

THEORIE & PRAXIS



Christina Rohlfes

Atmungstherapie: anspruchsvolles Tätigkeitsfeld für LogopädInnen

Kompetenz für die inner- und außerklinische Behandlung von spontanatmenden sowie beatmeten Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen

Einleitung

Wie wichtig gut qualifiziertes Personal mit Behandlungskompetenz im Bereich respiratorischer Erkrankungen ist, hat sich jüngst im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie gezeigt. In erster Linie hat die Öffentlichkeit hierbei, vollkommen zu Recht, die Ärzte, Pflegekräfte sowie viele andere im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen wahrgenommen, die alle Hände voll zu tun hatten, die ihnen anvertrauten Menschen adäquat zu versorgen.

Dass aber auch LogopädInnen mit entsprechender Weiterbildung ihren Beitrag zur Versorgung der COVID-19-Patienten leisten könnten, ist vermutlich kaum jemandem bewusst. Dabei hat sich das Tätigkeitsfeld der Logopädie, nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels sowie der fortschreitenden medizinischen Möglichkeiten, in den letzten Jahrzehnten fortlaufend erweitert und um-

fasst mittlerweile ein breites Spektrum unterschiedlichster Aufgabengebiete.

Relativ neu bzw. weniger bekannt ist das Tätigkeitsfeld der Atmungstherapie. Nicht nur im Rahmen der COVID-19-Pandemie, sondern bereits seit mehreren Jahren wächst die Nachfrage nach spezialisiertem Fachpersonal, das die steigende Zahl kanülierter und häufig noch beatmeter Patienten professionell versorgen kann, stetig an – laut Statistischem Bundesamt von 25.000 auf 86.000 im Zeitraum von 2006 bis 2016 – vor allem im außerklinischen Bereich. Die Weiterbildungsmöglichkeit Atmungstherapie bedient dabei nicht nur die steigende Nachfrage nach qualifiziertem Personal, indem es dieses Tätigkeitsfeld für die Logopädie erschließt, sondern kann der Berufsgruppe idealerweise auch wieder zu mehr Präsenz verhelfen.

Arbeitsfeld und Aufgaben der Atmungstherapie

Die Atmungstherapie ist ein Arbeitsfeld für Pflegekräfte, LogopädInnen und PhysiotherapeutInnen, die nach erfolgreichem Abschluss einer entsprechenden Weiterbildung dazu befähigt sind, in verschiedenen inner- und außerklinischen Fachbereichen zu arbeiten (DGP, DGpW, Karg 2004). Es handelt sich um einen eigenständigen Therapiebereich, allerdings (noch) um keinen anerkannten Beruf. Die Tätigkeiten umfassen das Spektrum der Pneumologie und damit überschneidende Gebiete wie die neurologische Frührehabilitation.

Eine AtmungstherapeutIn übernimmt unter Supervision und durch Delegation eines Arztes selbstständig ein erweitertes Tätigkeitsfeld, u.a. in der Beatmungsmedizin, verknüpft Diagnostik und Therapie eng miteinander und versorgt fachkompetent Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Oftmals getrennt ablaufende Prozesse laufen so in einer Schnittstelle zusammen. Zum Aufgabengebiet gehören die Aufnahme, Befundung und Diagnostik, Therapie in der Patientenversorgung, Schulungen sowie häufig die Tätigkeit als Medizinprodukteverantwortlicher.

Die Befundung und Diagnostik umfassen u.a.:

- Blutgasanalysen (Abnahme, Auswertung und medizinisch-therapeutische Handlungen ableiten),

ZUSAMMENFASSUNG. Der Bedarf an Fachkräften für die inner- und außerklinische Behandlung von Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen ist stark gewachsen. Durch die Covid-19-Pandemie ist die Relevanz der klinischen Beatmung mehr als deutlich geworden. Der Beitrag beschreibt das Arbeits- und Aufgabenfeld von Atmungstherapeuten, erläutert die Voraussetzungen und Weiterbildungsmöglichkeiten für diese anspruchsvolle und vielseitige Tätigkeit. LogopädInnen haben prinzipiell gute Voraussetzungen für die Atmungstherapie, benötigen aber eine entsprechende Weiterbildung, die ihnen vielfältige Einsatzmöglichkeiten in der Klinik, in der logopädischen Praxis und außerklinischen Versorgung eröffnet.

