

„Denn Gott
hat die Welt so sehr
geliebt, dass er seinen einzigen
Sohn hingab, damit jeder, der an
ihn glaubt, nicht verloren geht,
sondern ewiges Leben hat.“

Johannes 3,16

**Wir wünschen Ihnen,
Ihren An- und Zugehörigen
ein frohes, friedvolles und
segensreiches Osterfest!**

**Ihre
Stiftung der Cellitinnen
und die ganze
,Cellitinnen-Familie‘**

Foto: Getty Images

Willkommen!

Vor einigen Wochen lief auf einem privaten Fernsehsender eine interessante Reportage: Besucher eines Einkaufszentrums konnten ihren Blutzucker testen lassen – und das Ergebnis ließ aufhorchen: Von 50 getesteten Personen hatten 13 einen Prädiabetes, drei waren bereits an Diabetes erkrankt, ohne es zu wissen, und zwei erhielten den dringenden Rat, sich aufgrund ihrer Werte sofort in ein Krankenhaus zu begeben. Offizielle Zahlen bestätigen die Ergebnisse dieses willkürlichen, nicht repräsentativen Tests. So leidet in Deutschland inzwischen jeder Zehnte an Diabetes mellitus, weitere 20 Millionen Menschen befinden sich im Vorstadium, dem so genannten Prädiabetes. Die Krankheit hat sich zu einer Volkskrankheit entwickelt.

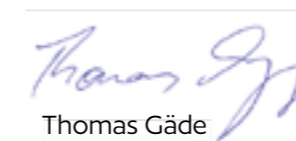


Thomas Gäde (li), Gunnar Schneider (re)

Dabei ist die Diagnose Diabetes heute keine Einbahnstraße mehr. Die Behandlungsmöglichkeiten sind vielfältiger und wirksamer denn je. Insulinpumpen, kontinuierliche Blutzuckermess- und managementsysteme haben die Lebensqualität vieler Diabetiker revolutioniert. Gleichzeitig macht die Forschung große Fortschritte, etwa durch die Entwicklung der künstlichen Bauchspeicheldrüse und neuer Medikamente. Dennoch: Unabhängig von der Art des Diabetes erfordert die Krankheit auch heute noch ein hohes Maß an Eigenverantwortung.

In den Diabeteszentren und in der Klinik für Diabetologie der Cellitinnen-Krankenhäuser stehen den Betroffenen Spezialisten mit Informations- und Therapieangeboten zur Seite. Stets im engen Austausch miteinander und auf dem neuesten Stand der Wissenschaft helfen sie ihren Patienten, die Krankheit zu verstehen und effektiv damit umzugehen. Diabetes erfordert zwar Disziplin, aber mit der richtigen Unterstützung ist ein aktives, langes und erfülltes Leben möglich. Lesen Sie auf den folgenden Seiten, wie Sie Ihren Blutzucker in den Griff bekommen oder im Griff halten und welche umfassenden Therapie- und Informationsmöglichkeiten wir Ihnen im Verbund bieten können.

Wir wünschen Ihnen ein sonniges Frühjahr!


Thomas Gäde


Gunnar Schneider

Vorstand der Stiftung der Cellitinnen

Foto: bolle@multimediasign.net

Inhalt



einfachaktuell

6 Meldungen

einfachwichtig

- 10** Wichtig bei Diabetes
- 15** Virtuelle Erweiterung des Behandlungsteams
- 16** Smartes Diabetes-Management
- 18** Moderne Therapien des Diabetischen Fußsyndroms
- 20** Als Diabetiker ins Krankenhaus
- 21** Diabeteswissen für Fachleute
- 22** Gemeinsam statt einsam
- 23** Wenn der Magen nicht mehr richtig arbeitet

24 Diabetesberatung im Krankenhaus

26 Blutzucker und Wohlbefinden im Gleichgewicht

27 Wenn das Gleichgewicht gestört ist

28 Als ich merkte, dass ich Diabetes habe ...

29 Der Pflegealltag mit Diabetes

30 Allheilmittel gegen Übergewicht?

32 Diabetes und Psyche

35 Lebensrettende Kontrolle

einfachverwurzelt

- 36** Dummes Geschwätz?
- 38** Ordenstag 2024
- 40** Christliche Identität

einfachkompetent

- 42** Eine Ordensschwester als Praxisanleiterin
- 44** Mit Erasmus+ in Graz
- 45** Eine Etage für Frauen, Eltern und Kinder
- 46** Pflege und Hauswirtschaft – gemeinsam stark
- 48** Eine Woche, ein Team, viel Selbstbewusstsein
- 49** Dolce-Vita-Strategie für die Seniorenhäuser
- 52** Ein Blick hinter die Kulissen der Tagespflege
- 54** Sechs Tage Indien
- 56** Stark im Verbund
- 58** Sporttherapie in der Psychiatrie

60 Umsetzung geriatrischer Prinzipien in der Krebsbehandlung

61 Plasmapherese

62 Pflege neu denken

einfachpersönlich

- 64** Spaß statt Perfektion: Kunstprojekt Krambambuli bleibt bestehen
- 66** Von Shiras nach Wuppertal
- 68** Vom Bühnenstar zum Pflegefall

einfach erreichbar

- 3** Editorial
- 69** Impressum
- 70** Wo wir sind
- 71** Wer wir sind

einfachaktuell



Janina Klinkhammer (4.vr.) und Marion Weber (3.vr.) nahmen den Preis entgegen

Herausragende Leistung

Herzlichen Glückwunsch an die MARIENBORN gGmbH! Das Unternehmen wurde in diesem Jahr zum dritten Mal in Folge mit dem Eifel-Award ausgezeichnet, einem Preis, der jährlich an Unternehmen verliehen wird, die in der Region Eifel als Vorreiter in einem bestimmten Themenbereich hervorstechen. Die

MARIENBORN gGmbH wurde für ihre herausragenden Maßnahmen im Bereich Digitalisierung geehrt und setzt damit Maßstäbe für Innovation und Zukunftsfähigkeit in der Region. Ein verdienter Erfolg für das Unternehmen und ein bedeutender Beitrag zur digitalen Transformation in der Eifel!



Neue Personalleiterin in der Seniorenhaus GmbH

Seit dem 01. November 2024 ist Miriam Balzer Personalleiterin der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria. Die studierte Juristin blickt auf eine lange Laufbahn im Gesundheitswesen zurück, zuletzt als Personalleiterin der Kliniken der Stadt Köln. In der Seniorenhaus GmbH wird die 57-Jährige die Abteilungen Personalmanagement sowie Vertrags- und Gehaltsabrechnung zu einer neuen Abteilung zusammenführen. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels will Balzer auf innovative Recruiting-Strategien setzen, die Social Media-Präsenz ausbauen sowie die Digitalisierung von Arbeitsprozessen vorantreiben.

Neue Pflegedienstleitung im Kloster Heisterbach

Seit Januar 2025 hat Vanessa Söns die Position der Pflegedienstleitung im Kloster Heisterbach inne. Die 45-Jährige, die seit 2014 bei der MARIENBORN gGmbH tätig ist, hat sich über die Jahre eine beeindruckende Karriere im Pflegebereich aufgebaut. Als Quereinsteigerin begann sie ihre Ausbildung zur examinierten Pflegekraft im Jahr 2014 in Nettersheim, um sich anschließend als Wohnbereichsleitung und stellvertretende Pflegedienstleitung weiterzuentwickeln. Mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung wird sie die Herausforderungen führen, denen sich alle Pflegeheime in den kommenden Jahren stellen müssen.



Weltalzheimerstag im Kreis Düren

Am Weltalzheimerstag 2024 in Düren präsentierte sich das Cellitinnen-Seniorenhaus Marienkloster mit einem Informationsstand. In den Gesprächen ging es in erster Linie um das Konzept der Mäeutik, nach dem in den Einrichtungen der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria gepflegt und betreut wird. Für viele Besucher war der Begriff vollkommen fremd, und so kamen sie mit den Mitarbeiter ins Gespräch und erfuhren, worauf es bei dem Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell ankommt. Aber auch Themen wie: „Was ist Ihnen im Alter wichtig, um sich wohlfühlen?“ kamen sehr gut an und sorgten für einen regen Austausch.



Wechsel bei Seniorenhausleitungen

In letzter Zeit gab es einige Veränderungen bei der Besetzung der Seniorenhausleiter. Mathias Junggeburth hat das Unternehmen zum Ende des Jahres 2024 verlassen, um sich neuen beruflichen Herausforderungen zu widmen. Clemens Pollmann übernahm zum 01. Januar 2025 im Cellitinnen-Seniorenhaus St. Maria die Nachfolge. Pollmann startete 2015 als Trainee im Cellitinnen-Seniorenhaus St. Josef, war ab 2016 Assistent der damaligen Regionalleiterin und leitete ab November 2020 die Einrichtungen in Meckenheim, die er am 01. Januar 2025 an Jan Gawol übergab. Auch Gawol ist seit mehreren Jahren im Verbund tätig. Zuerst 2014 als Trainee in St. Maria, 2015 als Bereichsleiter Pflege im Cellitinnen-Seniorenhaus St.



Clemens Pollmann



Jan Gawol

Anna in Köln und ab 2018 übernahm er die Leitung des Cellitinnen-Seniorenhauses Maria Einsiedeln in Bonn. Diese Verantwortung behält er weiterhin.

Neu im Verbund

Dr. Guido Lorzynski (li) und Jan Patrick Glöckner



Seit dem 01. Januar 2025 lenkt Jan Patrick Glöckner als neuer Geschäftsführer die Geschicke der drei Gesellschaften Cellitinnen-Krankenhaus St. Marien, Cellitinnen-NTC und Cellitinnen-Klinik St. Kunibert am Standort in der Kölner Innenstadt. Der gelernte Jurist hat den Staffelstab von Dr. Guido Lorzynski übernommen, der zum 01. Oktober 2024 als Medizinischer Geschäftsführer in das Führungstrio des Cellitinnen-Klinikverbunds St. Petrus und St. Josef in Wuppertal gewechselt war. Glöckner kommt von der GFO Klinik Brühl Marienhospital, wo er zuletzt als Kaufmännischer Direktor und Geschäftsführer der Schule für Gesundheitsberufe tätig war.

Backen für den guten Zweck

Stolze 1.059 Euro nahmen Mitarbeiter des Cellitinnen-Krankenhauses St. Josef in Wuppertal für Kinder in Not ein. Vor Weihnachten boten sie in der Klinik frische Waffeln und Gebäck zum Verkauf an. Patienten, Besucher und Kollegen griffen gerne zu und ließen die Kasse klingeln. Der gesamte Erlös ging ohne Abzug an den Verein ‚Kindertal e. V.‘, der mit dem Geld Kinder aus sozial schwachen Familien in Wuppertal und Umgebung unkompliziert unterstützt.



