und zu organisieren. Alleine würden sie es nicht schaffen. Die Beatmung von Paula erforderte geschulte Pflegende, die sich mit Kanülenwechsel, mit Beatmungsmaschinen und vor allem mit immer wieder auftretenden Notfällen auskennen.

Der Entschluss, ein Pflegeteam zu engagieren, fiel nicht leicht. In den Vorgesprächen musste ich der Familie deutlich sagen, welche Veränderungen und Einschränkungen auf sie zukommen würden: Tag und Nacht fremde Menschen in seinen vier Wänden zu haben, stellt ein Familienleben ziemlich auf den Kopf. Die Intimität, die Konfliktbewältigung, ja auch die Sexualität zwischen den Partnern, alles, was eine Familie ausmacht, ist hier zum größten Teil erschwert. Vor anderen streiten, wer tut das schon. Dinge, die nur die Familie etwas angehen, müssen bei einem Spaziergang oder hinter verschlossenen Türen ausdiskutiert werden. Familie B. hat sich für Paula entschieden und für das, was damit zusammenhängt.

Doch heute hat Frau B. ein Problem. Ohne Umschweife, wie es ihre Art ist, kommt sie in ihrem Anruf darauf zu sprechen – Tamara.

Tamara arbeitet als Teamleiterin bei Familie B. Tamara ist eine ruhige, besonnene und sehr kompetente Intensivfachschwester. Frau B. und Tamara kamen von Beginn an sehr gut miteinander zurecht.

Gespräche unter vier Augen sind die Basis der psychosozialen Betreuung. Foto: Andreas Walle

Ich höre Frau B. aufmerksam zu. Es geht um ein Fieberzäpfchen, das sie Paula, die 37,8 °C Fieber hatte, verabreichen wollte, Tamara aber nicht. Die beiden haben darüber heiß diskutiert, Tamara hat schließlich nachgegeben. Seither herrscht zwischen den beiden eisiges Schweigen. Die Situation belastet Frau B. sehr, umso mehr, da sie ja – wegen Paula – auch auf Tamara angewiesen ist. Sie versucht sich mit den Worten: "... ich kenne doch mein Kind, wenn man da nicht gleich was tut, steigt das Fieber immer höher und bringt Paula in unnötige Gefahr..." Luft zu verschaffen.

Eigentlich müsste Frau B. sich vor mir nicht rechtfertigen. Sie berichtet mir auch von vielen Kleinigkeiten, die ihrer Meinung nach falsch laufen: "anders gelagert, nicht so, wie Paula es liebt", "nicht richtig angezogen bei dem Wetter", "noch nasse Haare gehabt, obwohl ein Termin außer Haus anstand"... Sie sagt, das seien Dinge, die "eigentlich nicht wichtig sind". Offenkundig sind sie wichtig genug, um sie im Gedächtnis zu behalten und sie mir gegenüber zu erwähnen.

Ich verspreche Frau B., mich um das Problem zu kümmern.

Danach rufe ich Tamara an, lasse mir ihre Sicht der Dinge schildern. Sie erklärt mir, welche Folgen es für Paula hat, wenn man sie voll Chemie pumpt, erzählt mir, dass die neue Lagerung für die Durchlüftung der Lunge besser geeignet sei, dass Paula oft viel zu warm angezogen wäre und dass sie nach fünfjähriger Ausbildung sowie mehr als 15 Jahren Berufserfahrung genau wisse, wovon sie rede und was sie tue. Nur – all ihr Können dürfe sie gar nicht anwenden – da sei eben die Mutter, die alles besser wisse, die sich nichts sagen lasse – und sowieso, sie selbst würde mit Paula alles anders machen.

Innerlich seufze ich. Ich kenne dieses Problem, es tritt in allen häuslichen Versorgungen früher oder später auf: fachliche Kompetenz prallt auf die Kompetenz einer Mutter, einer Ehefrau, eines Ehemannes, einer Tochter, eines Sohnes. Auf allen Seiten gibt jeder sein Bestes, doch manchmal liegen die Ansichten darüber, was dieses "Beste" ist, meilenweit auseinander.

Die Brücke dazwischen ist die "menschliche Kompetenz".

Ich werde mich mit Frau B. und Tamara an einen Tisch setzen. Tamara wird erfahren, mit welchen Emotionen, Sorgen, Ängsten oder Eifersüchten sich Frau B. auseinander setzen muss. Frau B. wird hören, wie man sich fühlt, wenn man sein Fachwissen über Bord werfen soll, man aufgefordert wird, gegen berufliche Überzeugungen zu arbeiten, man gern mehr tun würde, einem aber die Hände gebunden sind.

Um das Beste für Paula geben zu können, werden beide Seiten auf einander zugehen müssen, Zugeständnisse machen und Kompromisse finden. Miteinander werden sie es schaffen, damit es Paula gut geht und an nichts fehlt.

Liz Kapitel, Sozialpädagogin

Ihr Recht: Behandlung minderjähriger Patienten

Bei der Behandlung minderjähriger Patienten ist oft viel Fingerspitzengefühl gefordert. Denn allein die Tatsache, dass Patienten noch nicht volljährig sind, heißt noch lange nicht, dass sie keine Rechte haben. Je älter die Patienten werden, desto mehr Mitspracherechte bei der Behandlung stehen ihnen zu. Mit wem der Vertrag abzuschließen ist, wer in die Krankenbehandlung einwilligen muss und ob z.B. auch gegenüber den Eltern Minderjähriger Verschwiegenheitspflicht besteht, all das sind Fragen, für die klare gesetzliche Vorgaben bestehen.

Behandlungsvertrag abschließen

Ohne Zweifel ist der minderjährige Patient derjenige, um den es geht. Doch um Honoraransprüche abzusichern, ist es notwendig, den Klientenvertrag mit der richtigen Partei abzuschließen. Grundsätzlich gilt, dass der Vertrag immer mit der Person abgeschlossen werden muss, die zur Vertretung des Minderjährigen berechtigt ist. Vertretungsberechtigt ist immer derjenige, der sorgeberechtigt ist. Bevor Behandelnde einen Vertrag abschließen, sollten sie also überprüfen, wem das Sorgerecht zusteht. Folgende Konstellationen sind hierbei denkbar:

- Eltern haben das gemeinsame Sorgerecht, wenn sie miteinander verheiratet sind, nach der Geburt heiraten, oder als unverheiratete Eltern beim Notar erklären, dass sie die gemeinsame Sorge ausüben wollen
- Ist ein Elternteil verstorben, hat automatisch der andere das alleinige Sorgerecht
- Auch geschiedene Eltern üben gemeinsames Sorgerecht aus, wenn es nicht auf ein Elternteil allein übertragen wurde
- Wurde den Eltern das Sorgerecht entzogen oder sind diese gar verstorben, wird es von einem Vormund übernommen.

Grundsätzlich gilt das Sorgerecht bis zum 18. Lebensjahr. Einzig der Antrag auf Sozialleistungen kann gemäß § 36 SGB I von Jugendlichen bereits mit der Vollendung des 16. Lebensjahres allein gestellt werden.

Einwilligung in pflegerische Maßnahmen

Jede pflegerische Maßnahme, z.B. die Medikamentengabe oder die Verabreichung einer Spritze, bedarf der Einwilligung des Patienten, denn jeder Eingriff in die körperliche Integrität stellt eine Körperverletzung dar. Wenn es sich nun um minderjährige Patienten handelt, stellt sich natürlich die Frage, wer die wirksame Einwilligung erteilen kann: die sorgeberechtigten Eltern oder gar der minderjährige Patient selbst? Einwilligen kann und muss immer derjenige, der einwilligungsfähig ist. Dies kann auch der Minderjährige sein, wenn er in der Lage ist, die Bedeutung und die Tragweite des Eingriffs zu erkennen. Man spricht von der "tatsächlichen" oder "natürlichen" Einsichts- und Urteilsfähigkeit. Bei alltäglichen Eingriffen, z.B. einer Blutabnahme, ist von der Einsichtsfähigkeit ab dem 14. Lebensjahr auszugehen. Für Pflegende stellt sich das Problem, dass in dem Moment, in dem von einer Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen auszugehen ist, auch nur dieser – und nicht etwa seine Eltern – die Einwilligung wirksam erteilen kann. Es ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig, sich rechtssicher zu verhalten. Empfehlenswert ist es, sich von den Eltern immer zu Beginn der Übernahme der Versorgung eine schriftliche Einwilligungserklärung für die vorzunehmenden Maßnahmen erteilen zu lassen. Bringt der minderjährige Patient seinen Unwillen gegenüber bestimmten pflegerischen Maßnahmen zum Ausdruck, ist es in jedem Fall notwendig, das gemeinsame Gespräch mit dem Patienten und seinen Eltern zu suchen, um zu einer tragfähigen einvernehmlichen Lösung zu gelangen. Das Ergebnis dieses Gespräches sollten die Pflegenden dokumentieren, um die Einwilligung im Streitfall nachweisen zu können.

Die Eltern der minderjährigen Patienten sind verpflichtet, jede Entscheidung zum Wohl des Kindes zu treffen.

Tun sie dies nicht, indem sie z.B. die Einwilligung in notwendige behandlungspflegerische Maßnahmen verweigern, besteht die Möglichkeit, das Familiengericht gemäß § 1666 BGB anzurufen. Dies können Pflegedienste, Hausärzte oder jeder andere tun, der in der Lage ist, begründet vorzutragen, dass die Sorgeberechtigten mit ihrem Verhalten das Wohl des Kindes gefährden.

Schweigepflicht gegenüber Angehörigen

Es gehört zum Basiswissen Pflegender, dass sie verpflichtet sind, die Intimsphäre und die Persönlichkeitsrechte ihrer Patienten zu schützen. Hierzu gehört ganz selbstverständlich die Verpflichtung zur Verschwiegenheit. Sie umfasst zunächst Außenstehende, gilt jedoch grundsätzlich auch gegenüber Angehörigen. Bei erwachsenen Patienten ist dies klar. Informationen, die Pflegenden in Ausübung ihrer beruflichen Pflichten bekannt werden, geben sie keinesfalls ohne die Einwilligung des Patienten weiter. Bei minderjährigen Patienten gestaltet sich die Situation schwieriger. Häufig sind Pflegende genötigt, eine Gratwanderung zwischen den Interessen der Eltern und des Kindes zu machen. Die Eltern haben einen Informationsanspruch, um Entscheidungen zum Wohl des Kindes treffen zu können. Je älter die Patienten werden, desto mehr wächst jedoch deren Interesse, sich von den Eltern abzugrenzen. Damit geht auch die Forderung einher, dass Informationen nicht mehr einfach so an die Eltern weitergegeben werden. Hier ist von Pflegenden verlangt, zwischen dem Elternrecht und den Interessen der jugendlichen Patienten sorgfältig abzuwägen. Dies umso mehr, als die vorschnelle Weitergabe von Informationen das Vertrauensverhältnis empfindlich stören kann. Pflegende orientieren sich im Zweifelsfall auch hier an der Einsichtsfähigkeit ihrer Patienten. Wenn sie die Überzeugung gewinnen, dass der minderjährige Patient bereits in der Lage ist, die relevanten Tatsachen zu überblicken und zu beurteilen, dann sollte das Informationsrecht der Eltern hinter dem Persönlichkeitsschutz der Minderjährigen zurückstehen. Pflegende können sich dieser Zwickmühle am besten entziehen, wenn sie die Angehörigen darauf verweisen, sich mit dem Patienten selbst zu besprechen.

Christina Loy-Birzer, Rechtsanwältin

Heimat heißt Wärme

Portrait: "Arche Regenbogen" soll ein Zuhause für langzeitbeatmete Kinder werden

Der Name "Arche-Regenbogen" steht für unser Ziel, langzeitbeatmeten und intensivpflegebedürftigen Kindern ein Leben im familiärem Umfeld zu ermöglichen, um ihre geistige, seelische und körperliche Entwicklung bestmöglich zu fördern.

Situation

Auf vielen pädiatrischen Intensivstationen befinden sich immer wieder Kinder, deren eigentliche Intensivbehandlungsphase vorüber ist. Sie bedürfen aber, bedingt durch ihre Grunderkrankung, weiterhin einer engmaschigen Überwachung und Pflege, z.B. kurzfristiges Absaugen, Sauerstoffgabe oder gar Beatmung. Diese Umstände können die Verlegung der Kinder auf eine periphere Station, in eine Heimeinrichtung oder in die Obhut der Eltern erschweren. Die Folge ist, dass die Kinder in den Intensiveinrichtungen belassen werden müssen, und, da das Personal auf Intensivstationen meist hierfür keine Zeit hat, oftmals nicht individuell gefördert werden können. Dabei sind gerade diese Kinder auf eine liebevoll-familiäre, behutsam-ruhige Umgebung sowie eine individuelle Förderung angewiesen, damit sie sich entwickeln und ihre eigene Persönlichkeit entfalten können.

Viele Eltern stehen der Situation mit ihrem intensivpflegebedürftigen Kind ohnmächtig gegenüber. Nicht alle Eltern trauen es sich zu, ihr Kind in diesem Zustand mit nach Hause zu nehmen und mit hohem Aufwand und Unterstützung eines ambulanten Kinderkrankenpflegedienstes selber zu pflegen. Es muss eine permanente und kompetente Krankenbeobachtung sowie ein schnelles, adäquates Handeln in Notfallsituationen gewährleistet sein. Dies bedeutet eine große Belastung für Familien.

Kinderintensivstationen sind Stätten hektischer Betriebsamkeit und auf die Behandlung akuter, lebensbedrohlicher Krankheiten ausgerichtet. Blinkende Überwachungsmonitore, akustische Alarmsignale, Notfallsituationen und ständig wechselnde Bezugspersonen geben einem Kind nicht diejenigen Impulse zur geistigen, seelischen und körperlichen Entwicklung, die es in einem normalen Familienalltag erhalten würde.

Intensivstationen sind weder räumlich noch personell in der Lage, Langzeitpatienten individuell zu fördern sowie ihnen Schutz und Geborgenheit zu vermitteln. Seelische Verarmung und verschiedene Formen von Hospitalismus sind übliche Folgeerscheinungen.

"Arche-Regenbogen"

Die geplante "Arche-Regenbogen" bietet vier bis fünf beatmeten und intensivpflegebedürftigen Kindern einen dauerhaften Ort zum Leben sowie ein bis zwei Kindern einen Kurzzeitpflegeplatz.

Gestützt durch kompetente Versorgung und die liebevolle Zuwendung fester Bezugspersonen können beatmungspflichtige Kinder eine positive Lebenseinstellung entwickeln. Foto: Arche Regenbogen

Wir möchten mit der "Arche-Regenbogen" einen Lebensraum mit familiärem und pädagogischem Charakter schaffen, in dem jedes Kind die pflegerische und medizinische Hilfe sowie pädagogische Förderung erhält, die es braucht.

Für jeden Patienten wird in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Krankengymnasten, Logopäden, Pädagogen und Ergotherapeuten) ein individueller Förderplan erstellt. Im Mittelpunkt unserer Bemühungen sollen die weitgehende Normalisierung der Lebensverhältnisse und die ganzheitliche Entwicklungsförderung der uns anvertrauten Kinder stehen.

Wir streben eine enge Kooperation mit den Eltern an. Das Ziel unserer Bemühungen soll die Reintegration in die eigene Familie sein.

Leistungen

Kurzzeitpflege (1–2 Plätze, bis zum 12. Lebensjahr) bei Krankheit oder Urlaub zur kurzfristigen Entlastung von Familien, die ihr Kind normalerweise zu Hause betreuen.

Langzeitpflege (4–5 Plätze, bis zum Schulalter)

- Pflege und Betreuung von Patienten, die nicht von ihren Eltern versorgt werden können
- Als Übergangslösung von der Klinik bis zur endgültigen Entlassung nach Hause bieten wir eine behutsame Einführung der Eltern in die behandlungspflegerischen Maßnahmen und damit den Abbau von Berührungsängsten. Die Eltern gewinnen Sicherheit im Umgang mit Überwachungsmonitor, Beatmungs- und Absauggerät und haben die Gelegenheit, das entsprechende Verhalten in Notfallsituationen zu erlernen.

Verhinderungspflege (bis zum 12. Lebensjahr) im Sinne einer stundenweise Betreuung.

Unsere Rund-um-die-Uhr-Versorgung umfasst die Grund- und Behandlungspflege, soziale und pädagogische Betreuung sowie die therapeutischen Maßnahmen. Insgesamt ist unsere Einrichtung auf die gleichzeitige Betreuung von maximal sechs Kindern ausgelegt.