- Polygrafien (ambulante nächtliche Schlafdiagnostik) und Polysomnografien (Untersuchungsmethode im Schlaflabor),
 - transkutane Kapnometrien (Messung des CO₂-Gehalts in der Ausatemluft des Patienten),
 - Spirometrie- und Peak-Cough-Flow-Messungen (Lungenfunktionsprüfungen und Hustenspitzenflussmessungen),
 - Bronchoskopien (Lungenspiegelungen),
 - Miteinbeziehen von Röntgenbefunden,
 - Auskultation der Lunge (inkl. Ableitung von medizinisch-therapeutischen Handlungen).
- Zum therapeutischen Spektrum inner- und außerklinisch gehören beispielsweise:
- Atemwegs- und Sekretmanagement,
 - atemtherapeutische Maßnahmen (Lagerungen, Atemmuskeltraining u.a.),
 - pneumologische Rehabilitation,
 - Raucherentwöhnung,
 - Aerosoltherapie,
 - Sauerstofftherapie,
 - Trachealkanülenmanagement,
 - Schulung und Anleitung von Patienten, Angehörigen und Personal,
 - Palliativbetreuung zur Symptomkontrolle.
- Innerklinisch wird dies darüber hinaus um folgende Tätigkeiten/Aufgaben ergänzt:
- Weaning (Beatmungsentwöhnung) von einer invasiven (Endotrachealtubus, Trachealkanüle) oder nicht-invasiven (Masken-)Beatmung,
 - Einbindung in das Entlassmanagement,
 - Einstellung auf eine Heimbeatmung bei frustranem Weaning,
 - Umstellung von einer invasiven Beatmung auf eine nicht-invasive Beatmung.

Je nach Arbeitsplatz kann das Spektrum variieren. Das Einsatzgebiet kann sich von einer Intensiv-, Überwachungs- und Palliativstation über die pneumologische Rehabilitation bzw. neurologische (Früh-)Rehabilitationen bis hin zu diagnostischen Abteilungen, Schlaflaboren oder außerklinischen Pflegediensten erstrecken. Die Arbeit dient also als Schnittstelle zwischen den Patienten und anderen Professionen bzw. Ansprechpartnern wie bspw. dem ärztlichen Dienst, der Pflege, den Therapeuten, den Versorgern, den Angehörigen oder innerklinisch auch dem Sozialdienst (Abb. 1). Durch den flexiblen, professionsübergreifenden und interdisziplinären Einsatz ist es möglich, den Therapieerfolg und die Patientenzufriedenheit zu steigern.

Die Atemtherapie ist nicht mit der Atemphysiotherapie (auch Atemtherapie genannt) zu verwechseln, die eine Fortbildung für PhysiotherapeutInnen zur Wiederherstellung und Erhaltung der uneingeschränkten Atmung darstellt (*Deutsche Atemwegsliga*).

Bedeutung und Bedarf der Atemtherapie

Das Gesundheitswesen unterliegt mit den wachsenden medizinischen Möglichkeiten stetigen Veränderungen. Auch die zu betreuende Patientenklientel verändert sich. So sind in Deutschland die Fallzahlen der heimbeatmeten Patienten erheblich angewachsen. Die regelmäßige Evaluation einer erneuten Entwöhnungsmöglichkeit vom Respirator nach Entlassung aus dem Krankenhaus, der Rehabilitationsklinik bzw. Weaningstation oder auch die Umstellung von einer invasiven auf eine nicht-invasive Beatmung ist dringend notwendig und bedarf geschulten Personals (Karg 2004, Karagianidis et al. 2019). Auch hinsichtlich der weltweiten Ausbreitung des Sars-CoV-2-Virus stellt sich die Frage nach fachkompetentem Personal, das die betroffenen Patienten mitversorgen und die von der Bundesregierung organisierten Beatmungsgeräte an den Intensivbetten bedienen könnte. Ausgebildete AtemtherapeutInnen können solche Lücken schließen helfen.

Derzeit gibt es kein Register und damit keine Zahlen über alle in Deutschland ausgebildeten AtemtherapeutInnen – die Zahl dürfte sich derzeit jedoch insgesamt der Tausend nähern, rechnet man die bereits abgeschlossenen Kurse beider Weiterbildungsanbieter zusammen. Nur ein Bruchteil dieser AbsolventInnen hat einen logopädischen Hintergrund – zwischen zehn bis zwanzig in ganz Deutschland (Rechercherrückmeldung durch die DGpW). Dabei bieten atemtherapeutisch-qualifizierte MitarbeiterInnen durch Unterstützung des pflegerischen Dienstes und der Ärzte durch Delegation originär ärztlicher Aufgaben an die

Atemtherapie eine deutliche Entlastung. Nicht zuletzt aufgrund der durch diesen Umstand ausgelösten hohen Nachfrage im medizinischen Sektor konnte sich dieser neue therapeutische Zweig der Atemtherapeuten seit der Einführung dieser Weiterbildungsmöglichkeit in Deutschland gut etablieren.