Pflegedirektor Eddy Nicolas (li) mit seinem Stellvertreter Oliver Seibert



Foto: Jennifer Braun

Hebammen sind Immaterielles Kulturerbe

Die UNESCO hat das Hebammenwesen in die Liste des Immateriellen Kulturerbes aufgenommen. Diese Anerkennung soll die Bedeutung der Hebammen für das Leben betonen und verpflichtet Regierungen weltweit, den Beruf zu schützen und zu fördern. In den Geburtskliniken der Cellitinnen-Krankenhäuser Severinsklösterchen der Augustinerinnen und Heilig Geist

profitieren Schwangere seit vielen Jahren vom Engagement und der Kompetenz der Hebammen. Sei es bei Geburt, bei den zahlreichen Vorbereitungskursen oder in der Nachsorge - jede Geburt ist individuell und wird dank des jahrhundertealten Wissens und der modernen Ausbildungsstandards von Hebammen professionell betreut.

Erweiterungsbau fertiggestellt

Zum Ende des vergangenen Jahres wurde im Cellitinnen-Krankenhaus Maria-Hilf in Bergheim der Erweiterungsbau des Bettenhauses fertiggestellt. Nach einer Bauzeit von etwas mehr als anderthalb Jahren konnten sich alle vier Stationen über je vier beziehungsweise fünf neue Patientenzimmer freuen. Die Komfortstation wurde zudem um eine schicke Aufenthaltslounges für Wahlleistungspatienten ergänzt. Insgesamt bietet der Anbau Platz für 28 Patienten aller Fachbereiche. Die Zimmer sind großzügig geschnitten und in modernen, hellen Farben gehalten. Auch die Bäder der einzelnen Zimmer verfügen über eine komfortable Größe und Ausstattung.



Seniorenhaus GmbH begrüßt neue Mitarbeiter-seelsorgerin



Dorothy Gockel ist seit 01.03.2025 das neue Gesicht der Seelsorge für die Mitarbeiter in den Einrichtungen der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria. Sie trat die Nachfolge von Maria Adams an, die in den wohlverdienten Ruhestand ging. Gockel war zuletzt als Pastoralreferentin in der Pastoralen Einheit Wesseling/Brühl tätig, wo sie unter anderem das Katholische Familienzentrum und die Erstkommunionvorbereitung betreute, Oasentage für kdf-Mitglieder und Mitarbeiter anbot, das ökumenische Trauercafé in Wesseling ins Leben rief und Vorträge zu Themen wie ‚Frauen in der Bibel‘ hielt, um nur einige ihrer Aufgaben zu nennen. Ehrenamtlich engagiert sie sich als Notfallseelsorgerin. In der Seniorenhaus GmbH wird sie die wertvolle Arbeit ihrer Vorgängerin fortsetzen und weiterentwickeln.

Wichtig bei Diabetes



Rund 11 Millionen Menschen sind derzeit in Deutschland an Diabetes erkrankt, die Dunkelziffer liegt bei zwei Millionen weiteren, bisher unentdeckten Erkrankungen. Mindestens jeder Fünfte habe auffällige Blutzuckerwerte, schätzt das RKI.

Foto: Getty Images

Die Krankenhäuser im Cellitinnenverbund sind zum Thema Diabetes sehr gut aufgestellt. Für einen Expertentalk hat ‚einfach Cellitinnen‘ die Ärzte der jeweiligen Fachkliniken an einen Tisch geholt und sie gebeten, den Lesern Ursachen, Folgen und Therapiemöglichkeiten der Krankheit vorzustellen.

Frau Dr. Negrean, lassen Sie uns mit einem Blick nach vorne in das Thema einsteigen: Was kommt mit Diabetes auf die Gesellschaft zu?

Die Entwicklung der Volkskrankheit Diabetes stellt eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre dar. Die demographische Entwicklung wird zu einem weiteren Anstieg der Diabetes-Prävalenz (Gesamtzahl der Erkrankungen) führen. Die alternde Gesellschaft, gekoppelt mit zunehmender Urbanisierung und sitzenden Tätigkeiten, begünstigt die Entstehung von Typ-2-Diabetes.

Herr Dr. Szyslo, Ihre Kollegin erwähnte gerade den Diabetes-Typ-2. Welche Diabetes-Typen gibt es?

Die beiden häufigsten Typen des Diabetes mellitus sind Diabetes-Typ-1 und Typ-2. Während der Typ -1 vor allem im Kindes- oder Jugendalter diagnostiziert wird, tritt der Typ-2 meist im Erwachsenenalter auf.

Welcher Typ kommt am häufigsten vor und wodurch zeichnet er sich aus?

Szyslo: Beim Typ-2-Diabetes, der häufigsten Form der Erkrankung, produziert die Bauchspeicheldrüse zwar Insulin, die Zellen reagieren aber nur eingeschränkt darauf. Übergewicht, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung können eine Insulinempfindlichkeit begünstigen. Dadurch kann der Nahrungszucker nicht in die Organe aufgenommen werden und der Blutzucker bleibt erhöht.

Da die Symptome anfangs nicht immer eindeutig sind, lässt eine Diagnose oft auf sich warten oder sie erfolgt als Zufallsbefund. Eine Umstellung des Lebensstils auf gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung kann bereits entscheidend zur Verbesserung der Stoffwechsellage beitragen. Reicht dieser Effekt allein nicht aus, können auch Medikamente zur Blutzuckersenkung verordnet werden. Bei einer sehr guten Entwicklung ist es möglich, den Typ-2-Diabetes wieder ‚loszuwerden‘.

Und was kennzeichnet den Typ-1?

Szyslo: Beim Typ-1-Diabetes zerstört das körpereigene Abwehrsystem die insulinproduzierenden Zellen



Chefärztin Dr. Monica Negrean, Klinik für Diabetologie und Endokrinologie, Cellitinnen-Krankenhaus St. Vinzenz, Köln

in der Bauchspeicheldrüse. Die Insulinproduktion ist dadurch eingeschränkt, sodass die Regulierung des Blutzuckerspiegels nicht mehr ausreichend funktioniert. Um ihren Blutzuckerspiegel im Gleichgewicht zu halten, sind Menschen mit Diabetes-Typ-1 auf eine Insulinzufuhr von außen, also durch Spritzen oder eine Insulinpumpe, angewiesen.

Bei weiteren, den sogenannten sekundären Diabetesformen, führen andere Ursachen als die bereits genannten zu einer Blutzuckerstoffwechselstörung. Beispielhaft ist der ‚Pankreoprive Diabetes mellitus‘, bei dem aufgrund einer weitreichenden Schädigung der Bauchspeicheldrüse – sei es durch eine chronische Entzündung oder operative Entfernung – ein (un-)vollständiger Ausfall der Insulinproduktion vorliegt.

Es kann sich auch ein Diabetes während der Schwangerschaft entwickeln, den man Gestationsdiabetes nennt. Dieser kann zu Geburts- sowie gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind führen. Mit einer Anpassung der Lebensumstände kann dem in vielen Fällen gut Einhalt geboten werden.

Herr Dr. Loeff, welche Langzeitfolgen können bei Diabetes auftreten?

Diabetes hat Auswirkungen auf den gesamten Körper: Von den Augen bis zu den Zehen kann schlecht eingestellter Blutzucker Schäden an vielen Organen und Strukturen verursachen. Ursache für diese Folgeerkrankungen sind fast immer Schädigungen der Blutgefäße, die durch dauerhaft erhöhte Blutzuckerwerte verursacht werden.

Foto: bolle@multimediasign.net

Chefarzt
Dr. Wito Szyslo,
Klinik für Innere
Medizin, Cellitinnen-Krankenhaus
Maria-Hilf,
Bergheim



Welche Erkrankungen gehen damit einher?

Loeff: Dazu gehören Erkrankungen des Herzkreislauf-Systems wie die Koronare Herzerkrankung oder die periphere arterielle Verschlusskrankheit bis hin zu Herzinfarkt und Schlaganfall. Zu den sogenannten mikrovaskulären Folgeerkrankungen gehören beispielsweise Augen- oder Hautbeschwerden, Nieren- und Nervenschäden, aber auch eher unbekanntere Folgen wie die Gastroparese, also eine Verlangsamung der Verdauung durch eine Magenlähmung. Auch Blasenschwäche oder Stuhlinkontinenz und Erektionsstörungen gehören zu den häufigen Folgeschäden – was sich wiederum durch die Schädigung von Blutgefäßen und Nerven erklären lässt. Nicht zuletzt sind psychische Erkrankungen oft eine Folge von Diabetes. Wie andere chronische Erkrankungen kann Diabetes die Lebensqualität einschränken und Erkrankungen wie Depressionen oder Essstörungen nach sich ziehen.

Das klingt wirklich ernst. Was kann man gegen diese Begleiterkrankungen tun?

Loeff: Die gute Nachricht ist: Viele dieser Begleit- und Folgeerkrankungen lassen sich durch ein gutes Diabetesmanagement verhindern oder verlangsamen. Die Diabetes-Therapie hat sowohl für Menschen mit Typ-1 als auch für Menschen mit Typ-2-Diabetes in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. Technische Innovationen, neue Medikamente und eine immer bessere Erforschung der Erkrankung tragen dazu bei, die Blutzuckerwerte besser zu kontrollieren und in Zielbereichen zu halten. Und auch die Behandlungsmöglichkeiten der Folgeerkrankungen, beispielsweise des Diabetischen Fußsyndroms, sind heute sehr viel ausgeklügelter

als noch vor zehn Jahren. Noch vor einigen Jahrzehnten war die Diagnose Diabetes untrennbar mit einer verkürzten Lebenserwartung verbunden, heute können Menschen mit Diabetes nicht nur alt, sondern auch mit hoher Lebensqualität alt werden. Und in vielen Bereichen wird weiter intensiv geforscht.

Wann sollten Diabetes-Patienten stationär im Krankenhaus behandelt werden?

Baer: Abgesehen von der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung von Diabetes bei assoziierten schweren Stoffwechsellstörungen, erfordert die Indikationsstellung für eine stationäre Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus eine differenzierte Betrachtung verschiedener Faktoren, die über die reine Blutzuckereinstellung hinausgehen.

Während die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme bei neu diagnostiziertem Diabetes-Typ-1, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, in der Regel im Rahmen strukturierter Schulungs- und Therapieprogramme unumstritten ist, sind die Indikationen bei Typ-2-Diabetes vielfältiger. Neben der Ersteinstellung bei Komplikationen oder fehlender wohnortnaher diabetologischer Versorgung durch Schwerpunktpraxen spielt die Optimierung der Stoffwechseleinstellung eine zentrale Rolle. Dies gilt insbesondere, wenn ambulant definierte Therapieziele, die sich an den Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) orientieren sollten, nicht erreicht werden



Dr. Peter Loeff, Klinik
für Gastroenterologie,
Diabetologie und
Allgemeine Innere
Medizin, Cellitinnen-
Krankenhaus
St. Hildegardis, Köln

Fotos: bolle@multimediasign.net



Chefarzt Prof. Dr. Frank Michael Baer und Dr. Manuela Behling, Kardio-Diabetes Zentrum, Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius, Köln

können. Psychosoziale Faktoren, die eine stationäre Schulung erfordern, sowie die Neueinstellung auf eine Insulinpumpentherapie, die ambulant nicht durchführbar ist, sind weitere wichtige Indikationen.