Ziele

Die ersten Lebensjahre haben für jedes Kind eine besondere Bedeutung für dessen weitere Entwicklung. Dies gilt selbstverständlich auch für schwerkranke Kinder. Neben der allgemeinen Befriedigung körperlicher Bedürfnisse wie Nahrung, Wärme, Sauberkeit und Schlaf sollte jedes Kind eine verlässliche, ständig verfügbare und liebevolle Zuwendung erfahren. Liebkosungen, Körperkontakt, Ansprache und andere Formen der Zuneigung bilden die notwendigen Grundlagen für die Ausbildung einer positiven Lebenseinstellung. Im Mittelpunkt unserer Bemühungen steht daher die weitgehende Normalisierung der Lebensumstände, die ganzheitliche Betreuung und pädagogische Entwicklungsförderung der Kinder.

Personal

Für die Betreuung ist ein Dreischichtsystem notwendig. In den zwei Schichten tagsüber sollen je eine Intensiv- und ein(e) Kinderkrankenschwester/-pfleger anwesend sein. Zudem arbeiten am Vormittag ein(e) Ergotherapeut(in) und am Nachmittag ein(e) Erzieher(in) mit den Kindern. Nachts werden eine Intensivfachkraft und ein Hintergrunddienst zugegen sein.

Die medizinische Betreuung wird von niedergelassenen Kinderärzten gewährleistet. Bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes besteht die Möglichkeit, die Kinder auf pädiatrische Intensivstationen einzuweisen.

Bauliche Voraussetzungen

Zurzeit wird ein Haus auf den Härten (zwischen Tübingen und Reutlingen) umgebaut. Die Eröffnung der Einrichtung ist für Ende 2006 geplant. Der Standard wird sich im Wesentlichen an den Richtlinien für barrierefreies Wohnen orientieren. Zwei Einzelzimmer sowie zwei Zweibettzimmer sind vorgesehen. Ein großes Wohnzimmer mit Essbereich wird den Mittelpunkt des Hauses bilden.

Außerdem wird u.a. ein Snoezelenraum (ein Wohlfühl-Raum zur Förderung der sinnlichen Wahrnehmung) eingerichtet.

Struktur

Der Träger der Einrichtung ist die "Arche-Regenbogen" gGmbH. Sie ist Mitglied der "Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten" und erhält Unterstützung vom Förderverein Arche Noah e.V.

Als Schirmherrin haben wir Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion, gewonnen.

Christiane Miarka,
Fachkinderkrankenschwester,
Initiatorin "Arche Regenbogen"

Arche Noah e.V.
Quenstedtstraße 12
72076 Tübingen
Telefon: 07071/55 00 33
Fax: 07071/55 03 37

Produkte im Test

Der kräftige Hustenstoß des gesunden Menschen ist ein natürlicher Abwehrmechanismus der unteren und oberen Atemwege.
Er beginnt mit einem sehr tiefen Atemzug, durch den mehr Luft als bei einer normalen Einatmung in die Lunge gesogen wird. Durch den Schluss des Kehldeckels hat die eingeatmete Luft Zeit, sich in den Atemwegen zu verteilen, Mit der Anspannung bläht die Atemmuskulatur die Lunge auf natürliche Weise, der Druck in der Lunge steigt. Nun öffnet sich der Kehldeckel blitzartig und die Luft entweicht in hoher Geschwindigkeit, der Hustenstoß wird ausgelöst.
Dieser natürliche Mechanismus ist bei Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen (z.B. ALS), mit Verletzungen des Rückenmarks (z.B. Querschnittlähmung) oder pulmonologischen Erkrankungen, die mit einer deutlichen Schwäche der Atemmuskulatur einhergehen, erheblich gestört. Bei Ihnen ist das Abhusten durch den zu geringen Exspirationsflow ineffektiv, das Risiko eines Sekretstaus hoch.

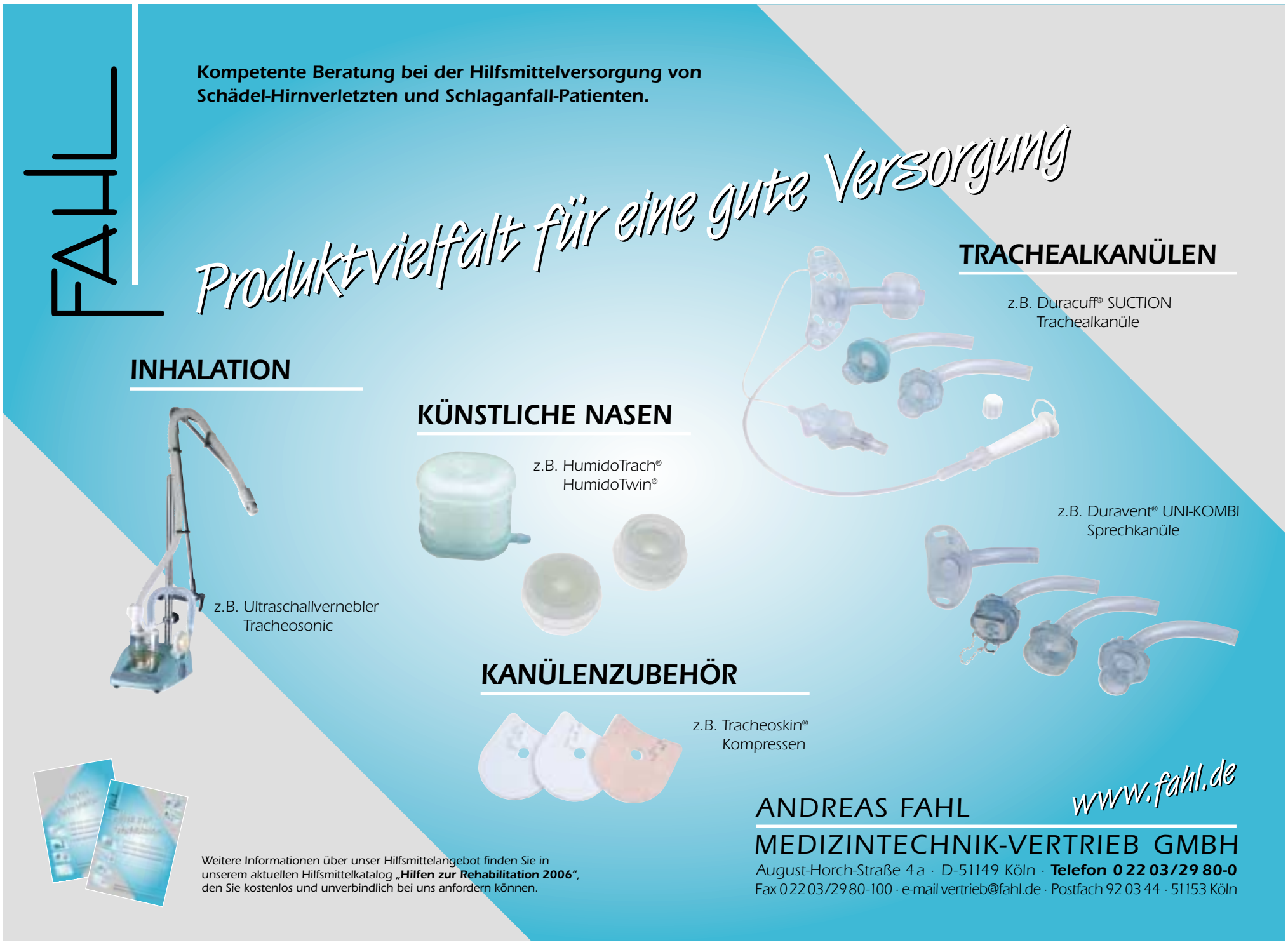
Bisher konnte man sicherlich durch "Air Stacking" mit einem Handbeatmungsbeutel oder physiotherapeutische und andere manuelle Maßnahmen, z.B. die äußere Komprimierung des Brustkorbes zur Erhöhung des Druckes und damit Erleichterung des Abhustens, etwas Abhilfe schaffen.
Verschiedene Studien und zahlreiche positive praktische Erfahrungen in Kliniken und der ambulanten Pflege haben in den vergangenen Jahren bewiesen, dass Hustenhilfen eine wertvolle, sichere und einfach anzuwendende Möglichkeit darstellen, um Patienten die Sekretmobilisation zu erleichtern.
Das Funktionsprinzip mechanischer Hustenhilfen beruht auf einer starken Erhöhung des Exspirationsflows durch den schnellen Wechsel von Positiv- zu Negativdrücken in den Atemwegen, ähnlich dem natürlichen Hustenstoß.
Dieser Vorgang kann manuell am Gerät ausgelöst oder automatisch gesteuert erfolgen. Der Vorteil der Verwendung der Hustenhilfen im manuellen Modus liegt in der besseren Synchronisation mit der Eigenatmung des Patienten, der Nachteil liegt bei der Anwendung durch nur einen Bediener im möglichen langsamen Wechsel zur Exspiration. Bei der automatischen Steuerung durch das Gerät wird die Bedienung sehr einfach, allerdings besteht hier die Gefahr, dass die In- und Exspiration nicht synchron zur Atmung des Patienten erfolgt.
Die Einstellung der Parameter obliegt ausschließlich erfahrenen Ärzten. Die Anwendung seitens der Angehörigen oder Pflegenden erfordert eine gründliche Schulung durch autorisierte Personen.

Ein kräftiger Husten befördert Sekret oder Fremdkörper aus den Atemwegen. Foto: DAK/Atemwegsliga

Die Hustenhilfe sollte je nach Indikation mehrmals täglich genutzt werden (Arztanordnung). Bei zu häufiger Verwendung kann es allerdings zu einer Hyperventilation kommen. Der Einsatz dieser Geräte ist durch die Verwendung einer Maske, eines Mundstücks oder eines Adapters für Trachealkanülen oder Tuben individuell zu gestalten.
Die Anwendung der mechanischen Hustenhilfe ist sowohl in sitzender Position als auch im Liegen möglich.
Mechanische Geräte zur In- und Exsufflation dürfen niemals bei Lungenemphysem, Pneumothorax und nach Erleiden eines Barotraumas verwendet werden.
Der Einsatz von Hustenhilfen ist bereits mehrfach erfolgreich bei Kindern ab dem 4. Lebensmonat durchgeführt worden. Kinder die die mechanische In- und Exsufflation zur Vermeidung eines Sekretstaus nutzen, erschöpfen sich deutlich seltener als Gleichaltrige, die dieses Hilfsmittel nicht nutzen. Durch die korrekte Benutzung der Hustenassistenz wird Sekret leichter und besser mobilisiert, das Atelektasenrisiko sinkt und es kommt seltener zu Infekten der Atemwege. Die Absaugfrequenz ist meist deutlich verringert.

Die Effizienz der Hustenhilfen wird durch die Applikation von Sekretolytika (nach Arztanordnung) deutlich verbessert. Das mithilfe einer ausreichenden Flüssigkeitssubstitution gelöste Sekret – hier bitte Rücksicht auf kardial vorbelastete Patienten nehmen – lässt sich in Kombination mit dem hohen Exspirationsflow suffizient mobilisieren und "abhusten".
Viele Patienten beschreiben die Anwendung der Geräte im Vergleich zu dem Absaugvorgang durch Pflegende als angenehmer und effektiver.
Die "Hustenassistenten" werden von Vivisol ("Pegaso") und Heinen und Löwenstein ("Cough Assist") in Deutschland vertrieben. Beide Geräte liegen preislich auf demselben Niveau, die technischen Spezifikationen sind ähnlich.

Stefan Hille, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin



Jeden Tag entdecken

Portrait: Das "AtemReich" betreut beatmete Kinder interdisziplinär

Im Kinderhaus "AtemReich" hat unser Team ein Zuhause für intensivpflegebedürftige, beatmete oder von Beatmung bedrohte Kinder bis zum Erreichen des Schulalters geschaffen. Die Einrichtung wurde im April 2006 eröffnet. Wir betreuen sechs Kinder im Rahmen eines ganzheitlichen und interdisziplinären Konzeptes, zu dem Medizin, Pflege, Pädagogik, und Therapie gehören. Wir begleiten und unterstützen die Kinder sowie ihre Familien, um – sofern möglich – ein späteres Leben in der häuslichen Umgebung zu erleichtern.

Das "AtemReich" ist auf Kinder ausgerichtet, deren akute medizinische Behandlung abgeschlossen ist, die aber nicht in die häusliche Umgebung verlegt werden können. Außerdem übernehmen wir Kurzzeitpflege. Über die vertragsärztliche Versorgung hinaus bietet das "AtemReich" zusätzliche ärztliche Versorgung an. Für Notfälle leistet die Kinderklinik des Dritten Ordens eine Rufbereitschaft rund um die Uhr, die mit Fachärzten verschiedener Disziplinen besetzt ist.

Im Haus betreut ein interdisziplinäres Team aus Fachkräften (Kinderkrankenschwestern, Heilpädagogen, Heilerziehungspflegern, Erziehern) die Kinder und steht Eltern und Geschwisterkindern für Anleitung und Gespräche zur Verfügung. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten sowie Logopäden stellen die gezielte therapeutische Förderung der Kinder sicher. Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachkräften ist im Konzept des Kinderhauses "AtemReich" verankert. Die Eltern können sich an der Planung der individuellen Förderung beteiligen und bei Bedarf ein Training absolvieren, das es ihnen ermöglicht, ihre Kinder zuhause zu versorgen. In jedem Kinderzimmer gibt es eine Schlafmöglichkeit für Eltern.

Prof. Dr. med. Johannes G. Schöber, Kinderarzt. Fotos: Kinderhaus "AtemReich"

Stimmen der Mitarbeiter

Viele meiner Freunde können sich meine Arbeit mit beatmeten Kindern schwer vorstellen. "Was machst du mit denen? Kann man da überhaupt etwas tun?" Das sind typische Fragen.

Ich kenne genug Kinder, die viele Jahre auf einer Intensivstation leben mussten. Zu krank, um zu Hause zu wohnen, aber definitiv auch zu gesund, um auf einer Intensivstation liegen zu müssen. Tagein, tagaus hinter Glaswänden, täglich huscht eine Visite vorbei, nebenan wechseln ständig andere kranke Kinder, die die Station schnell wieder verlassen, wenn es ihnen besser geht. Keiner der Pflegenden hat Zeit, mit dem Kind und seinem Beatmungsgerät die Station zu verlassen, um im Park mal eine Runde mit dem Rollstuhl zu drehen. Die Eltern kommen nur besuchsweise vorbei. Das dauert oft sechs Jahre lang, bis das Kind vielleicht eingeschult wird und in eine Einrichtung wechselt, die es für ältere beatmete Kinder durchaus gibt. Hier haben die Kleinen ihr eigenes Kinderzimmer, die Eltern können jederzeit bei ihnen übernachten. Hier gibt es einen großen Tisch, um den sich alle zum Essen versammeln. Hier gibt es ein Wohnzimmer, in dem man liegen und spielen kann. Hier gibt es einen Garten, in dem man schaukeln oder im Planschbecken sitzen kann. Diese für gesunde Kinder selbstverständlichen Lebensumstände brauchen auch beatmete Kinder, um überhaupt die Chance zu bekommen, sich "normal" altersgerecht zu entwickeln.

Rosi Müller-Göttner, Physiotherapeutin

Es ist eine Herausforderung, einen kindgerechten Lebensort für Kinder mit besonderen Bedürfnissen zu gestalten, einen Ort der individuellen Förderung und der Geborgenheit, einen Ort, an dem gelacht und gefeiert wird, in dem auch Raum ist, traurig zu sein.

Eltern und Geschwister kommen mit ihren Erwartungen und Ängsten, wenn sie uns ihr Kind anvertrauen. Hier ist Zeit für Gespräche bei einer gemeinsamen Tasse Tee oder einem Spaziergang durch den benachbarten Park.

Nachdem Heimweh und die erste Fremdheit des neuen Ortes überwunden sind, der Tagesrhythmus mit seinen Ritualen einen sicheren Rahmen gibt, werden die Kinder aufnahmebereit für Anregungen. Wenn Schwester und Bruder zu Besuch kommen, werden sie gleich einbezogen, am großen Wohnzimmertisch mit Fingerfarben zu malen.

Ein Kind, das am Anfang noch ganz in sich gekehrt, kaum zugänglich war und schwer zur Ruhe fand, begeistert uns jetzt alle, wenn es mit großer Konzentration neue Farben, Lichtspiele, Oberflächen, Gerüche und Geschmacksrichtungen erforscht. Besucher, kleine und große (auch mal mit Wuschelfell), gehen täglich ein und aus. Sie bereichern das Alltagsleben im "AtemReich" und bringen den Kindern viel Normalität.

