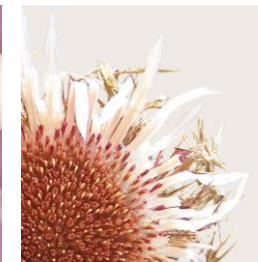


Der Atmungstherapeut (DGP) im interdisziplinären Team - Aufgabenprofil des Berufsstandes



D. Schimandl, Linz, 08. Mai 2018

Historie

1983 Kontakt mit Louise Nett – Denver

eine der ersten und berühmtesten Respiratory Therapist
Jahrzente bei Th. L. Petty gearbeitet
mit ihm Bücher geschrieben und Tagungen organisiert



2003 Organisation Tagung AG Heimbeatmung in Weimar - Prof. of Medicine Dr. med. R. Bonnet

Einladung Prof. Sheldon - Loma Linda University Medical Center,
zuständig für RT-Ausbildung in Kalifornien

2004 Beschluss der DGP – Berufsbild Respiratory Therapist unter dem deutschen Namen in Form einer qualifizierenden Weiterbildung einzuführen

Erarbeitung Curriculum durch AG in der DGP
Start erster Kurs im Herbst 2005 in Gauting

Entwicklung in Deutschland

- * 2005 Einführung des Berufsbildes in Deutschland
 - * abgeschlossene Berufsausbildung als Krankenpfleger(in), Kinderkrankenpfleger(in) oder Physiotherapeut(in), Altenpfleger(in) mit dreijähriger Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz
 - * mindestens zweijährige praktische Berufserfahrung
 - * Kurszentren: Bad Berka, Berlin, Essen, Gauting, Großhansdorf, Heidelberg, Hemer, Wuppertal
- 2018 >600 ausgebildete Atmungstherapeuten (DGP)**