Gibt es besondere Risikogruppen, die auf jeden Fall im Krankenhaus zu behandeln sind?

Baer: Besondere Aufmerksamkeit gilt schwangeren Frauen mit Diabetes. Hier ist eine stationäre Aufnahme angezeigt, wenn der normale Blutzuckerspiegel nicht innerhalb weniger Wochen erreicht werden kann. Auch das Fortschreiten diabetischer Komplikationen trotz ambulanter Therapie, wie zum Beispiel das diabetische Fußsyndrom ab Wagner Grad II, also ab einem bestimmten Schweregrad, erfordert eine stationäre Behandlung. Gleiches gilt für wiederholt auftretende Unterzuckerungen mit oder ohne Wahrnehmungsstörungen, die ambulant nicht beherrschbar sind, sowie begleitende Essstörungen. Schließlich sollten auch in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten, bei denen die Therapieziele ambulant nicht erreicht werden können, stationär betreut werden.

Frau Dr. Behling, bei einem festgestellten Diabetes müssen Patienten ihr Leben von Grund auf ändern. Das erfordert viel Wissen um die Krankheit. Wo finden Patienten die nötige Unterstützung?

Bei einer chronischen Erkrankung wie Diabetes mellitus ist die Patientenschulung ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Diabetesschulungen und -beratungen, sowohl bei der Erstdiagnose als auch im weiteren Verlauf der Erkrankung,

helfen den Patienten, ihre Erkrankung zu verstehen und ihre Therapie eigenverantwortlich durchzuführen.

Mal exemplarisch am Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius dargestellt: Wie sieht die Unterstützung von Diabetikern in unseren Einrichtungen aus?

Behling: Im Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius ist die Patientenbetreuung Teamwork. Täglich besprechen wir Diabetologen uns mit den Diabetesberaterinnen und legen gemeinsam die Behandlungsziele fest. Wir verordnen und verändern – falls notwendig – die medikamentöse Therapie und planen die nächsten Schritte. Auch die Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen fließen selbstverständlich in die Therapieentscheidungen ein. In Einzelberatungen oder Kleingruppenschulungen werden durch die Beraterinnen die Inhalte zu Ernährung, Bewegung, Über- oder Unterzuckerung, technischen Hilfsmitteln oder auch Folgeerkrankungen vermittelt. Insgesamt handelt es sich um ein sehr umfangreiches Angebot.

Woher nehmen Sie Ihre Expertise?

Behling: Unser stationäres Therapieangebot hat eine lange Tradition. Außerdem gehören wir zu den Top 15 Einrichtungen in ganz Deutschland, die vom BVKD (Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen) mit fünf Sternen ausgezeichnet wurden. Natürlich sind wir als Diabetologen und Diabetesberater zum einen von der DDG ausgebildet, zum anderen bilden wir uns alle regelmäßig weiter, um immer auf dem neuesten Stand zu sein und unseren Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Frau Dr. Negrean, was sind die Besonderheiten bei der Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS)?

Eine zentrale Herausforderung bei der Versorgung ist die oft schleichende Entwicklung der Krankheit. Die periphere Neuropathie reduziert das Schmerzempfinden. So bleiben Wunden oder Druckstellen oft unbemerkt. Gleichzeitig führt die pAVK (Anmerk. Red: Periphere arterielle Verschlusskrankheit, auch Schaufensterkrankheit genannt) zu einer verminderten Durchblutung, was die Heilung verzögert. Infektionen können sich aufgrund einer geschwächten Immunabwehr schneller ausbreiten und schwerwiegende Komplikationen wie Sepsis oder Gangrän (Anmerk. Red.: Absterben von Gewebe aufgrund einer Durchblutungsstörung) verursachen. Betroffen sind Menschen unterschiedlichster Altersgruppen mit verschiedenen Krankheitsverläufen und Begleiterkrankungen. Dies erfordert individualisierte Behandlungsansätze, die über standardisierte Therapien hinausgehen.

Die Komplexität des DFS macht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar: Diabetologie, Fußchirurgie, interventionelle Radiologie, Gefäßchirurgie, Infektiologie und Wundmanagement bringen ihr spezifisches Fachwissen in die ganzheitliche Versorgung ein.

Interdisziplinäre Fallkonferenzen haben sich als effektives Mittel erwiesen, um komplexe Fälle gemeinsam zu bewerten und optimale Therapiepläne zu entwickeln. Die Zusammenarbeit von Spezialisten fördert nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern hat auch positive Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit. Ein integrierter Ansatz, der medizinische, pflegerische und soziale Aspekte berücksichtigt, kann die Prognose erheblich verbessern und Amputationen verhindern.

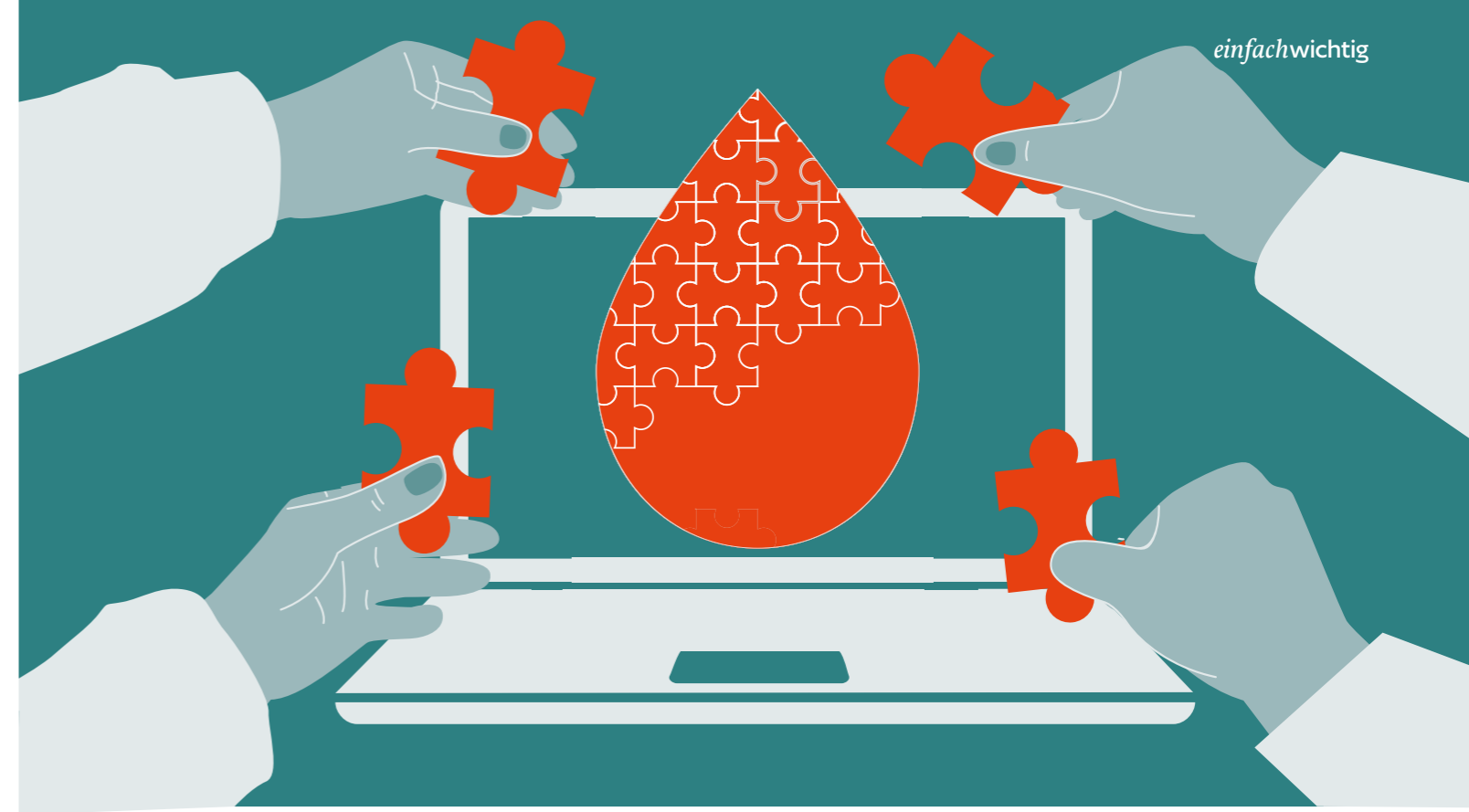
Und zum Schluss, Herr Professor Erhardt: Wie sehen die Therapiemöglichkeiten in Zukunft aus?

Die Behandlung des Diabetes mellitus steht vor einer Revolution, die im Wesentlichen von zwei Veränderungen getragen wird: neuen medikamentösen Optionen und KI-gestützten Methoden des Monitorings. Der medikamentöse Wandel vollzieht sich bei den Typ-2 Diabetikern: weg von den Insulinen hin zu den neuen Antidiabetika. Der wesentliche Vorteil der neuen Wirkstoffe ist ihre relativ einfache Anwendbarkeit, das geringe Hypoglykämierisiko, also die geringe Gefahr einer Unterzuckerung, und ihre, im Gegensatz zu den Insulinen, belegte gewichtsreduzierende Wirkung. Während die Insuline den Stoffwechsel und damit auch das Hungergefühl aktivieren, erhöhen die neuen Antidiabetika das Sättigungs- und senken das Hungergefühl. Neben der Gewichtsreduktion ist in Studien die positive Wirksamkeit der neuen Medikamente auf Herz und Gefäßsystem, auf die Nieren und Leber nachgewiesen.

Diese medikamentöse Innovation wird begleitet von technischen Neuerungen. Hierzu zählen digitale Gesundheitsanwendungen und genetische Analysen, die in der Prophylaxe und Früherkennung eine große Rolle spielen könnten. Modernere Insulinpumpen und verbesserte kontinuierliche Glucose-Messsysteme werden dazu beitragen, die Blutzuckerkontrolle noch präziser und individualisierter durchführen zu können. Die Revolution in der Diabetesbehandlung hat bereits begonnen: „The future is now.“

Vielen Dank für das Gespräch!
(E.L./R.L./S.L./K.M./ S.Sch.)

Chefarzt Prof.
Dr. Andreas Erhardt,
Klinik für Gastro-
enterologie, Hepatolo-
gie, Diabetologie und
Ernährungsmedizin,
Cellitinnen-Krankenhaus
St. Petrus, Wuppertal



Virtuelle Erweiterung des Behandlungsteams

In den Cellitinnen-Krankenhäusern wird medizinischer Sachverstand im Sinne des Patienten gebündelt.