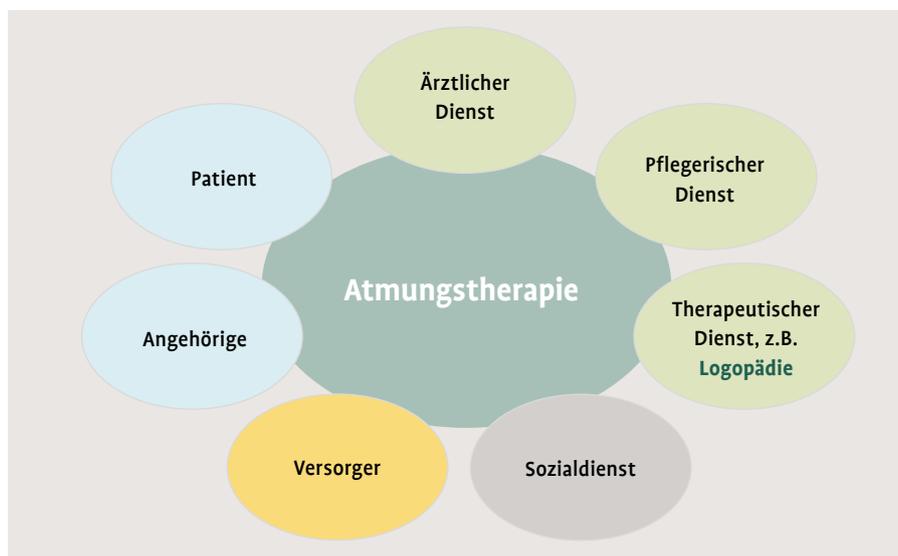
Tatsächlich gibt es bei den Weiterbildungsanbietern bereits entsprechend lange Anmelde- und Wartelisten – ein unverkennbares Zeichen, dass die AtemtherapeutInnen in der Wahrnehmung der Medizin angekommen sind. Berücksichtigt man darüber hinaus noch die zunehmende Arbeitsverdichtung im Gesundheitssektor, den nicht mehr zu ignorierenden, stetig steigenden Pflege- und auch Ärztemangel sowie die wachsende Anzahl einschlägiger Stellenausschreibungen, kann davon ausgegangen werden, dass der Bereich weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Defizite in der logopädischen Ausbildung

Seit 1980 ist die Berufsausbildung auf Bundesebene durch das Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG) und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (LogAPrO) gesetzlich geregelt. Diese wurde 2009 durch die sogenannte Modellklausel (LogopG §4, Abs. 5-7) erweitert. Sie erlaubt den Bundesländern, probeweise die logopädische Ausbildung an Hochschulen anzugliedern. Dabei darf von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden abgewichen, die praktische Ausbildung muss jedoch umgesetzt werden.

Ebenso besteht die Möglichkeit, die bereits absolvierte Ausbildung an einer Berufsfachschule

Abb. 1: Innerklinische Schnittstellenfunktion der Atemtherapie



Zwischen den verschiedenen Bereichen existieren ebenfalls Schnittstellen und Verbindungen, die in dieser schematischen Darstellung nicht enthalten sind.

le durch einen Bachelor- und Masterstudien-gang zu erweitern. Somit werden in Deutschland derzeit zwei gleichrangige Ausbildungsformen (Berufsfachschule und Hochschule) angeboten, bei denen das Examen stets im sechsten Semester nach Vorgaben der LogA-PrO in jeweils einer mündlichen, schriftlichen und praktischen Prüfung durchgeführt wird. Ziel ist es, durch die Etablierung primärqualifizierender Studiengänge für die Logopädie an Hochschulen den Beruf zukünftig zu akademisieren (dbl 2013). Die Erlangung der Berufsbezeichnung erfolgt weiterhin in weiten Teilen durch eine schulische Ausbildung an einer anerkannten Schule.

Die zu vermittelnden Inhalte der Ausbildung bestehen seit 1980. Sie umfassen grundsätzlich 1740 Theorie- und Praxisunterrichtsstunden sowie 2100 Stunden praktische Ausbildung. Die Studiengänge bieten ein zusätzliches Spektrum an Fächern an, um so auf die veränderten Arbeitsbedingungen einzugehen. So beinhalten diese bspw. interprofessionelles, markt-orientiertes/wirtschaftliches Handeln und gesundheitswissenschaftliche Grundlagen.