Gespannt bin ich jedes Mal auf einen neuen Tag, an dem ein Kind vielleicht den ersten Schritt wagt oder ein anderes vorsichtig lächelt, sobald Geräusche aus den Klangboxen ertönen.

Bettina Rizzi, Krankenschwester und Pädagogin

Nachdem am 14. Januar 05 unser Sohn Mario als drittes Kind schwerstbehindert zur Welt kam, brach für uns eine heile Welt zusammen. Nie hatten wir uns mit dem Gedanken an ein behindertes Kinder vertraut gemacht.

Nach einem sechsmonatigen Klinikaufenthalt schafften wir es, motiviert von ganz viel liebevoller Unterstützung der Ärzte aus der Kinderklinik, Mario nach Hause zu nehmen. Erst einmal nur mit einer Atemhilfe, doch das scheiterte nach nur zwei Tagen. Nach einer erneuten wochenlangen Phase im Krankenhaus kam Mario für ganze sechs Stunden nach Hause – und dann wieder in die Klinik.

Wir stimmten einer Tracheotomie zu. Wieder entstanden viele Fragen, wieder vergingen Wochen, wieder lernten, fragten, probierten, organisierten wir.

Als wir endlich die komplizierten Geräte zuhause hatten und in alles bestens eingewiesen waren, holten wir Mario – wie wir dachten – endgültig zu uns. Bei der Betreuung unterstützte uns ein ambulanter Pflegedienst zwölf Stunden täglich. Damit entstanden neue Sorgen, denn wir verloren mit diesem Tag unsere Privatsphäre.

Nach acht Monaten drohte unsere Familie zu zerbrechen und wir mussten darüber nachdenken, Mario in Pflege zu geben. Wohin? Wieder überrannten uns viele Fragen. Endlich erfuhren wir von der Eröffnung des Kinderhauses "AtemReich" – und das Beste war, dass darin noch Plätze frei waren. Wir schauten uns das Haus an, und waren sofort von der freundlichen, familiären und liebevollen Atmosphäre und den super geschulten Mitarbeitern begeistert.

Alexandra Mack, Mutter eines im "AtemReich" betreuten Kindes

Seit ich im "AtemReich" arbeite, gab es für mich keinen Tag lang einen Zweifel daran, wie sinnvoll und notwendig es ist, den Kindern eine Alternative zu einer Intensivstation zu bieten bzw. neben ihrem Heim bei den Eltern ein zweites Zuhause zu schaffen.

Da ist z.B. ein Kind, das man zu Beginn morgens beim Bad nur mit viel Geduld und Zuspruch in eine sitzende Position bringen konnte. Heute ist es vergnügt im Planschbecken im Garten zu beobachten.

Es macht Freude, die Kinder bei ihren ersten Krabbelversuchen sehen zu dürfen oder ihre Begeisterung bei kleinen Ausflügen (mitsamt Beatmungsmaschinen und sonstigen Gerätschaften).

Das ganzheitliche Konzept macht meiner Meinung nach das "AtemReich" zu einer ganz besonderen Einrichtung. Ich freue mich sehr auf die weitere Arbeit, die Zeit mit den Kindern und den Kontakt mit den Eltern.

Melanie Schürmann, Kinderkrankenschwester

Dank enormer medizinischer Fortschritte in den vergangenen 30 Jahren haben Kinder mit schweren Erkrankungen und angeborenen Fehlbildungen der Lunge, des Herzens und der Atemwege heute eine relativ gute Prognose. Früher verbrachten diese Kinder oft viele Jahre auf einer Intensivstation. Inzwischen ist es in den meisten Fällen möglich, sie mit Hilfe eines Heimrespirators in der Familie zu betreuen, wobei die Versorgung durch die Eltern und durch ambulante Pflegedienste sichergestellt wird.

Nicht in allen Fällen kann die Familie ein chronisch krankes, beatmetes Kind aufnehmen. Diese Kinder verweilen dann Monate oder Jahre auf einer Intensivstation. So sehr sich die Intensivschwestern bemühen: die Behandlung der akut kranken Kinder lässt ihnen zu wenig Zeit, um sich im erforderlichen Umfang den chronisch kranken Dauerbeatmeten zu widmen.

"AtemReich" bietet für diese Kleinkinder neben der notwendigen medizinischen Versorgung eine ganzheitliche Betreuung mit einer Vielzahl von Therapie- und Fördermöglichkeiten an.

Entscheidende Voraussetzung für das Gelingen des Projektes sind die engagierten Pflegenden, Pädagoginnen, Therapeuten und Ärzte. Trotz ihrer Behinderung, trotz Trachealkanüle und maschineller Beatmung erleben die Kinder hier viele Momente des Glücks und eine erheblich verbesserte Lebensqualität.

Prof. Dr. med. Johannes G. Schöber, Kinderarzt

Melanie Schürmann, Kinderkrankenschwester.

Kinderhaus "AtemReich"
Franz-Schrank-Straße 10
80638 München
Telefon: 089/45227569
Fax: 089/45227571

Sicherheit in kleinen Schritten

Ein Pflegeteam in Wien bereitet beatmungspflichtige Patienten und deren Angehörige mit einem detaillierten Schulungsprogramm auf das Leben zuhause vor

Der Gesundheitszustand von Herrn X., einem Patienten, der seit vielen Jahren durch unsere Station betreut wird und bereits seit langer Zeit intermittierende Maskenbeatmung benötigt, verschlechtert sich zusehends. Da die Pausen, in der Herr X. keine Beatmung benötigt, immer kürzer werden und eine Unterstützung durch Maskenbeatmung nicht mehr ausreichend ist, müssen der Patient und seine Angehörigen eine schwerwiegende Entscheidung treffen. Es wird klar, dass sein Gesundheitszustand durch das fortschreitende Krankheitsbild nicht mehr lange mit dem Leben zu vereinbaren ist, wenn man nicht zu anderen Maßnahmen greift. Die einzige Möglichkeit, sein Dasein zu verlängern und lebenswerter zu gestalten, ist eine Tracheotomie, die es ermöglicht, Herrn X. invasiv zu beatmen. Zunächst lehnen der Patient und seine Familienangehörigen diese Option ab. Nach einer längeren Zeit des Überlegens entscheiden sie sich dann doch für den Eingriff.
Nach der erfolgreich verlaufenen Operation verbessert sich der Zustand von Herrn X. und er wird zusehends mobiler.
Nun stellt sich jedoch ein anderes Problem. Der Patient und seine Angehörigen, die ihn nach seiner Entlassung zu Hause betreuen sollen, müssen geschult werden. Die Phase des Lernens bedeutet für alle Beteiligten – Patienten, Angehörige sowie Pflegepersonal – großen Aufwand, da der größte Teil der zu Schulenden medizinisch nicht vorgebildet ist.

Die Station, auf der ich seit über einem Jahr arbeite, ist auf Heimbeatmung und Weaning (Beatmungsentwöhnung) spezialisiert. Dadurch besteht ein großer Anteil der Arbeit darin, beatmungspflichtige Patienten in der Bedienung der verschiedenen Beatmungsgeräte sowie in den notwendigen Pflegetätigkeiten zu schulen. Um den Betroffenen die Phase des Lernens zu erleichtern, stellte sich das pflegerische Team die Aufgabe, ihnen eine weit reichende Unterstützung zu bieten. Viele Patienten oder Angehörige fühlen sich zunächst von dieser für sie unbekannten Materie überfordert und entwickeln dadurch Hemmungen und Ängste. Um die Schulungsbedingungen zu verbessern und die Situation für die Betroffenen so weit wie möglich zu erleichtern, wurden unter Mithilfe des gesamten Pflegeteams neue Schulungsmaßnahmen konzipiert.

Schulung der ganz anderen Art

Da die Probleme der Schulungen häufig wiederkehren, überlegte sich das Pflegeteam Maßnahmen, die eine enorme Erleichterung für Patienten, Angehörige und auch das Pflegepersonal darstellen. Es wurden Protokolle entwickelt, die durch schriftliche und abbildungsgestützte Dokumentation die erforderlichen Arbeitsschritte verständlich und genau beschreiben. Sie erklären jede pflegerische Handlung detailliert und Schritt für Schritt. In verständlichen Formulierungen sind alle wichtigen Punkte genannt. Situationsgerechte Fotografien verdeutlichen die Pflegesituationen zusätzlich.

Die Dokumentation pflegerischer Handlungen mit Fotos unterstützt die Schulung von Angehörigen und dient ihnen auch später als Gedächtnisstütze.

Fotos: Andreas Walle

Hier ist der Verbandwechsel an einer PEG gezeigt:
a) Alten Verband entfernen.
b) Einstichstelle säubern.
c) Sterile Schlitzkompressen auflegen (sterilen Handschuh verwenden).
d) Kompressen mit Tapetenpflaster fixieren.

Ein Vorteil dieser Art von Schulungsanleitung ist, dass durch die zusätzlichen Abbildungen eigenständiges Üben und Selbstkontrolle möglich werden. Weiter haben die Betroffenen die Möglichkeit, alle Schritte nach der Entlassung der Patienten zu Hause nachzulesen und zu wiederholen, die Abbildungen nochmals zu studieren und somit das Gelernte zu reflektieren sowie Unsicherheiten zu beseitigen.
Einen weiteren wichtigen Punkt stellt die Betreuung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt durch extramurale Dienste dar. In den wenigsten Fällen besteht die Möglichkeit einer stationären Schulung der Pflegenden, die in der Hauskrankenpflege tätig sind, beziehungsweise von praktischen Ärzten, die den Patienten nach seiner Entlassung zu Hause betreuen. Durch das einmalige Zusammenspiel von detaillierter Beschreibung und dazugehöriger Abbildung wird es Personen mit fundierter medizinischer Ausbildung ermöglicht, sich notwendiges Wissen anzueignen und im gegebenen Fall Hilfe zu leisten. Somit gibt diese neue Art der Schulungsprotokolle Menschen mit medizinischen Vorkenntnissen die Möglichkeit einer Selbstschulung.

Struktur der Schulungen

Die Schulungsphase erfordert von allen Beteiligten einen erheblichen Zeitaufwand. Je nach Umfang der Materie beziehungsweise Kapazität und Vorbildung der zu schulenden Personen kann das jeweilige Lernziel in einigen Tagen erreicht sein. Manchmal dauert es jedoch einige Wochen, bis die Schulung mit befriedigendem Ergebnis abgeschlossen ist.
Zu Beginn erklärt die zuständige Pflegeperson den genauen Ablauf und die durchzuführenden Maßnahmen anhand des Gerätes oder der eigens dazu angeschafften lebensgroßen Puppe, die als Demonstrationsobjekt dient. Die zu lernende Materie wird genau besprochen und anschaulich gemacht.
Im nächsten Schritt halten die Pflegenden den Patienten sowie seine Angehörigen dazu an, das Erklärte wiederzugeben. Damit überprüfen sie, ob die Lernenden die Situation verstanden und die möglicherweise daraus entstehenden Probleme erkannt haben. Die zu Schulenden erhalten überdies die Möglichkeit, alle erforderlichen Maßnahmen praktisch durchzuführen, bis ein gewisses Maß an Sicherheit erreicht ist.

Herausforderung Beatmung

Bei einer umfassenden Schulung der Angehörigen, zum Beispiel im Umgang mit tracheotomierten Patienten, gibt es die Möglichkeit eines Trockentrainings. Alle Situationen können an der Übungspuppe trainiert und später im Beisein und unter der Anleitung eines erfahrenen Pflegenden direkt am jeweiligen Patienten durchgeführt werden. Durch oftmalige Wiederholungen hat die lernende Person die Option, die geübten Situationen zu festigen und Hemmungen und Ängste beiseite zu legen. Dieser Vorgang wird so lange wiederholt, bis alle Fragen beantwortet und geklärt sind, der Patient bzw. der Angehörige selbst in der Lage ist, situationsgerecht zu reagieren und entsprechend zu handeln. Das Ziel dieser Phase ist es, alle Unsicherheiten zu beseitigen.

Rechtliche Absicherung

Einen weiteren Vorteil stellt die zusätzliche rechtliche Absicherung durch eine exakte Dokumentation der Schulungseinheiten dar. Es gibt für die mit der Schulung betrauten Pflegenden die Möglichkeit, nach jedem Tag den aktuellen Wissensstand festzuhalten und mit Datum und Handzeichen zu versehen. Damit ist für jene Pflegenden, die für die Fortsetzung der Schulung zuständig sind, sofort erkennbar, über welches Wissen der Patient oder die Angehörigen bis zu diesem Zeitpunkt verfügen und an welchem Punkt mit der weiteren Schulung anzuknüpfen ist. Die Dokumentation unterscheidet mehrere didaktische Schritte. Aus den Aufzeichnungen ist ersichtlich, wann der jeweilige Lernstoff erklärt wurde, wann der zu Schulende eine Demonstration der korrekten Abläufe gesehen hat, an welchem Tag die Situation mit Hilfe durchgeführt wurde und zu welchem Datum der Lernende die Fähigkeit erreichte, die Handlung selbständig durchzuführen.
Die detailliert geführte Dokumentation ermöglicht neben der Übersicht über die angestrebten Lernziele auch eine nachvollziehbare Aussage, auf welchem Stand sich der Lernende befindet. Darüber hinaus lässt sie keinen Zweifel darüber zu, dass die Schulung korrekt, gründlich und umfassend erfolgte. Am Ende der Schulung unterzeichnen die Patienten sowie die Angehörigen, die an der Schulung teilgenommen haben, jede Seite des Protokolls und geben auf diese Weise die Erklärung ab, dass sie alle relevanten Punkte verstanden haben und mit der Beurteilung einverstanden sind.

Probleme während der Schulung

Es gibt eine Reihe von Problemen, die während der Schulungsphase auftreten können:
- Unwissen durch fehlende medizinische Vorbildung
- Ängste, Hemmungen und Unsicherheit, die durch die unbekannte Materie ausgelöst sind
- Zeitlicher Aufwand für Angehörige und Pflegepersonal
- Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren
- Überforderung durch zeitlichen Druck und individuelle Situation
- Analphabetismus.

So ist es zum Beispiel wichtig, die Patienten und deren Angehörige nicht zu überfordern. Deshalb ist es notwendig, den Lernstoff einfach

strukturiert und trotzdem korrekt darzubieten und dabei das Fehlen des medizinischen Wissens nicht außer Acht zu lassen. Die Verwendung einer einfach strukturierten Sprache, die möglichst ohne Fremdworte auskommt oder zumindest deren unmittelbare Erklärung gewährleistet, ist nötig, um Missverständnisse auszuschließen. Durch diese anschauliche Darbietung der zu lernenden Materie sowie verständnisvolle Reaktionen auf eventuelle Unsicherheiten, geben Pflegende dem zu Schulenden die Gelegenheit, Ängste und Hemmungen abzubauen.

Unbedingt zu berücksichtigen ist die Koordination der vereinbarten Termine. Die Schulung bedeutet nicht nur für das Pflegepersonal einen enormen zeitlichen Aufwand. Sie beachten, dass die Angehörigen außerhalb des Krankenhauses ein Leben mit vielen Pflichten führen und nicht unbedingt uneingeschränkt über ihre Zeit verfügen können. So haben die Betroffenen oft selbst ein geregeltes Arbeitsleben beziehungsweise sind für die Erziehung ihrer Kinder verantwortlich. Die sorgfältige Abstimmung der zu erledigenden pflegerischen Tätigkeiten im Zusammenhang mit den ausgemachten Zeitpunkten für die Schulung ist deshalb unabdingbar.

Zu beachten ist ebenfalls eine mögliche Überforderung der Angehörigen durch organisatorische Schwierigkeiten aufgrund der künftigen neuen Situation zu Hause. Sie müssen zahlreiche organisatorische Dinge zur Eingliederung des Patienten in sein häusliches Umfeld klären. Gleichzeitig nimmt die Schulung auf der Station Zeit in Anspruch. Darüber wird nicht selten die Zeit knapp, sich mit dem Krankheitsbild des Patienten auseinanderzusetzen, um dieses Schicksal verkraften zu können.

Ein sehr großes Problem entsteht häufig durch Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von sprachlichen Barrieren. Eine Vielzahl der Patienten und Angehörigen ist der deutschen Sprache nur eingeschränkt oder gar nicht mächtig. Obwohl mehrsprachige Pflegende hier Abhilfe schaffen könnten, ist es wegen der Sachzwänge, die aus der Gestaltung der Dienstpläne eines Stationsteams entstehen, oft nicht möglich, diese Schwierigkeiten zu umgehen.