Die Behandlung von Diabetes mellitus und seinen Folgeerkrankungen ist komplex, häufig gibt es mehr als eine Therapieoption. Mit viel Erfahrung und Fachwissen arbeiten die multiprofessionellen Diabetestteams in den Cellitinnen-Krankenhäusern zusammen, um die für den einzelnen Patienten optimale Behandlung zu leisten. In besonders schwierigen Fällen, bei komplizierten Verläufen und vielschichtigen Begleit- und Nebenerkrankungen, kann der Blick über den sprichwörtlichen Tellerrand dabei einen wertvollen Beitrag leisten. Diesen hat das Team des Rheinischen Diabeteszentrums, zu dem die Cellitinnen-Krankenhäuser St. Antonius, Maria-Hilf und St. Hildegardis sowie das Cellitinnen-Severinsklösterchen Krankenhaus der

Augustinerinnen gehören, institutionalisiert: Einmal wöchentlich treffen die Diabetologen der Einrichtungen digital zusammen, um besonders komplexe Fälle zu besprechen. In der Krebstherapie sind solche Fachboards schon lange etabliert und haben bewiesen, dass Patienten von dieser Form der Zusammenarbeit sehr profitieren. Die Diabetologen des Rheinischen Diabeteszentrums machen sich diese Erfahrung zunutze. Neben dem Austausch, fachlichen Diskussionen und Ansätzen, die Kollegen aus anderen Krankenhäusern einbringen, bietet das Diabetesboard einen weiteren Vorteil: Jeder Mediziner hat seine Schwerpunkte, das Wissen fließt im Diabetesboard zusammen. So wird der Patient von einem erweiterten Team behandelt – ohne dass er oder

ein spezialisierter Arzt dafür lange Wege auf sich nehmen muss.

Ein ähnliches Konzept nutzen Mediziner der Cellitinnen-Krankenhäuser bei Erkrankungen der Gefäße: Mit einer großen Gefäßchirurgie im Cellitinnen-Krankenhaus St. Vinzenz ist im Verbund der Cellitinnen-Krankenhäuser spezialisierte Expertise in der Gefäßmedizin vorhanden. Diese wiederum kann wertvollen Nutzen haben, beispielsweise für Patienten in der Kardiologie oder der Diabetologie. In einem interdisziplinären Gefäßboard werden auch hier die Kompetenzen gebündelt: Gemeinsam suchen Spezialisten verschiedener Fachrichtungen für den einzelnen Patienten die optimale Therapie – unkompliziert und effektiv. (E.L.)

Foto: bolle@multimediasign.net

Grafik: Getty Images

Smartes Diabetes-Management

Mit Hilfe immer kleiner werdender Sensoren bekommen Patienten ihr Diabetesmanagement immer besser in den Griff und steigern so ihre Lebensqualität.



Technische Innovationen revolutionieren unser Leben in den letzten Jahren immer schneller – und das Diabetes-Management bildet dabei keine Ausnahme. Von digitaler Gesundheitsunterstützung bis hin zu neuen Medikamenten: Fortschritte in der Therapie bieten Millionen Menschen die Chance auf mehr Lebensqualität und eine effektivere Kontrolle ihrer Krankheit. Angesichts von rund neun Millionen diagnostizierten Diabetesfällen in Deutschland und zahlreichen weiteren, die von einer Vorstufe betroffen sind, sind diese Entwicklungen ein entscheidender Schritt nach vorn.

Vom tierischen Insulin zur Wochen-Injektion

Die Geschichte des Insulins beginnt 1921 mit der Isolierung tierischen Insulins. Seitdem hat sich viel getan. Kurzwirksame Insulin-Analoga ermöglichten es Patienten, flexibler mit Mahlzeiten umzugehen – der früher notwendige ‚Spritz-Ess-Abstand‘ entfällt heute oft. Noch innovativer ist das neue Wochen-Insulin ‚Insulin icodec‘. Es wird nur einmal pro Woche injiziert und sorgt dank einer speziellen Bindung an das Eiweiß Albumin für eine gleichmäßige Insulinversorgung. Weniger Injektionen bedeuten für viele Betroffene eine enorme Erleichterung und erhöhen die Einhaltung der von Arzt und Patient gemeinsam vereinbarten Therapieziele.

Fortschritte in der medikamentösen Therapie: Tirzepatid und mehr

Ein weiteres Highlight der modernen Diabetes-therapie ist Tirzepatid. Dieses Medikament stimuliert zwei Darmhormone gleichzeitig (GLP-1 und GIP) und erzielt damit beeindruckende Er-

gebnisse: Neben einer deutlichen Senkung des Langzeitblutzuckers (HbA1c) führt es zu einer signifikanten Gewichtsreduktion. Auch Blutfettwerte und Blutdruck profitieren von der Behandlung. Tirzepatid wird subkutan (unter die Haut) injiziert und schrittweise auf die optimale Dosis eingestellt. Die Kombination mit Ernährungsumstellung und mehr Bewegung verstärkt die Wirkung zusätzlich. Das Medikament wird inzwischen auch zur Behandlung von Adipositas eingesetzt.

Neue Technologien: Wie CGM-Systeme den Alltag erleichtern

Die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) hat die Diabetes-Therapie revolutioniert. Sensoren messen den Glukosegehalt in der Gewebsflüssigkeit rund um die Uhr – ohne die früher üblichen ‚blutigen‘ Messungen. Moderne CGM-Sensoren lassen sich oft mit Smartphones oder anderen Geräten koppeln, was die Therapietreue der Patienten deutlich erhöht. Untersuchungen zeigen, dass bis zu 60 Prozent der Unterzuckerungsepisoden bei alleiniger Blutzuckerselbstmessung unentdeckt bleiben. Dank CGM erhalten Patienten in Echtzeit Einblick in ihre Blutzuckerprofile und erkennen die Auswirkungen von Ernährung, Bewegung und Medikamenten. Diese Transparenz unterstützt nicht nur eine präzisere Anpassung der Insulindosis, sondern fördert auch langfristig positive Verhaltensänderungen.

Zusätzlich bieten viele Systeme Alarmfunktionen, die individuell festgelegte Schwellenwerte für Über- oder Unterzuckerungen signalisieren. Die erfassten Daten können bei Bedarf an behandelnde Ärzte oder Familienangehörige weitergeleitet werden, beispielsweise über ein Diabetes-Datenmanagementsystem (D-DMS). Damit ermöglichen CGM-Systeme nicht nur eine bessere Kontrolle, sondern auch mehr Sicherheit und Lebensqualität im Alltag.

Smarte Helfer: Apps auf Rezept

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) bereichern seit 2020 die Diabetes-Therapie. Diese ‚Apps auf Rezept‘ sind speziell geprüfte Medizinprodukte, die von den Krankenkassen finanziert werden. Sie unterstützen Patienten dabei,

ihren Lebensstil zu ändern und die Stoffwechsellkontrolle zu verbessern. Es gibt derzeit etwa 100 von der Kasse zugelassene Apps. Studien zeigen, dass DiGAs vor allem bei Typ-2-Diabetes-Patienten positive Ergebnisse liefern. Auch bei Menschen mit einem prädiabetischen (Vorstadium von Diabetes) Stoffwechsel können sie das Risiko einer Diabetes-Manifestation senken.

Die Nutzung ist denkbar einfach: Nach Verordnung durch den Arzt und Einreichen des Rezepts bei der Krankenkasse erhält der Patient einen Freischaltcode. Moderne digitale Gesundheitsanwendungen bieten vielfältige Funktionen zur Unterstützung eines gesunden Lebensstils. Einige Apps analysieren Ernährungsgewohnheiten und ermöglichen es, Mahlzeiten per Foto zu erfassen. Dank künstlicher Intelligenz werden die Speisen automatisch erkannt und hinsichtlich Kalorien und Makronährstoffe bewertet.

Darüber hinaus unterstützen innovative Fitness-Apps die Nutzer bei der Bewegung. Sie erstellen personalisierte Trainingspläne, die auf individuelle Ziele, Fitnesslevel und verfügbare Ausrüstung abgestimmt sind. Mithilfe von Algorithmen des maschinellen Lernens analysieren sie Benutzerdaten und Trainingshistorie, um maßgeschneiderte Programme zu entwickeln, die sich im Laufe der Zeit anpassen und weiterentwickeln.

Zukunftsperspektive: Technologie trifft Lebensstil

Die moderne Diabetestherapie setzt auf eine Kombination aus innovativen Medikamenten, smarter Technik und gezielter Lebensstiländerung. Durch die Nutzung von CGM-Systemen, Insulinpumpen und digitalen Gesundheitsanwendungen wird die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt – mit spürbaren Verbesserungen im Alltag. Gleichzeitig bleiben Ernährung und Bewegung die Grundpfeiler jeder Therapie.

Mit diesen Fortschritten können Menschen mit Diabetes jedoch nicht nur ihre Werte besser kontrollieren, sondern auch ihre Lebensqualität steigern. Und das ist letztlich das Ziel: Ein Leben mit Diabetes, das sich frei und selbstbestimmt anfühlt. (M.Ah.)



Moderne Therapien des Diabetischen Fußsyndroms

Eine der häufigsten Langzeit-Folgen von Diabetes mellitus ist das Diabetische Fußsyndrom. In den Cellitinnen-Krankenhäusern bieten spezialisierte Experten umfassende Behandlungsmöglichkeiten.

Eine Diabetes-Erkrankung stellt für die Füße ein zweifaches Risiko dar: Zum einen trägt ein dauerhaft zu hoher Blutzucker dazu bei, dass Nerven geschädigt werden. Zum anderen hat ein hoher Blutzucker einen negativen Einfluss auf die Durchblutung: Ablagerungen in den Gefäßen mindern die Blutzirkulation. Sowohl Nerven als auch Blutgefäße sind in den Füßen sehr fein und damit besonders gefährdet. Dies hat zur Folge, dass bei Menschen mit der ‚Zuckerkrankheit‘ an den Füßen besonders schnell Wunden entstehen können, die zum einen auf Grund der eingeschränkten Nervenfunktion häufig nicht bemerkt werden und zum an-

deren wegen mangelnder Durchblutung schlecht heilen. So entwickeln sich schwierige und chronische Wunden, die eine professionelle Behandlung durch Spezialisten erfordern.

Kalt-Plasma gegen Keime und für schnellere Wundheilung

Im Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis setzt das Diabetes-Team um Chefarzt Dr. Peter Loeff in der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms unter anderem auf ein innovatives Verfahren: Kalt-Plasma. Über einen Pen, der an einen dicken Kugelschreiber erinnert, wird das Kalt-Plasma auf

die Wunde aufgetragen. Für den Patienten ist dies völlig schmerzlos, das Auftragen fühlt sich wie ein kühler Lufthauch an. Zudem dauert die Behandlung pro cm² Wundfläche nur 30 bis 60 Sekunden. Das Plasma, das aus dem Gas Argon gewonnen wird, reduziert zum einen die Keimlast in der Wunde und trägt zu einer Förderung der Wundheilung bei. Damit trägt die Methode effektiv dazu bei, schwierige und chronische Wunden zu heilen und damit letztendlich Amputationen zu vermeiden.