Dysphagie und Trachealkanülenmanagement

In den letzten Jahren haben die Ausbildungsträger bereits den Unterricht an die Veränderungen der Arbeitsanforderungen angepasst. So werden bspw. Themen wie Dysphagie und Trachealkanülenmanagement mit aufgegriffen. Auch wurden durch die Modellklausel von 2009 bereits erste Schritte in die richtige Richtung getan. Die gesetzlich vorgeschriebenen Inhalte der Unterrichtsstunden wurden jedoch seit 40 Jahren, also seit Inkrafttreten 1980, nicht an die alltäglichen Arbeitsbedingungen angepasst. Ebenso sind die Vorgaben für die praktischen Anteile bis heute unverändert.

Während der Ausbildung sind von den 2100 zu erbringenden Stunden 1860 durch Hospitationen und (supervidiertes) Arbeiten vorgegeben. Die Schwerpunkte hierbei sind jedoch nicht gesetzlich festgelegt, sodass bei immerhin theoretischem Wissen über Dysphagien und Trachealkanülenmanagement viele Kollegen nach dem Examen in der Regel hierzu keine oder kaum praktische Erfahrungen haben, in der Praxis oder gar Klinik diese Klientel jedoch therapeutisch betreuen dürfen und sollen. Gerade diese Patienten bedürfen jedoch eines hohen Maßes an Expertise. Verunsicherungen führen zu einem Nichtausschöpfen von in der Regel vorhandenem Behandlungspotenzial und dem damit verbundenen Gewinn an Lebensqualität; unterschätzte Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen führen zu ernsthaften Risiken. Die KollegInnen müssen so-

mit neben ihrer Tätigkeit in den anderen logopädischen Therapiefeldern ein hohes Maß an Eigeninitiative aufbringen, um diesen Anforderungen gerecht werden zu können.

Wie bereits für Patienten mit Trachealkanülen bzw. Dysphagien gilt das in besonderem Maße für beatmete Patienten: Die Behandlung von dysphagischen Symptomen ohne Einbeziehung der respiratorischen Situation schöpft das Therapiepotenzial der Patienten nicht nur nicht vollends aus, sondern kann das Outcome der Patienten negativ beeinflussen, wenn kein entsprechendes Fachwissen vorhanden ist. Dennoch findet das Thema Beatmung trotz des erhöhten Komplikationspotenzials und der immens gestiegenen Zahlen im letzten Jahrzehnt (Karagiannidis et al. 2019) im Rahmen der Berufsqualifikation weiterhin keine Beachtung.

Weiterbildungsmöglichkeiten für LogopädInnen

Therapeutische Ansätze zum Thema Dysphagie und Trachealkanülenmanagement werden mittlerweile in einer Vielzahl unterschiedlicher Fortbildungen angeboten. Dabei zeigen sich die Bereiche Sekretmanagement und v.a. (Be-) Atmung weiterhin unterrepräsentiert.

Die bereits gut etablierte FEES (flexible fiberoptische Evaluation des Schluckens) zur Begutachtung und Evaluation der pharyngealen und laryngealen Anatomie und des Schluckaktes stellt eine anerkannte und wichtige diagnostische Fortbildung dar, in der eine originär ärztliche Tätigkeit an die Logopädie übertragen wird. Diese bietet die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) in zertifizierten Kursen an.

Das Tätigkeitsfeld der Atmungstherapie wurde in Deutschland von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) 2004 in Anlehnung an den in den USA bestehenden Beruf des „Respiratory Therapist“ eingeführt (Karg 2004, 2017), der dort einen eigenständigen, etablierten Beruf darstellt (AARC). Seit 2011 bietet neben der DGP als weiterer Anbieter die Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung (DGpW) die Ausbildung an. Die Inhalte beider Anbieter sind vergleichbar, da sie sich an den erworbenen Grundkompetenzen von Pflegekräften und aktuellen Standards orientieren. Der Weiterbildungsablauf variiert jedoch in einigen Aspekten. Es bestehen in Deutschland keine gesetzlichen Vorgaben für diese Weiterbildung, sodass die Qualifikationen der AbsolventInnen beider Anbieter sich in nichts nachsehen, sondern als gleichrangige Abschlüsse anzusehen sind. LogopädInnen werden derzeit jedoch nur bei der DGpW zugelassen, weshalb nur dieser Anbieter im Weiteren näher erläutert wird.

Die DGpW bietet die berufsbegleitende Weiterbildung „Atmungstherapeut/Respiratory Therapist“ als Zertifikatslehrgang in Zusammenarbeit mit der Steinbeis Hochschule oder IUBH Internationale Hochschule an den zwei Standorten Neu-Ulm und Oldenburg an. Als Zugangsvoraussetzungen benötigen LogopädInnen mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der Versorgung beatmeter Patienten.