Eine Alternative zur Lösung oder Verringerung der Probleme könnten mehrsprachige Schulungsprotokolle bieten. Auf unserer Station sind derzeit Übersetzungen in Englisch und Serbokroatisch in Arbeit, eventuelle Erweiterungen, zum Beispiel Türkisch, sind noch in Planung.

Das eher selten auftretende Problem des Analphabetismus lässt sich durch die detaillierte Veranschaulichung der Lerninhalte mittels Abbildungen in Kombination mit praktischem Üben lösen. Tritt es jedoch zusammen mit Sprachbarrieren auf, war es dem Team bisher nahezu unmöglich, eine geeignete Lösung zu finden.

Trotz des Auftretens sämtlicher aufgelisteter Probleme im Fall von Herrn X., ist es nun dank der neuen Schulungsprotokolle möglich, ihn mit gutem Gewissen und nach Erreichung aller Lernziele aus dem Krankenhaus in die Obhut seiner Angehörigen zu entlassen.

Schulungsinhalte

Der zu vermittelnde Lernstoff richtet sich nach dem Krankheitsbild des Patienten sowie den Therapien und Hilfsmitteln, die im individuellen Fall vonnöten sind. Drei große Patientengruppen lassen unterscheiden:

Nicht invasiv beatmete Patienten

Sie benötigen überwiegend Schulung in folgenden Bereichen:

- Einweisung in Funktion und Bedienung einer Vielzahl von Geräten, die für die Heimbeatmung mittels Masken geeignet sind
- Hygienemaßnahmen
- Zuordnung der vorkommenden Alarme von unterschiedlichen Respiratoren
- Notfallmanagement, Erkennen der Ursachen und richtige Reaktion in Notfallsituationen.

Sauerstoffpflichtige Patienten

Sie benötigen überwiegend Schulung in folgenden Bereichen:

- Erklärung des Umgangs mit Transportsauerstoffgerät (O_2-Baby)
- Nachfüllen des O_2-Babys am Muttertank
- Bedienung des Muttersauerstofftanks und Erkennen des Füllungszustandes.

Invasiv beatmete Patienten

Sie benötigen überwiegend Schulung in folgenden Bereichen:

- Einweisung in Funktion und Bedienung einer Vielzahl von Geräten, die für die invasive Heimbeatmung geeignet sind
- Hygienemaßnahmen
- Zuordnung der vorkommenden Alarme von verschiedenen Respiratoren
- Notfallmanagement
- Tracheostomapflege
- Kanülenwechsel
- Absaugen
- Beatmung mittels Handbeatmungsbeutel.

Resümee

Die von unserem Pflegeteam entwickelten Schulungsprotokolle erzielen eine Vielzahl an Vorteilen bei der Vorbereitung des Patienten auf seine häusliche Situation. Neben der Förderung der Eigenverantwortung erlernen Patienten und deren Angehörige den Umgang mit der für sie bisher unbekannten Materie rascher, da die Protokolle mit nach Hause gegeben werden und dort als Gedankenstütze dienen, bzw. eine genaue Reflektion des Gelernten ermöglichen. Durch die einfach strukturierte, jedoch trotzdem fachlich korrekte Schulung ist es ihnen möglich, sich in Notfallsituationen richtig zu verhalten, bis professionelle Hilfe eintreffen kann.

Die exakte Dokumentation eignet sich außerdem, die rechtliche Situation seitens des Krankenhauses aber auch der geschulten Personen abzusichern.

Aufgrund der festgelegten Strukturen und der abbildungsgestützten Schulung lässt sich ein verkürzter Krankenhausaufenthalt erreichen. Er trägt nicht nur zur Kosteneinsparung öffentlicher Mittel bei, sondern führt durch die frühere Entlassung der Patienten auch dazu, dass sie sich schneller in ihrer vertrauten Umgebung einleben. Dies steigert das Wohlbefinden und hilft mit, die Rekonvaleszenzphasen zu verkürzen.

DGKP Michael Prebio
Intensivkrankenpfleger,
Stationspfleger RCU
Otto-Wagner-Spital, Wien

WKM
WERKSTATT FÜR KÖRPERBEHINDERTEN-HILFSMITTEL, ORTHOPÄDIE, REHA- UND MEDIZINTECHNIK GMBH MÜNCHEN

Patienten-Überleitungsmanagement für Kinder & Erwachsene

Das bedeutet individuelle, produktneutrale Vollversorgung des Patienten unter Berücksichtigung des nachstationären Umfeldes, um eine sinnvolle, ganzheitliche und therapiesichernde Versorgung sicher zu stellen.

Fachbereiche der WKM

- Heimbeatmung
- Sauerstofftherapie
- Tracheostomaversorgung
- Inhalations- und Atemtherapie
- Enterale künstliche Ernährung
- Dekubitusprophylaxe und -therapie
- Wundversorgung und -beratung
- Patientenüberwachung
- Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmaterialien
- Rehaversorgung
- Kontinenzförderung

Sprechen Sie mit uns - Wir helfen Ihnen gerne weiter!

WKM · Zentrale München · Wildermuthstraße 88 · 80993 München
Telefon: 089 14337-6 · Telefax: 089 14337-777

Pflege braucht Wissen

Qualifizierungsmaßnahme "Pflege von schwerstkranken und beatmeten Kindern und Jugendlichen" der DRK-Kinderklinik in Siegen

Die moderne Medizin ermöglicht es immer mehr Kindern und Jugendlichen, mit immer schwereren körperlichen Behinderungen zu leben. Durch eine rasante Entwicklung im Bereich der Medizintechnik ist es möglich, dass sie zu Hause oder in speziellen Einrichtungen wohnen können. Dazu kommen die gesundheitspolitischen Entwicklungen, die eine zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich nach sich ziehen.
Vor allem schwerstpflegebedürftige und dauerbeatmete Kinder benötigen eine intensive pflegerische und medizintechnische Betreuung. Dies bedeutet für die Familien eine große psychische und physische Belastung. Hier ist meist in allen Versorgungsformen professionelle Unterstützung notwendig.
Dieses sensible Arbeitsfeld verlangt von Pflegenden besondere Kenntnisse und Kompetenzen, die durch die Grundausbildung nicht abgedeckt sind.
Aufgrund unserer langjährigen Erfahrung im Bereich Langzeitbeatmung (häusliche Kinderkrankenpflege, die Kurzzeitpflegeeinrichtung "Kinderzuhause", die Wohnstation für dauerbeatmete Kinder und Jugendliche "Kinderinsel") und mit dem Bedarf an Weiterbildung, wurde in der DRK-Kinderklinik Siegen bereits 2001 die bundesweit erste Qualifizierungsmaßnahme "Pflege von schwerstkranken und beatmeten Kindern und Jugendlichen" entwickelt und durchgeführt. Mittlerweile wurden Teilnehmer aus der gesamten Bundesrepublik weitergebildet.
In diesem Herbst beginnt nun die 7. Qualifizierungsmaßnahme. Ihr Ziel ist es, examinierte Pflegefachkräfte mit dem Thema vertraut zu machen. Sie erwerben während des Unterrichts die erforderlichen Kenntnisse zur Versorgung dieser besonderen Patienten in einem besonderen Umfeld. Sie erkennen, dass unterschiedliche Rahmenbedingungen Auswirkungen auf ihr Handeln haben.
In einer Mischung aus theoretischem und praktischem Unterricht erarbeiten die Teilnehmer mit unterschiedlichen Lernmethoden, z.B. auch in Gruppenarbeit, Lerninhalte und erhalten die Gelegenheit, sie zu vertiefen. Der Erfahrungs- und Wissensaustausch unter den Teilnehmern ist ein wichtiger Bestandteil unseres Konzeptes und regt dazu an, eigenes Handeln zu reflektieren.

Ein anschaulicher theoretischer Unterricht erleichtert es den Teilnehmern von Fortbildungen, ihr Wissen praktisch umzusetzen.

Foto: Andreas Walle

Ziele der Qualifizierungsmaßnahme sind neben dem Erwerb von Fachwissen die Erweiterung der eigenen Sozial-, Methoden- und Handlungskompetenz. Die Teilnehmer gewinnen Sicherheit im Umgang mit Problem- und Konfliktsituationen im Beziehungsdreieck "Pflegende – Kind – Angehörige".
Zugangsvoraussetzungen sind eine dreijährige Ausbildung und das bestandene Examen in der Kranken- oder Kinderkrankenpflege sowie eine mindestens einjährige Berufserfahrung.
Über eine Gesamtdauer von etwa sechs Monaten bietet unsere Bildungseinrichtung 210 Stunden theoretischen Unterricht in Wochenblöcken an. Die Dozenten behandeln ein breites Spektrum an Themen. Lehrgangsinhalte sind unter anderem:

- **Spezielle Pflege,** z.B. Beatmungspflege, Tracheostoma, PEG, Ernährung
- **Grundlagen Medizin,** z.B. Anatomie, Physiologie, Grundlagen der Beatmung, Krankheitsbilder, Schmerztherapie
- **Medizintechnik, medizinische Hilfsmittel**
- **Notfallmanagement,** z.B. Notfallplan, Reanimation in Theorie und praktischer Übung
- **Pädagogik/Psychologie,** z.B. Krisenmanagement, Kommunikation, Trauerbegleitung, Beziehungsdreieck "Pflegende – Kind – Eltern" gestalten
- **Basale Stimulation® und Kinaesthetik Infant Handling** als Grundkurse
- **Finanzierung**
- **Qualitätssicherung.**

In einer Hospitation (40 Stunden) erhalten die Kursteilnehmer Einblicke in neue Arbeitsbereiche. Sie können ihre theoretisch erworbenen Kenntnisse in die Praxis transferieren und – teilweise unter Anleitung – selbständig anwenden. Zur Leistungskontrolle sind zwei Testate und eine Projektarbeit zu schreiben. Nach einem Kolloquium schließen die Teilnehmer die Qualifizierungsmaßnahme mit einem Zertifikat ab. Die Teilnehmerzahl ist auf 15 begrenzt um eine bestmögliche Lernsituation zu schaffen.
Als Dozenten stehen uns Ärzte, Fachschwestern/-pfleger, Therapeuten, Medizintechniker aus der DRK-Kinderklinik Siegen sowie weitere externe Fachleute zur Verfügung.
Die Teilnehmer der Maßnahme sind aufgefordert, ihre individuellen Wünsche und ihren Schulungsbedarf in die Unterrichtsplanung einzubringen. In einer ausführlichen Reflektion geben sie ihr Feedback ab. Dies ermöglicht uns, die Inhalte und Gestaltung des Kurses stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern.
Es entstehen im Bundesgebiet immer wieder neue Weiterbildungsangebote mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund in diesem Bereich. Stundenumfang und Themenspektrum unterscheiden sich von unserer Maßnahme. Aufgrund unserer langjährigen Erfahrung halten wir an dem gewählten Umfang sowie dem erprobten Themenspektrum fest. Aus unserer Sicht ist eine hohe Qualität nur auf diese Weise zu gewährleisten. Die Versorgung von schwerstkranken und beatmeten Kindern erfordert mehr als nur das Beherrschen von Beatmungstechnik.

Andreas Brühl
Leiter der Maßnahme
DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH
57072 Siegen

Informationen unter:
info@drk-kinderklinik.de

Teilzeitjobs für Vollzeit - Mamas,

... weil unsere Joboffensive auch Frauen mit Kindern erreicht.

Wie?

... wir haben Arbeitszeitmodelle, die sich nach den Öffnungszeiten von Kindergärten und Horten richten. Außerdem vermitteln wir zuverlässige Tagesmütter und beteiligen uns an den Kosten.

Wieso?

... weil wir nicht einsehen, warum Mütter aus organisatorischen Gründen am Wiedereinstieg in den Beruf gehindert sein sollen. Sie sind zeitlich nicht flexibel? Wir sind es.

Wo?

... in Köln, Bonn, Koblenz, Düsseldorf, Nürnberg, Erlangen, Würzburg, Schweinfurt, Augsburg, München, Stuttgart, Heidelberg, Karlsruhe, Mannheim, Konstanz, Ravensburg, Kempten... und vielen mehr.

Sie?

... suchen einen Arbeitsplatz, bei dem Familienpflichten und Arbeitszeiten unter einen Hut passen, sind examinierte Krankenschwester oder Kinderkrankenschwester, besitzen klinische Intensiverfahrung, arbeiten eigenverantwortlich. Deshalb wollen wir nicht auf Sie verzichten, denn unser Erfolg basiert auf Ihren Qualitäten.

Warum?

... weil Anerkennung für Sie wichtig ist, Sie ordentlich bezahlt werden wollen, gerne einen PKW nach der Probezeit hätten, Prämiensysteme und eine betriebliche Altersversorgung gut finden und in einem der führenden außerklinischen Intensivpflegeunternehmen einen unbefristeten, sicheren Job suchen.

Und nun?

... bewerben Sie sich per E-Mail:

jobs@heimbeatmung.com

HEIMBEATMUNGS SERVICE
Brambring Jaschke GmbH

Wenn der Mund nicht essen kann

Tipps für die Auswahl von Sonden und Kostformen zur enteralen Ernährung von Kindern

Der Bedarf an Ernährungstherapie ist bei Kindern und Jugendlichen mit neurologischen Erkrankungen hoch. Schwere zerebrale Schädigungen mit entsprechender Beeinträchtigung des Bewusstseins (z.B. nach Schädel-Hirn-Trauma) sowie neurogene Erkrankungen mit Lähmung der Atemmuskulatur machen eine orale Nahrungsaufnahme unmöglich. Diese Patienten sind generell über eine Sonde zu ernähren.

Auf eine enterale Ernährung ist auch ein Großteil der Kinder mit mehr oder weniger stark ausgeprägten hirnorganischen Schädigungen angewiesen. Zu dieser Patientengruppe zählen neben den Kindern mit Hirnfehlbildungen auch Kinder mit frühkindlichen Hirnschäden, bedingt durch Hirnblutungen bei Frühgeburten oder während der Geburt erlittenem Sauerstoffmangel. Kinder mit seltenen Stoffwechselerkrankungen, die zum Abbau zerebraler Substanz führen, Kinder und Jugendliche mit infektiös verursachten Hirnschäden oder nach Schädel-Hirn-Traumata bedürfen häufig einer totalen oder partiellen künstlichen Ernährung. Ihnen fehlt oft die neurologische Koordination, Flüssigkeiten und Nahrung im Mund zu organisieren. Weitere Indikationen sind chronische Erkrankungen, die mit inadäquater Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme oder Gewichtsstillstand einhergehen.

Die jüngsten Patienten, die enteral ernährt werden müssen, sind zu früh geborene Säuglinge und trinkschwache Neugeborene.

Unzureichende Nährstoffzufuhr mündet bei Kindern schneller in eine Mangelernährung als bei Erwachsenen. Sie hat folgenschwere Auswirkungen auf den kindlichen Organismus. Längenwachstum und Gewichtszunahme sind verzögert, das Immunsystem ist geschwächt, das Infektionsrisiko erhöht und nach Infektionen kommt es zu einem verlängerten Krankheitsverlauf. Die Entstehung von Wunden ist begünstigt, die Wundheilung ist gestört, die Kinder sind teilnahmslos, wenig aktiv und zeigen kaum Ausdruck der Freude.

Eine bedarfsgerechte enterale Ernährung beugt diesen Komplikationen vor.

Auswahl der Sonde

Weil transnasale (durch die Nase gelegte) Sonden die Kau-, Schluck- und Sprachrehabilitation behindern können, bietet sich die PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie) als Zufuhrweg für die langzeitige enterale Ernährung an.

Bei Motilitätsstörungen im Gastrointestinaltrakt, z.B. Magenentleerungsstörung und gastroösophagealem Reflux (GÖR) erscheint die jejunale Platzierung der PEG-Sonde (JET-PEG) sinnvoll. Sie beugt Aspirationen vor.

PEG-Sonden sind mit einem Außendurchmesser von CH 9–22 (1 Charrière/CH entspricht 1/3 Millimeter) verfügbar. In der Kinderheilkunde und in der Inneren Medizin verwenden die Ärzte meist Sonden mit einem Durchmesser von CH 15. Bei jungen Säuglingen mit geringem Körpergewicht wird eine PEG-Sonde CH 9 bevorzugt.