Einsatz von Fischhaut

Neben der Kaltplasmabehandlung kommt im Cellitinnen-Krankenhaus St. Vinzenz ein weiteres revolutionäres Therapieverfahren zum Einsatz: Fischhaut zur Beschleunigung des Heilungsprozesses bei chronischen Wunden und zur Reparatur von Gewebeschäden. Intakte Fischhaut vom Kabeljau hat einen hohen natürlichen Gehalt an mehrfach ungesättigten Omega-3-Fettsäuren, Kollagenen und Enzymen, die in der Lage sind, zerstörtes menschliches Gewebe bei der Heilung zu unterstützen. Zellen aus der Wundumgebung werden in die Fischhaut integriert und in funktionsfähiges, lebendes Gewebe umgewandelt. Von Vorteil ist dabei, dass es keine vom Fisch auf den Menschen übertragbaren Krankheiten gibt - so kann die Fischhaut im Gegensatz zu anderen tierischen Hauttransplantaten besonders gewebeschonend konserviert werden, so dass der hohe Gehalt an wichtigen Biostoffen erhalten bleibt.

Vakuumtherapie: Vorteile durch Unterdruck

Im Bergheimer Cellitinnen-Krankenhaus Maria-Hilf wenden Dr. Szyslo und sein Team bei Patienten mit dem DFS die sogenannte ‚vacuum assisted closure-therapy‘ (VAC) an. Bei dieser Therapie wird mithilfe einer Vakuumpumpe ein Unterdruck (Vakuum) auf die Wunde ausgeübt. Der Prozess funktioniert folgendermaßen: Nach vorheriger ausführlicher Säuberung der Wunde inklusive Entfernung von zerstörtem Gewebe und Belägen wird ein spezieller Folienverband über die Wunde gelegt, sodass diese luftdicht abgedeckt ist. Dann wird ein Vakuumgerät angeschlossen, welches einen kontrollierten Unterdruck erzeugt. Überschüssiges Wundsekret und Bakterien aus der Wunde werden abgepumpt. Der Unterdruck regt die Durchblutung

im Wundbereich an und fördert auf diese Weise das Wachstum von neuem Gewebe. Die Vakuumtherapie kann somit die Heilungszeit verkürzen und das Risiko von Infektionen verringern.

Charcot-Arthropathie

Im Cellitinnen-Krankenhaus St. Petrus wird ein ganzheitlicher Versorgungsansatz verfolgt. Das Leistungsspektrum im Bereich des diabetischen Fußes umfasst sowohl nicht-operative als auch operative Methoden, einschließlich der Behandlung von Charcot-Arthropathie, einer schwerwiegenden, das Fußskelett aufweichenden und zerstörenden Veränderung. Die Klinik bietet sowohl sofortige als auch präventive Therapien an, von minimal-invasiven Eingriffen bis hin zu komplexen Operationen der Knochenverbindung. Ein besonderer Fokus liegt auf der ganzheitlichen Versorgung des Charcot-Fußes. Die Ärzte führen restaurative Operationen und Korrekturen schwerer Fußdeformitäten durch. Unser Hauptziel dabei ist, Amputationen zu vermeiden.

Therapiemöglichkeiten der Plastischen Chirurgie

In besonders schweren Fällen kann es trotz zahlreicher Therapiemöglichkeiten vorkommen, dass Teile des Fußes unheilbaren Schaden nehmen. Diabetologen versorgen dann die Wunden der Patienten. Sind ‚Wunddebridements‘ (abgestorbenes oder kontaminiertes Gewebe wird aus Wunden entfernt) nicht ausreichend, kommen die Experten aus der orthopädischen Chirurgie ins Spiel. Diese führen Amputationen von Zehen- und Fußknochen durch, wenn dies notwendig wird.

Ist das Gewebe stark beschädigt, ist dies im Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius eine Aufgabe für das Team der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie rund um Chefarzt Dr. Lijo Manuil. Mit ihrer Expertise schaffen es die Plastischen Chirurgen, selbst sehr komplizierte und komplexe Wunden zu verschließen. Dazu wenden sie rekonstruktive (wiederherstellende) Verfahren an, insbesondere die Mikrochirurgie mit deren Hilfe sie einen Extremitätenerhalt unter funktionellen Aspekten erzielen. Das Ziel ist es, Amputationen zu vermeiden und so viel wie möglich vom Fuß zu erhalten, um dessen Form und Funktion und somit die Lebensqualität der Patienten nicht einzuschränken. (E.L./K.M./R.L./S.SCH.)

Als Diabetiker ins Krankenhaus

Wenn Menschen, die an Diabetes erkrankt sind, aus einem anderen Grund ins Krankenhaus müssen, können sie sich darauf verlassen, dass ihrer Erkrankung Rechnung getragen wird. Wie stellen Kliniken die richtige Behandlung sicher?

Das Kölner Cellitinnen-Krankenhaus St. Franziskus etwa hat sich auf die besondere Patientengruppe eingestellt und ist ‚als Klinik für Diabetespatienten geeignet‘ von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zertifiziert. Zum Konzept einer diabetikerfreundlichen Klinik gehören u.a. Fortbildungen für Pflegepersonal und ärztlichen Dienst, Notfallpläne für Unter- oder Überzuckerung und Maßnahmen zur Erkennung von Diabetes mellitus. Mitunter wird eine Diabetes-Erkrankung erst beim stationären Aufenthalt erkannt. Entsprechende Maßnahmen werden dann eingeleitet, inklusive Ernährungsberatung.



Häufig von Diabetes-Typ-2 betroffen sind Menschen mit krankhaftem Übergewicht. Am Adipositas-Exzellenzzentrum St. Franziskus stellen sich viele Patienten vor, die gleichzeitig an Adipositas und an Diabetes leiden. Im Zuge der operativen Therapie in Verbindung mit einer Lebensstiländerung profitiert diese Patientengruppe besonders: Bereits vor der deutlichen Gewichtsabnahme normalisiert sich meistens schon viel früher der Glukose-Stoffwechsel. Dieses wird verursacht durch vorteilhafte hormonelle Veränderungen, welche bereits unmittelbar am Tag der Operation einsetzen.

Patienten, die neben dem Grund für den akuten Krankenhausaufenthalt auch an Typ-2-Diabetes erkrankt sind, gehören auch im Cellitinnen-Krankenhaus St. Marien zum Alltag. Gerade im hier beheimateten Altersmedizinischen Zentrum ist

dies eine häufige Nebendiagnose. Neben den Ernährungsmedizinern stehen den Patientinnen und Patienten hier Ernährungsberaterinnen zur Seite.

Das Ernährungsteam wird immer dann beratend hinzugerufen, wenn auffällige Schwankungen des Blutzuckerspiegels beobachtet werden. „In einem Anamnese-Gespräch werden die individuellen Ernährungsgewohnheiten der Patienten erfasst und Möglichkeiten zur Optimierung der Mahlzeitengestaltung und Lebensmittelauswahl besprochen, wobei sich die Empfehlungen an den allgemeinen Empfehlungen für eine gesunde und ausgewogene Ernährung orientieren“, erklärt Linda Klukas, zertifizierte Diabetesassistentin DDG. Das Ernährungsteam im St. Marien ist interdisziplinär in allen Abteilungen des Krankenhauses im Einsatz. (I.G./N.H.)

Foto: Getty Images



Diabeteswissen für Fachleute

Das Rheinische Diabeteszentrum setzt auf moderne Formate zur Schulung von pflegerischen und ärztlichen Krankenhaus-Mitarbeitern.

Diabetes-Typen, Insulineinstellung, Kohlehydrateberechnung, Notfälle bei Menschen mit Diabetes – all dies und noch viel mehr lernen sowohl Pflegefachleute als auch Ärzte in ihrer Ausbildung. Im beruflichen Alltag kann dieses Wissen jedoch vor allem dann verblissen, wenn jemand nicht in einer Diabetes-Fachabteilung tätig ist. Hier bietet das Team des Rheinischen Diabeteszentrums (Zusammenarbeit der Diabetesexperten der Cellitinnen-Krankenhäuser St. Hildegardis, St. Antonius, Maria-Hilf und dem Medizinischen Versorgungszentrum Severinsklösterchen) mit verschiedenen Schulungsangeboten Abhilfe.

Diabetes-Wissen ‚to go‘ und in kleinen Portionen

Für medizinisches Fachpersonal hat das Rheinische Diabeteszentrum in sechs Modulen ‚Diabeteswissen to go‘ zusammengestellt: In Videos, die im Internet frei verfügbar sind, können

Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte und weitere Mitarbeiter in Krankenhäusern ihr Wissen auffrischen. „In diesen kurzen Filmen erklären wir kurz und bündig das Wichtigste rund um Diabetes – vor allem für Mitarbeiter in der Pflege. Die Videos sind so konzipiert, dass sie sowohl zur grundsätzlichen Auffrischung von Wissen um Diabetesmanagement und –therapie als auch zur Unterstützung in einer konkreten Situation dienen können, in der sich jemand fragt: Wie war das nochmal?“, erklärt Dr. Peter Loeff, Leiter des Diabetes-Zentrums am Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis.

Dieses Angebot ist nun erweitert worden: Auch für Mediziner gibt es ein video-basiertes Schulungsprogramm. Nach der Registrierung erhalten Interessierte monatlich Zugang zu einem von zehn Videos und lernen so ‚portionsweise‘ alles von der Diagnostik bis zur Behandlung von Folgeerkrankungen.

Basiskurs für Pflegefachleute

Für Pflegekräfte, die ein herkömmliches Schulungsformat bevorzugen, bietet das Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis einen von der Deutschen Diabetes Gesellschaft konzipierten und zertifizierten Lehrgang: Im ‚Basiskurs Diabetes-Pflege‘ lernen Interessierte alles, was Sie im Alltag auf der Station oder im Funktionsdienst über Diabetes wissen müssen. Nach bestandem Abschlusstest gibt es hierfür ein Zertifikat. (E.L.)

Diabeteswissen ‚to go‘ für medizinisches Fachpersonal

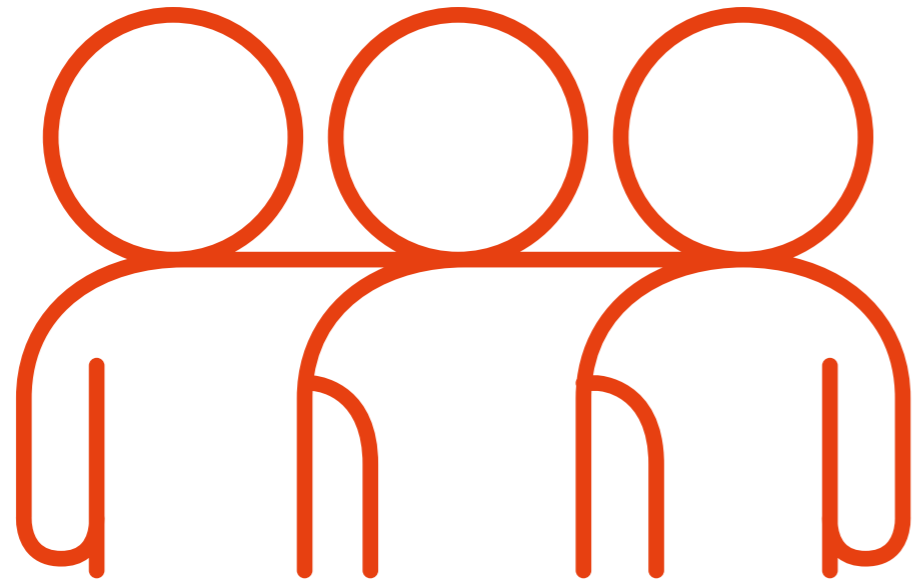


Diabetes-Schulungsprogramm für Ärztinnen und Ärzte:

Mail zur Registrierung an sabine.kettermann@cellitinnen.de oder schulz@antonius-koeln.de

Basiskurs Pflege Diabetes





Gemeinsam statt einsam

Selbsthilfegruppen tragen zu mehr Lebensqualität bei.