Die Weiterbildung umfasst über einen Zeitraum von ca. 1,5 Jahren 720 Stunden, die sich aus 360 Stunden Theorie in 9 Blockwochen und 240 Stunden Praktikum in verschiedenen Einsatzgebieten sowie 120 Stunden Selbststudium ergeben. Die Weiterbildung vermittelt das notwendige Wissen, um die im ersten Abschnitt beschriebenen Tätigkeitsfelder ausüben zu können. Des Weiteren werden die Bereiche Evidence Based Practice (EBP) und Case Management geschult.

Der Abschluss erfolgt durch eine schriftliche und mündliche Prüfung sowie pro Modul zu erbringende Leistungsnachweise. Der Weiterbildungslehrgang ist so konzipiert, dass Creditpoints bei den genannten Hochschulen angerechnet werden können, um nach Abschluss dort ggf. zu studieren. Mittlerweile werden auch Refresher-Kurse und das Zusatzmodul „Pädiatrischer Atmungstherapeut“ für examinierte AtmungstherapeutInnen angeboten. Die Finanzierung kann über den Arbeitgeber oder durch Eigenleistung erfolgen.

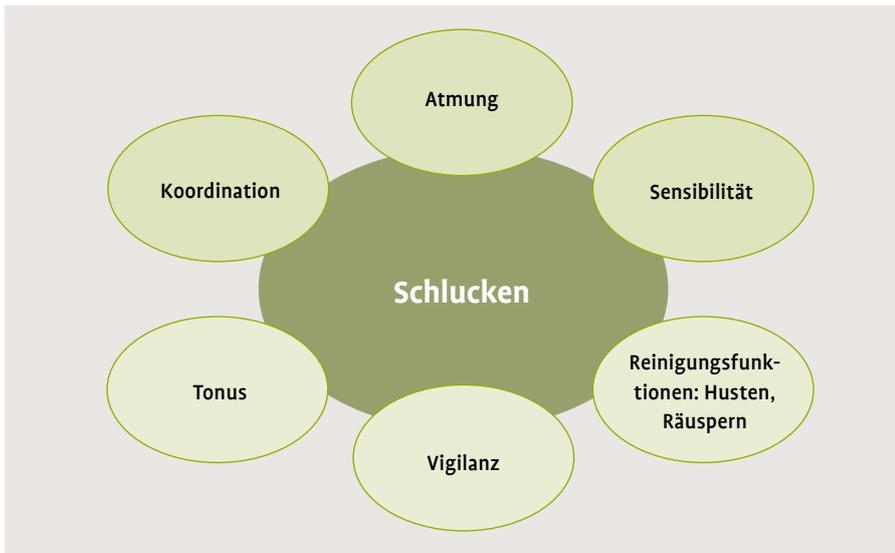
Was prädestiniert LogopädInnen zu AtmungstherapeutInnen?

Zum logopädischen Aufgabengebiet gehört die Befundung und Therapie von Dysphagien. Die Anzahl tracheotomierter Patienten in den Therapien hat, wie bereits erwähnt, zugenommen. Somit zählt auch Fachwissen über das Trachealkanülenmanagement zu den notwendigen Arbeitsvoraussetzungen.

Der Atem- und der Schlucktrakt sind untrennbar anatomisch miteinander verbunden und können somit physiologisch und pathophysiologisch nur gemeinsam betrachtet werden. Beeinträchtigungen der Atmung haben Auswirkungen auf die Schluck- und Stimmfunktionen und umgekehrt. So steigt die Wahrscheinlichkeit einer Aspirationspneumonie ohne einen effizienten Schluckakt erheblich und beeinflusst die Respiration negativ.

Daher sollte, getreu dem Motto „use it or lose it“, so früh wie möglich mit der Dysphagie-therapie begonnen werden. Bei Patienten mit einer geblockten Trachealkanüle und stabiler Klinik bedeutet dies, den Cuff der Trachealkanüle ebenso möglichst früh im therapeutischen Setting zu entblocken.