Die Sondenanlage erfolgt als endoskopischer Eingriff und bei jungen Kindern in Intubationsnarkose oder je nach Arbeitsweise in tiefer Sedierung (medikamentös hervorgerufene Beruhigung). Die Punktion sollte nur von erfahrenen Kindergastroenterologen vorgenommen werden. Durch die Punktion des Magens entsteht ein Gastrostoma (Magenfistel).

Die Sonde sollte nach der Platzierung etwa 24 Stunden lang unter nicht zu straffem Zug stehen, um eine gute Adaptation der Magenwand an die Bauchdecke zu unterstützen. Danach wird die Sonde gelockert. Zur weiteren Fixierung ist sie nur leicht angezogen. Die äußere Zugbelastung darf nicht zu groß sein, da sonst Drucknekrosen an Bauch- und Magenwand entstehen können. Dadurch würde die Entstehung eines Buried-bumper-Syndroms (Überwucherung der inneren Halteplatte mit Magenschleimhaut) gefördert.

Vorteile:

- Die Anlage eines PEG-Systems stellt eine komplikationsarme Methode zur langzeitigen enteralen Ernährungstherapie dar
- Die PEG-Sonde erfordert bei richtiger Pflege während der Ernährungstherapie nur selten einen Wechsel
- Die kosmetischen Vorteile überwiegen gegenüber transnasalen Ernährungssonden
- Nach Ausheilung der Wunde und Bildung eines stabilen Fistelkanals ist der Wechsel auf ein Button-System möglich

Nachteile:

- Die endoskopische Anlage erfordert bei kleinen Kindern häufig eine Vollnarkose
- Der Patient kann die Sonde als Stigmatisierung empfinden
- Der Wechsel auf ein Austauschsystem (z.B. Button, Gastrotube) erfordert eine erneute Endoskopie zur Entfernung der PEG.

Alternativ zur PEG eignet sich die perkutane Ballonsonde Freka® Pexact zur langfristigen enteralen Ernährung. Bei der Erstanlage wird sie in Direktpunktion angelegt. Eine vorangehende Fixierung der Magenwand an der Bauchdecke ermöglicht dieses Verfahren. Es gestattet die Versorgung von Patienten, bei denen die herkömmliche Fadendurchzugsmethode nicht durchzuführen ist. Nach einigen Wochen wird die Freka® Pexact durch eine Gastrotube ersetzt.

Die Gastrotube (z.B. Flocare® Gastrotube Pfrimmer) ist ein Austauschsystem und besitzt einen Ballon, der sie am Platz hält. Am außen liegenden Ende verfügt die Gastrotube über zwei Zugangswege. Über das Ventil ist der Ballon mit Kochsalzlösung oder sterilem Wasser zu befüllen. Die zentrale Trichteröffnung dient der Nahrungszufuhr. Gastrotubes stehen mit verschiedenen Durchmessern (10, 14, 15 und 18 Charrière) zur Verfügung.

Foto: Andreas Walle

Kinder mit schweren Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems oder seltenen Stoffwechselerkrankungen benötigen häufig eine künstliche Ernährung. Um eine angemessene Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen, ist es notwendig, den individuellen Bedarf exakt zu berechnen.

Auswahl der Sondenkost

Je nach Schwere der Behinderung ist eine ausschließliche oder eine teilweise enterale Ernährung notwendig, um den Allgemeinzustand zu verbessern und eine Gewichtszunahme zu erzielen. Sondenkost bietet die Chance, die Patienten ausreichend mit Nährstoffen und Flüssigkeit zu versorgen. Erhält das Kind auf diesem Wege lediglich eine Zusatzalimentation, ist die Berechnung der oral zugeführten Kalorien Voraussetzung für die korrekte Ernährungstherapie. Nur eine exakte Ernährungsanamnese kann den individuellen Bedarf ermitteln.

Die Patienten erhalten eine nährstoffdefinierte und ballaststoffhaltige Diät (z.B. Frebini® original fibre, Fresubin® original fibre, Frebini® energy fibre, Nutrini® MultiFibre), sofern die Verdauungsleistung nicht eingeschränkt ist. Ballaststoffhaltige Nahrung erfordert eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr. Die Sondenkost selbst enthält ca. 85 % freies Wasser.

Industriell gefertigte Trink- und Sondennahrungen für Säuglinge und Kinder weisen verschiedene Charakteristika auf. Prinzipiell können sie sich im Energiegehalt und der weiteren Zusammensetzung darin unterscheiden, ob die Nahrung nährstoff- oder chemisch definiert bzw. hoch- oder niedermolekular ist.

Bei ausschließlich enteraler Ernährung setzen die Therapeuten auf geschmacklich neutrale Diäten. Neutrale Sondenkost weist in der Regel eine niedrigere Osmolarität auf und ist besser verträglich.

Nieder- und normokalorische Trink- und Sondennahrung: Die Industrie bietet Trink- und Sondennahrungen an, die im Energiegehalt variieren. Niederkalorisch ist z.B. Nutrini L.EN® neutral, eine Sondenkost für Kinder ab dem ersten Lebensjahr. Der Kaloriengehalt entspricht mit 75 kcal/100 ml und in seiner weiteren Zusammensetzung der Makronährstoffe in etwa den Säuglingsmilchformula. Die Sondenkost ist auch mit Ballaststoffen erhältlich.

Die meisten Trink- und Sondennahrungen sind normokalorisch. Hier entspricht 1 ml Substrat 1 kcal. Damit verfügen sie über mehr Kalorien pro 100 ml Substrat als Säuglingsmilchformula. Erhältlich sind normokalorische Sondennahrungen für Kinder ab dem ersten (Frebini® original fibre, Nutrini®) bzw. ab dem siebten Lebensjahr (Tentrini®).

Infatrini®, die einzige auf dem Markt befindliche Sondenkost für Säuglinge im ersten Lebensjahr, ist ballaststofffrei, verfügt über eine Kaloriendichte von 1 kcal pro ml und besitzt einen deutlich höheren Fettanteil als Säuglingsmilchen. Der Vitamin- und Mineralstoffgehalt ähnelt dem der Säuglingsformula.

Therapeuten setzen normokalorische, ballaststoffhaltige Sondenkost bei ausschließlicher, langzeitiger enteraler Ernährung, vorwiegend bei Kindern ein, die an neurologischen Erkrankungen, verbunden mit Dysphagie (Schluckstörung), leiden.

Bei der Verordnung niederkalorischer Sondenkost sollte vorab ein Antrag auf Kostenerstattung bei der Krankenkasse gestellt werden.

Hochkalorische Trink- und Sondennahrung: Präparate mit einem hohen Energiegehalt von 150 kcal pro 100 ml Substrat sind meist mit dem Zusatz "energy" versehen. Hochkalorische Nahrungen sind in der Regel nährstoffdefiniert. Die Tatsache, dass nicht jede Diät Ballaststoffe enthält, fließt als Kriterium in die Auswahl ein.Trink- und Sondennahrungen mit hoher Energiedichte finden ihren Einsatz dort, wo mit geringer Menge ein hohes Maß an Kalorien zugeführt werden muss, wie dies bei Essstörungen der Fall sein kann. Sie erlauben auch eine adäquate Nährstoffversorgung der Kinder mit Herz- oder Niereninsuffizienz, die einer Flüssigkeitsrestriktion unterliegen oder

Alter	kcal/Tag m	kcal/Tag w	kcal/kg/KG/Tag m	kcal/kg/KG/Tag w
Säuglinge				
0 bis 4 Monate	500	450	94	91
4 bis 12 Monate	700	700	90	91
Kinder				
1 bis 4 Jahre	1100	1000	91	88
4 bis 7 Jahre	1500	1400	82	78
7 bis 10 Jahre	1900	1700	75	68
10 bis 13 Jahre	2300	2000	64	55
13 bis 15 Jahre	2700	2200	56	47
Jugendliche				
15 bis 19 Jahre	3100	2500	46	43

Tabelle: D-A-CH-Referenzwerte der durchschnittlichen Energiezufuhr für Kinder und Jugendliche.

wegen ihrer Grunderkrankung beim Saugen rasch ermüden und nur geringe Nahrungsmengen zu sich nehmen können. Sinnvoll ist der Einsatz hochkalorischer Diäten auch, wenn aufgrund einer konsumierenden Erkrankung ein höherer Energiebedarf besteht. Für Kinder und Jugendliche mit Mukoviszidose, HIV/AIDS, Krebserkrankungen und Morbus Crohn sind die Substrate auch als Trinknahrung zur unterstützenden Ernährungstherapie geeignet.

Nährstoffdefinierte und chemisch definierte Nahrung

Die Substrate zur enteralen Ernährung unterscheiden sich in nährstoffdefinierte Diäten (NDD) und chemisch definierte Diäten (CDD) bzw. hoch- und niedermolekulare Trink- und Sondennahrungen.

Nährstoffdefinierte bzw. hochmolekulare Trink- und Sondennahrung: Die Nährstoffe sind in dieser Standarddiät in ursprünglicher Form enthalten. Das bedeutet, als Energieträger dienen Mehrfachzucker (Stärke, Maltodextrin), intakte Proteine (Milch-, Sojaeiweiß) und Fette in Form von Triglyceriden (LCT, MCT). Die Aufnahme dieser Präparate setzt eine normale Stoffwechsel- und Verdauungsleistung voraus. Sie sind mit und ohne Ballaststoffe erhältlich.

Chemisch definierte/niedermolekulare Trink- und Sondennahrung: Die Nährstoffe liegen zum Teil in vorverdauter, niedermolekularer Form vor. Ihre Kohlenhydrate bestehen aus Mono-, Di- und Oligosacchariden, Proteine sind in Aminosäuren oder Peptide aufgespalten. Der Fettgehalt ist geringer als bei nährstoffdefinierten Nahrungen, die Fette setzen sich mehrheitlich aus mittelkettigen Triglyceriden (MCT) zusammen. Die Nahrungen sind ballaststofffrei. Chemisch definierte Diäten werden eingesetzt, wenn die Verdauungsleistung eingeschränkt ist oder wenn ein enteraler Kostaufbau nach langzeitiger parenteraler Ernährung erfolgt. Wegen der geringen allergenen Wirkung chemisch definierter Diäten kann ihr Einsatz auch bei Nahrungsmittelallergien sinnvoll sein.

Eiweißhydrolysate

Für Säuglinge und Kleinkinder mit eingeschränkter Verdauungsleistung bei Kurzdarmsyndrom, Dysganglionosen des Darmes oder Kuhmilchproteinintoleranz stehen Eiweißhydrolysate auf Basis von Sojaeiweiß (z.B. Pregomin®) oder Alfare® auf Basis von Molkeprotein zur Verfügung. Molkeprotein ist denaturiert und besitzt dadurch eine sehr geringe Allergenität. Pregomin® verfügt über eine Kaloriendichte von 75 kcal pro 100 ml, dieselbe Menge Alfare® (13,6 %ig) enthält 65 kcal. Um eine höhere Energiedichte zu erreichen, lassen sich die Eiweißhydrolysate mit MCT (Liquigen®) und Polysacchariden (Maltodextrin®) oder Kombinationspräparaten (Duo-Cal®) energetisch anreichern. Mit einer Kaloriendichte von 100 kcal pro 100 ml trinkfertiger Nahrung stehen außerdem Neocate® und Neocate® advance für Säuglinge bzw. Kinder mit Nahrungsmittelallergien oder Enteropathien (Erkrankungen des Darmes) bereit.

Flüssigkeitszufuhr

Der ausreichenden Zufuhr von Flüssigkeit kommt bei Kindern eine erhebliche Bedeutung zu. Erwachsene setzen täglich etwa 6 % ihres Gesamtwasserbestandes um. Säuglinge erreichen einen Wert von etwa 20 %. Gestaffelt nach dem Lebensalter lassen sich folgende Zufuhrmengen in ml/kg Körpergewicht festlegen (Empfehlungen der D-A-CH):

- 0 – 4 Monate = 130 – 150 ml
- 4 – 12 Monate = 110 – 140 ml
- 1 – 4 Jahre = 100 – 125 ml
- 4 – 7 Jahre = 75 – 100 ml
- 7 – 10 Jahre = 60 – 75 ml
- 10 – 13 Jahre = 50 – 60 ml
- 13 – 15 Jahre = 40 – 50 ml

Einleitung der Ernährungstherapie

Die Ernährungstherapie wird bei vielen Kindern aus unterschiedlichen Gründen verzögert eingeleitet. Ein ausführliches Beratungsgespräch mit den Eltern ist die Voraussetzung. Ein Erfolg tritt nur ein, wenn die Betroffenen die Notwendigkeit akzeptieren, den Nutzen erkennen und den Willen zur Therapie besitzen. Der Aufklärung folgt eine intensive Schulung im Umgang mit der Sondennahrung und den Applikationssystemen.

Der Erfolg der eingeleiteten und akzeptierten Therapie lässt sich sehr schnell über den Gewichtsverlauf beurteilen. Die Gewichtszunahme bewirkt in der Regel auch ein größeres Wohlbefinden der Kinder. Entsprechend ihrer Möglichkeiten, die durch die Grunderkrankung meist eingeschränkt sind, nehmen sie unter der Einwirkung der ausreichenden Ernährung soziale Kontakte auf, zeigen mehr Freude und interessieren sich stärker für ihre Umgebung. Zudem steigt ihre Widerstandskraft gegenüber banalen Infektionen.

Aber auch das Forcieren der Nahrungsaufnahme erfährt seine Grenzen. Gerade bei behinderten Kindern ist es wichtig, Übergewicht zu vermeiden, um die Pflege nicht unnötig zu erschweren.

Verabreichung der Nahrung

Eine portionsweise Verabreichung der Sondenkost wird als Bolus (großer Bissen) bezeichnet. Die intermittierende Gabe erfolgt über den Tag verteilt. Sie erfordert ein intaktes Magenreservoir ohne Entleerungsstörung.

Im ursprünglichen Sinn wird zur Bolusapplikation eine Spritze, aus der zuvor der Stempel entfernt wurde, mit dem Konus an die Sonde angeschlossen und mit Nahrung befüllt. Per Schwerkraft entleert sich die Nahrung in den Magen. Diese Methode wenden Pflegende allerdings kaum an, weil sich auf diese Weise die Zufuhrgeschwindigkeit kaum steuern lässt. Einer der häufigsten Fehler ist die zu rasche Applikation, was zu Regurgitation, Reflux und Aspiration führen kann.

Bolusweise Nahrungsapplikation unterliegt der Mengenbeschränkung von maximal 250 ml in mindestens 20 Minuten und ist darüber hinaus auch vom Alter des Patienten abhängig. Kleine Kinder und Säuglinge vertragen erheblich weniger und entwickeln bei einer Überschreitung oft gastrointestinale Beschwerden.

Überfüllungszustände des Magens und des Darmes, die zu einer Überdehnung der Darmwand mit Schmerzen führen und möglicherweise ein Dumping-Syndrom mit Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen und Kreislaufproblemen verursachen, sind weitere Probleme der Bolusgabe. Bei Aspirationsgefahr, Magenentleerungsstörung, GÖR, Diabetes mellitus und bei jejunaler Sondenlage ist diese Applikationsform grundsätzlich kontraindiziert.

In der Summe bildet die nicht korrekt durchgeführte Bolusapplikation oft ein Risiko in der enteralen Ernährungstherapie. Ist eine bolusweise Ernährung erwünscht, sollte sie am besten pumpengesteuert erfolgen.

Ernährungspumpen

Ernährungspumpen ermöglichen eine exakte, gleichmäßige Dosierung mit einem definierten Volumen in einem geplanten Zeitraum. Ein sehr langsamer Kostaufbau von anfänglich z.B. 10 ml/h ist möglich.

Verschiedene Alarmfunktionen erhöhen die Sicherheit für den Patienten. Die kontinuierliche Gabe erfolgt je nach Grunderkrankung und Bedarf über einen Zeitraum von ca. 18–20 Stunden. Während der ernährungsfreien Zeit sinkt der pH-Wert im Magen. Dieser Zeitraum reicht aus, um die Säureschutzfunktion aufrecht zu erhalten. Der Einsatz von akkubetriebenen Ernährungspumpen ermöglicht den Patienten eine Mobilität über mehrere Stunden hinweg.

Vorteile:

- Bessere gastrointestinale Verträglichkeit
- Langsamer kontrollierter Nahrungsaufbau
- Ernährungsregime ist exakt definiert
- Gleichbleibende Zufuhrgeschwindigkeit
- Optimalere Ausnutzung der Nährstoffe
- Minderung der Aspirationsgefahr
- Problemlose Applikation von viskösen Substraten über Sonden mit kleineren Lumina (Querschnitten)
- Optische und akustische Alarme zeigen Störungen an
- Mobilität.