ATEMTHERAPEUT ≠ ATMUNGSTHERAPEUT

Atmen =

Luft ein- und ausatmen

Atemtherapeut =

Physiotherapeut mit

spez. Expertise in Atemtherapie



≠

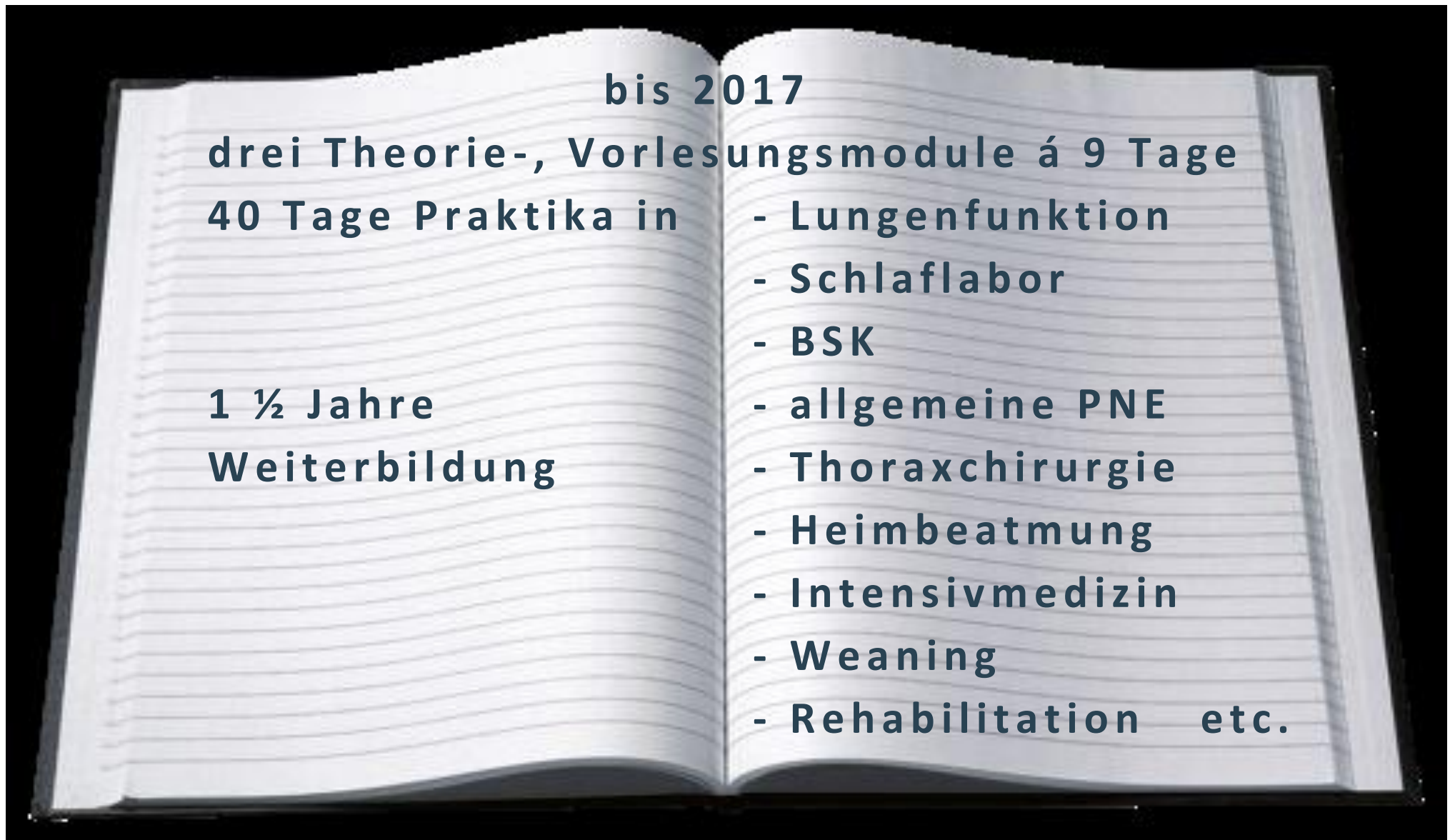


Atmung =

gesamtes respiratorisches Organsystem

Atmungstherapeut =

Spezialist für das gesamte respiratorische Organsystem

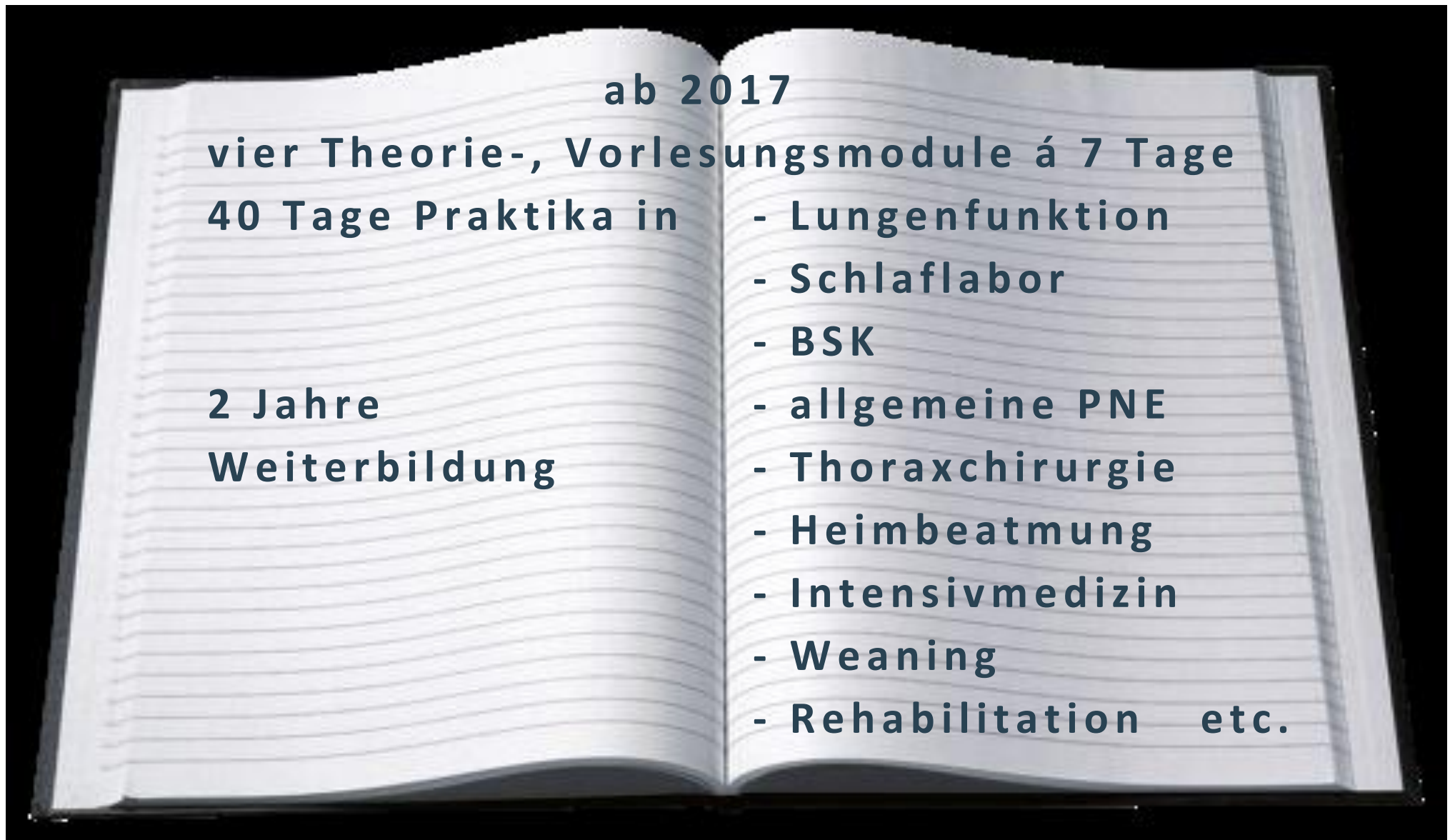


bis 2017

drei Theorie-, Vorlesungsmodule á 9 Tage
40 Tage Praktika in

1 ½ Jahre
Weiterbildung

- Lungenfunktion
- Schlaflabor
- BSK
- allgemeine PNE
- Thoraxchirurgie
- Heimbeatmung
- Intensivmedizin
- Weaning
- Rehabilitation etc.



ab 2017

vier Theorie-, Vorlesungsmodule á 7 Tage

40 Tage Praktika in

2 Jahre

Weiterbildung

- Lungenfunktion

- Schlaflabor

- BSK

- allgemeine PNE

- Thoraxchirurgie

- Heimbeatmung

- Intensivmedizin

- Weaning

- Rehabilitation etc.

Struktur und Umfang der Weiterbildung

| | |
|---|-----------------|
| Theoretischer Unterricht inklusive Praktische Demonstrationen (4 x 70 UE, 10 UE/Unterrichtstag) | 280 Std. |
| Praktischer Unterricht (8 Wochen bzw. 40 Arbeitstage) | 320 Std. |
| Selbststudium | 60 Std. |
| Erstellung Facharbeit und Abschlussprüfung | 60 Std. |
