

..... Nr. 10 Oktober 2015

transferplus

..... Care for Chronic Condition –
Leben mit chronischer Krankheit gestalten



..... Herausgeber

..... g-plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen

Inhalt

Editorial	3
Prof. Dr. Elke Donath	
We Care for Chronic Condition	4
Dr. Bernadette Klapper	
Selbstmanagement für Menschen mit chronischen Erkrankungen - die Initiative „INSEA - Gesund und aktiv leben“ startet in Deutschland	8
Marius Haack, Dr. Gabriele Seidel, Maren Kreinhacke, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks	
„Mehr Leben – weniger Krankheit“ - Pflegerische Beratung und Begleitung bei chronischer Herzinsuffizienz	14
Gabriele Meyer	
„Selbst-Handeln bei Epilepsie“ – Ein ressourcenorientierter psychotherapeutischer Ansatz zur Steige- rung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung bei chronischen Erkrankungen am Beispiel der Epilepsie	19
Rosa Michaelis, Dr. Gerd Heinen	
Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim	28
Nino Chikhradze, Almut Hartenstein-Pinter, Cäcilia Krüger, Prof. Christel Bienstein	
Programm Starkes Herz: Case Management hilft Patienten mit Herzinsuffizienz	34
Elisa Kern, Saskia Hynek	
Chronisch krank und Schule - Nationale Herausforderungen und das internationale Modell der School Health Nurse	40
Andreas Kocks	
Care for Chronic Condition – Internationales Hospitations- und Fortbildungsprogramm	48
Impressum	50
Allgemeine Hinweise	51

..... Editorial

..... Vom Ausland lernen: Neue Wege in der Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen

..... *Prof. Dr. Elke Donath, Leitung g-plus, Universität Witten/Herdecke;
Präsidentin Mathias Hochschule Rheine*

Wie kann die Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen in Deutschland verbessert werden? Welche Konzepte gibt es, um die Betroffenen mit ihren spezifischen Bedürfnissen stärker in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen und ihre Selbstmanagementkompetenz zu stärken? Gibt es Ansätze, Erfahrungen oder Modelle im Ausland, von denen wir in Deutschland lernen können? Diese Fragen standen im Zentrum des Auftaktsymposiums zum neuen Förderprogramm Care for Chronic Condition im März 2015 in Berlin. Unter dem Titel „Care for Chronic Condition – Leben mit chronischer Krankheit gestalten“ diskutierten renommierte ReferentInnen aus Wissenschaft und Praxis mit den rund 80 Teilnehmenden Projekte und Ansätze, die in Deutschland bereits modellhaft umgesetzt werden und bei deren Entwicklung Erkenntnisse aus dem Ausland wichtige Impulse lieferten.

Das vorliegende Themenheft dokumentiert die Veranstaltung in Teilen – u. a. durch die Beiträge von Gabriele Meyer und Andreas Kocks. Gabriele Meyer berichtet von ihrer Hospitation in einer pflegegeleiteten Ambulanz für Menschen mit Herzinsuffizienz in den Niederlanden und der Umsetzung am Klinikum Nürnberg. Andreas Kocks widmet sich in seinem Beitrag der Betreuung von chronisch kranken Kindern im Schulalltag.

Ergänzend zu den Beiträgen des Symposiums bringt das vorliegende Heft aber auch neue Aspekte der international inspirierten Versorgung chronisch kranker Menschen in die Diskussion. So beschäftigt sich Rosa Michaelis mit der Steigerung der Selbstwirksamkeit bei Menschen mit einer Epilepsie. Als Teilnehmerin im Programm Care for Chronic Condition, gefördert von der Robert Bosch Stiftung, hat sie sich dazu im Sommer 2015 in den USA und Kanada weitergebildet. Auch die Autoren der Medizinischen Hochschule Hannover widmen sich dem Thema Selbstmanagement bei chronischer Krankheit und berichten über die Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben (INSEA). Diese und weitere Beiträge, die die Bedeutung einer patientenorientierten Versorgung chronisch erkrankter Menschen unterstreichen, erwarten Sie in der vorliegenden Ausgabe von transferplus.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!



:::: We Care for Chronic Condition

:::: *Dr. Bernadette Klapper, stellvertretende Bereichsleiterin Gesundheit und Wissenschaft, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart*

Laut WHO machen chronische Erkrankungen in der Region Europa annähernd 80% der Krankheitslast aus, Tendenz steigend angesichts unserer langlebigen Gesellschaft. Das Robert Koch Institut stellte in der GEDA-Studie 2009 fest, dass bereits mehr als die Hälfte der über 50-jährigen von mindestens zwei chronischen Erkrankungen betroffen ist, bei den über 75-jährigen sind es um die 90%. Ein Drittel dieser Altersgruppe hat sogar mit mehreren Erkrankungen zu tun. Und wir wissen, dass die Zahlen noch ansteigen werden.

Unser Gesundheitssystem, das in seinen wesentlichen Strukturen im letzten Jahrhundert entwickelt wurde, ist jedoch nach wie vor mehr auf die Versorgung von akuten Krankheitsereignissen ausgerichtet. Das gilt für die sektoral aufgestellten Versorgungsbereiche, aber auch für die Berufsgruppen, ihre Aufgabenprofile und oft auch ihre Präferenzen.

Die gute Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen – und insbesondere wenn sie gleichzeitig mehrere Erkrankungen haben – ist komplex. Zu verbinden sind Gesundheitsförderung, Prävention, Unterstützung im Selbstmanagement, medizinische Maßnahmen im engeren Sinne bis zur High-Tech-Medizin, Pflege und mitunter Sozialarbeit. Mehrere Berufsgruppen kommen je nach Krankheitsausprägung rund um den Patienten ins Spiel. Die Patienten selbst müssen Wege finden, ihr Leben mit chronischer Erkrankung weiter gut leben zu können.

Die Zukunftsfähigkeit unserer Gesundheitsversorgung ist aufs Engste verknüpft mit der erfolgreichen Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Robert Bosch Stiftung widmet sich in der aktuellen Förderarbeit verstärkt dieser Herausforderung. Mit unseren Instrumenten möchten wir ganz gezielt Beiträge für eine bessere Versorgung leisten. Dabei leiten uns folgende Einsichten:

Menschen mit chronischen Erkrankungen haben häufig komplexe Versorgungsbedarfe, denen in der ambulanten Versorgung zunehmend schwer begegnet werden kann!

Mit unserer Ausschreibung für die Entwicklung von „Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ – kurz PORT – erhoffen wir, neue Wege in der

ambulanten Versorgung einzuschlagen, die den Anforderungen an eine gute Versorgung vor allem chronisch kranker Menschen gerecht werden und das Potential haben, trotz steigender personeller Engpässe in den Regionen Deutschlands zukunftsfähig zu sein. Unsere Zukunftsvision solcher Zentren ist anspruchsvoll. Die Versorgung darin soll patientenzentriert, koordiniert und kontinuierlich erfolgen. Selbstverständlich sollen die Patienten auf eine hohe fachliche und therapeutische Qualität vertrauen dürfen und außerdem Unterstützung in gesundheitsförderlichem Verhalten und im Umgang mit ihrer oder ihren Erkrankungen erhalten. Therapie- und Versorgungspraxis sollen in den Zentren weiterentwickelt werden, auch mit neuen Potentialen wie eHealth. Hinzu kommen eine gute kommunale Einbindung und die Einbindung von engagierten Bürgern, genauso wie eine gute Zusammenarbeit mit anderen Bereichen der Versorgung wie z.B. dem Akutkrankenhaus und dem Pflegeheim vor. Wir stellen uns ein multiprofessionelles Team vor, das mit und für den Patienten auf Augenhöhe gerne zusammenarbeitet.

Menschen mit chronischen Erkrankungen haben mitunter besondere Versorgungsbedürfnisse, weil ihre Erkrankung nur selten vorkommt!

Über 7.000 seltene Krankheitsbilder sind bisher bekannt. Insgesamt leben in Deutschland rund 4 Millionen Menschen mit einer Seltenen Erkrankung. Trotz der sehr unterschiedlichen einzelnen Krankheitsbilder haben diese Patienten gemeinsame Probleme, die sich aus der geringen Bekanntheit der Erkrankungen und den kleinen Patientenzahlen ergeben.

Seit 2008 fördert die Stiftung Vorhaben zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Seltenen Erkrankungen. Zuletzt hat die Stiftung im Rahmen zweier Ausschreibungen gezielt Projekte in die Förderung aufgenommen, die zu einer Verkürzung des Diagnosewegs von Menschen mit Seltenen Erkrankungen beitragen bzw. mit denen Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen gestärkt werden können.

Menschen mit chronischen Erkrankungen werden in den meisten Fällen ihre Krankheit nicht mehr los. Sie brauchen Unterstützung, um bestmöglich mit der Krankheit zu leben – jeden Tag und in jeder Lebenslage und so lange wie möglich.

Wir haben die Zusammenarbeit mit der Schweizer Stiftung Careum, der Barmer GEK, der Selbsthilfekoordination Bayern und der Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover begonnen und arbeiten daran, das Chronic Disease Selfmanagement Program aus Stanford auch in Deutschland einzuführen, nachdem die Stiftung

Careum dies bereits für die Schweiz erreicht hat. Gemeinsam haben wir eine Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben „INSEA“ mit einer Koordinierungsstelle in Hannover gegründet. Seit Anfang 2015 werden entsprechende Selbstmanagement-Kurse in Hannover und Bayern angeboten. Perspektivisch soll das Angebot auch auf weitere Standorte in Deutschland erweitert werden.

Menschen mit chronischen Erkrankungen brauchen Ärzte und Gesundheitsfachkräfte, die in ihrem Sinne gut zusammenarbeiten!

Mit dem Ziel, interprofessionelle Zusammenarbeit zusammen zu erlernen und einzuüben, fördern wir in unserem Programm Operation Team acht Standorte, die gemeinsame Lerneinheiten für Studierende der Medizin und Studierende oder Auszubildende anderer Gesundheitsberufe entwickeln und umsetzen. Wir unterstützen die Projekte in der nachhaltigen Verankerung der Lerneinheiten an der jeweiligen Ausbildungsstätte. Durch die Ausweitung des Förderprogramms „Operation Team“ auf den Fortbildungsbereich soll die Qualifizierung zur interprofessionellen Kooperation in der Gruppe der bereits im Beruf stehenden Gesundheitsfachkräfte verstärkt werden. Wir werden elf neue Projekte fördern, die Themen der interprofessionellen Versorgung von chronisch kranken Patienten im Fokus haben und gleichzeitig interprofessionelle Ansätze und Prinzipien in den Fortbildungsbereich tragen.

Menschen mit chronischen Erkrankungen brauchen Ärzte und Gesundheitsfachkräfte, die engagiert neue Ideen in Therapie und Versorgung umsetzen!

Eine Versorgung, die die Steigerung der Lebensqualität, die Stabilisierung des Krankheitsverlaufs und die Vermeidung von (kostspieligen) Krankenhausaufenthalten zum Ziel hat, ist angewiesen auf professionelle Helfer, die die Komplexität verstehen und Maßnahmen nicht nur auf eine akute Krankheitsepisode abstellen.

Das von uns geförderte Qualifizierungsprogramm „Care for Chronic Condition“ soll es Fachkräften in der Gesundheitsversorgung ermöglichen, einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu neuem Fachwissen in anderen Ländern zu erhalten und das neue Wissen als Impuls in die eigene Berufspraxis mitzubringen. Dabei möchten wir nicht nur Einzelpersonen in diesem Programm fördern, sondern auch Hospitationen für kleine interprofessionelle Gruppen ermöglichen. Des Weiteren sieht das Programm die Teilnahme an internationalen Konferenzen und Kongressen sowie an Fortbildungen, Seminaren und Kursen zu diesem Themenkreis vor. Wir werden auch einige Stipendien für weiterqualifizierende Studiengänge an ausländischen Universitäten vergeben.

Wir erhoffen uns, dass unser Förderangebot rege in Anspruch genommen wird und dass es gelingt, neue Ansätze und Impulse in der Chronikerversorgung zu identifizieren, wie z.B. passförmige Kooperationsmodelle, Umgang mit Multimorbidität, besondere Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen, gemeindenahе Angebote – und auch Nutzen neuer Technologien. Die Möglichkeiten sind vielfältig – genauso wie die Herausforderungen in der Begleitung der Erkrankten!

Das von g-plus im März 2015 veranstaltete Symposium „Care for Chronic Condition: Leben mit chronischer Krankheit“ und dieses Themenheft transferplus sind wichtige Bausteine, um die Diskussion über sinnvolle Konzepte in der Gesundheitsversorgung von chronisch Kranken zu führen, über die Stärkung von Nutzerkompetenz und von Selbstmanagement bei chronischer Erkrankung sowie über die Möglichkeiten für die Qualifizierung von engagierten Fachkräften, die sich für eine nutzerorientierte Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen einsetzen.

Wir laden Sie dazu ein, gemeinsam mit uns dieses Thema aktiv weiterzuverfolgen, die noch bestehenden Lücken und Hindernisse aufzudecken und an den neuen Wegen und Lösungsansätzen zu arbeiten. Denn noch sind wir weit davon entfernt, flächendeckend eine Gesundheitsversorgung zu praktizieren, die den Patienten partizipativ, auf Augenhöhe und konsequent im Leben mit der chronischen Erkrankung begleitet und fördert und auf eine langfristig angelegte Stabilisierung der Erkrankung abzielt.



:::: Selbstmanagement für Menschen mit chronischen Erkrankungen

:::: Die Initiative „INSEA - Gesund und aktiv leben“ startet in Deutschland

:::: *Marius Haack, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Medizinische Hochschule Hannover*

:::: *Dr. Gabriele Seidel, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Leiterin der nationalen Koordinierungsstelle INSEA, Medizinische Hochschule Hannover*

:::: *Maren Kreinhacke, Standortkoordinatorin Projekt INSEA, Medizinische Hochschule Hannover*

:::: *Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Leiterin des Studiengangs Public Health und Leiterin des Forschungsschwerpunkts Patientenorientierung und Gesundheitsbildung, Medizinische Hochschule Hannover*

Seit Februar 2015 werden über die Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben (INSEA) in Niedersachsen und Bayern die evidenzbasierten „Chronic Disease Self-Management Program“ (CDSMP) Kurse der Universität Stanford (USA) durchgeführt. Lizenznehmer ist das Evivo-Netzwerk (Schweiz), über das die Kurse bereits seit 2011 in der Schweiz und in Österreich in deutscher Sprache angeboten werden. Mit Unterstützung und in Zusammenarbeit mit der Robert Bosch Stiftung, der Barmer GEK und der Careum Stiftung verfolgt die Initiative das Ziel, diese Selbstmanagementkurse flächendeckend in Deutschland mit unterschiedlichen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens zu implementieren.

1. Hintergrund

Chronisch Erkrankte sind mit der Herausforderung konfrontiert, mit dem langwierigen Verlauf ihrer Erkrankung umzugehen und periodisch auftretende Komplikationen und Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Belastungen zu überwinden. Dies gilt nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Angehörige oder Freunde. Aktiv eine oder sogar mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig zu „managen“ und mit den jeweiligen Begleitumständen konstruktiv zu leben, stellt Betroffene vor eine Vielzahl von Herausforderungen in allen Lebensbereichen. Um diese Anforderungen zu bewältigen, bedarf es verschiedener Fertigkeiten und Fähigkeiten,

die sich mit den drei Begriffen Wissen, Können und Wollen umschreiben lassen (Bitzer & Spörhase 2015). Zum Wollen gehört die Erkenntnis, dass Betroffene zu Experten ihrer eigenen Erkrankung werden müssen, da ihr Mitwirken eine zentrale Voraussetzung für ein bedingtes, gelingendes Gesundsein sein kann (Hartmann 1994, Taylor et al. 2014).