Nachteile

- Akku-Wartung und regelmäßige Aufladung notwendig
- Ausführliche Einweisung und Schulung erforderlich
- Mehr Gepäck beim Transport und Spaziergängen.

Michaela Brandstätter, Krankenschwester und Autorin
Dr. rer. med. Brigitte Roos Liegmann, Kinderkrankenschwester, Diplom-Pädagogin

Literaturhinweis:
Brandstätter, M.; Roos-Liegmann, B.: Künstliche Ernährung bei Kindern – enteral und parenteral – ambulant und stationär. Elsevier Verlag, München, 2005.

Leben einfach gestalten

Menschen mit Muskeldystrophie können ihre Körperkräfte durch den phantasievollen Einsatz von Alltagsgegenständen schonen

Bei allen Muskeldystrophien kommt es zur Verminderung des funktionstüchtigen Muskelgewebes, das im Verlauf immer schmächtiger wird. Manche Muskeln, häufig jene an den Waden, bilden Pseudohypertrophien aus. Sie lagern Fett und Bindegewebe ein und sind dadurch sehr groß, aber schwach.
Die Krankheit verläuft kontinuierlich oder schubweise. Der Zustand kann über Jahre stabil bleiben und sich dann abrupt verschlechtern.
Die Formen der Muskeldystrophie unterscheiden sich bezüglich ihrer Schwere und ihres Verlaufs. Teilweise geben schon die Namen Auskunft darüber, welche Muskelgruppen jeweils vorwiegend betroffen sind:

- Typ Duchenne
- Typ Becker-Kiener
- Gliedergürteldystrophie
- Fascio-scapulo-humerale Muskeldystrophie
- Distaler juveniler Typ
- Okulo-pharyngealer Typ
- Typ Emery-Dreifuss
- Okulärer Typ.

Je nachdem, welche Muskelgruppen beteiligt sind, treten folgende Probleme auf:

- Schwäche und rasche Ermüdung
- Schmerzen des Bewegungsapparates
- Verspannungen
- Kontrakturen
- Skoliose
- Herzrhythmusstörungen und verminderte Belastbarkeit (bei Beteiligung der Herzmuskulatur)
- Atemstörungen (bei Beteiligung von Brustwandmuskulatur, des Zwerchfells, der Bauchmuskulatur). Zeichen für nächtliche Atemstörungen sind regelmäßige morgendliche Kopfschmerzen, unruhige Nächte und Tagesmüdigkeit
- Störungen des Schluckens
- Depressive Verstimmungen.

Mit speziell geformtem Besteck kann ein Patient sein Essen selbständig einnehmen, auch wenn er nicht über die uneingeschränkte Beweglichkeit seiner Hände verfügt.

Foto: Andreas Walle

Eine kausale Therapie ist nicht möglich. Krankengymnastische, medikamentöse und operative Maßnahmen lindern die Symptome.
Für die krankengymnastische Behandlung von Muskeldystrophien gilt:

- Häufige aber kurze Übungen, um Übermüdung und die darauf folgende Schwäche zu vermeiden. Das Trainingsziel ist die Funktionsbesserung, nicht die Kräftigung
- Isometrische Spannungsübungen, um die Muskelkraft zu erhalten
- Kontrakturenprophylaxe
- Gehen, Schwimmen und Fahren auf dem Ergometer zur Verbesserung der muskulären Ausdauer und der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems, um eine Minderung der Schwäche zu erreichen
- Orthesenanpassung
- Atemtraining.

In der medikamentösen Therapie kommen Steroide zum Einsatz. Antioxidanzien sind geeignet, die Gehfähigkeit länger zu erhalten.
Auch die Chirurgie bietet therapeutische Ansätze. Kontrakturen lassen sich operativ lösen und eine Fixierung der Wirbelsäule korrigiert die fortschreitende Skoliose.
Der Fachhandel hält zahlreiche Hilfsmittel bereit, die Alltagshandlungen ermöglichen oder erleichtern. Dazu gehören:

- Orthopädische Schuhe
- Gehgestelle
- Orthesen
- Stehtrainer
- Rumpfkorsetts
- Sitzschalen
- Rollstühle
- Schreibmaschinen mit Dystrophikertastatur
- Schreibhilfen
- Arbeitshilfen für Küche und Bad.

In fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung kann die Implantation eines Herzschrittmachers oder die apparative Unterstützung der Atmung erforderlich sein.
Das Hauptziel aller unterstützenden Maßnahmen ist es, Kraft und Energie zu sparen und die eingeschränkte Mobilität so weit wie möglich auszugleichen. Dieser Zweck lässt sich zum Teil mit ganz einfachen Mitteln oder einer angepassten Strukturierung der häuslichen Umgebung erreichen.

Hilfen im Haushalt

Eine Zeitschaltuhr, wie sie in Haushaltswarengeschäften oder Baumärkten für wenig Geld zu kaufen ist, kann das Leben vereinfachen. Im Laufe des Tages können mit ihrer Hilfe viele elektrische Geräte zum rechten Zeitpunkt automatisch funktionieren. Gleich morgens ertönt aus der Stereoanlage das Lieblingslied als Weckruf. Man kann auch die Kaffeemaschine daran anschließen und sich morgens von Kaffeeduft aus dem Schlaf locken lassen.
Im Bad steht nichts Überflüssiges im Weg oder im Regal. Die Kosmetika sind in Plastikflaschen oder Blechdosen auf praktische Weise aufbewahrt.
Kleine Gegenstände, z.B Zahnbürste oder Nagelschere, lassen sich mit Saugnäpfen in Griffweite an der Wand befestigen und sind dort sicher aufgehoben.
Die Seife kann man entweder an einem Saugnapf oder mit einem Magneten fixieren. Die praktischen Magnet-Halterungen, zu denen ein magnetisierbares, kronkorkenähnliches Metallteil gehört, das sich immer wieder in die nächste Seife hineindrücken lässt, sind ein wenig aus der Mode gekommen, funktionieren jedoch tadellos.
Druckknöpfe oder Klettverschlüsse an Schuhen und Kleidungsstücken (von jedem, der ein Geschick für Handarbeiten hat sowie professionellen Schneidereien unaufwendig anzubringen) erleichtern das An- und Auskleiden. So können Betroffene z.B. ihre Hemden selbständig schließen. Bleibt die Knopfleiste zur Zierde vorhanden, kaschiert sie die Anziehhilfe perfekt.
Ein Lederband oder Anhänger am Zugteil eines Reißverschlusses erleichtert das Bedienen.
Ein selbstgebauter Strumpfanzieher erspart tiefes Bücken. Der Patient zieht den Strumpf darüber, lässt ihn dann an den Bändern nach unten, steckt den Fuß in den Strumpf und zieht die Anziehhilfe heraus.
Für die Mahlzeiten hält der Fachhandel zahlreiche Hilfen bereit. Hier kann sich jeder Patient das aussuchen, was ihm sinnvoll erscheint.
Ist der Schluckakt gestört, kann es hilfreich sein, Flüssigkeiten anzudicken (z.B. mit Speisestärke oder dem speziellen Präparat Clinutren® Instant Thickener). Sofern keine Zuckerstoffwechselstörung vorliegt, eignet sich auch Götterspeise, um die nötige Flüssigkeit zuzuführen.
Zerkleinerte oder pürierte (passierte) Kost ist bei Schluckstörungen ebenfalls zu empfehlen. Weil "das Auge mitisst", empfiehlt es sich, passierte Kost gefällig anzurichten und zu dekorieren.
Ein Strohhalm, der mit einer Büroklammer am Becher befestigt ist, erleichtert das Trinken.
Für alle Tätigkeiten im Sitzen sind eine gut gepolsterte Sitzunterlage und Lehne besonders wichtig.
Nach der Schule, an der Uni oder im Büro ist es angenehm, das Mittagessen im Liegen einzunehmen, um eine Positionsänderung zu erreichen. So können die Patienten gleich anschließend Mittagsruhe halten oder in der Rückenlage Spannungs- und Dehnübungen machen.
Der Frühjahrsputz bleibt nicht aus. Es lohnt sich, in einen leistungsstarken Staubsauger zu investieren, weil so jede Stelle nur einmal gesaugt werden muss und dadurch Kräfte geschont bleiben. Außerdem sollte es ein Gerät sein, bei dem nicht zwischen Teppich und glattem Boden umgeschaltet werden muss.
An Besen oder Mopp kann ein biegsamer Stil montiert werden, der das Wischen unter den Möbeln ohne Bücken ermöglicht.
Beim Bügeln können die Kleidungsstücke mit Stecknadeln am Bügelbrett fixiert werden.

Hilfen in der Freizeit

Zur Entspannung eignet sich der Aufenthalt an der frischen Luft besonders gut – im Garten oder in öffentlichen Parks.
Leichte Gartenarbeit ist auch bei eingeschränkter Beweglichkeit möglich. Blumenkästen oder Pflanzkübel, die auf Tischen stehen oder in Gestellen auf erreichbarer Höhe angebracht sind, machen es möglich.
Gesellschaftsspiele lassen sich am Gartentisch oder bequem auf einer Wiese gelagert ebenso gut spielen wie im Wohnzimmer.
Brettspiele können mit kleinen Schraubzwingen am Tisch fixiert werden, damit sie nicht wegrutschen. Es hilft, die Spielfiguren mit einem rutschfesten Belag, z.B. Gumminoppen, zu versehen. Oder man verwendet eine Metallplatte als Unterlage sowie magnetische Spielfiguren.
Verrutschen die Figuren trotz Fixierung immer wieder, kann man Bretter und Figuren zu einem Steckspiel umfunktionieren.
Manche Spiele müssen umgebaut und den individuellen Bedürfnissen angepasst werden:

- Sind die Figuren zu klein, kann man das Spiel in größerem Maßstab nachbauen

● Holzleisten dienen als Führungsschienen bei Zuordnungsspielen. Memory, Domino, oder selbstgebaute Holzplättchen oder -klötze mit Zahlen-, Buchstaben-, Formen- und Farbreihen bleiben im vorgesehenen Rahmen und können verschoben werden, ohne durcheinander zu geraten

● Auch Autos oder Murmeln können hier zielgerichtet rollen und ermöglichen, die unterschiedlichen Geschwindigkeiten und Veränderungen zu beobachten.

So adaptierte Spiele lassen sich auch im Liegen gut verwenden, da sie auch bei fast senkrechter Stellung nicht umfallen. Planung und Durchführung eines solchen Umbaus sind doppelt effektiv, weil sie Erfolgserlebnisse und neue Spielmöglichkeiten vereinen.

Bei allen Tätigkeiten ist bilaterales Arbeiten wichtig, das die Reaktion der schwächeren Extremität verstärkt. Ein Rechtshänder wird alles eher mit rechts anpacken und die linke Hand vernachlässigen. Bimanuelles Arbeiten fordert die schwächere Seite heraus. Bei symmetrischen Arbeiten (z.B. beidhändigem Sägen, Schleifen) zieht die schwächere Seite automatisch mit und wird gestärkt. Es lässt sich viel Energie sparen, wenn man alltägliche Dinge mit beiden Händen ausführt. So wird nicht eine Seite ständig gefordert, während sich die andere ausruht. Eine unaufwendige Übung: Abwechselndes Zähneputzen mit der rechten und linken Hand verteilt den Kraftaufwand auf beide Seiten. Für einige Spiele wurden Spezialvorrichtungen und -halterungen entwickelt. Man kann z.B. Karten jedoch auch einfach zwischen die Borsten einer Kleiderbürste stecken. Das ist ungewöhnlich und macht Spaß.

Kreativ gestaltete Hilfsmittel passen sich den individuellen Fähigkeiten der Patienten an. Hier ein Kartoffelschäler, der mit einer Hand zu bedienen ist. Foto: Andreas Walle

Physik einsetzen

Ein physikalisches Prinzip sollten Betroffene unbedingt verstärkt nutzen: die Hebelwirkung.

Mit ihrer Hilfe lassen sich viele Vorgänge erleichtern. Ein Hausschlüssel, der durch ein Messingblech verlängert ist, lässt sich viel leichter drehen.

Sensorische Integration

Die sensorische Integrationstherapie entfaltet für das Krankheitsbild Muskeldystrophie eine besondere Bedeutung.

Mit sensorischer Integration ist die Organisation und somit die Nutzbarmachung der Sinneseindrücke gemeint. Die Förderung der unterschiedlichen Wahrnehmungskanäle ermöglicht eine bessere Verarbeitung der Umgebungseinflüsse, ein intensiviertes Körpergefühl und ein Kennen lernen des eigenen Körpers. Wie bei einem Kind, das mit jedem Wachstumsschub seinen Körper neu erfahren, seine Grenzen und Möglichkeiten neu austesten muss und immer wieder die selben Bewegungsabläufe ausführt, verändern sich auch im Prozess einer Muskeldystrophie der Körper, seine Kraft und sein Aktionsradius kontinuierlich. Dies erfordert eine ständige Erprobung der eigenen Möglichkeiten.

Hier hilft es, in der Therapie gezielt vestibuläre, propriozeptive sowie taktile Reize zu schaffen. Sie bilden die drei Grundpfeiler der Wahrnehmung. Über die Empfindungen nimmt der Mensch – egal, ob gesund oder krank – seinen Körper immer wieder neu wahr.

Vestibulären Input erhält das Gehirn bei jeder aktiven und passiven Bewegung, insbesondere jedoch beim Drehen oder Schaukeln.

Starker Druck und feste Massagen fördern die propriozeptive Wahrnehmung, die Eigenwahrnehmung des Körpers, das Fühlen von Gelenkstellungen und allen Strukturen, die unterhalb der Haut liegen. Nachahmungsspiele, bei denen eine der beteiligten Personen als Spiegel fungiert, geben Aufschluss darüber, wie gut diese Fähigkeit entwickelt ist.

Jede Berührung unterstützt die taktile Entwicklung, egal ob sie während der Körperpflege oder beim Anziehen erfolgt. Selbst ein kurzes und ermunterndes Über-den-Kopf-Streicheln im Vorbeigehen kann ein starkes Signal senden. Der emotionale Erfolg solcher kleinen Gesten geht oft weit über die somatische Bedeutung hinaus.

Elisabeth Khuen-Belasi
Ergotherapeutin

GEPFLEGT DURCHATMEN

Bitte nehmen Sie mich in den Postverteiler für ein kostenloses Abonnement der Fachzeitung "gepflegt durchatmen" auf.

Name/Vorname

ggf.: Institution/Einrichtung/Unternehmen

Straße/Hausnummer oder Postfach

PLZ/Ort

Bitte schicken Sie diesen Abschnitt per Fax oder per Post an:

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH,
Von-Stauffenberg-Straße 25, 82008 Unterhaching,
Fax: 089 - 61 10 09 66

Sie können das Abonnement auch gern per E-Mail bestellen:
info@heimbeatmung.com

Hinweis:
Das Abonnement ist völlig kostenlos. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie die Zeitung nicht mehr erhalten wollen.

Zur Bewegung ermuntern

"Kinaesthetic Infant Handling" fördert kindliche Autonomie und vermeidet Bevormundung

Die Lehre der Kinästhetik wurde von den amerikanischen Wissenschaftlern Lenny Maietta und Frank Hatch aus den Grundlagen der Verhaltenskybernetik, der Feldenkraismethode sowie der Psychologie und Pädagogik entwickelt. Aus diesen Wurzeln resultierte ein Bewegungs- und Analysesystem, mit dessen Hilfe sich Gesundheit und Lernen in jedem Lebensabschnitt entwickeln lassen. Es berücksichtigt die Einzigartigkeit jedes Menschen und dessen Bewegungsressourcen.

Kinaesthetik Infant Handling

Aus den allgemeinen kinästhetischen Prinzipien entwickelte sich das "Kinaesthetic Infant Handling" als ein Programm, das durch gezielte Bewegungen und Unterstützung die Bedürfnisse und die oft geringen Ressourcen von Kindern erkennt, respektiert, nutzt und unterstützt. Auch Säuglinge und intensivpflichtige Frühgeborene profitieren davon, weil die Anwendung der entsprechenden Techniken die Entwicklung ihrer körperlichen Fähigkeiten (z.B. Atmen) beschleunigt.