| Gesamtdauer | 720 Std. |

Ausbildungsphilosophie

Lerninhalte:

- Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Krankheitslehre
- Diagnostik
- Therapie
- Monitoring
- Hygiene, Medizintechnik, Sozialgesetzgebung, wissenschaftliches Arbeiten

Physiotherapeutische, pflegerische und ärztliche Aspekte in den Praktika gepaart mit spezieller Berufserfahrung

Prüfung



- mündliche Prüfungen nach allen Praktika
- Facharbeit
- schriftliche Abschlussprüfung
- mündliche Abschlussprüfung
- Verteidigung der Facharbeit

- Zertifizierung durch:
Deutsche Gesellschaft
für Pneumologie und
Beatmungsmedizin e.V.



ATMUNGSTHERAPEUT ≠ ATMUNGSTHERAPEUT

Weiterbildung für erfahrene

- Intensivpflegekräfte
- pneumologische Pflegekräfte
- Physiotherapeuten



Der Atmungstherapeut

besitzt ärztliche, pflegerische und physiotherapeutische Kenntnisse und Fertigkeiten auf einem sehr umschriebenen Gebiet

arbeitet selbständig unter Supervision eines Facharztes

Haupteinsatzgebiete

allgemeine Pneumologie
pneumologische Beatmungsmedizin
Intensivmedizin
Schlafmedizin
Thoraxchirurgie
Rehabilitation
ausserklinische Beatmungspflege