Wie auch die Herausforderungen, die chronische Krankheiten mit sich bringen, sind die Anforderung an ein kompetentes Selbstmanagement vielschichtig. Betroffene müssen lernen,

- Schwierigkeiten zu erkennen und einzuschätzen, um Probleme zielgerichtet lösen zu können,
- den Alltag (neu) zu strukturieren,
- fachliche Informationen zu verstehen, für die eigene Lebenssituation anzupassen und zu nutzen,
- Handlungen zu planen und sich selbst konkrete Ziele zu setzen, um auch komplexe Anforderungen in kleinen, durchführbaren Schritten angehen zu können und soziale Beziehungen und Rollensituationen (neu-) zu gestalten.
(Haslbeck & Schaeffer 2007; Lorig et al. 2011; Taylor et al. 2014)

Die wechselseitige Unterstützung, das Verständnis und die innere Anteilnahme durch andere Betroffene kann dabei einen hohen Stellenwert haben. Die in Deutschland existierenden Selbsthilfegruppen zeigen dies eindrucksvoll (Nickel et al. 2014).

2. Die Selbstmanagementkurse

Das Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) des Stanford Patient Education Center (USA) hat eine 30-jährige Tradition und wurde auf Basis kontrollierter Studien kontinuierlich weiterentwickelt (Lorig et al. 2001). Das Programm unterscheidet sich von vielen anderen Programmen zum (Selbst)management chronischer Erkrankungen darin, dass die Kurse

- a) Menschen mit ganz unterschiedlichen chronischen Erkrankungen zusammenbringen, weil die Anforderungen, mit einer chronischen Erkrankung zu leben, indikationsunabhängig oft ähnlich sind und die Teilnehmer ihre Erkrankung im Licht der anderen Beeinträchtigungen oft anders wahrnehmen.
- b) gleichermaßen Betroffene und deren Angehörige oder Freunde ansprechen.
- c) einem Peer-Ansatz folgen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen darin unterstützt werden,

- Gesundheitswissen zu erlangen, um gesundheitliche Beschwerden besser verstehen und bewältigen zu können,
- Umgangsoptionen mit Schmerzen, Erschöpfung, Medikamenten, Nebenwirkungen und kritischen Gefühlen kennenzulernen und zu erproben,
- Probleme zu lösen, eigene Ziele zu identifizieren und Handlungen zu planen,
- ein persönliches Bewegungs- und Ernährungsprogramm zusammenzustellen,
- Entspannungstechniken auszuprobieren,
- sich auf einen Arztbesuch vorzubereiten und
- gut kommunizieren zu können.

In Gruppen von bis zu 18 Personen treffen sich die Teilnehmenden über einen Zeitraum von sechs Wochen wöchentlich für je 2,5 Stunden. Im Mittelpunkt der sechs standardisierten Kursteile stehen Informationsvermittlung, Kompetenzförderung und sozialer Austausch. Im Ablauf sollen kurze Sequenzen zu verschiedenen Themenbereichen die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden über die 2,5 Stunden immer wieder binden. Neben Einheiten zur Wissensvermittlung wird vor allem auf aktives Mitwirken gesetzt. Verschiedene Übungen werden erweitert um Erfahrungsaustausch, Brainstormings und gemeinsames Problemlösen (Seidel et al. 2015). Das Herzstück der Kurse bilden Handlungspläne, die am Ende jedes Kursteiles von jedem Teilnehmer individuell erstellt und bis zur nächsten Sitzung durchgeführt werden. Die Pläne helfen, Aktivitäten durchzuführen oder Entscheidungen zu treffen, indem diese in kleinere lösbare Aufgaben zerlegt werden. So können realistische Ziele formuliert und erreicht, Probleme gelöst und der Alltag neu oder anders strukturiert werden. Erfahrungen bei der Umsetzung dieser Pläne werden in den Kursen diskutiert, dabei entstandene Probleme lösungsorientiert besprochen.

Die Kurse werden von einem Kursleiter-Tandem geleitet. Mindestens einer der beiden ist selbst direkt oder indirekt (Angehörige) von chronischer Erkrankung betroffen, ist also „Experte aus Erfahrung“. Die Kursleiter werden in einem mehrtätigen Training qualifiziert, kontinuierlich supervidiert und sind in ein Zertifizierungssystem eingebunden. Ein strukturiertes Manual unterstützt die Kursleitungen bei der standardisierten Durchführung der Kurse.

3. Dissemination in Deutschland

Seit 2011 werden die CDSMP-Selbstmanagement-Kurse als Ergänzung zur medizinischen und therapeutischen Versorgung im deutschsprachigen Raum unter dem Namen „Gesund und aktiv leben“ (EVIVO) unter Federführung der CAREUM-Stiftung in der

Schweiz und Österreich erfolgreich disseminiert. 2014 wurde zudem der Verein EVIVO Netzwerk gegründet, der die Programmlizenz für den deutschsprachigen Raum vergibt, Kursleitungen ausbildet und für ein europäisches Netzwerk für Selbstmanagement von chronischen Erkrankungen einsteht. Im Rahmen der Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben (INSEA) unterstützen die Robert Bosch Stiftung, die Barmer GEK, die Careum Stiftung, das EVIVO Netzwerk, die Selbsthilfe Koordination Bayern (SeKo), die Medizinische Hochschule Hannover und die Patientenuniversität eine Implementationsstrategie speziell für Deutschland. Dazu wurde im Jahr 2014 eine nationale Koordinierungsstelle INSEA an der Medizinischen Hochschule Hannover geschaffen. Ziel ist es, sukzessive Modellstandorte innerhalb Deutschlands in die Initiative zu integrieren, Strukturen zur Durchführung der Kurse zu schaffen und den Austausch der Modellstandorte untereinander zu fördern. Eine Steuerungsgruppe aus Akteuren aller genannten Institutionen aus dem deutschsprachigen Raum berät überdies in regelmäßigen Sitzungen über Entscheidungen zu Konzept, Strukturen und Prozessen der Umsetzung.

Parallel zur Koordinierungsstelle existieren zurzeit zwei Umsetzungsstandorte für die INSEA Kurse: In Niedersachsen ist dies die Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover, in Bayern die Selbsthilfe Koordination Bayern (SeKo). Seit Anfang 2015 werden hier INSEA Kurse „Gesund und aktiv leben“ kostenfrei angeboten. Sechs weitere Kurse für 2015 sind bereits weitgehend ausgebucht und auch 2016 werden kontinuierlich Kurse angeboten. Neben der Organisation und Durchführung der Selbstmanagementkurse rekrutieren die Standortpartner Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer und suchen unter den Teilnehmenden Interessierte, die bereit und fähig sind, sich zur Kursleitung ausbilden zu lassen und in ihren sozialen beziehungsweise regionalen Bezügen selbst Kurse anzubieten.

Mit den beiden Umsetzungsstandorten „Patientenuniversität“ und „SeKo Bayern“ sind zwei verschiedene Verbreitungsstrategien verbunden. Die Patientenuniversität kann als unabhängige Bildungseinrichtung zur Förderung und Stärkung von Gesundheits(system)- und Bewältigungskompetenz (Dierks & Seidel 2009) Menschen erreichen, die an Gesundheit und Krankheit interessiert und außerdem mobil genug sind, in die Räume der Patientenuniversität in Hannover zu gelangen. Zudem erreicht die Patientenuniversität durch ihre Nähe zur medizinischen Krankenversorgung und vielen ambulanten Polikliniken in der Medizinischen Hochschule Hannover viele Menschen mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen.

Über die SeKo Bayern können Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer gewonnen werden, die für Angebote aus dem Selbsthilfebereich offen sind. Gleichzeitig soll hier eine Brücke aus den Selbstmanagementkursen in die Selbsthilfegruppen geschaffen werden.

4. Teilnehmerevaluation

Bisherige internationale Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Teilnehmer an den CDSMP-Kursen auf verschiedenen Ebenen profitieren. Signifikant positive Effekte konnten zuletzt in einer Metaanalyse von Brady (2013) in den Bereichen Wohlbefinden, kognitives Symptommanagement, Erschöpfungszustand, Bewegung, Kommunikation mit Fachpersonen im Gesundheitswesen, soziale Teilhabe, gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung, bei einigen Indikationen auch in Bezug auf die Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten, nachgewiesen werden.

Um zu erfahren, ob die in Deutschland angebotenen Kurse ähnliche oder auch andere Effekte zeigen, hat die nationale Koordinierungsstelle INSEA die Aufgabe, eine kursbegleitende Teilnehmerevaluation zu organisieren und auszuwerten. Untersucht wird die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der INSEA-Kurse. Zu Kursbeginn, direkt nach dem Kurs und sechs Monate nach Kursende, werden die Teilnehmenden gebeten, einen halbstandardisierten Fragebogen zu den Themen Gesundheitsverhalten und -bildung, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit mit den INSEA-Kursen zu beantworten.

Bis August 2015 wurden 10 Kurse mit insgesamt 135 Teilnehmenden erfolgreich durchgeführt (79% weiblich; mittleres Alter 60,6 Jahre; Altersspanne 24-80 Jahre). Die ersten Erfahrungen sind ermutigend. Die bisherigen Teilnehmenden sind sehr zufrieden mit Kursthemen, -durchführung und -organisation. Fast alle geben an, dass sie die Kurse weiterempfehlen würden. Sie berichten zum Beispiel, dass sie gelernt haben, was sie selbst für ihre Gesundheit tun können, dass sie sich klarer darüber geworden sind, welche Ziele sie zukünftig weiter verfolgen möchten, um besser mit ihrer Erkrankung umzugehen und eine höhere Lebensqualität zu erhalten und dass sie Fragen in Gesprächen mit Ärzten nun besser formulieren können. Viele Teilnehmende sind nach dem Besuch der Kurse sensibilisiert für ihre Bedürfnisse und gehen achtsamer mit sich selbst um.

Nun gilt es, weitere Teilnehmer zu rekrutieren, motivierte Kursleiterinnen und Kursleiter zu finden und weitere Standorte in das INSEA-Netzwerk aufzunehmen. Vorstellbar ist, dass neben Standorten nahe der Krankenversorgung und der Selbsthilfe zum Beispiel auch ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen, Wohlfahrtsverbände oder Nachbarschaftsvereine als Multiplikatoren gewonnen werden. So könnte nicht nur flächendeckend, sondern auch zielgruppenorientiert und möglichst nah an der Lebenswelt der Betroffenen akquiriert werden.

Weitere Informationen zum Projekt INSEA sind unter www.insea-aktiv.de zu finden.

Literaturverzeichnis:

- Bitzer, E. M.; Spörhase, U. (2015): Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation und die Bedeutung für die Patientenschulung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.
- Brady, T. J.; Murphy, L.; O'Colmain, B. J.; Beauchesne, D.; Daniels, B.; Greenberg, M.; House, M.; Chervin, D. (2013): A meta-analysis of health status, health behaviors, and healthcare utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. In: Preventing chronic disease 10.
- Dierks, M.-L. & Seidel, G (2009): Angebot und Nachfrage nach kritischer Gesundheitsbildung - Erfahrungen aus der ersten Patientenuniversität in Deutschland in: Nebeling (Hrsg.), Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Beiträge zum Gesundheitsmanagement. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Hartmann F. (1994): Chronisches Kranksein - bedingtes Gesundsein. In: Die Medizinische Welt 45, 110-4.
- Haslbeck, J. W.; Schaeffer, D. (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. In: Pflege 20 (2), 82-92.
- Lorig, K.; Sobel, D. S.; Ritter, P.; Laurent, D. D.; Hobbs, M. (2001): Effect of a self-management program on patients with chronic disease. In: Effective clinical practice 4 (6), 256-262.
- Lorig, K. R.; Ritter, P.; Stewart, A. L.; Sobel, D. S.; Brown, B. W.; Bandura, A. et al. (2011): Chronic disease self-management program. 2-year health status and health care utilization outcomes. In: Medical Care 39 (11), 1217-1223.
- Nickel, S.; Werner, S.; Kofahl, C. (2014): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland - Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis Bericht zu der Befragung von Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen. Abgerufen von: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHG_20140630.pdf. Abgerufen am: 25.08.2015.
- Seidel, G.; Haack, M.; Kreinhacke, M.; Dierks, M-L. (2015): Das Selbstmanagement-Programm INSEA „Gesund und aktiv leben“. In: Public Health Forum (im Druck, voraussichtlich Dez. 2015) Verlag: De Gruyter.
- Shen, H.; Edwards, H.; Courtney, M.; McDowell, J.; Wu, M. (2012): Peer-led diabetes self-management programme for community-dwelling older people in China: study protocol for a quasi-experimental design. In: Journal of advanced nursing 68 (12), 2766-2777.
- Taylor, S. J. C.; Pinnock, H.; Epiphaniou, E.; Pearce, G.; Parke, H. L.; Schwappach, A. et al. (2014): A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions. PRISMS - Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions. In: Health Services and Delivery Research (2.53).



:::: Mehr Leben – weniger Krankheit

:::: Pflegerische Beratung und Begleitung bei chronischer Herzinsuffizienz

:::: *Gabriele Meyer, Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Pflegeexpertin für Patienten mit Herzschwäche, Klinikum Nürnberg*

Das Modell einer pflegegeleiteten Ambulanz für Menschen mit einer Herzinsuffizienz konnte sich Gabriele Meyer im Rahmen einer Hospitation in den Niederlanden (gefördert von der Robert Bosch Stiftung) ansehen. Inzwischen hat sie mit Kolleginnen am Klinikum Nürnberg ein erfolgreiches Programm zu Begleitung und Betreuung von Menschen mit einer Herzinsuffizienz entwickelt, das auch – wenn gewünscht – eine telefonische Begleitung der Patienten im häuslichen Umfeld vorsieht. Wie erreicht man die isolierten, häufig depressiven Menschen, die täglich auf die Beeinträchtigungen durch ihre Krankheit achten müssen? Der persönliche Kontakt, ein vertrauensvoller Umgang, kompaktes Informationsmaterial und eine auf Dauer angelegte Betreuung, auch im häuslichen Alltag – Erkenntnisse und Erfahrungen, die stellvertretend für alle chronisch Kranken an der Schnittstelle zwischen stationärer Versorgung und Häuslichkeit stehen.

Die Versorgung von PatientInnen mit Herzinsuffizienz erfolgt in Deutschland meist durch eine medikamentöse Therapie und die Behandlung von akuten Symptomen. Schulungen und Beratungen der PatientInnen, wie sie trotz der chronischen Erkrankung ein gutes Leben führen und ihre Lebensqualität steigern können, erfolgen in den wenigsten Fällen. Die Ursachen für diesen Mangel sind vielfältig. Häufig genannt werden mangelnde finanzielle und zeitliche Ressourcen sowie Wissensdefizite. Um den PatientInnen mit Herzinsuffizienz nicht nur in der akuten Krise, sondern auch im täglichen Leben mit ihrer Krankheit beizustehen, hat das Klinikum Nürnberg eine pflegegeleitete Herzinsuffizienz Ambulanz aufgebaut.

In Deutschland leben aktuell ca. 1,8 Millionen Menschen mit Herzinsuffizienz (Becker 2015). Die Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr beträgt in Deutschland momentan bei über 75-jährigen 30 pro 1.000 Einwohner. Da die Erkrankung mit zunehmendem Alter häufiger auftritt, wird künftig mit einem weiteren Anstieg der Erkrankten gerechnet (o.V. 2015). Laut Statistischem Bundesamt belegt die Diagnose Herzinsuffizienz Rang drei in den häufigsten Todesursachen (Statistisches Bundesamt 2013) und die 5-Jahres Überlebensrate liegt bei nur 50% der PatientInnen. Selbst aus kardiologischen Fachkreisen kommt die Warnung, dass die Krankheit in den eigenen Reihen häufig unterschätzt

wird. Die Behandlung der Herzinsuffizienz kostet den Staat jährlich 5 Milliarden Euro. Hierbei besteht die Behandlung der PatientInnen überwiegend aus invasiven Maßnahmen und einer medikamentösen Therapie. Eine Beratung bezüglich des Alltagslebens mit Herzinsuffizienz bleibt häufig aus, beispielsweise worauf die PatientInnen künftig achten müssen und wie sie trotz der Diagnose ihr Leben aktiv gestalten können.