Abb. 2: Schnittstellen Atmungstherapie und Logopädie



Ohne die respiratorische Komponente des Patienten sicher beurteilen zu können, ergeben sich bei der Schlucktherapie aber oftmals Schwierigkeiten oder Hürden. Die Atmung und die Schutzreflexe, wie der Hustenstoß und seine Kraft und Effizienz, müssen Berücksichtigung finden. Der behandelnde Therapeut benötigt die Fachkompetenz, in seiner Therapie das Wissen des Trachealkanülen- sowie des Sekretmanagements zu vereinen. Eine Dysphagietherapie hat die besten Erfolgschancen, wenn der Therapeut eine möglichst physiologische Situation erarbeiten kann und hierzu zählt auch ggf. eine Spontanatmung mit entblocktem Cuff der Trachealkanüle. LogopädInnen sind bereits die Ansprechpartner für die Therapie des Schluckens und der Atmung (im Bereich der Stimmtherapie). Somit sind die Grundvoraussetzungen, also das

Wissen über die physiologischen Vorgänge und der Pathophysiologie, im Kern gegeben. Jedoch obliegt das Gebiet Beatmung ausschließlich anderen Disziplinen. Darüber hinaus ist die logopädische Therapie immer noch nicht überall fester Bestandteil der Versorgung. Das Erarbeiten einer physiologischen Atmung und Atem-Schluckkoordination aus einer Hand erscheint logisch, da bereits die Anatomie dies vorgibt. Nach Weiterbildungsabschluss kann durch ein stets ärztlich supervidiertes, aber dennoch deutlich selbstständigeres Arbeiten die Qualität der Patientenversorgung erhöht werden. Ein interdisziplinärer, berufsübergreifender und flexibler Einsatz kann zu einer Erhöhung des Therapieerfolges und der Patientenzufriedenheit führen. Den behandelnden logopädischen TherapeutInnen werden durch die Weiterbildung At-

mungstherapie das notwendige Wissen und die praktische Umsetzung vermittelt. Die Berufsgruppe kann so in ihrer Kompetenz gestärkt werden (Abb. 2).

Einsatzmöglichkeiten von logopädischen AtmungstherapeutInnen

Durch die ersten logopädischen AtmungstherapeutInnen konnten in den letzten Jahren bereits individuelle Modelle etabliert werden. Die folgenden Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Voraussetzung für diese Arbeit ist stets die Zustimmung und das Vertrauen in die Kernkompetenz des Mitarbeiters durch den Arbeitgeber und des zuständigen Oberarztes oder außerklinisch durch den behandelnden Arzt des Patienten (Engelmann 2017a, 2017b, BÄK & KBV 2008).

Klinik und Rehabilitation

Die Betreuung der Patienten bezüglich der logopädischen Therapie und der Atmungstherapie kann aus einer Hand erfolgen. Das logopädisch-atmungstherapeutische Arbeiten findet stets unter Supervision und durch Delegation des behandelnden Arztes statt. Den Arbeitsalltag einer Intensivstation mit erwachsenen Patienten illustriert ein Fallbeispiel.

FALLBEISPIEL. Herr M. wird nach einem hämorrhagischen Schlaganfall (Hunt und Hess Grad III) aus dem Akuthaus in eine Rehabilitationsklinik verlegt. Aufgrund der Schwere des Schlaganfalls wurde der Patient zur Hirndruckentlastung und Ausräumung der Blutung kraniotomiert. Bei stattgehabter Pneumonie, un-

zureichender Vigilanzsteigerung, reduzierten Schutzreflexen und prolongiertem Weaning wurde der Patient zudem tracheotomiert und ist derzeit nach ventilatorischer Insuffizienz überwiegend vom Respirator abhängig. Es konnten erste Phasen der Spontanatmung über eine Feuchte Nase für zweimal zwei Stunden etabliert werden.

Vorbekannt werden weitere Komorbiditäten wie bspw. ein arterieller Hypertonus und eine COPD beschrieben. Die Vorbefunde aus dem verlegenden Krankenhaus werden hinsichtlich atmungstherapeutischer und logopädischer Aspekte eingeholt und der Patient atmungstherapeutisch und logopädisch aufgenommen. In enger Rücksprache und Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt wird die respiratorische Situation unter Berücksichtigung des klinischen Zustandes beurteilt, die notwendige Beatmung am Klinikrespirator entsprechend eingestellt, die Spontanatemfähigkeit abgeklärt sowie die liegende Trachealkanüle und deren Lage beurteilt.

Dies sowie Blutgasanalysen, Auskultation der Lunge, Begutachtung der Röntgen-Thorax-Aufnahme sowie Informationen zu den Vorerkrankungen und der derzeitigen Medikation stellen u.a. notwendige Informationen für das Erstellen des Weaningprotokolls (Ablaufplan für ein strukturiertes Entwöhnen von der Beatmung) dar. Die logopädische Befundung erfolgt anschließend – die bereits eingeholten Informationen bilden zusammen mit der derzeitigen Klinik die Basis.