Industrie

**überall dort, wo Patienten eine spezielle
fachliche Betreuung benötigen**

Traditionelle KH-Organisation

Bürokratisch, aber

- klare Hierarchie
- klare Zuständigkeiten
- klare Aufgaben- und Kompetenzverteilungen
- klare Abgrenzungen

(Stellenbeschreibungen: „mein Job, dein Job“)



In den letzten Jahren
dramatische Änderung
der Rahmenbedingungen

Moderne KH-Organisation

Prozessketten von Klinikaufnahme bis sektorenübergreifende Dienste

- sind kompetenz- und abteilungsübergreifend
- zwingen zur Neuverteilung der Aufgaben
- lassen strikte Abgrenzung zwischen den Berufsgruppen nicht mehr zu
- zwingen MA aus verschiedenen Bereichen zur Zusammenarbeit



SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Gutachten 2007

Kooperation und Verantwortung

**Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung**

Empfehlungen zur Zusammenarbeit

**Veränderungen werden sich nur durch einen Mix
verschiedener Formen beruflicher
Rollenveränderungen vollziehen**

Übertragung von Tätigkeiten von einer Berufsgruppe
auf eine andere (Delegation bzw. Substitution)
Spezialisierung auf bestimmte Aufgaben
Integration neuer Aufgabengebiete durch Vergabe an
bestehende Berufsgruppen oder
Abdeckung durch neue Berufsgruppen

Der Atmungstherapeut auf der Intensivstation

Intensive patientennahe Tätigkeit

Kontinuität in der Patientenbetreuung

Engste Kooperation und Koordination mit
anderen Berufsgruppen und Disziplinen

Zielsetzung in der interdisziplinären Visite

Lehrtätigkeit

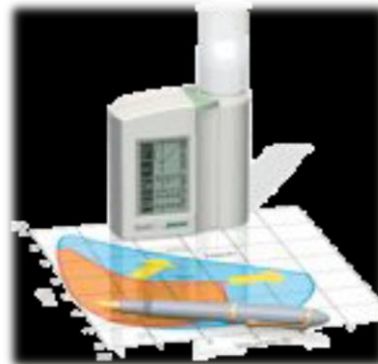
Aufgaben in der Intensivmedizin

- Monitoring
- Beatmung
- Atemtherapie
- Inhalative Therapie
- Atemwegsmanagement
- Lagerung und Mobilisation



Monitoring

- Spezielle Beatmungsüberwachung
- Auswahl spezielles Monitoring
- Atemmuskelfunktion
- Lungenfunktion



Beatmung

- Beatmungsentwöhnung
- Nichtinvasive Beatmung
- Einleitung chronischer Beatmung
- Überleitmanagement
- Kritisch kranke Patienten
- Spezielle Beatmungsverfahren



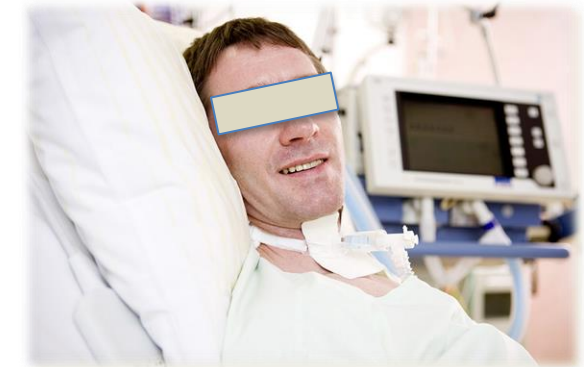
Zentralklinik Bad Berka GmbH, Klinik für Pneumologie
Abteilung Atmungstherapie, Weaningeinheit