Die europäische Fachgesellschaft „European Society of Cardiology“ (ESC) fordert in ihren Guidelines eine Lebensmodifikation der PatientInnen. Um dieser Forderung gerecht zu werden, benötigen die PatientInnen einen professionellen Ansprechpartner im Versorgungssystem. Hierbei geht es sowohl darum, den PatientInnen die notwendigen Kenntnisse bezüglich ihrer Diagnose zu vermitteln als auch individuelle Beratungen und Hilfestellungen zur Integration der Krankheit in das tägliche Leben zu leisten.

Das Klinikum Nürnberg hat die Herausforderung angenommen und im Frühjahr 2014 mit der Planung einer pflegegeleiteten Herzinsuffizienz Ambulanz begonnen. Im Zuge der Vorbereitungen für die neue Position der Pflegeexpertin für Herzinsuffizienz hatte ich die Möglichkeit, im Herbst 2013 eine Hospitation in den Niederlanden durchzuführen. Im Rahmen des damaligen Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit absolvierte ich einen 14-tägigen Hospitationsaufenthalt am Universitätsklinikum in Groningen, durch den ich tiefe Einblicke in das Tätigkeitsfeld einer Heart Failure Nurse in den Niederlanden erhielt. Die Arbeit der niederländischen Heart Failure Nurses war für mich sehr beeindruckend und inspirierend. Die Professionalität, die Kompetenz und die Eigenständigkeit ihres Handelns haben mich tief bewegt. Auch wenn eine Umsetzung des niederländischen Modells aufgrund gesetzlicher Vorgaben und eines anderen Vergütungssystems in Deutschland nicht möglich ist, habe ich viele Ideen und Anreize aus den Niederlanden mitgenommen.

Inspiziert von meinen niederländischen Kollegen haben wir uns am Klinikum Nürnberg folgende Ziele für die neu aufzubauende Herzinsuffizienz Ambulanz gesetzt:

- Die Bevölkerung im Großraum Nürnberg soll besser und breiter über die Symptome der Herzinsuffizienz informiert werden.
- Durch Aufklärung, Beratung und Anleitung soll den PatientInnen zu einem besseren Leben mit Herzinsuffizienz verholfen werden.
- Es soll klare und kontinuierliche Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige geben.
- Es soll eine kontinuierliche Wissensvermittlung für medizinisches und pflegerisches Personal erfolgen.

Um diese Ziele zu erreichen, hat das Klinikum Nürnberg drei Pflegepersonen zu Pflegeexperten für Patienten mit Herzinsuffizienz ausbilden lassen. Ihre Aufgabenfelder umfassen:

- Einzelberatungen von PatientInnen und ggf. ihrer Angehörigen während des stationären Aufenthalts
- Gruppenschulungen für PatientInnen und Interessierte 1x pro Monat zu unterschiedlichen Themenbereichen (Reisen, Ernährung, Sexualität, Depression, Sport, Schlaf, Medikamente etc.)
- Erstellung und Bereitstellung von Informationsmaterialien (Tagebuch, verschiedene Informationsbroschüren, Flyer für PatientInnen nach Schrittmacher Implantation, Flyer für PatientInnen nach Herzinfarkt)
- Kontinuierliche Mitarbeiterschulungen
- telefonische Nachbetreuung
- AnsprechpartnerIn bei Fragen rund um das Thema Herzinsuffizienz

Darüber hinaus wurden und werden verschiedene Aktivitäten unternommen, um nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch Angehörige und Interessierte mit dem Thema Herzinsuffizienz zu erreichen. So wurde beispielsweise eine Selbsthilfegruppe ins Leben gerufen, Radiointerviews mit lokalen Sendern geführt und Artikel in der örtlichen Presse veröffentlicht. Für die lokale Bevölkerung erfolgte dieses Jahr erstmals ein Informationstag zum Thema Herzschwäche im historischen Rathaussaal der Stadt Nürnberg. Einige unserer gesteckten Ziele haben wir bereits erreicht. Für die Zukunft ist es uns ein Anliegen, kontinuierlich weiter an der Verbesserung der pflegerischen und medizinischen Versorgung von herzinsuffizienten PatientInnen zu arbeiten. Hierbei ist unser Augenmerk auf eine hohe Eigenständigkeit und die bestmögliche Lebensqualität der Menschen gerichtet.

Fünf Fragen zum Schluss

Sebastian Riebandt, g-plus, im Gespräch mit Gabriele Meyer

Frau Meyer, Sie haben 2013 am Universitätsklinikum in Groningen, Niederlande, hospitiert und die dortigen Pflegeexperten für Herzinsuffizienz bei ihrer Arbeit begleitet. Warum gerade Niederlande?

In den Niederlanden und in Schweden gibt es seit Jahren gut etablierte Herzinsuffizienzambulanzen, von denen wir in Deutschland viel lernen können. Ich habe mich letztlich für die Niederlande entschieden, da das dortige Gesundheitssystem dem unsren näher kommt als das schwedische und Niederländisch für mich auch leichter verständlich ist. Eine sehr gute Entscheidung. Die Kollegen in Groningen haben mich sehr herzlich, offen und unkompliziert aufgenommen. Ich hatte von Anfang an das Gefühl, ich gehöre wie selbstverständlich zum Team.

Wie beurteilen Sie die Hospitation in den Niederlanden im Rückblick von nun eineinhalb Jahren?

Die Hospitation bei den niederländischen Kollegen war für mich auf der ganzen Linie eine Bereicherung, fachlich und persönlich. Persönlich, weil ich an der positiven Erfahrung und dem erfolgreichen Verlauf des Auslandsaufenthaltes durchaus gewachsen bin. Und fachlich habe ich unglaublich profitiert, da ich mich vor Ort nicht nur mit den Kollegen austauschen konnte, sondern ihnen bei ihrer täglichen Arbeit über die Schulter schauen konnte. So konnte ich Schulungs- und Dokumentationssysteme kennenlernen, Beratungen und Sitzungen beiwohnen und hautnah erleben, wie die Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Berufsgruppen funktioniert. Die Niederländer waren sehr offen und hilfsbereit. Sie haben für ihre Patienten Gruppenschulungen in Modulen angeboten, an denen ich auch teilnehmen konnte. Die Schulungs- und Informationsmaterialien, die sie mir zur Verfügung gestellt haben, habe ich natürlich prima in unsere Schulungsarbeit am Klinikum Nürnberg übertragen können.

Was hat Sie in den Niederlanden am meisten beeindruckt?

Am meisten imponiert hat mir die breite Akzeptanz der Pflegeexperten in den Niederlanden – sowohl hausintern als auch seitens der Patienten. Die niederländischen Heart Failure Nurses arbeiten sehr selbständig und haben weitreichende Kompetenzen. Sie dürfen beispielsweise Medikamente anpassen und verordnen, Laboruntersuchungen oder EKG anweisen und Reha-Maßnahmen einleiten. Darüber hinaus sind sie ganz selbstverständlich bei den wichtigen ärztlichen Besprechungen wie der Morgenbesprechung oder der Herzchirurgischen Konferenz dabei. Dies ermöglicht eine eigenständige Arbeit auf Augenhöhe mit den anderen beteiligten Professionen, von der wir in Deutschland leider nur träumen können. In Deutschland fehlen dafür schlichtweg die rechtlichen und strukturellen Grundlagen. Auch die Akzeptanz der anderen Berufsgruppen, in Bezug auf die Zusammenarbeit mit einer Heart Failure Nurse, muss sich in Deutschland erst noch entwickeln. Da haben wir in Deutschland noch viel Arbeit vor uns, bis wir auf dem Stand sind, den die Pflegeexperten in den Niederlanden haben. Aber die Hospitation hat mir auch in dieser Hinsicht Selbstbewusstsein gegeben. Wir Pflegeexperten haben zwar noch einen weiten Weg vor uns, aber die Perspektive ist klar und ich bin sicher: Wir können das und wir werden es auch erreichen.

Sie haben am Klinikum Nürnberg eine der wenigen Herzinsuffizienzambulanzen in Deutschland aufgebaut und begleiten die Patienten teilweise auch telefonisch im häuslichen Umfeld. Wie muss man sich Ihre Arbeit vorstellen?

Das Problem bei Menschen, die die Diagnose einer chronischen Erkrankung erhalten, ist ja vor allem, dass sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr so weiterleben können wie bisher. Patienten mit Herzinsuffizienz müssen beispielsweise wichtige Regeln beachten. Sie müssen ihre tägliche Trinkmenge kontrollieren, sich täglich wiegen, um frühzeitig Wassereinlagerungen zu bemerken und sie müssen wissen,

wie sie reagieren müssen, wenn das Gewicht nach oben geht. Hier komme ich ins Spiel. Noch im Krankenhaus versorge ich die Patienten mit den wichtigsten Informationen und erkläre ihnen die Grundlagen ihrer Erkrankung, wie sie erkennen, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert und wann sie dann wie reagieren müssen. Das ist für viele Patienten nicht ganz einfach, sie brauchen hier konkrete Anleitung und einen kompetenten, vertrauensvollen und ständig erreichbaren Ansprechpartner. Normalerweise endet die Betreuung der Patienten mit ihrer Entlassung – eine telefonische Beratung bieten wir selbstverständlich weiterhin an, ebenso wie monatliche Patientenschulungen. Wir haben aber festgestellt, dass gerade die Umsetzung der Regeln im Alltag nicht allen Patienten gelingt. Bei Patienten, die dies explizit wünschen, und bei hochbetagten und alleinstehenden Patienten machen wir daher zudem eine telefonische nachstationäre Begleitung, in dem wir sie regelmäßig zuhause anrufen und nach dem Befinden fragen und die Einhaltung der Verhaltensregeln überprüfen.

Seit über einem Jahr bieten Sie Ihre Herzinsuffizienz-Beratung und Ihre Patientenschulungen an. Wie wird Ihr Angebot angenommen?

Unsere Angebote werden inzwischen sehr gut angenommen. Es hat zwar etwas gedauert, aber inzwischen haben wir uns gut etabliert und werden stark nachgefragt. Die Patienten, die zu unseren Beratungen kommen und an unseren Schulungen teilnehmen, kommen mittlerweile aus einem Umkreis von 60 Kilometer. Daran wird für mich deutlich, dass die Nachfrage da ist und es weitaus mehr Herzinsuffizienzambulanzen in Deutschland geben sollte. Auch unsere Selbsthilfegruppe – meines Wissens die deutschlandweit erste und einzige für reine Herzschwäche – wird gut angenommen. Sie besteht im September bereits ein Jahr, auch das ist für uns ein großer Erfolg. Ob Schulungen oder (telefonischer) Beratungsdienst: Für die Patienten ist es unglaublich wichtig, einen kompetenten Ansprechpartner zu haben, den man in Krisensituationen, beispielsweise Atemnot, aber auch bei harmlosen Fragen ungeniert anrufen kann, ohne einen teuren Arzt „belästigen“ zu müssen. Darüber hinaus kann man im Rahmen unserer Angebote auch Fragen loswerden, die nicht immer angesprochen werden, beispielsweise zu Sexualität bei Herzinsuffizienz.

Literaturverzeichnis:

Becker, H.-P. (2015): Was genau ist eigentlich eine Herzinsuffizienz? Abgerufen von <http://www.herzstiftung.de/herzinsuffizienz.html>. Abgerufen am: 28.08.2015.

o. V. (2015): Was ist Herzinsuffizienz? Abgerufen von: http://www.heartfailurematters.org/de_DE/Herzinsuffizienz-verstehen/Was-ist-Herzinsuffizienz. Abgerufen am: 28.08.2015.

Statistisches Bundesamt (2013): Die 10 häufigsten Todesursachen insgesamt. Abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaellensgesamt.html>. Abgerufen am: 28.08.2015.



:::: **Selbst-Handeln bei Epilepsie**

:::: Ein ressourcenorientierter psychotherapeutischer Ansatz zur Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung bei chronischen Erkrankungen am Beispiel der Epilepsie

:::: *Rosa Michaelis, Assistenzärztin Neurologie, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Universität Witten/Herdecke*

:::: *Dr. Gerd Heinen, Psychologischer Psychotherapeut, Berlin*

Können chronisch Kranke den Verlauf ihrer Erkrankung positiv beeinflussen – auch bei organischen Erkrankungen? Rosa Michaelis und Dr. Gerd Heinen beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit den Möglichkeiten der Steigerung der Selbstwirksamkeit bei Menschen mit einer Epilepsie. Dabei erarbeiten sie proaktive Strategien, mit denen Menschen mit einer Epilepsie Einfluss auf ihre Anfallsfrequenz nehmen können. Denn Menschen mit einer Epilepsie werden häufig ausschließlich über medikamentöse Therapien, nicht aber über selbstwirksame therapeutische Möglichkeiten aufgeklärt. Dabei ist bekannt, dass das Gefühl des Kontrollverlusts die Lebensqualität der Betroffenen maßgeblich beeinträchtigt, unter Umständen sogar stärker als die Anzahl der Anfälle. Rosa Michaelis wird von der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms Care for Chronic Condition gefördert, in dessen Rahmen sie sich zum Thema „Selbst-Handeln bei Epilepsie“ in den USA und Kanada fortbildet.

1. Anfallsauslöser – der blinde Fleck der konventionellen Auffassung der Epilepsie

Im letzten Jahr veröffentlichten Robert Fisher et al. eine neue Definition der Epilepsien (Fisher et al. 2014). Demnach soll eine Epilepsieerkrankung diagnostiziert werden, wenn ein Mensch zwei sog. „unprovizierte“ Anfälle gehabt hat oder wenn ein Mensch einen „unprovizierten“ Anfall gehabt hat und die weiterführende Diagnostik einen Befund ergibt, der ein deutlich erhöhtes Risiko für weitere Anfälle vermuten lässt (z.B. eine Läsion in der Bildgebung oder Epilepsie-typische Potentiale im EEG). Wesentlich an dieser Definition ist der Terminus des „unprovizierten Anfalls“. Solche Anfälle treten gerade nicht als Symptom im Rahmen einer akuten Provokation – wie z.B. im Rahmen eines Alkoholentzugs oder eines akuten Schädel-Hirn-Traumas – auf. Daraus wird gefolgert, dass sie einen Rückschluss auf eine zugrunde liegende erhöhte epileptische

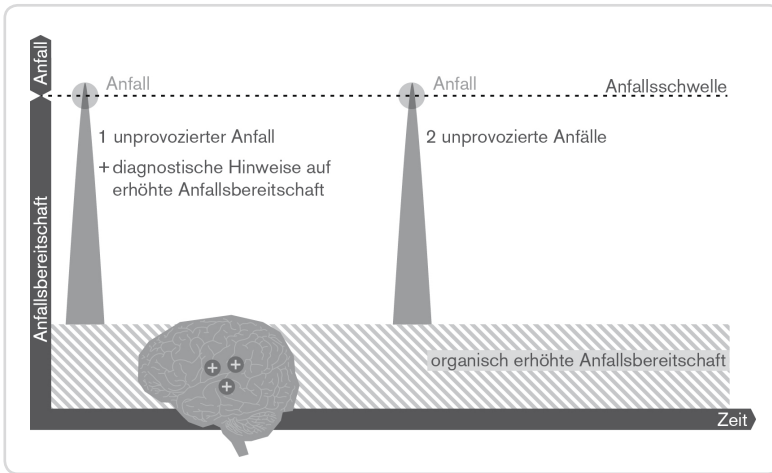


Abb. 1

Die aktuelle Definition der Epilepsie der internationalen Liga gegen Epilepsie (ILAE)

Disposition erlauben. Deshalb könne bereits nach einem einzigen Anfall eine Diagnose gerechtfertigt werden.

Wir haben diese Definition mit einem Modell illustriert. Aus der Betrachtung des Modells (s. Abbildung 1) ergibt sich eine grundlegende Frage: Wie kommt es in einem Gehirn mit einer dauerhaft erhöhten hirnrorganischen Anfallsbereitschaft zu gelegentlichen „unprovokierten“ Anfällen? Diese Frage ist nicht nur hinsichtlich der Epilepsien relevant, sondern stellt sich bei allen chronischen Erkrankungen mit einem anfalls-, attacken- oder schubartigen Verlauf.