In Deutschland leben Millionen von Menschen mit Diabetes, einer chronischen Erkrankung, die Alltag und Lebensqualität erheblich beeinflussen kann. In dieser oft herausfordernden Situation bieten Selbsthilfegruppen eine wertvolle Unterstützung durch den Austausch von Erfahrungen, Wissen und Strategien.

Dabei sind Selbsthilfegruppen mehr als reine Treffpunkte für Betroffene: In einem geschützten Rahmen können Menschen mit Diabetes ihre Sorgen, aber auch ihre Erfolge miteinander teilen. Der Austausch mit Gleichgesinnten schafft ein Gefühl der Zugehörigkeit und fördert die psychische Gesundheit: Wo Sorgen und Ängste mit Menschen in ähnlicher Situation geteilt werden und wo Menschen sich gegenseitig nicht nur Mut machen, sondern auch konkrete Tipps für den Umgang mit der Erkrankung austauschen, wird Stress und Depressionen vorgebeugt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Selbsthilfe ist die Vermittlung von Wissen. Viele Gruppen laden regelmäßig

Fachleute wie Diabetologen, Ernährungsberater oder Psychologen ein, um über aktuelle Entwicklungen in der Diabetesforschung, neue Behandlungsmethoden oder Ernährungstipps zu informieren. So werden Betroffene zu Experten für ihre Erkrankungen, können Entscheidungen fundierter treffen und wirken dem Gefühl der Überforderung entgegen.

In Köln trifft sich die Selbsthilfegruppe ‚Wir mit Diabetes Typ 1‘ einmal monatlich im Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis. Hier gibt es die Möglichkeit, die kleinen und großen Herausforderungen des Alltags mit anderen Betroffenen zu besprechen und regelmäßige Expertenvorträge zu verschiedenen Diabetes-Themen. So bietet die Gruppe die Möglichkeit, Wissen zu vertiefen, Anregungen für das eigene Diabetesmanagement zu erhalten und über neue Entwicklungen und technische Hilfsmittel durch Fachleute informiert zu werden.

Auch am Cellitinnen-Krankenhaus Heilig Geist gibt es eine diabetologische Selbsthilfegruppe. Die ‚Zucker-

puppen‘ unter der Leitung von Oberarzt Dr. Reinhard Künstler haben 2024 ihr 20-jähriges Bestehen gefeiert. Viele Teilnehmer sind Mitglieder der ersten Stunde und kommen noch immer gerne zu den Treffen oder nehmen an den Freizeitaktivitäten teil, die gemeinsam organisiert werden. (E.L./B.S.)

‚Wir mit Diabetes-Typ-1‘ Selbsthilfegruppe für Menschen mit Typ-1-Diabetes

www.instagram.com/wirmitdiabetes_t1

Beate Lyrmann
Tel: 015678 862956
Mail: beate.lyrmann@ddh-m.de

Lea Thienemann
Tel: 015679414685
Mail: Lea.thienemann@ddh-m.de

Selbsthilfegruppe ‚Zuckerpuppen‘ Cellitinnen-Krankenhaus Heilig Geist

Dr. Reinhard Künstler
Tel: 0221 7491-1411
Mail: reinhard.kuenstler@cellitinnen.de

Grafik: Getty Images

Wenn der Magen nicht mehr richtig arbeitet

Botulinumtoxin kann bei Magenlähmungen Abhilfe schaffen.

Eine weniger bekannte Folgeerkrankung von Diabetes mellitus betrifft den Verdauungstrakt: die Gastroparese oder Magenlähmung. Tritt als Spätfolge, meist nach vielen Jahren oder Jahrzehnten mit Diabetes, eine Gastroparese auf, ist der Weitertransport der Nahrung vom Magen in den Dünndarm verzögert. Ursache ist eine Schädigung der Nerven, die die Muskeln in der Magenwand steuern. In der Folge kann es zu einem frühen Sättigungsgefühl und damit zu ungewolltem Gewichtsverlust, zu Magenschmerzen, aber auch zu Übelkeit und Erbrechen kommen. Diese Symptome schränken die Lebensqualität Betroffener mitunter sehr ein: Durch ständiges Völlegefühl können nur noch kleine Portionen gegessen werden. Neben dem fehlenden Genuss von Nahrung entstehen häufig Nährstoffmangel, Unterzuckerungen nach dem Essen, Folgeerkrankungen der Speiseröhre oder auch Essstörungen wie Magersucht.

Neue Hoffnung für Betroffene bringt seit einiger Zeit die Behandlung mit Botulinumtoxin (Botox). Der Muskel zwischen Magenausgang und Dünndarm (Pylorus) wird mit Botulinumtoxin gelähmt und offengehalten. Damit wird nicht die Magenlähmung behandelt, sondern ein besserer Speiseseabfluss aus dem Magen in den Dünndarm geschaffen. Unter leichter Narkose wird dazu eine



Magenspiegelung durchgeführt, während der das Mittel in den ringförmigen Muskel gespritzt wird. Für eine Dauer von etwa fünf bis sechs Monaten lassen sich damit komplikationsfrei die Symptome deutlich reduzieren oder ganz unterbinden. „Allerdings ist diese Behandlung keine dauerhafte Heilung der Gastroparese“, erklärt Dr. Peter Loeff, Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin im Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis. „Mit der Injektion von Botulinumtoxin können wir für einen begrenzten Zeitraum gute Erfolge erzielen und dem Patienten so zum einen zu einer Pause von seinen Beschwerden verhelfen. Vor allem wissen wir bei Erfolg aber, dass eine dauerhafte Ausschaltung des Magenausgangsmuskels Abhilfe schaffen würde. Dies können entsprechende Spezialisten operativ durchführen. Zeigt die Behandlung mit Botox den gewünschten Effekt, können wir Betroffene dazu an diese Spezialisten vermitteln und so eine dauerhafte Wiederherstellung der Lebensqualität bewirken.“ (E.L.)

Foto: Getty Images



Diabetesberatung im Krankenhaus

Menschen mit Diabetes sind bei einer bekannten Diagnose oft in hausärztlicher oder diabetologischer Behandlung. Was passiert aber, wenn sie ins Krankenhaus müssen? Oder dort erst die Diagnose ‚Diabetes‘ gestellt wird?

Bei der stationären Behandlung spielt neben der ärztlichen Versorgung die Diabetesberatung eine wichtige Rolle. Diabetesberaterinnen und -berater sind speziell ausgebildete Fachkräfte, die Patienten mit Diabetes unterstützen, beraten und schulen. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, den Patienten zu helfen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und zu managen. Im stationären Bereich arbeiten sie eng mit Ärzten, Pflegemitarbeitern und anderen Fachleuten zusammen.

Die Bedeutung der Diabetesberatung im Krankenhaus

Wenn Patienten mit Diabetes ins Krankenhaus eingeliefert werden, ist zunächst einmal zu unterscheiden, ob der Patient aufgrund des Diabetes oder mit durch den Diabetes verursachten Begleiterscheinungen aufgenommen wird. In beiden Fällen ist das Ziel der Beratung, für stabile und

Foto: Getty Images

gute Blutzuckerwerte zu sorgen, denn schlechte Werte können den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und den Aufenthalt verlängern. Zum Beispiel beeinträchtigen und verzögern dauerhaft erhöhte Blutzuckerwerte bei einem chirurgischen oder orthopädischen Eingriff die Wundheilung.

Um für eine andauernde, gute Einstellung über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu sorgen, ist eine zentrale Aufgabe der Beratung die Schulung zum Umgang mit der Krankheit im Alltag. Diabetesberaterinnen erklären den Patienten, wie sie ihre Blutzuckerwerte überwachen, Insulin spritzen und ihre Ernährung anpassen können. Diese Schulungen sind besonders wichtig, um Komplikationen sowie Folgeerkrankungen möglichst zu vermeiden und die Selbstständigkeit der Patienten zu fördern. Hierbei gehen die Beraterinnen immer individuell auf jeden einzelnen Patienten ein; eine allgemeingültige Anleitung gibt es nicht. Im Fokus sind die Lebensumstände und Möglichkeiten der jeweiligen Patienten, an die angepasst gemeinsam entsprechende Optionen erarbeitet werden.

Eine ausgewogene Ernährung ist für Menschen mit Diabetes von zentraler Bedeutung. Diabetesberaterinnen helfen den Patienten, geeignete Lebensmittel und Mahlzeiten auszuwählen, und geben Tipps zur Zubereitung, die den Blutzuckerspiegel stabil halten. Nichts ist verboten. Die Beraterinnen versuchen, den Patienten ein Gefühl für den Konsum von zucker- und kalorienhaltigen Produkten näherzubringen, sodass sie selbst in der Lage sind, abschätzen zu können, welche Lebensmittel in welchen Mengen gut oder eher ungünstig für sie sind.

Außerdem unterstützen die Diabetesberaterinnen die Patienten dabei, ihre Medikamente korrekt einzunehmen und mögliche Nebenwirkungen zu erkennen. Hierbei spielt das blut-

Die Arbeit der Diabetesberaterinnen ist eng mit anderen Fachbereichen im Krankenhaus verknüpft.

zucker regulierende Medikament Insulin eine wichtige Rolle. Oft liegen gemeinsam mit den Ärzten erarbeitete Insulinpläne für die Patienten vor, die die Diabetesberaterinnen erklären.

Darüber hinaus bieten Diabetesberaterinnen emotionale Unterstützung und helfen den Patienten, aber auch den Angehörigen, mit den Herausforderungen der Erkrankung umzugehen.

Auch können sie durch ihre gute Vernetzung Kontakte zu Selbsthilfegruppen vermitteln.

Teamarbeit

Die Arbeit der Diabetesberaterinnen ist eng mit anderen Fachbereichen im Krankenhaus verknüpft. Sie nehmen an Visiten, wie zum Beispiel der interdisziplinären Fußvisite für Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom, teil, um den Ärzten wichtige Informationen über den Zustand der Patienten zu geben. Sie arbeiten mit den Kollegen aus der Pflege zusammen, um sicherzustellen, dass die Patienten die bestmögliche Betreuung sowie medikamentöse Versorgung erhalten.

Die Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG) prüft nicht nur in regelmäßigen Abständen die gesamte Versorgungsqualität der Diabeteszentren, sondern verpflichtet auch die Beraterinnen zu jährlichen Weiterbildungsmaßnahmen. So ist gewährleistet, dass sie durch die Teilnahme an Fachkongressen und Fortbildungen immer auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand sind. Ihr neu erworbenes Wissen geben sie in internen Schulungen an Ärzte und Pflegekräfte weiter, sodass innerhalb der Klinik eine dauerhaft hohe Behandlungsqualität gewährleistet ist.