Bereits im Mutterleib erwirbt ein Kind vielseitige Bewegungsfähigkeiten, die als Basis seiner Entwicklung zu bewerten sind. Mit der Geburt verlässt es den mit Fruchtwasser gefüllten Schutzraum der Gebärmutter und ist ganz der Schwerkraft ausgeliefert. Es muss in dieser veränderten Umgebung Bewegung neu lernen. Jede Bewegung, die sich gemeinsam mit Eltern oder anderen Bezugspersonen vollzieht, kann diesen Prozess unterstützen. Deshalb ist Kinästhetik ein Lernen durch Bewegung und Berührung. Diese beiden Elemente fördern die Beziehungsfähigkeit und beeinflussen lebenswichtige Körperfunktionen positiv, z.B. Atmung, Nahrungsaufnahme und Verdauung ebenso wie die Bewegungsentwicklung.

Die Prinzipien, an denen Pflegende sich beim "Kinaesthetic Infant Handling" orientieren, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Jede Bewegung, die das Kind aktiv mitgestalten kann, regt Atmung, Durchblutung (Kreislauf), Verdauung und Ausscheidung an. Sie fördert allgemein gesagt die Gesundheitsentwicklung
- Die klare und zielgerichtete Interaktion baut eine fördernde Beziehung zum Kind auf, die es in seinem "Wollen" unterstützt. Das Kind erlebt sich als wirksames Individuum und erfährt eine Stärkung seines Lebenswillens
- Die fachgerechte Unterstützung in Ruhepositionen erleichtert die Atmung auch in den Entspannungsphasen und hilft nervösen Kindern, mehr Ruhe zu finden. Das Kind kann die Ruhezeit nutzen, um für die folgenden Aktivitäten Energie zu tanken.

Kranke und eingeschränkte Kinder, die von gut ausgebildeten Praktikern nach den Prinzipien des "Kinaesthetik Infant Handlings" gepflegt werden, agieren nachgewiesenermaßen entspannter, zeigen eine geringere Spastizität, beteiligen sich deutlicher an der jeweiligen Aktivität, erholen sich schneller und entwickeln sich insgesamt in eine positive Richtung.

Praxisbeispiel "Windelwechsel"

Um zu zeigen, welche Implikationen die kinästhetische Förderung besitzt, eignet sich das Beispiel "Windelwechsel" gut, weil alle Eltern die dazu notwendigen Bewegungen aus eigener Anschauung kennen.
Die folgenden Erläuterungen beziehen sich auf eine seitliche Drehung des Kindes, die an die Stelle des häufig zu beobachtenden vertikalen Anhebens tritt. Die beschriebene Technik stellt lediglich eine mögliche Variante dar.

Kinästhetik schreibt Bewegungsabläufe nicht vor, sondern hilft, durch die Vermittlung der Konzepte individuelle Bewegungen für jede Situation zu finden.

Beschreibung des Vorgehens:
Das Kind liegt in Rückenlage und soll in die Seitenlage kommen. Die erste Überlegung der unterstützenden Person lautet: Wie würde ich mich selber in die Seitenlage drehen? Welche Unterstützung bräuchte ich, wenn ich wenig Kraft hätte und den Weg nicht genau kennen würde?
Die Bewegungen, die für diesen Positionswechsel notwendig sind, lassen sich aus unterschiedlichen Blickrichtungen analysieren:

- Die **funktionale Anatomie** hilft zu verstehen, wo sich das Gewicht des Körpers befindet und wohin es verlagert werden soll
- Das der **menschlichen Bewegung** zugrunde liegende Prinzip zeigt, wie das Gewicht von A nach B kommt
- Die **Interaktion** kann helfen, herauszufinden, wer welchen Teil der Bewegung übernimmt
- Das Konzept **Anstrengung** hilft, Muskelkraft präzise zu dosieren und in Bezug zur Schwerkraft zu setzen.

Zeichnungen: Gabriel Nemeth

Die Prinzipien des Kinaesthetic Infant Handling am Beispiel eines Windelwechsels. ***Oben:*** *Der klassische Griff um die Füße des Säuglings verhindert eigene Bewegungen und zwingt ihn in eine Position, die er freiwillig nicht einnehmen würde.* ***Mitte und unten:*** *Mit leichter Unterstützung dreht sich der Säugling auf die Seite, nimmt also aktiv an der Bewegung teil. Die unterstützende Person geht nicht nach einem festen Schema vor, sondern nimmt die Impulse des Kindes auf und hilft ihm, seiner Bewegung ein Ziel zu geben.*

Wer versucht, das Beispiel "Windelwechsel" nachzuvollziehen, stellt fest, dass die Bewegung klar ist. Die Anpassung der eigenen Hände an das Kind und die Auswahl der Stellen, an denen es zu berühren ist, um die richtigen Impulse auszulösen, ist hingegen sehr schwierig.
Wichtig ist zunächst, dass die unterstützende Person die Ausgangsposition analysiert, um die vom Kind ausgehenden Bewegungen zu nutzen.
Wohin schaut das Kind? Lässt es sich in die gewünschte Richtung bringen oder passe ich mich dem Kind an?
Diese Fragen sind während der gesamten Aktivität laufend zu beantworten.

Eine von vielen Möglichkeiten:
- Zuerst dreht der Kopf in eine Richtung, dann kommen der oben liegende Arm, der Brustkorb und das Becken hinterher. Die Beine gehen nacheinander mit
- Zur Unterstützung kann der Kopf durch Geräusche von der Seite gelenkt werden, auf die die Bewegung gerichtet ist
- Der Arm kann am Ellbogen angefasst und geführt werden. (Die Bewegungsrichtung muss dem Führenden klar sein)
- Der Brustkorb (und ebenso das Becken) kann von der Rückseite her unterstützt werden
- Die Beine können von der Fußsohle her nacheinander durch Gegendruck unterstützt werden
- Ist das Kind in der Seitenlage angekommen, lässt sich die Windel in diesem Bereich entfernen, der Po säubern und die neue Windel auf der freien Seite unterlegen. Danach dreht sich das Kind mit derselben Unterstützung auf die andere Seite und damit auf die saubere Windel. Schmutzige Windel von der jetzt freien Seite entfernen, zweite Gesäßhälfte säubern, neue Windel soweit wie möglich befestigen, Kind auf den Rücken drehen lassen (Körperteile nacheinander), Windel verschließen.

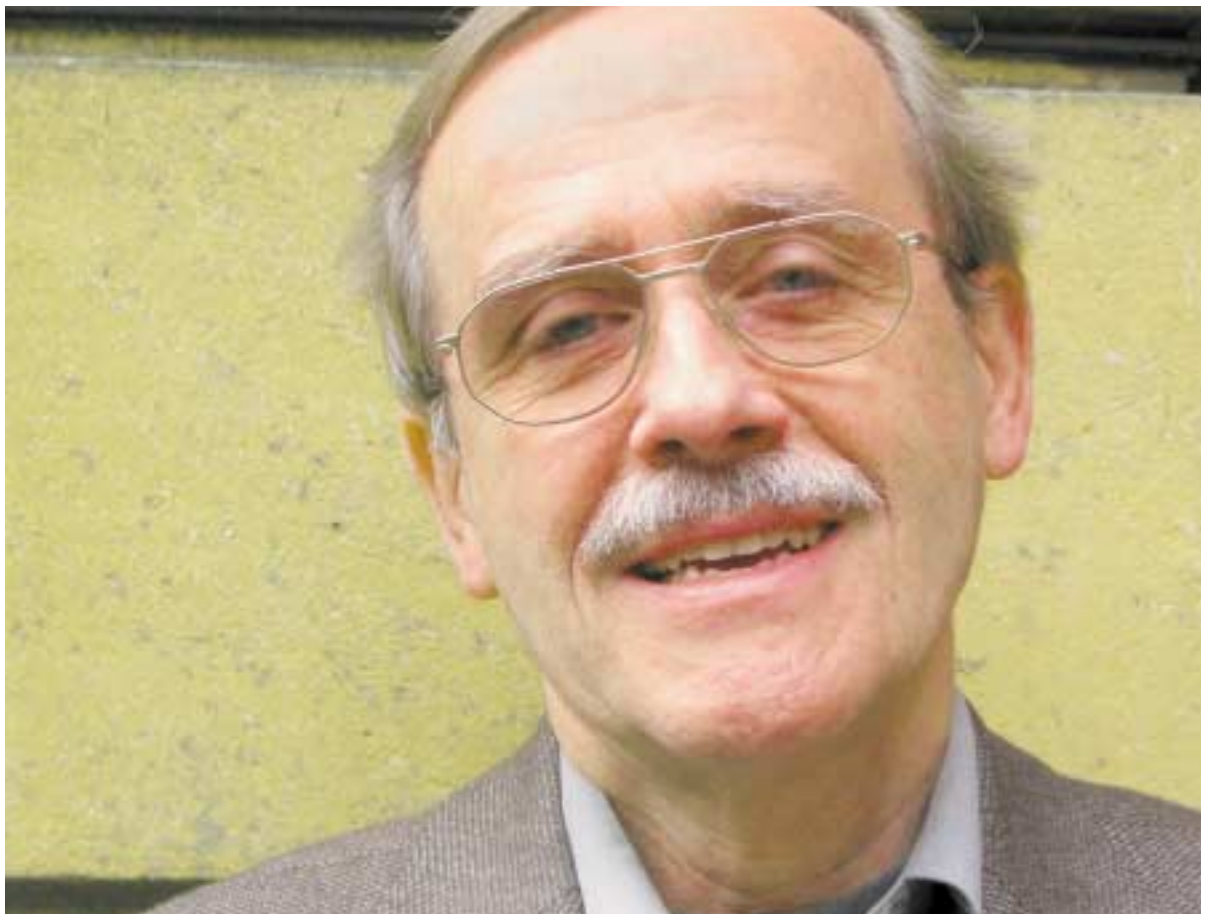
Nach dem Prinzip der Kinästhetik ist bei jeder Handlung so zu verfahren. Durch die Analyse der Lebensaktivitäten findet die unterstützende Person heraus, wie viel Hilfe das Kind wirklich braucht und wo es mitmachen kann. Manchmal benötigt es präzise Anleitung, manches übernimmt das Kind innerhalb kurzer Zeit selbst. Der Lernerfolg ist häufig schon nach wenigen Stunden oder Tagen zu beobachten. Leisten Pflegende die gesamte Bewegungsarbeit, lernt das Kind die erforderlichen Bewegungsmuster nicht oder nur langsam.

Franziska Prinzing, Lehrerin für Pflegeberufe, Kinästhetik Trainerin für Pflege, Infant-Handling und kreatives Lernen nach Hatch/Maietta

Sonderschulen überflüssig machen

Nicht die Kinder an die Schule, sondern die Schule an die Kinder anpassen: Georg Feuser spricht über integrative Bildung

Das bestehende Bildungssystem, sagt Prof. Georg Feuser (65), vergeudet die Fähigkeiten der Schüler in einer Weise, die sich die Gesellschaft nicht leisten kann. An einem fiktiven Durchschnitt der Leistung orientiert, grenzt es Menschen aus, anstatt ihnen die bestmögliche Bildung zu gewähren. Unter der geeigneten pädagogischen Führung könnten behinderte Kinder ihre nichtbehinderten Klassenkameraden im Ausbau ihrer Kompetenzen fördern.



Prof. Dr. Georg Feuser entwickelte in Bremen eine Schulform, in der behinderte und nicht behinderte Kinder erfolgreich gemeinsam unterrichtet wurden. Derzeit hat er eine Gastprofessur am Institut für Sonderpädagogik der Universität Zürich inne.

Foto: privat

Was ist Bildung?
Anthropologische Positionen legen nahe, dass der Mensch prinzipiell ein zu erziehendes und bildendes Wesen ist, da er nicht über Instinkte verfügt, die allein genügen, damit er in dieser Welt zurechtkommt. Dies vorausgesetzt, könnte man Bildung als einen Prozess beschreiben, in dem der Mensch lernt, Welt wahrzunehmen, innerlich abzubilden und auf diesem Hintergrund zu handeln. Ich vertrete die dialektische Ansicht, dass der Mensch sich den Menschen über die Dinge und die Dinge durch den Menschen aneignet.
Radikal gesehen: Wenn ein Kind mithilfe einer Beatmungsmaschine atmet, setzt sich der Körper mit dem Sauerstoff auseinander. Gelingt es nun, dies in eine zwischenmenschliche Beziehung einzubetten, z.B. indem ein Pflegender ein Lied im Rhythmus der Atmung singt, kann es dazu kommen, dass das Kind diese äußere Hilfe nutzt, um weniger abhängig zu werden von der künstlichen Beatmung. Das wäre Bildung auf einer ganz basalen Ebene.

Welche Voraussetzungen benötigt die Bildung?
Dazu hat Hartmut von Hentig gesagt: "Bildung ist sich bilden." Darin steckt die Aussage, dass wir niemanden bilden können, so wie ein Fotograf ein Bild entwickelt, sondern wir können nur in Bezug auf den momentanen Zustand eines Menschen eine Lernumgebung schaffen, die seine Interessen, Motive und Bedürfnisse trifft. Der Mensch ist auf den Austausch mit dem Menschen und seiner Umgebung angewiesen. Schneidet man ihn davon ab, kann er an den Folgen der Isolation sterben. Er wird sich also, um seine Lebensprozesse realisieren zu können, mit diesen Angeboten auseinandersetzen und darin Sinn finden. Hat z.B. ein schwer behindertes Kind Hunger und wird gefüttert, dann ist dies eine materielle Bildungsbasis. Die Betreuenden können die Handlung nutzen, indem sie Zeichen einführen: Sie halten dem Kind den Löffel erst vor die Augen, damit es ihn sieht. Sie machen Schmatzgeräusche, damit es den Vorgang des Essens hört, dann erhält das Kind den Löffel in den Mund und hört zur sprachlichen Bestätigung das Wörtchen "guuut!". Da das Gehirn ständig versucht, Zusammenhänge herzustellen, kann das Kind die symbolische Repräsentation mit der Geschmackserfahrung, der folgenden Sättigung und dem sprachlichen Ausdruck verbinden. Wenn solche Prozesse subjektiv zu einem Sinn führen, beginnt ein Mensch den Sachverhalten Bedeutung zuzumessen. Dann wird ein Löffel als Instrument identifiziert, das durch Nahrung Befriedigung schaffen kann. Die Kunst der Erziehenden besteht darin, – und da gibt es keinen Unterschied zwischen einem hochbegabten Gymnasiasten und einem schwer behinderten Kind – die spezifischen Bedürfnisse und Interessen zu treffen.

Wie definieren Sie die Aufgabe der Schule in Bezug auf behinderte Kinder?
Auch für die Schule gilt dieser umfassende Begriff der Bildung. Sie setzt weder die grundlegenden menschlichen Lernprozesse noch deren Bedingungen außer Kraft. Die Gesellschaft hat mit der Einrichtung von Schulen ein Feld geschaffen, in dem sich das Lernen potenziert, und zwar immer in Bezug auf einen bestimmten Lernenden gesehen. Das Lernen bleibt also nicht dem Zufall von Alltäglichkeiten oder eines engagierten Elternhauses überlassen, sondern lässt sich als Rechtsanspruch in einer Institution verwirklichen, die gehalten ist, das Angebot in einer Weise zur Verfügung zu stellen, die einem einzelnen Schüler angemessen ist. Wenn Schule das nicht leisten kann, brauchen wir sie nicht.

Schule, wie wir sie kennen, fordert von Schülern, dass sie nach bestimmten Regeln funktionieren. Ist es sinnvoll, besondere Schulen einzurichten, in denen Schüler lernen können, die aus diesem Rahmen fallen?
Wenn man die bestehende, traditionelle Schule anschaut, könnte man mit gutem Grund von Institutionen der Gewalt sprechen. Eine Schule, die sich an einem fiktiven Durchschnitt der Entwicklungs- und Lernfähigkeit orientiert, verübt gegenüber Schülern, die mit diesem Angebot nicht zurechtkommen, tatsächlich strukturelle Gewalt mit direkten Konsequenzen. Schüler bleiben sitzen, fliegen von der Schule, müssen in die Sonderschule wechseln. Wenn sich Schule also, mit deutlichen Anführungszeichen gesprochen, als Ort der Abrichtung von Menschen auf bestimmte gesellschaftliche Funktionen versteht, dann muss sie Menschen ausgrenzen, die dieser Output-Vorstellung nicht entsprechen. Das bestehende Schulsystem selektiert permanent und verweist nicht passende Schüler in andere Einrichtungen. Insofern gibt es eine Legitimation der Sonderschulen. Aber: Unserem heutigen Erkenntnisstand entsprechend können wir Bildung so organisieren, dass auch ein Mensch, der formal gesehen abweichende Verhaltens- und Entwicklungsweisen zeigt, in einem Regelsystem kompetent mitgefördert werden kann. Es ist also bereits heute denkbar, dass Sonderschulen überflüssig wären, und damit meine ich nicht das sonderpädagogische Knowhow, sondern nur diese Schulen als Orte ausgesonderten Lernens.