1.1. „Unprovokierte“ Anfälle haben Auslöser

Auf die Frage danach, wodurch ihre Anfälle ausgelöst werden, geben Patienten am häufigsten Schlafmangel, Müdigkeit und emotionalen Stress an (Nakken et al. 2005). Unter solchen Anfallsauslösern wird – in Abgrenzung zum Begriff der Anfallsprovokation – nun ein Faktor verstanden, der bei Vorliegen einer hirnrorganisch erhöhten Anfallsbereitschaft wiederholt zur Entstehung „unprovokierter“ Anfälle beiträgt. Hier zeigt sich ein Widerspruch zwischen der offiziellen Definition der Epilepsie und der Eigenwahrnehmung der Patientinnen und Patienten (Heinen 2013).

Um diesen Widerspruch aufzuheben diskutieren wir im Folgenden das Konzept des unprovokierten epileptischen Anfalls und veranschaulichen dazu unser Konzept des Auslösers. Unter Auslösern verstehen wir keine einzelnen und isolierbaren Faktoren. Vielmehr leiten wir aus der praktischen, psychotherapeutischen Arbeit mit unseren Patienten das Modell der multifaktoriell bedingten Akkumulation von Anfallsbereitschaft ab (Heinen 2013).

1.2. Die multifaktorielle Akkumulation von Anfallsbereitschaft

Zu Beginn der Zusammenarbeit ist Frau B. 28 Jahre alt. Seit ihrem 20. Lebensjahr leidet sie an einfach fokalen Anfällen mit Sprach- und Sprechstörung und an generalisierten Anfällen, die sich im Verlauf als pharmakoresistent erwiesen. Bei ihr wurde eine linksseitige kryptogene Temporallappenepilepsie diagnostiziert. Ein invasives Monitoring (d.h. es wurde über mehrere Tage ein EEG über intrakraniell implantierte Elektroden abgeleitet) ergab einen Anfallsbeginn in spracheloquenten Arealen, weshalb die Epilepsie als inoperabel eingestuft wurde.

Im Folgenden wird eine Situation geschildert, in der Frau B. typischerweise einen Anfall erlitt:

Anfallshintergründe: „Typisch für Frau B.“

Frau B. hatte in den vergangenen Tagen viele Termine. Da sie das Gefühl hatte, durchhalten zu müssen, hat sie sich keine Pause gegönnt. Abends ist sie völlig erschöpft, etwas hungrig und müde. Eigentlich will sie nur noch ins Bett. Zuvor beginnt sie sich in der Küche etwas zuzubereiten. Als ihre Mitbewohnerin hinzu kommt und von ihrem Tag zu erzählt fühlt sich Frau B. gestört und wertet das Verhalten der Mitbewohnerin als unsensibel. Sie behält dies jedoch für sich, da sie die Mitbewohnerin nicht kränken möchte. Da die Mitbewohnerin ihr Verhalten nicht ändert, verlässt Frau B. nach einiger Zeit unter einem Vorwand die Küche. Auf dem Weg in ihr Zimmer bekommt sie einen Grand-mal.

Aus der Analyse dieser „anfallstypischen Situation“ ergeben sich drei wesentliche, anfallsfördernde Verhaltensmuster. Das erste ist chronischer Stress und das zweite ist ein darauffolgendes „Entspannungsloch“ und das dritte ist Konfliktvermeidung. Diese beiden ersten Muster beschreibt Frau B. in dem folgenden Ausschnitt aus einem Interviewtranskript näher. Dabei wird deutlich, dass der chronische Stress zunächst durch äußere Faktoren bedingt ist: Sie hatte viele Termine. Zusätzlich spielt aber auch ihre innere Einstellung eine wichtige Rolle: Frau B. meinte, durchhalten zu müssen und sich keine Pausen gönnen zu dürfen. Darauf folgte ein Zustand völliger Erschöpfung, in dem Frau B. sogar die Energie für genussvolle und entspannende Tätigkeiten fehlte: Sie wollte nur noch ins Bett gehen.

Haben Sie während der Intervention Dinge bei sich erkannt, die die Wahrscheinlichkeit für einen Anfall erhöhen?

B. Ja, ich hab' definitiv Dinge erkannt, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, z.B. von 'ner sehr stressigen oder intensiven Phase, das kann 'n Tag sein oder auch 'ne Woche, wo viel passiert ist, sei es positiv oder auch negativ, in so 'ne krasse, schnelle Entspannung zu kommen, das stellt auf jeden Fall 'n erhöhtes Risiko dar.

Darüber hinaus stellen unausgesprochene Konfliktsituationen für Frau B. einen kritischen Reiz dar, der ihre Anfallsbereitschaft erhöht. Insbesondere in einer Situation, in der Frau B. bereits erschöpft ist, erlebt sie sich als besonders sensibel. Auch fehlt ihr die Kraft, ihre Bedürfnisse deutlich zu kommunizieren. So kommt es zu einer Interaktion von Belastungsfaktoren. Ein Ausweg aus dem Konflikt erscheint nicht möglich. Dadurch nimmt die innere Anspannung zu. Als letzten Ausweg versucht Frau B. schließlich, ihr Vorhaben abzubrechen, sich etwas zu Essen zu machen und verlässt die Küche. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Anfall aber bereits mit einer Aura begonnen, die Frau B. als Sprechstörung wahrnimmt. Ihr Verhalten, sich mit ihren Bedürfnissen nicht zu Wort zu melden, hatte quasi eine organische Entsprechung gefunden. Viele unterschiedliche anfallsfördernde Faktoren hatten sich ergänzt und dazu geführt, dass die Anfallschwelle überschritten wurde und sie der Anfall letztendlich aus einem Zustand innerer Anspannung erlöste (s. Abbildung 2).

1.3 Das Stufenmodell der Anfallsauslösung

Mit dem, aus solchen Praxisbeispielen abgeleiteten Stufenmodell der Anfallsentstehung wird der Widerspruch beseitigt, der mit der eingangs vorgestellten Epilepsiedefinition verbunden bleibt.

Das Modell differenziert zwischen den organischen Ursachen einer Epilepsie und den Ursachen von Anfällen. Bei der Anfallsauslösung werden sie unter der Fragestellung betrachtet, wie sie sich gegenseitig bedingen. Die organischen Ursachen machen das Auftreten von epileptischen Anfällen wahrscheinlicher. Die Ursachen der Anfälle bestehen aus unterschiedlichen anfallsfördernden Faktoren, die sich im Verlauf der Anfallsauslösung gegenseitig verstärken.

Aus dieser anderen Sichtweise ergeben sich zusätzliche Ansatzmöglichkeiten für eine aktive Gesundheitsförderung. Nach unserer Überzeugung bereichern sie die bisherige Epilepsitherapie: Wenn, wie im Beispiel von Frau B., anfallsfördernde Faktoren identifiziert werden können, gibt es Möglichkeiten, die Entwicklung der Anfallsbereitschaft und somit auch das Auftreten epileptischer Anfälle selbst zu beeinflussen. Die jeweiligen anfallsfördernden Faktoren sind von Patient zu Patient allerdings sehr unterschiedlich. Auch die Möglichkeit der Beeinflussung durch ein Selbst-Handeln sind individuell herauszuarbeiten und - in Abhängigkeit von den organisch bedingten Ursachen der Epilepsie - unterschiedlich groß.

1.4 Selbst-Handlungsmöglichkeiten von Frau B.

Frau B. hat im Verlauf der therapeutischen Zusammenarbeit erstens gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen und sich regelmäßige Pausen zuzugestehen.

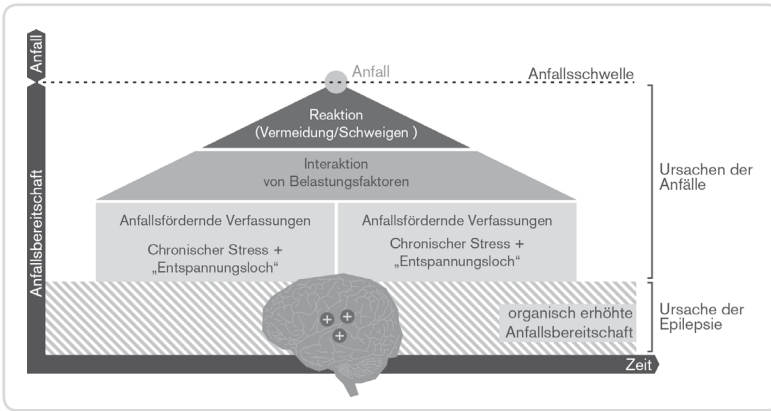


Abb. 2

Stufenmodell der Anfallsentstehung

Zweitens hat sie konkrete Strategien erarbeitet, um am Ende eines Tages schrittweise und aktiv zu entspannen. Diese Veränderungen beschreibt sie in den folgenden Ausschnitten aus einer Interviewtranskription:

Können Sie ein Beispiel nennen, was Sie gelernt haben?

P. Ich hab' gelernt, besser auf mich zu achten, auf Signale zu achten, Signale von meinem Körper. [...] ich hab' versucht, mir anzugewöhnen, eigentlich immer wieder zu hinterfragen: Was mache ich gerade? Ist es gerade ok so, wie es läuft? [Am Ende hab' ich dann gemerkt,] ich bin jetzt sehr, sehr geladen, so kribbelig. Und dann hab' ich eher so 'n bisschen innegehalten und versucht rauszufinden, was kann ich denn jetzt machen, um so langsam runterzukommen und [...] dann bin ich nach Hause gelaufen und hab' ganz viel erzählt, was ist passiert den Tag über und so die Kommunikation und dieses Erzählen glaub' ich, hat auch bewirkt, dass kein Anfall passiert ist.

Zusätzlich erkannte Frau B., dass sich die meisten Anfälle im Zusammenhang mit einem passiven Umgang mit ihren Bedürfnissen und den sich daraus ergebenden Konfliktsituationen ereigneten. Deshalb arbeitete sie bewusst an ihrer Fähigkeit, Konflikte offen anzusprechen, womit sie Anfälle in Konfliktsituationen erfolgreich vermeiden konnte.

Frau B. entwickelte einen Zugang zu ihrer „inneren Stimme“. Sie hielt mit dieser „inneren Stimme“ einen „Dialog“, was ihr das Wahrnehmen und Ernstnehmen eigener Bedürfnisse erleichterte. Sie konnte dieser inneren Stimme zunehmend Vertrauen schenken. Insgesamt gelang es ihr auf diese Weise eigene Handlungsmöglichkeiten insbesondere in Bezug auf anfallsauslösende Faktoren zu erweitern und die Anfallsfrequenz zu senken. Darüber hinaus hatte diese Entwicklung noch eine andere Bedeutungsebene, die Frau B. folgendermaßen beschreibt:

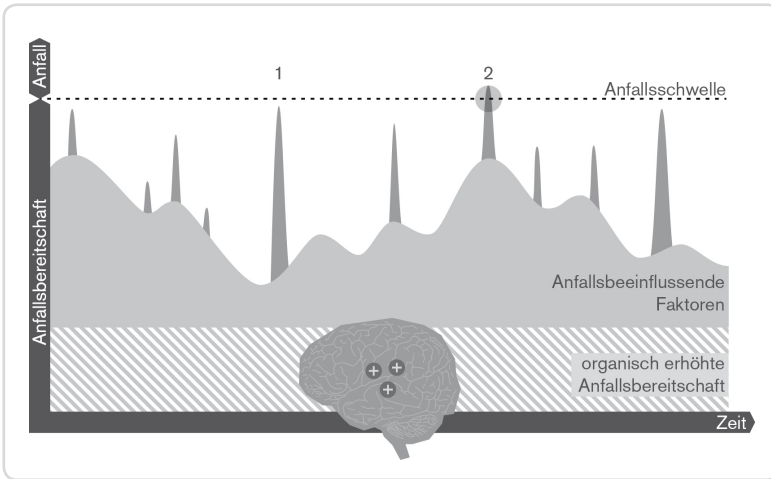


Abb. 3

Modell der multifaktoriellen Akkumulation von Anfallsbereitschaft

Inwieweit hat sich Ihre Einstellung gegenüber der Epilepsie verändert?

B. Also, einerseits hasse ich sie natürlich, wenn ich doch einen Anfall hatte oder sowas. Aber andererseits ist es jetzt ein Mittel zum Zweck, also zu dem Zweck, der mir eine große Bereicherung gebracht hat, irgendwie Dinge über mich zu lernen.

Was haben Sie durch die Anfälle über sich gelernt?

B. Wie ich davon ausgehe, dass die Dinge, die eben nicht gut für mich sind, Anfälle auslösen können. Und deshalb versuche ich mich darauf zu konzentrieren, Dinge zu tun, die gut für mich sind.

Abbildung 3 stellt dar, wie sich die multifaktoriell bedingte Anfallsbereitschaft im Verlauf eines Tages, einer Woche oder auch über längere Zeitabschnitte verändert. Dabei unterscheiden wir einerseits Faktoren, die sich langsamer auf- und wieder abbauen (Kurve), wie z. B. chronischer Stress. Diese Faktoren beeinflussen die Handlungsfähigkeit einer Person für eine längere Dauer. Andererseits geht es um Faktoren, die spontane anfallsfördernde Veränderungen bewirken (Spitzen). Das können situative Ängste sein, plötzlicher Ärger oder Freude, oder auch starke Hell-Dunkel-Kontraste, Flackerlicht und vieles mehr. Die Abbildung zeigt, dass das Zusammenspiel langfristig wirksamer und spontaner Anfallsauslöser sowohl ausgleichend (1) als auch anfallsfördernd (2) wirkt, was die Analyse teilweise erschweren kann.

2. Therapeutische Vorgehensweisen beim Selbst-Handeln bei Epilepsie

Im zweiten Teil soll nun dargestellt werden, wie ein solcher therapeutischer Entwicklungsprozess systematisch gestaltet werden kann. Die Zusammenarbeit mit den Patienten

ten besteht aus vier wesentlichen Schritten. Dabei wird in eine Informations- und eine darauffolgende Interventionsphase unterteilt:

In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass das Ausmaß von Depression mehr mit dem Gefühl des Kontrollverlusts als der tatsächlichen Anzahl der Anfälle korreliert (Velissaris et al. 2012). Das Verständnis, dass Anfälle durch zum Teil kontrollierbare Anfallsauslöser bedingt sind, ist geeignet, das Bewusstsein für eigene Beeinflussungsmöglichkeiten zu steigern. Diese Erkenntnis beinhaltet ein vielversprechendes Potential psychiatrische Komorbidität zu senken.

Deshalb wird in einem ersten Schritt das psychosomatische Anfallsmodell erklärt. Deutlich werden soll, wie eigene Verhaltensgewohnheiten, Gefühle und Gedanken mit dem Auftreten epileptischer Anfälle im Zusammenhang stehen können. Für die meisten Menschen mit einer Epilepsie ist dies etwas Neues. Dies liegt daran, dass sie bislang gemäß der eingangs problematisierten Epilepsiedefinition aufgeklärt wurden, die die Möglichkeit eines Selbst-Handelns nicht systematisch einschließt. Somit verbessert sich bereits im Moment der Vermittlung eines praxisnahen Epilepsie- und Anfallsverständnis die Selbstwirksamkeit (Tang et al. 2014).

In einem zweiten Schritt folgt eine ausführliche Anamneseerhebung mit einem besonderen Fokus auf den biographischen Kontext des ersten epileptischen Anfalls. Die Anamnese wird durch eine psychologische Testung ergänzt, die detaillierten Aufschluss über Persönlichkeitsmerkmale einer Person geben, z.B. das Entscheidungs- und Konfliktverhalten und das Selbstbild. Zusätzlich werden die Patienten dazu angehalten, ein Tagebuch in Kombination mit einem Anfallskalender zu führen.