Durch ihr breites Know-how ergänzen sie die ärztliche Expertise und dienen als Schnittstelle zwischen pflegerischer und ärztlicher Versorgung sowie dem individuellen Patientenbedarf (R.L.)



Diätassistentin Katja Peters

Blutzucker und Wohlbefinden im Gleichgewicht

In Deutschland sind schätzungsweise 7,5 Millionen Menschen von Diabetes betroffen, eine Erkrankung, die nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen beeinflusst, sondern auch besondere Anforderungen an die Ernährung stellt. Katja Peters, Diätassistentin in der Cellitinnen-Marienborn Catering, gibt den Lesern wertvolle Einblicke und praktische Tipps, wie eine ausgewogene Ernährung helfen kann, den Blutzuckerspiegel zu regulieren und das Wohlbefinden zu steigern.

Hallo Frau Peters, wir sprechen heute über „Ernährung bei Diabetes“. Welche spezifischen Ernährungsrichtlinien empfehlen Sie für Menschen mit Typ-1-Diabetes im Vergleich zu Typ-2-Diabetes?

Es gibt keine speziellen Ernährungsrichtlinien für die Ernährung mit Diabetes Typ-1 oder Typ-2, es ist vollkommen ausreichend, eine gesunde ballaststoffreiche Ernährung mit der Auswahl von Kohlenhydraten mit einem geringen glykämischen Index, das heißt ohne zugesetzten Zucker und Salz, zu wählen. Bei einem Diabetes-Typ-2 ist es gegebenenfalls ratsam, das Körpergewicht zu reduzieren.

Wie kann man die Kohlenhydrataufnahme am besten an den Blutzuckerspiegel anpassen?

Es gibt einfache Kohlenhydrate wie Weißbrot, Honig, Süßigkeiten, Softdrinks und komplexe, langsam wirkende Kohlenhydrate wie Obst, Gemüse, Vollkornbrot, Nüssen, um den Blutzuckerspiegel gleichmäßig zu halten. Bei Diabetes eignen sich die langsam wirkenden Kohlenhydrate besser. Ansonsten schwankt der Blutzuckerspiegel zu viel und der Stoffwechsel wird belastet.

Gibt es bestimmte Lebensmittel, die man bei Diabetes unbedingt vermeiden sollte?

Bei der Lebensmittelauswahl eines gut eingestellten Diabetikers kommt es auf eine gesunde Bilanz an; grundsätzlich müssen keine Lebensmittel gemieden werden, jedoch sollte bei der Auswahl darauf geachtet werden, dass wenig Lebensmittel mit einfachen Kohlenhydraten und dafür mehr mit komplexen Kohlenhydraten verzehrt werden. Für die Blutzuckerregulation ist es wichtig, die Mahlzeiten auf fünf bis sechs am Tag zu verteilen. Weißmehlprodukte wie Brot, Nudeln sollten man durch Vollkornprodukte ersetzen.

Wie kann man seine Ernährung anpassen, wenn man zusätzlich zu Diabetes auch andere gesundheitliche Probleme hat, zum Beispiel Bluthochdruck oder hohe Cholesterinwerte?

Häufig treten bei einem Typ-2-Diabetiker Bluthochdruck oder andere gesundheitliche Probleme auf. Wichtige Risikofaktoren sowohl für Diabetes -Typ-2 und Bluthochdruck sind, Übergewicht, Bewegungsmangel und falsche Ernährung. Darum treten die Krankheiten häufig zusammen auf.

Welche speziellen Ernährungsstrategien empfehlen Sie älteren Menschen, um sicherzustellen, dass ihr Diabetes gut kontrolliert wird und gleichzeitig ihre Nahrungsaufnahme und Lebensqualität gefördert werden?

Ältere Menschen benötigen keine andere Behandlung als jüngere Menschen. Sie muss lediglich an das Alter, zum Beispiel an vorhandene Mobilitätseinschränkungen, angepasst werden.

Vielen Dank für das Gespräch! (M.W.)

Foto: Marion Weber

Wenn das Gleichgewicht gestört ist

Darmbakterien können einen Einfluss auf die Entstehung von Diabetes haben.

Vielen ‚Zivilisationserkrankungen‘ wie chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, rheumatischen Erkrankungen, Übergewicht, Fettleber aber auch dem Diabetes ist gemein, dass sie mit einer reduzierten Diversität des Mikrobioms assoziiert sind. Diversität steht dabei vor allem für die Vielfalt der Bakterien und Viren, die unser Darmmikrobiom ausmachen. Es gibt eine gegenläufige Bewegung zwischen Diversität des Mikrobioms und Entstehung dieser modernen Erkrankungen. In der ‚westlichen Welt‘ sind unsere veränderten Ernährungsgewohnheiten mit einer hyperkalorischen, kohlenhydratreichen Kost eine wesentliche Ursache. Bei einer genetischen Veranlagung kann es zu einer Störung im Gleichgewicht der Darmbakterien kommen. Diese sogenannte Dysbiose schwächt die schützende Darmschleimhaut. Dadurch können entzündungsfördernde Stoffe in den Körper gelangen, was eine dauerhafte leichte Entzündung auslöst. Diese Entzündung wiederum kann Insulinresistenz fördern und so die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes begünstigen.

Neben einer kohlenhydratreichen Ernährung spielt auch eine ballaststoffarme Ernährung eine wesentliche Rolle. Bereits kurzfristige Phasen einer ballaststoffarmen Ernährung können die schützende Darmschleimhaut erheblich schwächen. Diese sogenannte Mukosabarriere sorgt normalerweise dafür, dass unerwünschte Stoffe und Bakterien im Darm verbleiben. Wird sie durchlässiger können

Bakterien und ihre Stoffwechselprodukte in die Blutbahn oder andere normalerweise sterile Bereiche des Körpers gelangen. Diese bakterielle Translokation kann entzündliche Prozesse im gesamten Körper auslösen und das Risiko für chronische Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes oder Fettleber erhöhen. Mehr als 50 Prozent der Stoffwechselprodukte im Blut stammen von Bakterien, etwa 10 bis 20 Prozent der Kalorien in unserem Körper werden von Bakterien produziert. Das Darmmikrobiom steuert unsere Essgewohnheiten und zusammen mit einer kleinen Gruppe hochkonservierter Nervenzellen im Gehirn auch unseren Appetit. Über die Darm-Hirn-Achse reguliert das Darmmikrobiom aber auch unsere Motivation, zum Beispiel Sport zu treiben. Unsere Forderung an den Diabetespatienten, seinen Lebensstil zu ändern, ist daher für ihn oft nicht so einfach umzusetzen. Mikrobiom und Motivation hängen eng zusammen.

Spannend ist auch die Erkenntnis, dass unser Mikrobiom für eine nicht unerhebliche Produktion von körpereigenem Alkohol verantwortlich ist. Dieser wiederum kann zu Fettleber und Fettleberhepatitis führen, was wiederum Einfluss auf unser Mikrobiom und die Entstehung von Diabetes hat. Insgesamt findet sich ein sehr spannender aber komplexer Zusammenhang zwischen Darmmikrobiom und Diabetes mellitus. Allerdings ist ein direkter und ursächlicher Zusammenhang in vielen Fällen noch zu belegen. (A.E.)

Als ich merkte, dass ich Diabetes habe ...

Mitarbeiterin Isabella Aderhold aus dem Cellitinnen-Seniorenhaus Marienkloster berichtet über ihre Feststellung der Krankheit.



Wann ich gemerkt habe, dass ich Diabetikerin bin? Eigentlich gar nicht. Im Dezember 2019 hatte ich durch einen Umzug, viel Arbeit und Aufregung rund zehn Kilo abgenommen. Am zweiten Weihnachtstag sagten mir die Kolleginnen im Dienst, dass ich geschaffelt aussähe. Kein Wunder. Eine Kollegin ließ nicht locker und hat bei mir Blutdruck und Blutzucker gemessen. Das Gerät für den Blutzucker zeigte an, dass der Wert unlesbar sei. Ich sollte mich ausruhen und trinken, riet sie mir. Später eine erneute Messung, gleiches Resultat: Blutzucker nicht messbar. Die Kollegen haben das Gerät getestet, es war in Ordnung, aber mein Wert definitiv nicht. Daraufhin nötigten sie mich, bitte ins Krankenhaus zu fahren, und ich dachte nur: aber doch nicht an Weihnachten. Im Krankenhaus wurde ein Blutzucker von 978 gemessen. Normal ist ein Wert von 120. Dann wurde ein Intensivplatz gesucht. Mit Blaulicht wurde ich in anderes Krankenhaus mit freiem Bett eingeliefert. Dort lag ich, bis der Wert kontrolliert auf ein normales Maß gesenkt werden konnte. Ich erfuhr, dass ich Diabetikerin Typ-1 bin, eine Form, die im Kindes- oder Jugendalter auftritt, also ungewöhnlich ist bei einer Erwachsenen.

Im Krankenhaus wurde mit der Insulintherapie begonnen. Alles war neu für mich! Alles musste erlernt werden: Messen, Spritzen und Lebensmittel neu bewerten. Mein ganzes Leben hat sich mit dieser Diagnose verändert. Zuhause hat mich in der Anfangsphase eine diabetologische Arztpraxis gut unterstützt. Nach zwei Monaten bekam ich ein Glukosemess-System. Das war eine Erleichterung und eine neue Sicherheit, da dieses Gerät auch warnt. Mittlerweile trage ich eine Insulinpumpe, die mir den Alltag erleichtert, weil sie genau dosiert und kontinuierlich Insulin abgibt.

Im Berufsalltag habe ich meinen Rhythmus gefunden. Natürlich habe ich meine Werte immer im Blick, und die Kolleginnen und Kollegen haben mich im Blick.

Mein Tipp an alle: Lasst euch regelmäßig, mindestens aber einmal im Jahr, beim Arzt durchchecken. Nutzt jede Art von Vorsorge, egal, wie alt ihr seid. (I.A.)

Der Pflegealltag mit Diabetes

Die Erkrankung Diabetes stellt das Leben der Betroffenen auf den Kopf. Plötzlich muss genau darauf geachtet werden, was man zu sich nimmt und auch das Zuckermessen darf nicht vergessen werden.

Um herauszufinden, wie unsere Mitarbeiter mit ihrer Erkrankung im Pflegealltag umgehen, sprach ‚einfach Cellitinnen‘ mit drei Betroffenen: Boguslawa Ptak und Sabine Schäfer (Cellitinnen-Marienborn St. Augustinus), und Antje Bennoit (Cellitinnen-Marienborn Mobile Pflege).

Welche spezifischen Schwierigkeiten ergeben sich für Sie im Pflegealltag aufgrund Ihrer Diabetes?