WEANINGPROTOKOLL

Trachealkanüle = Typ _____ = Tag _____ = Größe _____ = Tracheostoma _____ = Anlage am _____
Extubation/Dezinkanülentzug = ja = nein = geplant am _____ = Spiroam Bett _____ = POF _____ = über TK = nach Dezinkanülentzug
Schlucktest = klinisch _____ = endoskopisch _____ = Schlucktraining _____
Ernährung = oral / Schluckteststufe _____ = MS transtale re./li. _____ = PEG _____ benötigte Kalorien erreicht = ja = nein

| Veaningtag / Versuchs | aktuelle Beatmungsparameter | Modus | FiO ₂ | P _{max} (bar) | PEEP (bar) |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| Größe | Analgosedierung | Ademfrequenz | Titel sek. | TE | Flow (l/min) |
| Genese: | tidalvolumenschwäche | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz |
| | Unfild adäquat | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz |
| | Grundrentanz stabil | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz |
| | Bronchialobster Sekretmanagement | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz |
| | Adäquanz ausreichend | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz |
| | unterstützende Maßnahmen | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz |
| | gplanter Veaningmodus | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz | Respirationsfrequenz |
| Abbruchkriterien | 1 SpO ₂ > 90% | 2 RR > 30/min | 3 RR > 30/min | 4 RR > 30/min | 5 RR > 30/min |
| objektive Kriterien | 1 SpO ₂ > 90% | 2 RR > 30/min | 3 RR > 30/min | 4 RR > 30/min | 5 RR > 30/min |
| subjektive Kriterien | 1 SpO ₂ > 90% | 2 RR > 30/min | 3 RR > 30/min | 4 RR > 30/min | 5 RR > 30/min |
| Besonderheiten: | 1 SpO ₂ > 90% | 2 RR > 30/min | 3 RR > 30/min | 4 RR > 30/min | 5 RR > 30/min |

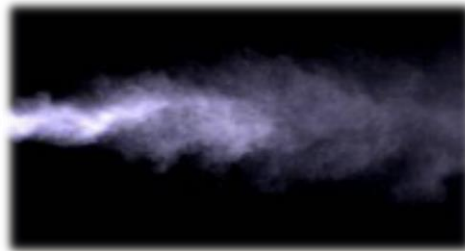
Patient



Atemtherapie / Sekretmanagement

- Anpassung verschiedener Verfahren an speziellen Bedarf
- entblähende Verfahren
- Einsatz von PEP-Systemen
- manuelle, maschinelle Hustenassistenz
- BSK





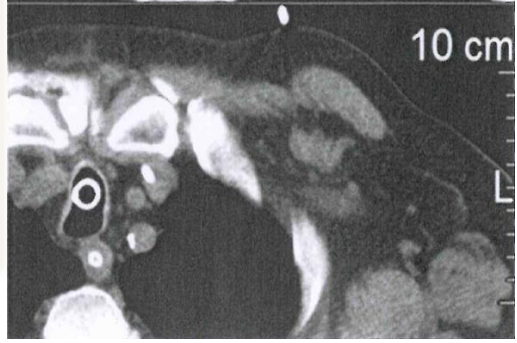
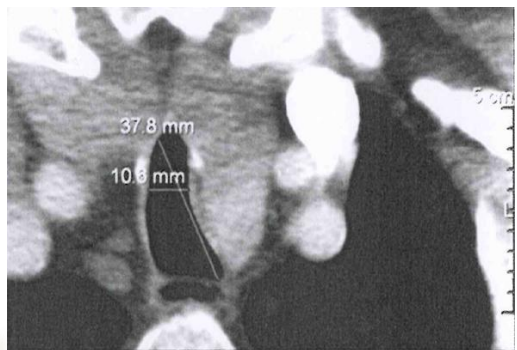
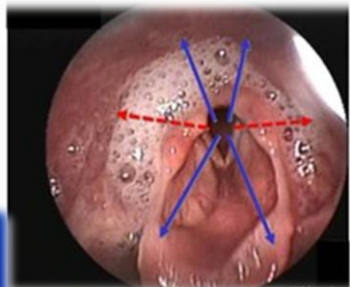
Inhalative Therapie

- Indikationsstellung
- Auswahl der Präparate
- Auswahl des Device



Atemwegsmanagement

- spezielle Tracheostomapflege
- Trachealkanülenmanagement
- Schluckdiagnostik
- BSK





Lagerung und Mobilisation

- Bauchlagerung
- Lagerungsdrainage
- Frühmobilisation
- Mobilisation unter Beatmung



Der Atmungstherapeut in der allgemeinen Pneumologie

spezialisierte Aerosolanwendung
differenzierte Sauerstofftherapie
Schlafapnoetherapien
nichtinvasive Beatmung
Patientenschulung
Schulung von Angehörigen
u.v.m.