In einem dritten Schritt lernen die Patienten eine Visualisierungsübung, die mit tiefer Bauchatmung kombiniert wird. Diese Form der Visualisierungsübung hilft Gefühle und Gedankeninhalte leichter zu beobachten und bewusster wahrzunehmen. Vorstellungen und Gedanken können besser reflektiert werden. So konnten die in unserem Beispiel beschriebenen verurteilenden Gedanken und dysfunktionale Kognitionen beeinflusst werden.

In einem vierten Schritt wird über Techniken informiert, die eine Abwehr epileptischer Anfälle ermöglicht, die mit konkreten Vorzeichen oder Auren beginnen (Auraunterbrechung).

2.1 Die Bedeutung von Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeitserleben bei chronischen Erkrankungen

Das geänderte Krankheitsverständnis, die erlernten Techniken und die angeleitete Dokumentation bieten die Grundlage für die sich anschließende Intervention. Dabei

wird über eine funktionelle (oder situative) Kontextanalyse versucht, die Anfälle immer mit Bezug zu dem jeweiligen Lebenskontext zu betrachten. Vor diesem Hintergrund werden individuelle Hypothesen aufgestellt, welche inneren oder äußeren Kontextfaktoren auslösend gewesen sein könnten. Ziel ist dann, anfallsauslösende Faktoren zu identifizieren und gezielt Handlungsoptionen zu entdecken, diese zu erproben und zu festigen. Die Patientinnen und Patienten werden auf diese Weise in die Lage versetzt, ihr Leben ihren Bedürfnissen entsprechend so umzugestalten, dass es potentiell nicht mehr zum Anfall kommt, bzw. dass die Anfälle überflüssig werden. Diese Hypothesen werden dann in der Praxis überprüft.

Grundlage dieses therapeutischen Ansatzes ist ein humanistisches Menschenbild. Es wird davon ausgegangen, dass jedem Menschen ein Entwicklungspotential innewohnt. Zur Entfaltung dieses Potentials wird vor allem dann Hilfe benötigt, wenn körperliche oder seelische Belastungen mit erhöhten Anforderungen verbunden sind. Hilfe fördert dann idealerweise das Vertrauen in die eigenen Ressourcen, erweitert notwendige Kompetenzen und ermutigt zur Akzeptanz der krankheitsbedingten Probleme. Diesem Gedanken folgend wird der Patient bestärkt, eigene Lösungsmöglichkeiten zu explorieren. Ziel sind positive Selbsterfahrungen, die helfen, die Angst vor der Krankheit (in dem Fall vor den epileptischen Anfällen) zu überwinden und die Autonomie von medizinischen sowie psychotherapeutischen Hilfen zu erweitern.

So kann bei einer Erkrankung, die in hohem Maße mit Stigmatisierungs- und Selbstentwertungsprozessen verbunden ist, das gefördert werden, was Ad Dekkers in seinem Buch „Psychotherapie der menschlichen Würde“ (Dekkers 2012) mit diesem zentralen Begriff beschreibt: „Würde heißt, sich in voller Verantwortlichkeit der eigenen Lebensaufgabe erleben“.

Wenn chronische Erkrankung in einer Weise definiert wird, die die Möglichkeit zur Übernahme von Selbstverantwortung für das Krankheitsgeschehen ausschließt, (siehe das Konzept des unprovokierten Anfalls) wird eine Übernahme von Verantwortung gerade dort verhindert, wo ein Selbst-Handeln möglich wäre. Die dargestellte Intervention hat insofern auf dem Feld der Epileptologie das explizite Ziel, die Möglichkeit zur Übernahme von Selbstverantwortung zu rehabilitieren.

3. Ausblick

Im August dieses Jahres wird das Arbeitsbuch “Taking Control of Your Seizures“ (Reiter et al. 2015) erscheinen, das auf der Basis mehrjähriger therapeutischer Erfahrung von Donna Andrews, Joel Reiter und Charlotte Reiter als Grundlage für die Intervention geschrieben wurde; es führt den Leser systematisch durch viele Bereiche, von denen

sich gezeigt hat, dass sie im Hinblick auf die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten eine Rolle spielen (Kommunikationsverhalten, Umgang mit inneren Konflikten, äußeren Stressoren etc.). Dieses Buch dient als Grundlage für das Buch „Selbst-Handeln bei Epilepsie“ das derzeit durch die Autoren dieses Artikels verfasst wird. Ein Ausbildungscurriculum für Therapeuten befindet sich in Vorbereitung.

Danksagung:

Dank gilt den Mitwirkenden an der qualitativen Studie, aus der das dargestellte Fallbeispiel entnommen wurde: Dr. Bettina Berger, Studienkordinatorin des Forschungs-Lehr-Zentrum (FLZ) Herdecke, Christina Mennen, Psychologiestudentin an der Universität Witten/Herdecke und den Mitarbeitern der neurologischen Abteilung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke.

Die wissenschaftliche Tätigkeit von Rosa Michaelis wird durch das integrierte Begleitstudium anthroposophische Medizin (IBAM), die Christophorus-Stiftung und die Mahle-Stiftung gefördert.

Literaturverzeichnis:

- Dekkers, A. (2012) Psychotherapie der menschlichen Würde. Freies Geistesleben.
- Fisher, R. S.; Acevedo, C.; Arzimanoglou, A.; Bogacz, A. J.; Cross, H.; Elger, C. E.; Engel Jr. J.; Forsgren, L.; French J. A.; Glynn, M.; Hesdorffer, D. C.; Lee, B. I.; Mathern, G. W.; Moshé, S. L.; Emilio Perucca, E.; Scheffer, I. E.; Tomson, T.; Watanabe M.; Wiebe, S. (2014): ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. In: *Epilepsia*, 4, 475-482.
- Heinen, G. (2013): Selbst-Handeln bei Epilepsie: Eine subjektwissenschaftliche Grundlegung einer psychosomatischen Epileptologie. Lengerich: Pabst.
- Reiter J. R.; Andrews, D.; Reiter C.; LaFrance W. C. Jr. (2015): *Taking Control of Your Seizures*. Oxford: Oxford University Press.
- Nakken, K. O.; Solaas, M. H.; Kjeldsen, M. J.; Friis, M. L.; Pellock, J. M.; Corey, L. A. (2005): Which seizure-precipitating factors do patients with epilepsy most frequently report? In: *Epilepsy & Behavior* 1, 85-89.
- Tang, V.; Michaelis, R.; Kwan, P. (2014): Psychobehavioral therapy for epilepsy. In: *Epilepsy & Behavior* 32, 147-155.
- Velissaris, S. (2012): Psychological trajectories in the year after a newly diagnosed seizure. In: *Epilepsia* 10, 1774-1781.



.... Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim (IVA)

.... *Nino Chikhradze, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität Witten/Herdecke*

.... *Almut Hartenstein-Pinter, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität Witten/Herdecke*

.... *Cäcilia Krüger, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität Witten/Herdecke*

.... *Prof. Christel Bienstein, Leiterin des Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke*

Welche Krankenseinweisungen von akut erkrankten Altenheimbewohnern und -bewohnerinnen können vermieden werden? Dieser Frage ging ein Forscherteam am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in ihrem Projekt IVA nach, das vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (Ziel 2 Programm, EFRE) gefördert wurde. Ausgangssituation war die Annahme, dass Krankenhausaufenthalte für die betroffenen – zumeist chronisch erkrankten – Menschen immer auch ein Risiko darstellen können. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Versorgung dieser Patientengruppe so zu gestalten, dass Einweisungen ins Krankenhaus erst gar nicht notwendig werden. Im Rahmen des Projekts konnte nachgewiesen werden, dass ungeplante Krankenseinweisungen durch gezielte Interventionen nachweislich reduziert und die Lebensqualität der meist chronisch und mehrfach erkrankten Betroffenen verbessert werden kann.

1. Projektaufgabe

Ziel des Projekts IVA war es, Krankenseinweisungen der Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenhilfeeinrichtungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Dem Projekt lag die Annahme zugrunde, dass ein Krankenhausaufenthalt ein umfangreiches Risiko für die hochaltrigen Menschen bedeutet. Viele Bewohner und Bewohnerinnen leiden an chronischen Krankheiten; neben Diabetes, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck und chronischen Nierenerkrankungen leiden sie zumeist an dementiellen Prozessen. Jedoch sind die meisten Krankenhäuser nicht ausreichend auf die Versorgung von Menschen

mit Demenz vorbereitet. Das Projekt sollte dazu beitragen, Lösungsstrategien zu entwickeln und in den beteiligten Altenhilfeeinrichtungen zu erproben, um Krankenhauseinweisungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Die Versorgung sollte auch bei akuten Erkrankungen möglichst in der Einrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgen. In vier Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen wurden die Einweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen in Krankenhäuser innerhalb von zwei Jahren als Ausgangsgröße erfasst. Am Ende der Projektlaufzeit fand erneut eine Erhebung der Krankenseinweisungen statt, um die Anzahl mit den Ausgangsdaten zu vergleichen. Neben der Häufigkeit wurden u. a. der Einweisungsgrund, die Aufenthaltsdauer oder auch der Zustand der Bewohnerin/des Bewohners nach der Rückkehr in die eigene Einrichtung gezielt ermittelt. Ergänzend zu den personenbezogenen Daten konnten die erhobenen strukturellen und prozessbezogenen Daten der gesundheitlichen Versorgung in den jeweiligen Einrichtungen mit den personenbezogenen Daten in Beziehung gesetzt werden. Das Projekt umfasste außerdem die Erhebung ökonomischer Daten (Kosten der Krankenhausbehandlung, Kosten der jeweiligen Projektlösungen, zu erwartende langfristige Auswirkungen).

Ein weiterer Fokus richtete sich dabei auf einen Vergleich der Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen, u. a. auch zwischen Männern und Frauen. Auf der Grundlage der gesicherten Daten und einer Literaturrecherche, welche besonders Lösungsmöglichkeiten im europäischen Ausland berücksichtigte, wurden mit den Alteinrichtungen gemeinsam Strategien zur Reduktion von Krankenseinweisungen entwickelt. Diese variierten von Einrichtung zu Einrichtung aufgrund der jeweils ermittelten Daten. Beteiligte Akteure wie Haus- und Fachärzte und -ärztinnen, Krankenhäuser, Betreuer und Betreuerinnen etc. wurden in die Erarbeitung von nachhaltig angelegten Lösungen einbezogen. Die Entwicklung und Erprobung der gewählten Strategien wurde durch eine dichte Begleitung und regelmäßige Erhebung der Projekte begleitet.

Ergebnisse aus dem Ausland belegen, dass z.B. in einem österreichischen Projekt Geriater die gesundheitliche Versorgung der alten Menschen in Einrichtungen koordinieren und Einweisungen fast ausschließlich über diese erfolgen. Dieses hat zu einem deutlichen Rückgang der Krankenseinweisungen geführt.

2. Problemstellung

Altenheimbewohner und -bewohnerinnen sind häufig multimorbid und ihr Gesundheitszustand zeigt sich oftmals instabil: Akute und chronische Krankheitsphasen treten im Wechsel in kaum vorhersehbaren Zeitintervallen auf. Dabei handelt es sich zunehmend um Menschen, die unter dementiellen Prozessen leiden. Unter anderem treten akute Krankheitsschübe und Stürze in Zeiten auf, in denen die niedergelassenen Ärzte

und Ärztinnen nicht oder nur schwer erreichbar sind (Ramroth et al. 2006). Die Erhebungen zeigen, dass eine erhebliche Anzahl von Bewohnern und Bewohnerinnen von solchen ungeplanten Krankenhauseinweisungen betroffen ist. In einem in das Projekt zu Beginn eingebundenen Altenheim in Berlin, das 203 Wohnplätze ausweist, fanden im Jahr 2011 insgesamt 226 Krankenhauseinweisungen von 94 verschiedenen Personen statt. Eine weitere am Projekt beteiligte Altenhilfeeinrichtung mit 88 Bewohnern und Bewohnerinnen wies im gleichen Jahr 26 Personen in ein Krankenhaus ein. Obwohl die in den jeweiligen Einrichtungen lebenden Bewohner und Bewohnerinnen vergleichbar waren, existierten keine Erkenntnisse darüber, warum sich diese Unterschiede ergeben haben. Das hier beschriebene Projekt zielt darauf ab, die Ursachen von Krankenhauseinweisungen akut erkrankter Altenheimbewohner und -bewohnerinnen zu erfassen und Versorgungsprozesse zu entwickeln, um Einweisungen deutlich zu reduzieren.

Ein Krankenhausaufenthalt ist für die Betroffenen gekennzeichnet durch verschiedene negative Aspekte und Risiken: Sie müssen für einige Zeit das gewohnte „Zuhause“ (die Alteinrichtung) verlassen. Vor allem für Menschen mit Demenz bedeutet diese räumliche Veränderung einen erheblichen Stressfaktor, der durch innovative Versorgungskonzepte vermieden werden könnte. Weiterhin sind die Bewohner und Bewohnerinnen den behandelnden Krankenhausärzten nicht vertraut. Sie befinden sich in einer Fachabteilung, Geriater sind nur unzureichend vorhanden, Medikamente werden abgesetzt oder andere verordnet, was häufig zu einer instabilen gesundheitlichen Situation führt. Es kommt immer wieder zu einem Flüssigkeitsdefizit, gerade dann, wenn sich die Patienten nicht mitteilen können. Internationale Studien zeigen zudem, dass Menschen mit Demenz bei bestimmten Diagnosen häufiger versterben, wenn sie im Krankenhaus behandelt werden, als wenn dies in der Alteinrichtung oder zu Hause erfolgt. Dieses ist bei der Diagnose Pneumonie untersucht worden. Insgesamt ist das System Krankenhaus bisher, vor allem von seiner personell-strukturellen Organisation her, nicht auf Menschen mit erhöhten Betreuungsbedarfen, wie es bei Menschen mit Demenz der Fall ist, ausgerichtet. Die Population in deutschen Altenheimen allerdings, besteht zu 60-80% aus Menschen mit Demenz. Fügen (2012) weist darauf hin, dass Krankenhäuser auf die Versorgung von Menschen mit Demenz nur unzureichend vorbereitet sind. Dementielle Prozesse werden zu spät erkannt oder führen zu zusätzlichen Risiken, da die Betroffenen die Maßnahmen nicht verstehen und sich aus diesem Grund unangepasst verhalten. Dieses Verhalten wird vielfach von den versorgenden Personen nicht als solches erkannt. Freiheitsentziehende Maßnahmen (Krüger 2010) sind oftmals die Reaktion, welche wiederum zu weiteren Gefährdungen führen.

Studien geben erste Hinweise, dass eine intensive pflegerische und medizinische Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen in den stationären Altenhilfeeinrichtungen dazu beitragen kann, Krankenhauseinweisungen und damit verbundene Krankenhausaufenthalte zu verhindern (Specht-Leible et al. 2003, Carter & Porell et al. 2005).

Krankenhausaufenthalte sind neben den individuellen Risiken für die Menschen auch ein erheblicher Kostenfaktor für die Krankenversicherungen. Das Sondergutachten „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ (2012) zeigt auf, dass neue Versorgungsmodelle dringend erprobt werden müssen, um Risiken in der Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen zu minimieren. Hierbei bedarf es u.a. eines gezielt abgesprochenen Umgangs mit Medikamenten, besonders bezogen auf die Minimierung von Nebenwirkungen.

Mit dem Projekt sollte ein Verbleib in der eigenen Einrichtung sichergestellt werden, welcher dazu beiträgt, dass Lebensgewohnheiten und biografische Kenntnisse weiterhin zum Tragen kommen und Bezugspersonen erhalten bleiben. Hierbei standen die gewohnte Kontinuität der Versorgung sowie gleichzeitig eine fachlich hochwertige Versorgung im Mittelpunkt.

3. Methodisches Vorgehen

Innerhalb des Projektes (Laufzeit 2013 – 2015) sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Gründe können für Einweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Altenheim in ein Krankenhaus identifiziert werden?
- Welche dieser Gründe sind potentiell vermeidbar?
- Welche Unterstützungsmodelle können eine Krankenhauseinweisung von akut erkrankten Altenheimbewohnern und -bewohnerinnen reduzieren?
- Welche Interventionen sind zur Reduktion einer Krankenhauseinweisung erforderlich?
- Wie verändert sich die Kostensituation unter der Anwendung neuer innovativer Konzepte?
- Wie kann die Nachhaltigkeit erfolgreicher evaluiert Maßnahmen sichergestellt werden?
- Welche Empfehlungen können für andere Altenheime ausgesprochen werden?
- Auf welche Hemmnisse muss hingewiesen werden?