Die ersten schluckrelevanten Funktionen werden unter Einbeziehung der derzeitigen klinischen Situation und nach bekannten Standards abgetestet. Bei stabiler Klinik und Spontanatemfähigkeit und ausreichender Wachheit kann der Patient in der Aufnahmezeit erstmalig entblockt und mit einem Sprechventil versorgt werden. Die darunter zu beobachtenden und abzutestenden Funktionen werden ebenso dokumentiert. Die Abtestung der deglutitiven Funktionen ergänzt die atmungstherapeutische Aufnahme.

Im täglichen Verlauf wird das Weaningprotokoll situationsgerecht in engem Austausch mit dem behandelnden Arzt angepasst. Das Trachealkanülenmanagement und die Fortschritte in der logopädischen Therapie fließen hier mit ein. Bildgebende Überprüfungen des Schluckaktes mittels FEES dienen der Absicherung. Auf diesem Weg ist es unter Berücksichtigung der klinischen Situation möglich, Patienten effektiver vom Respirator und ggf. der Trachealkanüle zu entwöhnen und bspw. eine Umstellung von invasiver auf nicht-invasive Beatmung abzuklären. Patienten, die nicht von der Beatmung entwöhnt werden können, können auf ein Heimbeatmungsgerät eingestellt werden.

Logopädische Praxis

Nach Entlassung aus der Rehabilitation oder dem Akuthaus ist ein Fortführen der Therapie notwendig. Sauerstoffpflichtige und/oder beatmete Patienten mit bspw. Dysphagie benötigen weiterhin die notwendige Expertise, um fortführend an den bestehenden Einschränkungen zu arbeiten und ggf. bei progredienten Erkrankungen auf Verschlechterungen reagieren zu können. Auch die Betreuung von pädiatrischen Patienten hat hier einen großen Raum.

Da die ambulanten Therapien häufig durch Angehörige begleitet werden und/oder im häuslichen Umfeld stattfinden, ist die Angehörigenarbeit logopädisch wie auch atmungstherapeutisch ein fester Bestandteil. Die enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, meist dem Hausarzt, ist auch hier Grundvoraussetzung. Unter Supervision und durch Delegation kann so in Absprache mit diesem eine logopädisch-atmungstherapeutische Therapie unter möglichst physiologischen Bedingungen stattfinden.

Versorger

Ebenso ist es möglich, sich aus dem Setting der Therapeutenrolle zu lösen und eine angebotene Beschäftigung bei Firmen im Außendienst zu finden, deren Aufgabe u.a. die Versorgung und Betreuung von sauerstoffpflichtigen und heimbeatmeten Patienten ist. Diese Auflistung kann sicherlich um weitere Arbeitsfelder ergänzt werden.

Ausblick

Im Fokus des interdisziplinären Teams, bestehend aus Mitarbeitern des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Dienstes, sollte stets der Patient stehen, mit dem Ziel, sein Behandlungspotenzial voll auszuschöpfen und damit die Lebensqualität zu verbessern. Die Weiterbildung zur Atmungstherapeutin vermittelt das notwendige therapeutische Handwerkszeug, um u.a. als Ansprechpartner bzw. Vermittler für respiratorisch eingeschränkte, dysphagische Patienten zu fungieren, da selbst bei der Störung einer so basalen Funktionen wie dem Schlucken bisher die Selbstverständlichkeit für die Anordnung logopädischer Therapie fehlt.

Die ersten individuellen Modelle, nach denen LogopädInnen mit Weiterbildung zur Atmungstherapeutin inner- sowie außerklinisch arbeiten, konnten durch deren Engagement und Kompetenz etabliert werden. In Anbetracht der Tatsache, dass die Weiterbildung derzeit noch keine weitverbreitete Fortbildungsmöglichkeit ist, trägt die Umsetzung in den Berufsalltag

jedes Einzelnen zu einer Etablierung und Stärkung unserer Berufsgruppe bei.

Die atmungstherapeutische Arbeit mit der Grundausbildung Logopädie ist ein Novum – dies steht außer Frage. Es zeigen sich Für- und Gegenstimmen, die durchaus konstruktive Anregungen hervorbringen und offen, losgelöst von Vorurteilen, diskutiert werden sollten (Karg 2004, Engelmann 2017a, 2017b, Karg 2017).

Aufgrund der rechtlichen Rahmenkompetenzen ist die Arbeit als logopädischer AtmungstherapeutIn essenziell vom Vertrauen in die Kernkompetenz des Mitarbeiters sowohl durch den Arbeitgeber als auch durch den zuständigen Arzt abhängig. Ein wertschätzender und vertrauensvoller Umgang mit den Kolleginnen und Kollegen der anderen Berufsgruppen ist in diesem Zusammenhang unabdingbar.