Wieso sind Sonderschulen noch nicht abgeschafft?
Unsere Schulen vermitteln nicht nur Bildung, sondern verknüpfen Bildung mit Privilegien. Ein einfacher Fall: Mit einem Abitur darf der Schüler studieren. Wir haben ein ständisch orientiertes Schulsystem in einer demokratischen Gesellschaft, das ist ein absoluter Widerspruch. Dass sich die vorliegenden pädagogischen Erkenntnisse nicht in eine Reform der Schule im Sinne der Integration umsetzen lassen, hat seine Ursache in einer politischen Normierung, die auf den Fortbestand einer selektiv leistungsorientierten Gesellschaft zielt. Die Auswirkungen zeigen sich z.B. darin, dass Kinder aus Unterschichtfamilien, auch wenn sie die gleiche Intelligenz, Lese- und Mathematikfähigkeit aufweisen wie Kinder aus der Oberschicht, eine 14mal geringere Chance haben, eine Gymnasialempfehlung zu erhalten.

Sie plädieren dafür, alle Kinder in einer Schule zu unterrichten.
Wir haben in Bremen in den 80er bis in die 90er Jahre ein vollintegratives System entwickelt, und es gibt auch andernorts sehr gelungene Konzepte, wo dies bereits Realität ist. Meistens trifft man ja auf die Meinung, dass das Zusammenführen von normal lernenden und beeinträchtigten Kindern zu einer Angleichung des Lernpensums nach unten führt. Das basiert auf der irrigen Annahme, Schüler seien in der Lage, bei gleichem Angebot an Hilfen in vergleichbarer Zeit zu denselben Ergebnissen zu kommen. Wenn ich dabei bleibe, kann die Hereinnahme eines mehrfach behinderten Kindes nicht gelingen, weil sein Tempo und seine Zugänge zum angebotenen Stoff ganz anders sind.
Wenn ich jedoch Gruppen bilde und ihnen Projekte in offenen Lernformen anbiete, z.B. mit dem Thema "Wir recyclen Abfälle", sieht es schon anders aus. Wir benennen in dem genannten Thema z.B. die Rohstoffe auf englisch oder in einer anderen Sprache, können fragen, wo kommen die Rohstoffe her, stellen fest, dass es organische und anorganische Stoffe gibt – und schon habe ich in diesem Projekt die klassischen Fächer Englisch, Geographie, Chemie und Biologie verbunden. Entlang solcher Themen lässt sich ganzheitlicher Unterricht in Gruppierungen gestalten, in denen hochbegabte und z.B. geistig behinderte Kinder miteinander experimentieren und Lösungen suchen.
Der zentrale Lerneffekt, so habe ich es an unserer Modellschule über zehn Jahre mitbekommen, besteht für einen unbeeinträchtigten Schüler nicht nur in der Ausbildung sozialer Fähigkeiten, indem er sich bemüht, seine beeinträchtigten Klassenkameraden anzusprechen. Er lernt auch kognitiv. Wenn der "schlaue" Schüler etwas begriffen hat, muss er diese Erkenntnis im Umgang mit den anderen reproduzieren, um sich verständlich zu machen. Damit bearbeitet er sein Wissen, macht sich bewusst, warum er etwas weiß. Das ergibt ein unglaublich fundiertes, erkennendes Lernen, nicht nur eines, das Wissen addiert.

Der übliche Frontalunterricht kann das nicht leisten.
Die klassische Schulstruktur wäre damit überfordert. Es geht um die Übersetzung des Unterrichts in Projekte, deren Themen alle Disziplinen umfassen. Das hat weit reichende Vorteile, denn das Thema der Migration muss man ja ebenfalls in die Integration hineindenken.
Alles was auf den Tisch kommt, hat auch einen französischen, italienischen oder türkischen Namen. Ein Kind ausländischer Herkunft, das die deutsche Sprache nicht so gut beherrscht, soll eben kein Deutschdefizit-Kind sein, sondern es wird zu einem kompetenten Kind, das den anderen sagen kann, wie ein Gegenstand in seiner Muttersprache heißt. Und damit gewinnt es ein ganz anderes Interesse, Deutsch zu lernen.
Das Kind merkt, Sprachen sind Werkzeuge zur Bezeichnung von Sachverhalten und keine Hemmnisse. Spätestens hier wird deutlich, dass Integration sich nicht auf die Berücksichtigung von behinderten Menschen beschränkt, sondern eine umfassende soziokulturelle Aufgabe ist.

Das Gespräch führte Bernd Hein

Das aktuelle Buch

Arzneimittel sind nicht für Kinder gemacht. Erstens sollen sie außerhalb ihrer Reichweite aufbewahrt sein und zweitens hat meist niemand getestet, ob die Wirkstoffe ihnen gut tun. Am Beispiel von Rofecoxib (Vioxx®), das inzwischen vom Markt verschwunden ist, zeigt sich: Auch Erwachsene besitzen keine Garantie, ein neues Medikament werde ihnen nützen. Für die Tests bemüht die Industrie erwachsene Probanden. Ihr Stoffwechsel entspricht gewissermaßen dem eines fiktiven "Durchschnittspatienten". Die Dosierungsangaben für Kinder beruhen hingegen auf errechneten Werten - oder fehlen. Deshalb ist es gut, wenn man ein handliches Büchlein wie das von Jeannette Renner in der Tasche hat. Die Kinderärztin nennt Arzneimittel von A wie Acetazolamid bis Z wie Zinksulfat und weist auf Handelsnamen, Dosierungen, Indikationen, Kontraindikationen, unerwünschte Wirkungen sowie wesentliche Lücken der wissenschaftlichen Datenlage hin – speziell auf Kinder ausgelegt. Die fachlichen Informationen sind garniert mit kindgerechten Angaben, z.B. den Geschmacksrichtungen oral zu verabreichender Präparate. Löblich ist das, auch wenn es ein Geheimnis der Autorin bleibt, was der Leser unter "Tutti-Frutti-Menthol-Orangen-Aroma" (Flucloxacillin) verstehen soll.
Renner. Jeannette: Fakten. Arzneimittel in der Pädiatrie. Thieme Verlag, Stuttgart, New York; 2006. 409 Seiten, 12,95 Euro.

Messen - Kongresse - Symposien

Oktober

06.10 – 07.10 Würzburg
36. Bayerische Anästhesietage (BAT) und Pflegesymposium Veranstaltungsort: Congress Centrum Würzburg, Pleichertorstraße 12, 97070 Würzburg Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Zerzabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16 21; 0911/393 16 14, Fax: 0911/393 16 78, E-Mail: bat@mcnag.info Internet: www.regionaltagungen.de

06.10. – 07.10 München
Kongress der Pflegeforschung Veranstaltungsort und Kontakt: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 81675 München, Internet: www.kongress-der-pflegeforschung.de (Onlineanmeldung möglich)

11.10. - 13.10. Göttingen
Forum für Intensivmedizin und Intensivpflege Veranstaltungsort: ZHG (Zentrales Hörsaalgebäude) der Georg-August-Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 5, 37075 Göttingen Kontakt: DocEducation GmbH & Co. KG, Schwachhauser Heerstraße 90, 28209 Bremen, Tel.: 0421/16 89 00, Fax: 0421/168 90 20, Email: info@doceducation.de Internet: www.doceducation.de

18. 10. – 21. 10. Düsseldorf
Rehacare International 2006 "Selbstbestimmt zu Hause leben" mit Kongress "Häusliche Pflege" am 19./20.10. Veranstaltungsort: Düsseldorfer Messegelände, Hallen 3–7, Eingänge Nord und Süd, Kontakt (für den Kongress): Petra Schröder, Messeplatz, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211/456 09 83, Fax: 0211/456 08 79 83, E-Mail : schroederp@messe-duesseldorf.de Internet (Präsenz der Messe): www.rehacare.de

19.10. - 21.10. München
Münchner Pflegekongress 2006 "Zukunft sucht Weg – Entwicklung steuern, Chancen ergreifen" Veranstaltungsort: M,O,C München, Lilienthalallee 40, 80939 München Kontakt: Gerhard Eiselen, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen, Englschalkinger Straße 77, 81925 München, Tel.: 089/92 70 31 64, Fax: 089/92 70 22 04, E-Mail: info@pflegekongress-muenchen.de Internet: www.pflegekongress-muenchen.de

23.10. - 24.10. Heidelberg
8. Heidelberger Pflegekongress "Profit und Würde - Zukunft der Gesundheitsberufe" Veranstaltungsort: Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Kommunikationszentrum, Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg Kontakt: Mareike Eversmann, Fischerstraße 19, 82178 Puchheim, Tel.: 089/89 46 34 05, Fax: 089/89 46 34 06, E-Mail: info@heidelberger-pflegekongress.de Internet: www.heidelberger-pflegekongress.de

27. 10. - 28.10, Hamburg
4. Gesundheitspflege-Kongress "Pflege kann mehr – neue Aufgaben, Ansätze und Chancen" Veranstaltungsort: Elysee Hotel Hamburg, Rothenbaumchaussee 10, 20148 Hamburg, Tel.: 040/41 41 27 54, Fax: 040/41 41 27 33 Kontakt: Andrea Tauchert, Tel.: 030/204 56 03, Fax: 030/20 45 60 42, E-Mail: tauchert@urban-vogel.de Internet: www.heilberufe-kongresse.de

November

03.11 - 04.11 Augsburg
21. Augsburger Intensivpflegetage (IPT) Veranstaltungsort: Kongresshalle Augsburg, Gögginger Straße 10, 86159 Augsburg Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Zerzabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16-16 oder 40, Fax: 0911/393 16 66, E-Mail: ipt@mcnag.info Internet: www.mcn-nuernberg.de

23.11.-24.11. Regensburg
Internationale Tagung "Humor- und Theaterpädagogik in der Pflege" Veranstaltungsort: Institut für Bildung und Personalentwicklung, Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg, Tel.: 0941/941 21 80, Fax: 0941/941 21 75 Kontakt: Service PrinterNet, Usterstraße. 25, CH-8617 Mönchaltorf, Tel.: 0041/44/948 04 74 Fax: 0041/44/948 02 77, E-Mail: service@printernet.info

24.11.-25.11. Nürnberg und Rummelsberg
Fortbildungsveranstaltung "Husten–Helfen–Beatmen Sekretmanagement und Beatmung bei neuromuskulären Erkrankungen" Veranstaltungsorte: 24.11. Maritim Hotel Nürnberg, Frauentorgraben 11, 90443 Nürnberg; 25.11. Krankenhaus Rummelsberg gGmbH, Neurologische Klinik Laurentiushaus, Rummelsberg 65, 90592 Schwarzenbruck Kontakt: PD. Dr. med. Martin Winterholler, Krankenhaus Rummelsberg gGmbH, Neurologische Klinik Laurentiushaus, 90592 Schwarzenbruck, Tel.: 09128/5034 37, E-Mail: neurologie.khr@rummelsberg.net

Dezember

01.12. – 02.12. Mannheim
23. Südwestdeutsche Anästhesietage (mit Pflegesymposium am 02.12) Veranstaltungsort: Congress Center Rosengarten Mannheim, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Zerzabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16-16 oder 40, Fax: 0911/393 16 66, E-Mail: sat@mcnag.info Internet: www.regionaltagungen.de

07.12. – 09.12. Fellbach
8. Stuttgarter Kinderanästhesietage "Lernen an Kasuistiken im Dialog" Veranstaltungsort: Schwabenlandhalle Fellbach Betriebsgesellschaft mbH, Tainer Straße 7, 70734 Fellbach Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Zerzabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16 17, Fax: 0911/393 16 20, E-Mail: skat@mcnag.info Internet: www.mcn-nuernberg.de

08.12 – 09.12. Hamburg
19. Norddeutsche Anästhesie-Tage "Kongress für Anästhesie - Intensivmedizin - Notfallmedizin – Schmerztherapie" und Pflegekongress Veranstaltungsort: Congress Center Hamburg, Am Dammtor, 20355 Hamburg Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Zerzabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16-21 oder 36, Fax: 0911/393 16 78, E-Mail: nat@mcnag.info Internet: www.regionaltagungen.de

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Universität Witten/Herdecke
Träger: Vestische Caritas-Kliniken GmbH

Für unser André-Streitenberger-Haus (Leitung Herr Dipl. Pädagoge M. Schwerdt) suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine

Leitende Pflegekraft (m/w)

in Vollzeitbeschäftigung.

Unser Profil:
- Das André-Streitenberger-Haus der Vestischen Kinder- und Jugendklinik ist eine Wohn- und Rehabilitationseinrichtung zur Förderung und Betreuung von sieben Kindern und Jugendlichen, die aufgrund von Muskelerkrankungen oder Querschnittlähmungen dauerhaft von einer mechanischen Beatmungshilfe unterstützt werden. Jede dieser Krankheitsgruppen mit multiplen Behinderungen bedingt eine Vielzahl von besonderen medizinischen, pflegerischen und pädagogischen Aspekten, die eine multiprofessionelle Betreuung notwendig macht.

Wir suchen:
- Eine Leitende Pflegekraft mit mehrjähriger Berufserfahrung, möglichst auch im Intensivbereich
- Qualifikation zur/zum Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Weiterbildung zur Stationsleitung bzw. die Bereitschaft zur Erlangung entsprechender Fähigkeiten
- Ein hohes Maß an Flexibilität, Sozialkompetenz, Belastbarkeit und Eigeninitiative

Wir bieten:
- Eine Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes einschließlich der üblichen Sozialleistungen
- Fortbildungsmöglichkeiten

Nähere Auskünfte erteilt die Stellv. Pflegedienstleitung, Frau **Pia Zurmühlen** (Tel.: 02363/975-501) oder Herr **Michael Schwerdt** (Tel.: 02363/975-660).

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen innerhalb der nächsten 4 Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige an die

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Universität Witten/Herdecke
c/o Herrn Volker Bach - Personalleiter -
Dr.-Friedrich-Steiner-Straße 5 - 45711 Datteln
Tel.: 02363/975-0, **Fax:** 02363/64211
eMail: V.Bach@kinderklinik-datteln.de
Besuchen Sie uns im Internet: www.Kinderklinik-Datteln.de

caritas

Flieg Falter, flieg

Wer weiß schon, was Schmetterlinge den lieben langen Tag denken, während sie in der Gegend herumflattern. Sie bestehen so sehr aus Flügeln, dass der Rest kaum zählt, und vom Kopf ist vor lauter Augen nur wenig zu sehen. Nicht mal Entomologen, immerhin die Fachleute für alles, was kribbelt, krabbelt und fleucht, können, Hand aufs Herz, sichere Auskunft darüber geben. Manchmal aber lüften die Tiere selbst ihr Geheimnis. Ein Schmetterling startete im April in Unterhaching, entstieg der "gepflegt durchatmen" und landete just im Juli in Melsungen, wo man die ehrwürdige Fachpostille "Die Schwester/Der Pfleger" herstellt. Na, so ein liebes Viecherl, wie man in Bayern sagt. Flattermann und Ideenträger. Uns freut das natürlich. Weil es gut tut, sich aus der Ferne gespiegelt zu sehen. bh

Impressum

GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivpflege

Herausgeber: Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Geschäftsleitung: Jörg Brambring, Christoph Jaschke
Redaktionsleitung: Bernd Hein
Layout: Elke Schuhbauer, Grafik-Design, schuhbauer.design@t-online.de
Druck: Druck & Medien Schreiber GmbH
Mitarbeiter dieser Ausgabe: Michaela Brandstätter, Stefan Hille, Liz Kapitel, Elisabeth Khuen-Belasi, Christina Loy-Birzer, Gabriel Nemeth, Michael Prebio, Franziska Prinzing, Brigitte Roos-Liegmann, Andreas Walle

Anzeigenleitung: Christoph Jaschke, Linda Geiger

Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 2 vom 1. Mai 2006.

Anschrift der Herausgeber und der Redaktion:
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Von-Stauffenberg-Straße 25
82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 615 006 71
Fax: 089 - 611 009 66
E-Mail: presse@heimbeatmung.com

Homepage: **www.gepflegt-durchatmen.de**

Die Zeitung erscheint dreimonatlich. Der Nachdruck von Texten oder die Vervielfältigung – auch in Auszügen – bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bildmaterial übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Verantwortung. Die Rücksendung ist nur gegen Rückporto möglich.