Neben einem ethischen Clearing, welches positiv beschieden wurde, wählten die beteiligten Forscherinnen einen methodischen Mix von Forschungsmethoden aus. Eine internationale Studienrecherche wurde über den gesamten Projektverlauf ständig ergänzt. Insgesamt wurden sowohl quantitative wie auch qualitative Daten erhoben. Eine ökonomische Begleitstudie setzte sich mit den entstehenden Kosten für die Alteneinrichtungen, wie auch für die Krankenhäuser auseinander. Ein differenzierter Erhebungsbogen ermittelte die Anzahl der eingewiesenen Bewohner und Bewohnerinnen aufgrund akuter Erkrankungen, deren Profil, Einweisungsgründe, Verbleib im Kranken-

haus und Zustand bei Entlassung, etc. Mittels Fokusgruppeninterviews wurden die in den Altenhilfeeinrichtungen vorhandenen Interventionen ermittelt, die zur Vermeidung oder zur Einweisung der Bewohner in Krankenhäusern führten. Jede Einrichtung erhielt einen Überblick über die durchgeführten Maßnahmen, auch der anderen Einrichtungen. Auf der Grundlage wurden individuelle Themenschwerpunkte für jede Einrichtung gewählt. Basisqualifikationen wurden von dem Forschungsteam innerhalb von gemeinsamen Sitzungen vorgestellt, Schulungsmaßnahmen wurden bezogen auf die häufigsten Einweisungsgründe durchgeführt.

4. Ergebnisse

Auf der Grundlage der Erhebung ungeplanter Krankenhauseinweisungen aus den Jahren 2011 und 2012 und den vorhandenen Strategien in den vier beteiligten Alteneinrichtungen konnte ein Interventionsmodell erarbeitet werden. Dieses umfasst sechs Interventionspunkte, die maßgeblich auf die Reduktion von Krankenhauseinweisungen akut erkrankter Bewohner und Bewohnerinnen Einfluss nehmen (Interventionen vor dem Einzug in ein Altenheim bis nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus). Die beteiligten Einrichtungen verfügten über eine Vielzahl von Interventionen, wobei sich einige als besonders wirksam herausstellten. Vor allem dem Zeitraum vor Einzug in ein Altenheim muss besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Pflegefachpersonen sollten schon vor dem Einzug der neuen Person wissen, an welchen chronischen Krankheiten diese leidet, ob gesundheitliche Krisen in den vergangenen Monaten aufgetreten sind, ob eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht vorliegt oder ob gegebenenfalls ein gesetzlich bestimmter Betreuer benannt wurde. Dabei ist es von hoher Bedeutung, den Willen der neuen Bewohner zu kennen, über eine klare Notfallregelung zu verfügen, eine fachliche Expertise der Pflegefachpersonen zu fördern und systematische Unterstützungen durch die Leitungsebene sicher zu stellen. Regelmäßige Fall- und ethische Fallbesprechungen, feste Bezugspersonenregelungen, Hintergrunddienste während der Nacht und erste medizinische Untersuchungsmöglichkeiten (EKG, Ultraschall, etc) in den Einrichtungen führen zu einer Reduktion von Krankenhauseinweisungen. Darüber hinaus ist die Entwicklung einer gezielten und regelmäßigen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, den Apotheken und Krankenhäusern notwendig. Die Erhebung der Krankenhauseinweisungen in den Jahren 2013 und 2014 belegte, dass es möglich ist, die Krankenhauseinweisungen zu reduzieren, ohne Bewohner dadurch zu gefährden, sondern im Gegenteil, diese im gewohnten Umfeld sicher zu versorgen.

Eine ökonomische Begleitstudie konnte aufzeigen, dass es weder für das Altenheim noch für das Krankenhaus von Vorteil ist, wenn akut erkrankte Bewohner in ein Krankenhaus verlegt werden.

In Kürze wird ein Handbuch erscheinen, welches Altenhilfeeinrichtungen zur Verfügung gestellt wird und ihnen anhand dessen ermöglicht, die eigene Einweisungskultur zu erfassen und bei Bedarf an deren Reduktion zu arbeiten.

Literaturverzeichnis:

Carter, M. W.; Porell, F. W.(2005): Vulnerable populations at risk of potentially avoidable hospitalizations: the case of nursing home residents with Alzheimer's disease. In: American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias. 20(6):349-58.

Hallauer, J.; Bienstein, C.; Lehr, U.; Rönsch, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service. Abgerufen von: http://www.daheimimheim.de/WWW/download/saevip_studie.pdf. Abgerufen am:23.07.2015.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. Arbeitspapier. Abgerufen von: https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf. Abgerufen am: 23.07.2015.

Krüger, C.; Meyer, G.; Hamers, J. (2010):. Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 43(5):291-296.

Ramroth, H.; Specht-Leible, N.; König, H. H.; Mohrmann, M.; Brenner, H. (2005): Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistung durch Pflegeheimbewohner. In: Deutsches Ärzteblatt. 103(41).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bern: Huber, 154-163.



:::: Programm Starkes Herz

:::: Case Management hilft Patienten mit Herzinsuffizienz

:::: *Elisa Kern, Projektleiterin Versorgungsmanagement,
Gesundes Kinzigtal GmbH*

:::: *Saskia Hynek, Abteilungsleiterin Kommunikation und Information,
Gesundes Kinzigtal GmbH*

Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit – mit diesem Leitspruch engagiert sich das regionale Versorgungsmodell Gesundes Kinzigtal seit mehr als neun Jahren für eine bessere Gesundheitsversorgung ihrer Bewohner und eine bessere Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems. Das von dem Gesundheitswissenschaftler Helmut Hildebrandt und damals 35 Ärzten aus dem südbadischen Kinzigtal gegründete Versorgungsmodell stützt sich vor allem auf drei Säulen: gezielte Vorsorge, Engagement und Zusammenarbeit aller Beteiligten. Dies gilt auch für die Versorgung chronisch kranker Menschen. Die integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal versorgt chronisch kranke Herzpatienten beispielsweise durch ein speziell entwickeltes Case Management Programm.

Rahmenbedingungen

Das regionale Versorgungsmodell Gesundes Kinzigtal wird seit Anfang 2006 bezogen auf eine definierte Region in Südbaden als integrierte gesundheitliche Vollversorgung entwickelt. Gesundheit wird dabei als Teil eines regionalen Entwicklungsprozesses in der Zusammenarbeit zahlreicher Akteure verstanden. Integrierte gesundheitliche Vollversorgung meint dabei die Übernahme der vertraglich in § 140b SGB V geregelten Versorgungs- und Ergebnisverantwortung für alle ca. 31.000 Versicherten von zurzeit zwei Krankenkassen (AOK Baden-Württemberg und SVLFG (ehemals LKK)). Ein besonderer Schwerpunkt wird bei Gesundes Kinzigtal auf die Versorgung chronisch kranker Patienten durch speziell entwickelte Gesundheitsprogramme gelegt.

Konzept und Organisation des Versorgungsmodells

Die Managementgesellschaft trägt die Organisationsverantwortung für den Aufbau und den Ablauf des Projekts, die Aktivierung der Versicherten und der regionalen Akteure und für die Optimierung der Versorgungssteuerung der eingeschriebenen Versicherten. Sie verhandelt mit den regionalen Leistungspartnern, schließt Leistungserbringerverträge ab

und arbeitet an der Weiterentwicklung der beteiligten Praxen. Auch plant sie die einzelnen Projekte, wie z.B. die diversen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, und organisiert dazu Kooperationen mit Dritten, wie Vereinen, Kommunen, Stiftungen oder auch Unternehmen. Sie überwacht den Aufbau und die reibungslose Funktionalität der elektronischen Kommunikation und sorgt für die notwendige begleitende wissenschaftliche Evaluation. Dabei ist sie Bindeglied zwischen den verschiedenen Berufsgruppen genauso wie zwischen Patient, Leistungserbringer, Kassen und der lokalen Öffentlichkeit.

Leitbild Triple Aim

Leitbild und Legitimationsgrundlage der IVGK bildet der von Berwick et al. entwickelte Triple Aim-Ansatz (Berwick et al. 2008), wonach ein verantwortliches und nachhaltiges Versorgungssystem folgende Anforderungen erfüllen soll:

- Der Gesundheitsstatus einer Population soll verbessert werden.
- Der individuelle Patient soll eine bessere Versorgung erleben.
- Diese Ziele sollen unter bestmöglichem, effizientem Ressourceneinsatz erreicht werden.

Die drei Zielsetzungen sind nicht unabhängig voneinander zu verwirklichen, sondern beeinflussen sich wechselseitig. Es wird eine Balance dieser drei Zielsetzungen angestrebt.

Finanzierung des Versorgungsmodells

Der Versorgungsvertrag von Gesundes Kinzigtal beinhaltet eine Reihe von Innovationen; die außergewöhnlichste ist das Finanzierungsmodell. Der wirtschaftliche Ertrag der GmbH entsteht aus dem erzielten Gesundheitsnutzen für die Bevölkerung der Region. Entscheidend ist die Entwicklung des Deltas der Versorgungskosten der beteiligten Krankenkassen für alle Versicherten der Region gegenüber den Einnahmen der Krankenkassen für diese (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend der Populationszusammensetzung). Dieses Delta wird mit der Zeit vor der Intervention verglichen. Investitionen in die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, sei es durch medizinische oder soziale Aktivitäten, durch Aufklärung, Bewegungskampagnen oder Programme für besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen, werden damit zu lohnenden Maßnahmen (Hildebrandt et al. 2010). Entscheidend ist, möglichst treffsicher und preiswert in Primär- und v.a. Sekundärprävention zu investieren, um einen langfristigen Nutzen zu erreichen. Die klassischen Abrechnungswege werden nicht verlassen, sondern ergänzt: Die beteiligten Ärzte erhalten Zusatzvergütungen für genau definierte Leistungen, um die ambulante vor der stationären Leistungserbringung zu begünstigen und um ein besseres Gesundheitsergebnis zu erreichen.

Versorgung eingeschriebener Patienten

Patienten, die sich in das Versorgungsmodell Gesundes Kinzigtal einschreiben, können einen von 53 teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten auswählen, der für sie als Arzt des Vertrauens die Behandlung koordiniert. Nach dem salutogenetischen Prinzip (Antonovsky et al. 1997) werden die Patienten bei der Einschreibung zu ihren gesundheitlichen Zielvorstellungen und ihren Erfahrungen mit der Bewältigung von Einschränkungen befragt.

Zusätzlich erfolgt eine erweiterte Check-Up-Untersuchung, um schließlich gemeinsam das individuelle Entwicklungspotenzial und entsprechende Behandlungsziele herauszuarbeiten. Die teilnehmenden Ärzte wurden dazu in der Shared-Decision-Making (SDM)-Methode (Scheibler et al. 2003, Härter et al. 2005) geschult. Zum Erreichen dieser (Ziel)-Vereinbarungen zwischen Arzt und Patient werden u. a. die in den bisher knapp zehn Jahren Laufzeit für die Teilnehmer entwickelten Gesundheitsprogramme der Gesundes Kinzigtal GmbH genutzt. Durch die spezifische Auswahl der angebotenen Programme fühlten sich anfänglich vor allem von chronischen Erkrankungen betroffene Patienten angesprochen, inzwischen hat sich durch die Ausweitung der Angebote der Kreis der Mitglieder vergrößert. Das medizinische Gesamtkonzept orientiert sich am „Chronic Care-Modell“ (CCM), das eine gezielte Aktivierung und Kompetenzsteigerung des Patienten bezüglich seiner Erkrankung mit einem Organisationsentwicklungsprozess in den Arztpraxen, einer Kompetenzentwicklung für das medizinische Fachpersonal und einer Einwirkung auf das Umfeld verbindet.

Hoher Behandlungsaufwand und hohe Kosten bei Herzinsuffizienz Patienten

Eines der Angebote von Gesundes Kinzigtal für chronisch Kranke ist das Versorgungsprogramm „Starkes Herz - Gezielt gegen Herzschwäche“. Das Programm für Patienten mit Herzinsuffizienz (HI) wurde im Jahr 2007 durch eine interdisziplinäre Projektgruppe unter Berücksichtigung der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) Leitlinie entwickelt. Die HI stellt eine der häufigsten internistischen Krankheiten dar und ist für den Patienten eine belastende chronische Erkrankung mit schlechter Prognose. Insgesamt sterben 52,3 Prozent der Erkrankten innerhalb von fünf Jahren nach Erstdiagnose (Hendricks, Vogt, Schmidt, et al 2014). Der Behandlungsablauf ist von häufigen Rehospitalisierungen geprägt. Innerhalb von 30 Tagen nach dem Erstaufenthalt werden 23 Prozent der Patienten wieder stationär aufgenommen. Nach sechs Monaten liegt die Rehospitalisierungsrate sogar bei 44 bis 50 Prozent (Gensichen et al. 2004). Auch Ko- und Multimorbidität spielen eine wesentliche Rolle bei der Behandlung von HI Patienten. So werden bei 40 Prozent der Menschen mit HI auch eine Depression diagnostiziert (Osterloh 2012).

Verbesserung der Versorgung von HI Patienten durch optimierte Betreuung

Im Rahmen der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal sieht das Programm „Starkes Herz“ eine verstärkte Einbeziehung und die Koordination verschiedener Leistungserbringer zur Optimierung der Versorgungsprozesse bei gleichzeitiger Kostenkontrolle vor allem im stationären Sektor vor. Ziel ist es, die Patienten regelmäßig intensiv zu betreuen und die Eigenverantwortung und die Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung zu stärken. Die verstärkte Anstrengung in der Versorgung führt zur Vermeidung des Fortschreitens der Krankheit, zur Senkung der (Re-)Hospitalisierungsrate, zu einer geringeren Sterblichkeit und einer Steigerung der Lebensqualität der herzschwachen Patienten. Zur Erreichung dieser Ziele hat die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal gemeinsam mit Haus- und Fachärzten ein Case-Management Programm entwickelt. Medizinische Fachangestellte der betreuenden Hausarzt-Praxis werden eigens dafür geschult und angeleitet. Die Case-Managerin ist die direkte Ansprechpartnerin des Patienten und betreut diesen intensiv. Der behandelnde Arzt kann bei kritischen Situationen natürlich jederzeit herangezogen werden und die Case-Managerin hält nach jedem Patientenkontakt Rücksprache mit dem Hausarzt.