Prozesse neu zu denken und über den Teller der eigenen Profession hinauszublicken bringt Fortschritt, nicht das Festhalten an alten Strukturen. Logopädisches Arbeiten und logopädische Kernkompetenzen in anderen Ländern können hier Vorbild sein.

Intention dieses Artikels ist es, die Weiterbildung Atmungstherapie als Möglichkeit für das Erlangen von mehr therapeutischen Kompetenzen bekannt zu machen, um dadurch langfristig mehr Mitspracherecht und Handlungsspielraum erhalten zu können, damit wir die uns anvertrauten Patienten besser begleiten können und dürfen.

Wir als LogopädInnen müssen in Vorleistung treten, den Willen und die Kompetenz zeigen, damit Veränderungen möglich sind. Nur so kann der Beruf meines Erachtens Gehör finden, seine Präsenz steigern. Idealerweise kann dieser Artikel dazu beitragen, die bereits vorhandenen Diskussionen (s.o.) über die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der logopädischen Profession neu aufleben zu lassen und sowohl im Interesse der Patientenversorgung als auch des Berufsstandes in die richtige Richtung zu lenken.

◉ LITERATUR

- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008). Persönliche Leistungserbringung: Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. *Deutsches Ärzteblatt* 105 (41), A-2173 / B-1865 / C-1817
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (Hrsg.). (2013). Akademisierung ohne Ausnahme: Logopädie gehört an die Hochschule. *Forum Logopädie* 27 (1), 3-41
- Engelmann, L. (2017a). Ärztliche Tätigkeit durch nichtärztliches Personal. Der Weg ins Tollhaus oder kalkuliertes Risiko? *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112, 59-61

- Engelmann, L. (2017b). Ein fraglicher Versuch, das Problem zu lösen, *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112, 411-412
- Karagiannidis, C., Strassmann, S., Callegari, J., Kochanek, M., Janssens, U. & Windisch, W. (2019). Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 144 (9), e58-e63
- Karg, O., Bonnet, R., Magnussen, H., Köhler, D., Geiseler, J., Haidl, P., Mäder, I. & Schucher, B. (2004). Respiratory Therapist – Atmungstherapeut. *Pneumologie* 58 (12), 854-857
- Karg, O. (2017a). Interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten und Atmungstherapeuten. Im Team geht es leichter. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112, 62-63
- Karg, O. (2017b). Der Weg zum Atmungstherapeuten in Deutschland – Status quo und Entwicklungsperspektiven. *Pneumologie* 72 (2), 127-131

Verbände und Weiterbildungen

- AG Atemphysiotherapie im Deutschen Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK). *Fortbildungsmodule „Atemphysiotherapie“ der AG Atemphysiotherapie*. www.ag-atemphysiotherapie.de/fortbildungen.html (07.05.2020)

- American Association for Respiratory Care (AARC). *What is an RT?* www.aarc.org/careers/what-is-an-rt/ (07.05.2020)
- Deutsche Atemwegsliga e.V. *Physiotherapeuten mit Spezialisierung Atemphysiotherapie*. www.atemwegsliga.de/physiotherapeuten.html (07.05.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). *Fort-/Weiterbildung für Gesundheitsfachberufe*. <https://pneumologie.de/fort-weiterbildung/fuer-gesundheitsfachberufe/?L=0> (07.05.2020)
- Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung bR (DGpW). *Weiterbildung zum Atmungstherapeut / Respiratory Therapist*. <https://dg-pw.de/weiterbildungen/atmungstherapeut-ausserklinische-klinische-intensivpflege/> (07.05.2020)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). *FEES Ausbildungscurriculum für neurogene Dysphagien*. www.dgn.org/rubrik-dgn/fortbildungsakademie-der-dgn/3015-fees-ausbildungscurriculum-fuer-neurogene-dysphagien (07.05.2020)



Christina Rohlfes ist Atmungstherapeutin und Logopädin und arbeitet an der BDH Klinik Hessisch Oldendorf, einem neurologischen Zentrum mit Intensivmedizin, Stroke Unit

und phasenübergreifender Rehabilitation (Phase A bis D) für neurologische und neurochirurgische Patienten bzw. Rehabilitanden. Sie ist zudem auf dem Gebiet der Atmungstherapie und Logopädie als freie Dozentin für WK-Fortbildungen (Standort Hannover) und für die Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung (DGpW) tätig.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200401

KONTAKT

Christina Rohlfes

Postfach 169
31833 Hessisch Oldendorf
christina_rohlfes@web.de