Messen der Hustenkapazität und der Lungenfunktion am Bett zur Entscheidung über spezielle Therapien



Einsatz spezieller Methoden zur Verbesserung von Hustenstoß und Sekretentfernung

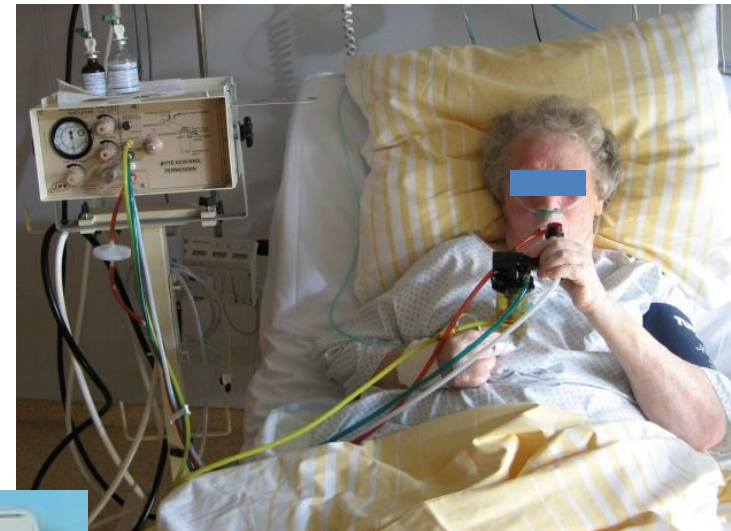


Einsatz PEP - Systeme



Einleitung bzw. Optimierung oder Intensivierung der Inhalationstherapie

Indikationsgerechter Einsatz spezieller Perkussionstechniken



Einleitung bzw. Optimierung oder Intensivierung der Inhalationstherapie

Ermittlung des richtigen Device

Messung des Atemflusses

Schulung des Patienten



Einleitung oder Optimierung einer nichtinvasiven Beatmung bei ventilatorischer Insuffizienz

als intermittierende Beatmung zu Hause

prä-, peri- und postoperativ
z.B. bei COPD- oder
Kyphoskoliosepatienten

zur Beherrschung einer
Exazerbation bei COPD u.a.





... und natürlich auch bei Maskenproblemen bei Schlafapnoetherapie, NIV etc.





Sichere Leitung des Personals durch den Gerätedschungel bei Patienten, die auswärts mit Heimbeatmungsgeräten eingestellt wurden und bei denen die Therapie während des stationären Aufenthaltes weitergeführt oder modifiziert werden muss.



Einleitung Atemmuskeltraining



Prüfung Verordnung von Hilfsmitteln zur Langzeitsauerstofftherapie entsprechend der aktuell gültigen Leitlinien





DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Effizienter Personaleinsatz erfordert neue Aufgabenverteilung im KH

- DKG fordert eine verstärkte Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an andere medizinische Berufsgruppen
- Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie werden immer Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit bleiben

NICHTÄRZTLICHE FACHBERUFE IM KRANKENHAUS

Hilfe oder Konkurrenz?

Ärztliche Aufgaben werden zureichend von anderen Berufsgruppen übernommen – nicht zuletzt wegen des Ärztemangels. Dagegen gibt es zwar Vorbehalte, doch die Neuverteilung der Zuständigkeiten ist längst Realität.

Deutsche Ärztezeitung | Jg. 107 | Heft 13 | 2. April 2010

Atmungstherapeuten

sind keine Lückenbüßer oder
Konkurrenten für Ärzte oder Pfleger
sie ergänzen das Team
sie koordinieren Medizin und Pflege

sind weder kleine Ärzte noch große Pfleger

Warum brauchen wir Atmungstherapeuten?

neue Aufgabenverteilung
Koordination aller
Berufsgruppen



Fortschreitende
Professionalisierung
von Pflege und
Therapeuten

Der Atmungstherapeut

keine neue Therapieform
neuer „interdisziplinärer“ Therapeut

**Verbindung von
Intensivmedizin - Pflege - Pneumologie**





**Danke
für's Zuhören!**