Mehr Empowerment und höhere Lebensqualität durch Case-Management

Die intensive Betreuung der HI Patienten durch die Case-Managerin stellt eine Entlastung für den Arzt dar und ist gut in den Praxisalltag integrierbar. Wenngleich der Arzt im Hintergrund ist und letztlich die Verantwortung über die Behandlung trägt, kann die Case-Managerin selbstständig und sicher agieren. Nach der Patientenansprache und Einschreibung geeigneter Patienten durch den Hausarzt übernimmt die Case-Managerin die weitere Betreuung im Rahmen des Programms „Starkes Herz“. Patienten werden je nach Schwere der Erkrankung und dem diagnostizierten NYHA Stadium in ein Betreuungsprofil eingeteilt. Die Case-Managerin kontaktiert den Patienten regelmäßig telefonisch oder besucht den Patienten bei Bedarf zuhause in seiner gewohnten Umgebung. Zur Unterstützung bei der telefonischen Befragung verwenden die Case-Managerinnen einen standardisierten Fragebogen, welcher in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg entwickelt wurde. Die Fragen umfassen unter anderem die Anamnese folgender Symptome: Brustschmerzen, starke Luftnot, Kreislaufprobleme und Infekte. Zudem werden bei jedem Gespräch das Gewicht, die Trinkmenge und die Häufigkeit des nächtlichen Wasserlassens abgefragt. Veränderungen dieser Parameter können auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten hindeuten. Bei genaueren Nachfragen können jedoch auch andere Erklärungen für körperliche Veränderungen ans Licht kommen. Nimmt der Patient abends vor dem ins Bett gehen noch übermäßig

viel Flüssigkeit zu sich, ist häufiges nächtliches Wasserlassen nicht zwingend auf die Herzinsuffizienz zurückzuführen.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt über die sogenannte „Dringlichkeits-Formel“, die vier unterschiedliche Maßnahmen zur Folge hat. Die jeweiligen Antworten führen entweder zu einem unauffälligen Befund, einem Bericht an den Arzt, einen Termin innerhalb von 24 Stunden oder im Notfall die Weiterleitung direkt an den Arzt. Die Erfahrungen der Case-Managerinnen mit dem Programmablauf sind durchweg positiv. „Patienten mit Herzinsuffizienz haben durch ihre Atemnot einen sehr hohen Leidensdruck und sind deshalb für die besondere Betreuung durch die terminierten Telefonanrufe mehr als dankbar“, erklärt Katja Schäfer. Die Case-Managerin betreut seit 2007 herzkranke Patienten und ist überzeugt von dem Programm „Starkes Herz“. „Das Schöne an diesem Programm ist, dass es um den Menschen geht und nicht nur um die Diagnose. Bei vielen Krankheiten wird oft vergessen, dass dahinter Menschen mit Ängsten und Sorgen stehen, die zusätzlich zur Krankheit noch belastend sind. Den Ärzten in Kliniken und in Praxen bleibt häufig nicht die Zeit, diese Ängste aus dem Weg zu räumen.“ Dies bestätigt auch die Programmteilnehmerin Frau Herrmann*: „Ich fühle mich nicht allein gelassen mit der Krankheit. Ich bin froh, dass ich Frau Schäfer habe.“ Durch die telefonische Betreuung fühlen sich die Patienten sicherer und können eine Verschlechterung der Erkrankung im Laufe der Zeit selbst erkennen und danach handeln.

*Name geändert

Multimedikation birgt erhöhte Gefahren

Der Medikamentencheck ist ein weiterer wichtiger Bestandteil des Programms und vor allem bei multimorbiden, chronischen Patienten von Bedeutung, da diese häufig fünf oder mehr Medikamente einnehmen. Aufgrund der Multimedikation steigt das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Wirkstoffen. Zudem sinkt die Therapietreue der Patienten mit der Anzahl der eingenommenen Medikamente. Multimedikation ist oft auch ein Kommunikationsproblem. Ärzte und Patienten sind meist nicht auf die Kommunikation vorbereitet. Das Gespräch wird häufig durch den Arzt dominiert, Patienten verhalten sich oft passiv und berichten nicht von Einnahmeproblemen und selbstständigen Therapieänderungen. Hinzu kommt, dass ein Medikamentencheck durch hohe Arbeitsbelastungen und Routineabläufe in den Arztpraxen nur schwer vereinbar ist (Muth et al. 2012). Entsprechend der standardisierten Telefonkontakte verwenden die Case-Managerinnen auch für den Medikamentencheck einen Fragebogen, welcher Fragen zu Informationsbedarf, Einnahmehilfen und eine aktuelle Medikamentenübersicht abdeckt. Durch den regelmäßigen Medikamentencheck können Über- und Unterdosierung, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen ermittelt werden. Patienten werden über die Wirksamkeit bestimmter

Medikamente und die Wichtigkeit der Einnahme aufgeklärt, wodurch die Compliance erhöht wird. Dies führt zu einem sichereren Umgang mit den Medikamenten und einer regelmäßigen Einnahme.

Fazit

Als Folge des demografischen Wandels wird die Zahl der HI Patienten zukünftig weiter steigen. Mit dem Hintergrund des damit verbundenen Behandlungs- und Kostenaufwands und der immer größer werdenden Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, gewinnt ein strukturiertes Case-Management weiter an Bedeutung. Das Programm „Starkes Herz“ zeigt, dass eine intensivierete Betreuung sowohl einen Mehrwert für die Patienten als auch einen positiven Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung erzielt. Der für das Versorgungsmodell Gesundes Kinzigtal mit den beiden Krankenkassen geschlossenen zehnjährigen Vertrag, der Ende 2015 endet, wird fortgeführt werden. Aktuell wird zwischen den Vertragspartnern über die genaue Ausgestaltung des Folgevertrags verhandelt. Die Versorgung chronischer kranker Patienten wird aber auch in der zukünftigen Arbeit von Gesundes Kinzigtal einen wichtigen Schwerpunkt bilden.

Literaturverzeichnis:

- Antonovsky, A.; Franke, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt- Verlag.
- Berwick, D.; Nolan, T.; Whittington, J. (2008): The triple aim: care, health, and cost. In: Health Affairs 27(3), 759-769.
- Fichtner, F.; Schäfer, K. (2012): Die Fallstricke und Herausforderungen von integrierten Versorgungsprogrammen. FMC-Symposium, Zürich, 21. Juni 2012. Anzufragen bei Gesundes Kinzigtal GmbH
- Gensichen, J.; Beyer, M.; Küver, C.; Wang, H.; Gerlach, F. (2004): Case-Management für Patienten mit Herzinsuffizienz in der ambulanten Versorgung – Ein kritischer Review. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98,143-154
- Härter, M.; Loh, A.; Spies, C. (Hrsg.). (2005): Gemeinsam entscheiden, erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Hendricks, V.; Schmidt, S.; Vogt, A.; Gysan, D.; Latz, V.; Schwang, I.; Griebenow, R.; Riedel, R. (2014): Case-Management-Programm für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz: : Effektivität in Bezug auf die Mortalität, Krankenhauseinweisungen und -kosten. In: Deutsches Ärzteblatt (111)15.
- Hildebrandt, H.; Hermann, C.; Knittel, R.; Richter-Reichhelm, M.; Witzernath, W. (2010): Gesundes Kinzigtal Integrated Care: Improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. In: International Journal of Integrated Care 10, 1-15.
- Muth, C.; Van den Akker, M. (2012): „Wenn ich alle Pillen genommen habe, bin ich satt“. Forschung Frankfurt: Wissenschaftsmagazin der Goethe-Universität 3/2012.
- Osterloh, F. (2012): Multimorbidität beim Hausarzt eher die Regel. Deutsches Ärzteblatt, 109(18): A-906 / B-780 / C-773.
- Scheibler, F.; Pfaff, H. (Hrsg.) (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim: Juventa.



:::: Chronisch krank und Schule

:::: Nationale Herausforderungen und das internationale Modell der School Health Nurse

:::: *Andreas Kocks, Pflegewissenschaftler MScN, Universitätsklinikum Bonn; Promovend im Forschungskolleg Familie, Universität Witten/Herdecke*

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche sind mehrfach belastet: Sie müssen nicht nur lernen, mit ihrer Erkrankung zu leben und ihre Behandlung zu meistern – sie müssen mit ihrer Erkrankung auch im oft starren und herausfordernden Schulsystem zurechtkommen. Ein Kraftakt auch für Schule und Angehörige. Hilfe und Unterstützung bietet eine sog. School Health Nurse, wie es sie beispielsweise in Schweden gibt. Sie berät, begleitet und betreut chronisch kranke Kinder im Schulalltag und ermöglicht ihnen bestmögliche Normalität. Sie ist Ansprechpartnerin, Vertrauensperson und zentrale „Kümmerin“ in einem und entlastet damit Eltern und Schüler gleichermaßen. Die School Health Nurse – ein Modell auch für Deutschland?

Ob bessere medizinische Diagnostik und Versorgungsmöglichkeiten oder steigende Umweltbelastungen – die Gründe der allgemeinen Zunahme von chronischen Erkrankungen in der westlichen Welt sind vielfältig und sicher nicht bis ins letzte Detail geklärt. Bemerkenswert an dieser Entwicklung ist jedoch, dass diese Zunahme chronischer Erkrankungen – anders als man vielleicht annehmen würde – sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen gleichermaßen beobachtet werden kann. Diabetes, Rheuma, Allergien – synchron zur Erwachsenenwelt verschiebt sich auch bei Kindern das Krankheitsspektrum von kurzzeitigen, zeitlich begrenzten, zu lang andauernden, chronischen Erkrankungen (Thomson & Gustafson 1999; Van Cleave, Gortmaker & Perrin 2010). Umfassende Studien wie etwa die KIGGS-Studie haben gezeigt, dass etwa 10-30 % der Schulkinder heute als chronisch krank gelten (Holling, Schlack, Dippelhofer, & Kurth 2008; Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2007, Neuhauser, Poethko-Müller, & KiGGS Study Group 2014).

Zentrale Herausforderung für alle chronisch Erkrankten ist die Integration von Krankheit, Einschränkungen und Therapie in einen bestehenden Alltag. Für Kinder und Jugendliche stellt sich diese Herausforderung im Besonderen, gilt es unter veränderten Gesundheitsbedingungen nicht nur die allgemeinen Entwicklungsaufgaben des Heranwachsenden zu meistern, sondern mit den entsprechenden Bildungsaufgaben auch die Grundlagen für den weiteren Lebensweg zu legen. Welche Herausforderungen chronische Erkrankungen für betroffene Kinder und deren Familien im Kontext Schule mit sich bringen

ist international bisher wenig untersucht worden. Dass Schule ein relevantes Setting der Gesundheitsbildung ist, zeigen national und international die vielen gesundheitsbezogenen Bildungsangebote und die unterschiedlichen Projekte der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention. Dass Schule aber auch ein relevantes Setting der Gesundheitsversorgung ist, ist in Deutschland entgegen internationalen Erfahrungen bisher nicht etabliert.

Gesundheit und Bildung hängen auf das Vielfältigste zusammen. Sie beeinflussen sich wechselseitig. Dabei gilt der Satz „wer gesund ist, geht in die Schule und wer krank ist, bleibt zu Hause“ schon lange nicht mehr. Chronische Erkrankungen, Inklusion, Armut oder Migrationshintergrund zeigen, dass das Thema Gesundheit und Krankheit in der Schule weit über die einfache Notfallversorgung bei leichten Verletzungen hinausreicht. In anderen Ländern sind mit diesem Tätigkeitsfeld Pfl egende, sogenannte School Health Nurses – Schulgesundheitspfl egende – betraut. Im Sinne eines erweiterten Gesundheitsverständnisses umfasst ihre Arbeit an Grund- und weiterführenden Schulen sowohl Gesundheitsförderung als auch Gesundheitsversorgung. Die School Health Nurse trägt erfolgreich dazu bei, dass das Thema Gesundheit im Kontext Schule einen festen Platz und einen Kümmerer bekommt, der den primären Bildungsauftrag der Schule maßgeblich unterstützt.

Die Geschichte von Paul oder ein Schulleben mit Dialyse

Paul (19 Jahre) kann sich nicht mehr erinnern, wie es angefangen hat. Seine Mutter sagte ihm, er sei damals etwa ein Jahr alt gewesen, als ein Medikamentenfehler seine Nieren angegriffen habe. Zu Beginn der Grundschulzeit hat er noch zu Hause mit seiner Mutter „Bauchfell-Dialyse“ gemacht. Das hat ihn damals stark angestrengt. Oft war er in der Schule müde und unkonzentriert, wollte sich aber nichts anmerken lassen. Er sollte auch immer viel trinken, mindestens zwei Liter. Die schaffte er nur, wenn er während dem Unterricht trinken durfte, eine Sonderstellung, die ihm erste Fragen seiner Mitschüler und Lehrer einbrachte. Da es mit der Ernährung und seinem Gewicht starke Probleme gab, wurde er eine Zeit lang zusätzlich über Magensonde ernährt. Mit der Sonde durch die Nase besuchte er die Schule weiter. Jetzt war die Sonderstellung für alle sichtbar. Manche nannten ihn Elefanti, weil er ja einen so schönen Rüssel hatte. Irgendwann war es klar: Entweder brauchte er eine Nierentransplantation oder er musste an die Dialyse und das, wo er doch gerade aufs Gymnasium gewechselt hatte.

Schulen und Gesundheit

Die Vorstellung, dass Schule die Gesundheit junger Menschen beeinflussen kann, ist nicht neu. Diese Beeinflussung kann dabei positiv wie negativ sein. So erleben Kinder

Allergische Erkrankungen (Schlaud, Atzpodien, & Thierfelder, 2007)	16,0%
Neurodermitis	13,2%
Heuschnupfen	10,7%
Asthma	4,7%
<hr/>	
Übergewicht (Kurth & Schaffrath Rosario 2007)	15,0%
adipös	6,3%
<hr/>	
Herzerkrankungen	2,8%
<hr/>	
psychischen Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart 2007; Schlack 2004)	15,0%
Ängste	10%
Depressionen	5,4%
<hr/>	
Migräne (Neuhauser et al. 2014)	3,7-5,0%

Tab. 1

Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: ausgewählte Ergebnisse der KIGGS-Studie

und Jugendliche Schule einerseits als ihren bedeuteten Stressor (ProKids, 2013), andererseits ist Schule aufgrund ihrer Struktur und ihres Betreuungs- und Lehrauftrags ein – national wie international – etablierter Ort für Gesundheitsförderung und Prävention. Wie keine andere Institution bietet die Schule mit der Schulpflicht einen strukturierten und kontinuierlichen Zugang zu Kindern und Jugendlichen eines Landes.

Eine geregelte Gesundheitsversorgung während der Schulzeit ist in Deutschland nur ansatzweise zu finden. Allzu oft ist die Erstversorgung von erkrankten oder verunfallten Schülern Aufgabe der Schulsekretärin oder des Hausmeisters. Eine Versorgungssicherheit mit dem hierfür nötigen Material und der erforderlichen Kompetenz ist in deutschen Schulen nicht gegeben. Die Personen mit dem dichtesten und kontinuierlichsten Kontakt zu den Kindern und Jugendliche sind die Lehrer. Ob, und wenn ja, wie sie sich wie diesem Thema aber annehmen, ist ihrer individuellen Entscheidung und Prioritätensetzung überlassen. Oft geschehen Engagement aus eigener Betroffenheit bzw. eigene Erfahrungen, wobei Krankheitslehre nicht Bestandteil des pädagogischen Studiums ist. Vor dem Hintergrund der Stundenausweitung im Zuge der Schulzeitverkürzung und den Entwicklungen zur Ganztagschule sowie der aktuellen Diskussion zur Inklusion stellt diese Versorgungslücke für Eltern wie auch für Lehrer eine erhebliche Unsicherheit und Belastung dar.

Chronisch krank und Schule

Auch wenn die Verhaltensmaßnahmen und Auswirkungen der einzelnen chronischen Erkrankungen sehr unterschiedlich sind, gibt es zentrale immer wiederkehrende

Aspekte. Chronische Erkrankungen erfordern Auseinandersetzungen und Anpassungsleistungen. Medikamente sind regelmäßig zu nehmen, Diätvorschriften oder Verhaltensregeln einzuhalten, Therapien regelmäßig aufzusuchen oder sich täglich verändernde Belastungsgrenzen neu zu bewerten und zu berücksichtigen. Schon allein aufgrund der langen, teilweise lebenslangen Dauer des Krankheitsverlaufes ist immer eine Integration der Erkrankung und der Auswirkungen in den Lebensalltag der Betroffenen sowie deren sozialen Umfeld nötig. In diesem Sinne macht die chronische Erkrankung bei betroffenen Kindern und Jugendlichen auch nicht vor der Schultür halt und stellt hier als ständiger Begleiter neben dem allgemeinen Schul- und Leistungsstress eine relevante Sonderbelastung dar. Wie schaffe ich es, trotz Herzfehler am Sportunterricht teilzunehmen? Wer hilft mir in Fragen einer Hyper- oder Hypoglykämie bei Diabetes? Oder wie wirken sich – wie in Fall von Paul – regelmäßige Dialysetermine und damit hohe Unterrichtsausfallzeiten auf meine Schulleistung aus? Das Spektrum der Herausforderungen zur Integration von veränderten gesundheitlichen Situationen in das Schulsystem ist komplex. Dabei besuchen betroffene Kinder die Schule in der Regel so lang, wie es ihre Erkrankung zulässt. Nur bei akuten Problemen bleiben sie der Schule fern, was folglich dazu führt, dass chronische Erkrankungen im Schulalltag präsent sind.

Gesundheitsexperten in Schulen: Das Konzept der Schulgesundheitspflege

Schule wandelt sich von einem Ort des reinen Lernens zu einem Lebensraum. In diesem sind neben Fragen des Lernens oder des sozialen Zusammenlebens selbstverständlich auch Themen wie Gesundheit und Krankheit relevant. Nicht erst die aktuelle Diskussion um Integration bzw. Inklusion von Kindern mit besonderen Unterstützungsbedarfen verdeutlicht die Relevanz des Themas. Themen wie Gesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Erkrankung, gesundheitliche Einschränkungen und chronische Erkrankungen brauchen Kompetenz in den Schulen. Neben der Vermittlung von Gesundheits- und Krankheitskompetenz stellt sich die Frage der Versorgungssicherheit im Schulalltag – und zwar so, dass die betroffenen Schüler umfassend unterstützt werden und der primäre Bildungsauftrag bestmöglich erreicht werden kann. International ist dies ein Bereich der beispielsweise in England, Finnland, Schweden oder den USA von Pflegeexperten, sogenannten School Health Nurses – Schulgesundheitspflegenden – ausgefüllt wird. Als zentrale Ansprechpartnerin ist die School Health Nurse dort für alle gesundheitlichen Fragestellungen und Belange der Schüler während der Schulzeit verantwortlich und bietet Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung. Ein Ansatz, der auch in Deutschland Antworten und Möglichkeiten auf die beschriebenen Herausforderungen liefern könnte.

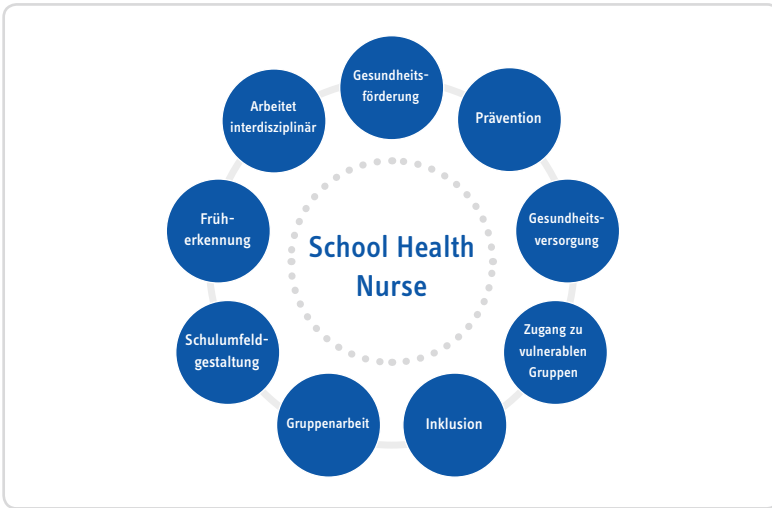


Abb. 1

Das Tätigkeitsfeld der School Health Nurse

Integration und Inklusion von Schülern mit Pflegebedarf: Das Beispiel der schwedischen School Health Nurse – Skolsköterska –

Die School Health Nurse ist in Schweden seit Jahren fester und verpflichtender Bestandteil der schulischen Betreuung. Allein 2.900 aktive School Health Nurses zählt das schwedische Schulsystem, davon sind 2.600 in der Swedish Association of School Nurses organisiert, die ihre Mitglieder durch Kongresse, Publikationen und Netzwerkarbeit weiterbildet.

Die School Health Nurse leistet einen großen Beitrag zur Integration und Inklusion von Kindern mit Pflegebedarf in ein Regelschulsystem. Sie gibt Unterstützung, sorgt durch ihre Präsenz im Schulalltag für Sicherheit und steht bei Fragen, Problemen oder Hilfebedarf mit Fachexpertise und Können zur Verfügung. Eine intensive Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrern ist hierfür die Basis. Diese erreicht sie beispielsweise durch das Erstgespräch vor der Einschulung, wo Sie mit dem Kind und den Eltern sowohl mögliche Bedarfe als auch die möglichen Angebote der School Nurse abklären kann. Darüber hinaus gibt es regelmäßige Untersuchungen, Besuche in der offenen Sprechstunde, die vielen spontan möglichen Kontakte im allgemeinen Schulalltag sowie die Informationen aus den interdisziplinären Besprechungen mit Lehrern, Schulpsychologen, Sozialarbeitern oder dem Schularzt.

Die School Health Nurse kann auf Grundlage dieser sich ständig weiterentwickelnden Anamnese und Informationssammlung dazu beitragen, betroffene Kinder bestmöglich zu beraten, zu schulen, zu informieren, sie im Schulalltag zu begleiten und Lehrer zu instruieren. Darüber hinaus kann Sie ein adäquates Notfallmanagement anbieten und

darauf hinwirken, die Gegebenheiten in der Schule nach Möglichkeit gesundheitsförderlich oder präventiv anpassen, wie z. B. das Essensangebot in der Mensa oder bauliche Veränderungen in der Schule.

Mit Zustimmung des betroffenen Schülers informiert die School Nurse die Klasse über die Erkrankungen der Klassenkameraden. Gerade nach langen Krankenhausaufenthalten oder besonderen Gesundheitskonstellationen im Rahmen der Einschulung fällt es Kindern und Jugendlichen nicht immer leicht, über ihre Erkrankung zu sprechen. Auf der einen Seite haben Kinder und Jugendliche hier ein großes Erkenntnisinteresse. Die Mitschüler sind neugierig und wollen wissen, woran sie einen Asthmaanfall erkennen, was es heißt, an Diabetes erkrankt zu sein oder warum ein Kind einen Katheter in der Nase hat. Auf der anderen Seite sind die betroffenen Kinder manchmal müde sich immer wieder erklären zu müssen oder es ist Ihnen einfach unangenehm. Eine in der Schule bekannte und anerkannte Fachperson an der Seite zu haben, kann hier eine große Unterstützung sein und für alle Beteiligten Klarheit herbeiführen. Ziel ist es, diese Kinder bestmöglich in den Schulalltag zu integrieren und Gefahren der Ausgrenzung oder des Mobbing frühzeitig zu begegnen.

Lehrer werden in die Arbeit der School Health Nurse, wo möglich, miteinbezogen. Gerade weil sie so dicht und so kontinuierlich mit Kindern und Jugendlichen in der Schule zusammen sind, sind sie für das Gelingen der schulischen Gesundheitsversorgung eine zentrale Konstante. In regelmäßigen gemeinsamen Besprechungen besteht daher ein reger Austausch über die Schüler und ihre Herausforderungen. Da viele Lehrer in Gesundheitsfragen unsicher sind, hat die School Health Nurse an vielen Schulen Ordner und Schulungen entwickelt, die über die an der Schule wichtigsten Erkrankungen informieren und mögliche Notfallsituationen behandeln. Eltern steht die School Health Nurse ebenfalls als Ansprechpartnerin telefonisch oder im direkten Kontakt für Fragen, Probleme und Sorgen hinsichtlich der Gesundheit ihrer Kinder zur Verfügung. Ein Angebot, das von vielen Eltern rege genutzt wird.

Schulgesundheitspflege - ein Gewinn für Gesundheit und Bildung in Deutschland?

Das System der School Health Nurse ist in vielen Ländern integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. Hierzu leisten Pflegende einen großen Beitrag. Durch die fachliche und persönliche Begleitung werden Schüler sehr früh an einen selbstständigen und selbstbewussten Umgang mit ihrer Gesundheit/Krankheit herangeführt. Gesundheitliche Problembereiche werden erkannt, während der Schulzeit betreut und, wo nötig, einer weiteren Behandlung durch andere Fachdisziplinen zugeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

erfährt mit der School Health Nurse einen breiten Raum. Gesundheit und Krankheit werden so Teil eines gelebten Schulalltags, wodurch der primäre Bildungsauftrag der Schule maßgeblich unterstützt wird.

Es ist zu erwarten, dass das Thema Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung im Kontext Schule, Bildungsqualität und Schulentwicklung zukünftig wesentlich an Bedeutung gewinnen wird. Die Integration von chronisch kranken Kindern - ein zentraler Teilbereich der schulischen Gesundheitsversorgung - gelingt national bislang nur durch intensive individuelle und familiäre Anpassungsleistungen. Dies ist mit deutlichen Belastungen der betroffenen Schüler und ihrer Angehörigen, aber auch mit Gefährdungssituationen und ungenützten Potenzialen verbunden.

Diese Situation kann allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Pflege in Deutschland mit ihrem derzeitigen beruflichen Selbstverständnis und ihrer Ausbildung dem Anforderungsprofil einer „SchulgesundheitspflegerIn“ nicht gerecht werden kann. Hierzu bedarf es geeigneter Strukturen sowie einer fachlichen Aus- und Weiterbildung bzw. einer universitären Qualifikation. Aussagen zur anteiligen Akademisierung der Pflege wie durch den Wissenschaftsrat (2012) zeigen jedoch, dass das Thema der Pflegequalifikation auf politischer Ebene erkannt wurde. Es gilt internationale Erfahrungen zu nutzen und auf die hiesige Situation hin anzupassen. Etablierte Modelle einer pflegerischen schulischen Gesundheitsversorgung durch School Health Nurses können hier als Orientierungsrahmen dienen und Betroffenen eine bessere Unterstützung anbieten wie auch innovative neue qualifizierte Tätigkeitsfelder für die Pflege in Deutschland erschließen.

Und Paul?

Eine Nierentransplantation brachte ihm nur kurzzeitig Besserung. Mit dem neuen Organ im Bauchraum behandelten ihn alle damals wie ein rohes Ei. Hängen geblieben ist bei ihm, dass er nur eingeschränkt am normalen Schulleben teilnehmen durfte. Pausenbesuche und das Spielen mit Klassenkameraden wurden ihm damals beispielsweise verboten. Man hatte Angst er könne sich sein neues Organ verletzen. Leider hat er die Niere nach einem Jahr wegen einer Abstoßung wieder verloren, so dass wieder an die Dialyse musste. Die regelmäßigen, nachmittäglichen Dialyse-Termine führten bei ihm zu einer Teilleistung in der Schule. Immer wieder hat er Mathematik verpasst. Vom Gymnasium ging es an die Hauptschule und von dort an eine Förderschule für sprachbehinderte Kinder, damals die einzige Förderschule die er gut erreichen konnte. Heute hat er die Schule erfolgreich abgeschlossen und plant mittels Nachdialyse seine berufliche Ausbildung. Er weiß, dass sein Schulabschluss nicht seinen Möglichkeiten entspricht. Vielleicht will er das in der Zukunft noch nachholen.

Literaturverzeichnis:

Holling, H.; Schlack, R.; Dippelhofer, A. & Kurth, B. M. (2008): Personal, familial and social resources and health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51(6).

Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. (2007): Der Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50(5-6), 529-530.

Kurth, B. M. & Schaffrath Rosario, A. (2007): The prevalence of overweight and obese children and adolescents living in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5-6), 736-743.

Neuhauser, H., Poethko-Müller, C., & KiGGS Study Group. (2014): Chronic and vaccine-preventable diseases in children and adolescents in Germany: Results of the KiGGS study: first follow up (KiGGS wave 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57(7), 779-788.

ProKids. (2013): Die Elefanten-Kinderstudie 2011 / 2012 Zur Situation der Kindergesundheit in Deutschland. Abgerufen von: http://www.gea.de/fastmedia/43/kinderstudie_2012.pdf. Abgerufen am: 26.08.2015.

Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S. & Erhart, M. (2007): Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5-6), 871-878.

Schlack, H. (2004). Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung. Frühe Kindheit (06), 18-21.

Schlaud, M.; Atzpodien, K. & Thierfelder, W. (2007): Allergic diseases. Results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5-6), 701-710.

Thomson, R. J. & Gustafson, K. E. (1999): Adaption to chronic childhood illness. Washington: American Psychological Association.

Van Cleave, J.; Gortmaker, S. L. & Perrin, J. M. (2010): Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. Journal of the American Medical Association, 303, 623-630.

Wissenschaftsrat. (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Abgerufen von: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. Abgerufen am: 26.08.2015.



..... Care for Chronic Condition – Internationales Hospitations- und Fortbildungsprogramm

..... *Für eine bessere Chronikerversorgung in Deutschland:
Robert Bosch Stiftung fördert Hospitationen, Fort- und
Weiterbildungen und Kongressteilnahmen im Ausland*

Sie arbeiten im Gesundheitswesen und engagieren sich für eine bessere Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen? Sie kennen innovative Versorgungskonzepte im Ausland und möchten diese aus erster Hand kennenlernen? Sie planen die Implementierung eines neuen Modells zur Versorgung chronisch Kranker und möchten sich dazu – allein oder mit Ihrem inter-/multidisziplinären Team – adäquate Projekte im Ausland ansehen?

Dann nutzen Sie das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Internationale Hospitations- und Fortbildungsprogramm Care for Chronic Condition und sammeln Sie im Ausland wichtige Impulse für Ihre Arbeit.

Mit dem Programm Care for Chronic Condition fördert die Robert Bosch Stiftung Aufenthalte im Ausland, durch die Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung neue Erkenntnisse zur Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen gewinnen können. Dazu gehören Hospitationen an Bildungs- und Praxiseinrichtungen, Fort- und Weiterbildungen, die Teilnahme an Konferenzen im Ausland und an weiterqualifizierenden Studiengängen. Die Robert Bosch Stiftung gewährt dafür Zuschüsse zu Reise- und Aufenthaltskosten sowie zu Seminargebühren. Im Rahmen des Programms werden zudem Seminare zur Vor- und Nachbereitung des Auslandsaufenthaltes angeboten.

Bewerben können sich alle professionellen Akteure im Gesundheitswesen, die einen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit chronischen und multiplen Erkrankungen leisten, z. B. Ärzte, Pflegende, Gesundheitsnetzwerker, Telemedizin-Experten, Physio- und Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Sozialarbeiter, Pharmakologen etc. Da die Versorgung chronisch Kranker nur durch die Einbindung unterschiedlicher Disziplinen gelingen kann, sind bei Anträgen für Hospitationen insbesondere Maßnahmen von inter-/multiprofessionellen Teams erwünscht.

Ob Selbstmanagement, kooperative Versorgungsmodelle, Informationssysteme, soziale Teilhabe oder neue Technologien – die möglichen Themen sind so vielfältig und komplex wie die Herausforderungen für eine gute, zukunftsfähige und Versorgung. Machen Sie sich auf den Weg und nutzen Sie das Programm Care for Chronic Condition, um sich im Ausland gezielt zur Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen fort- und weiterzubilden. Helfen Sie mit bei der Entwicklung einer innovativen, praxisorientierten und nachhaltigen Chronikerversorgung in Deutschland.

Bewerben Sie sich jetzt!

Bewerbungen können jeweils zum Ende eines Quartals beim Institut g-plus eingereicht werden. Nächste Bewerbungsfristen: 31.12.2015 und 31.03.2016

Bewerbungsunterlagen und weitere Informationen erhalten Sie unter:

www.g-plus.org

Impressum

Herausgeber

g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Leitung: Prof. Dr. Elke Donath

g-plus gehört zum Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke:
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Kontakt: g-plus@uni-wh.de

Internet: www.g-plus.org

Koordination des Bandes

Sebastian Riebandt

Redaktion

Sebastian Riebandt, Monika Hörr

Konzeption und Gestaltung

Axel Boesten, Köln

www.axel-boesten-plus-x.de

Bildnachweis

Titelbild: Getty Images/von svetikd

Druck

WEBO Druck, Bochum

www.webo-druck.de

Auflage

1000 Exemplare

Oktober 2015

Diese Publikation wurde im Rahmen des Projektes *Care for Chronic Condition – Internationales Hospitations- und Fortbildungsprogramm* von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Allgemeine Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet.

Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