Schäfer: Durch meinen Schichtdienst muss ich meine Essens- sowie Spritzzeiten stetig anpassen, was zu einer Herausforderung werden kann. Auch die Zeit für Mahlzeiten im teils hektischen Arbeitsalltag zu finden, ist nicht immer leicht. Aufgrund meiner Erkrankung bin ich zeitweise geschwächt und ich habe Probleme, zum Beispiel bei der Lagerung eines Bewohners. Dabei kann ich mich aber zu 100 Prozent auf die Unterstützung meiner Kollegen verlassen.

Wie stellen Sie sicher, dass Sie im Notfall schnell handeln können?

Ptak: Durch mein Arbeitsumfeld bin ich

stets umgeben von Experten, weswegen ich mich sehr sicher fühle. Aber für den Notfall habe ich immer ein Notfalltäschchen mit gekühltem Insulin, blutzuckersenkenden Medikamenten, Teststreifen, Messgeräten, Spritzen oder Pens, Stechhilfen und Lanzetten, Ersatznadeln und Ersatzbatterien dabei.

Welche Erfahrungen mit Ihrer Krankheit können Sie in den Pflegealltag einbringen?

Ptak: Bewohner mit Diabetes fühlen sich durch mich besser verstanden. So kann ich zum Beispiel ihre Skepsis gegenüber neuen Medikamenten ausräumen, indem ich meine Erfahrungen mit diesen

Medikamenten mit dem Bewohner teile.

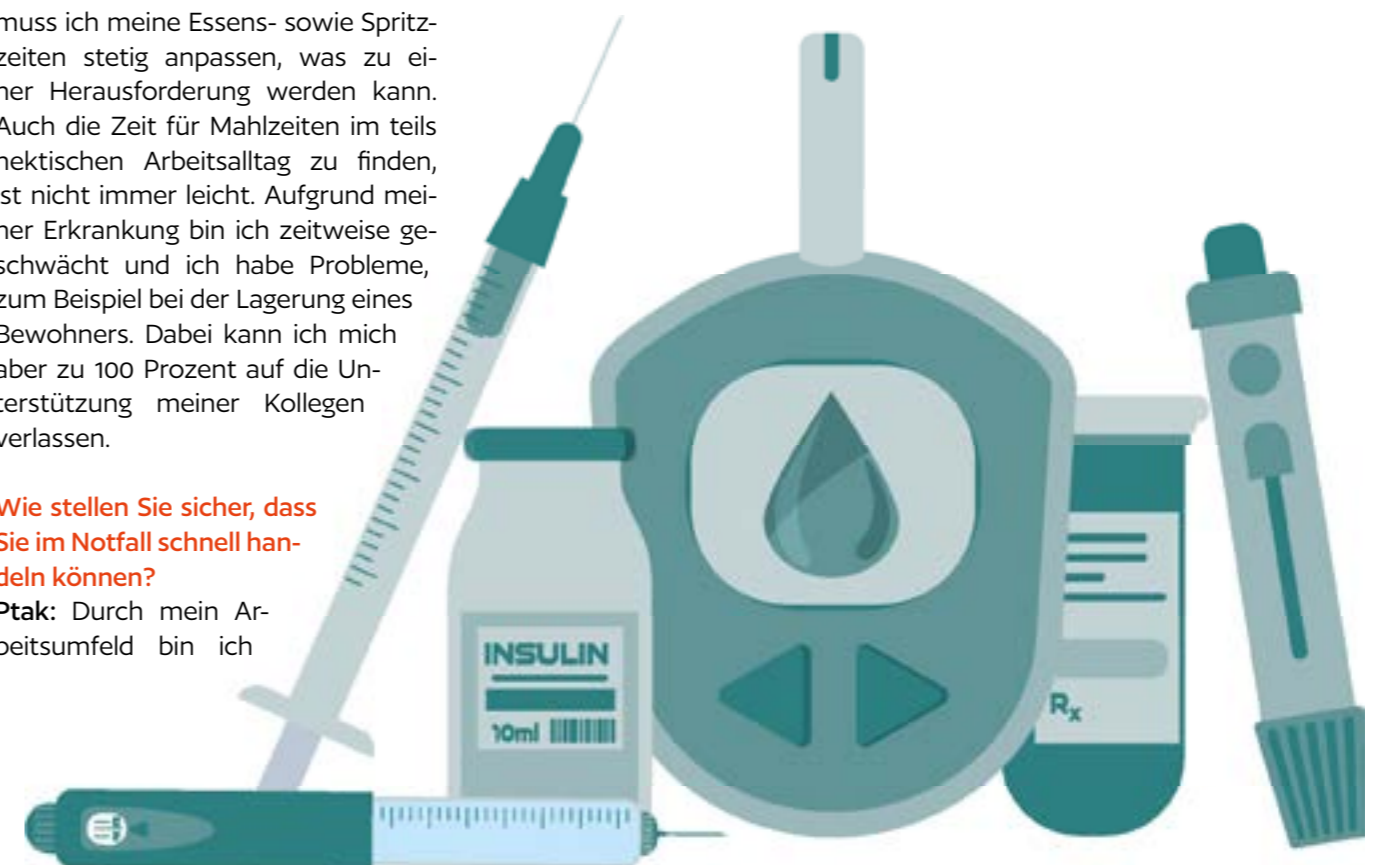
Bennoit: Als Diabetikerin kann ich die Erkrankung und bestimmte Symptome besser und anschaulicher erklären, weil ich sie selber am eigenen Körper erfahre. Das steigert natürlich das Verständnis Pflegebedürftigen in Bezug auf ihre Krankheit.

Welche Ratschläge würden Sie anderen Pflegekräften, die an Diabetes erkrankt sind, geben?

Schäfer: Gehen Sie offen mit ihrer Erkrankung um. Ein dauerhaftes Versteckspiel kostet viel zu viel Kraft.

Vielen Dank für das Gespräch! (A.H.)

Grafik: Getty Images



Allheilmittel gegen Übergewicht?

Dem Hype um die Abnehmspritze
auf den Zahn gefühlt.



Mit Medikamenten einfach abnehmen – das klingt zu schön, um wahr zu sein. Prominente wie Elon Musk und Robbie Williams haben es vorgemacht. Beide haben sich öffentlich dazu bekannt, dass sie zur Abnehmspritze gegriffen haben. Den Hype um Präparate wie Ozempic, Wegovy oder Mounjaro haben sie damit noch zusätzlich angeheizt. Doch wie nachhaltig sind diese Medikamente, um dauerhaft an Gewicht zu verlieren?

Adipositas-Experte Priv.-Doz. Dr. Karl-Peter Rheinwalt äußert sich zum Einsatz von Medikamenten in der Adipositas-Therapie differenziert: „Die medikamentöse Therapie kann für Menschen mit starkem Übergewicht durchaus sinnvoll sein,“ erklärt der Chefarzt der Klinik für Adipositas-, Metabolische und Plastische Chirurgie am Cellitinnen-Krankenhaus St. Franziskus in Köln-Ehrenfeld. Allerdings müsse jede Therapie immer in ein umfassendes Konzept mit einer grundlegenden Änderung des Lebensstils eingebettet sein. „Allein helfen die Spritzen nicht!“, betont Rheinwalt.

Ursprünglich wurden die zugrundeliegenden Wirkstoffe (Semaglutid, Tirzepatid) als Diabetes-Medikamente entwickelt. Aufgrund ihrer Wirkweise haben sie schon früh das Interesse von Menschen mit Adipositas geweckt: Die Medikamente imitieren das natürliche Darm-Hormon GLP-1, das die Insulinproduktion anregt und gleichzeitig das Hungergefühl unterdrückt. Dieser Mechanismus hilft nicht nur bei

Grafik: Getty Images

«
Ich rate dringend davon ab,
Medikamente einzusetzen,
um aus kosmetischen Gründen
Gewicht zu verlieren.
»

der Behandlung von Typ-2-Diabetes, sondern unterstützt auch Menschen beim Abnehmen. „Die Patienten können innerhalb eines Jahres bis zu 20 Prozent ihres Körpergewichts verlieren“, so Rheinwalt. Das sei vergleichbar mit den Ergebnissen einer Magenbandoperation.

„Allerdings funktionieren die Medikamente nicht ohne Basistherapie“, erklärt der Experte. Eine Ernährungsumstellung, mehr Bewegung und psychologische Unterstützung seien notwendig, um langfristige Erfolge zu erzielen. Ohne diese begleitenden Maßnahmen könne im besten Fall nur eine Reduktion von fünf Prozent des Körpergewichts innerhalb eines Jahres erreicht werden.

Nebenwirkungen wie Übelkeit, Durchfall und Blähungen seien die häufigsten Begleitscheinungen der Abnehmspritzen, die laut Rheinwalt jedoch meist gut verträglich seien. Ein leicht erhöhtes Risiko für Schilddrüsenkrebs sei bekannt, aber „die meisten Patienten vertragen die Behandlung relativ gut“. Größere Bedenken bereitet jedoch der Preis der Medikamente. Diese gelten als „Lifestyle-Medikamente“ und werden von den Krankenkassen nur in Ausnahmefällen übernommen. Während die Kosten zu Beginn aufgrund einer niedrigeren Dosierung moderat sind, können sie später auf bis zu 300 Euro pro Monat ansteigen.

„Die Krankenkassen übernehmen die Kosten nicht“, so Rheinwalt. Dies sei nachvollziehbar, da Übergewicht nur dann als behandlungs-

würdig gelte, wenn auch damit verbundene Erkrankungen vorlägen. In Deutschland könnten Menschen mit einem Body-Mass-Index von 27 und mehr Anspruch auf die Medikamente haben. Für die Kassen sei dies jedoch auf Dauer schwer tragbar, zumal 23 Prozent der Deutschen adipös seien. Die Behandlung von Adipositas sei und bleibe eine komplexe, lebenslange Aufgabe. „Es gibt bis heute keine Heilung, nur Behandlungen“, so Rheinwalt.

Die Frage, ob die Spritzen auch bei Menschen mit normalem oder leichtem Übergewicht sinnvoll sind, wird zunehmend diskutiert. Doch Rheinwalt hält den Einsatz bei dieser Gruppe für völlig deplatziert. „Ich rate dringend davon ab, Medikamente einzusetzen, um aus kosmetischen Gründen Gewicht zu verlieren“, warnt der Mediziner vor dem Hype. Überdies nähmen die Patienten mit Absetzen des Medikaments rasch wieder zuzunehmen. Ein gesundes Gewicht sei nicht allein mit Medikamenten, sondern immer über einen gesunden Lebensstil zu erreichen. (I.G.)

«
Die Medikamente
funktionieren nicht ohne
Basistherapie.
»



Diabetes und Psyche

Haben Sie sich schon mal gefragt, ob Diabetes in einem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen steht?

Tatsächlich ist Diabetes mellitus eine der weltweit häufigsten chronischen Erkrankungen, die nicht nur körperliche, sondern auch psychische Auswirkungen hat. Der enge Zusammenhang zwischen Diabetes und psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Demenz, aber auch Angststörungen ist wissenschaftlich belegt, jedoch gesellschaftlich wenig bekannt. Diese Wechselwirkungen sind komplex. Sie können in beide Richtungen wirken, denn Diabetes kann die Entwicklung psychischer Erkrankungen fördern, während psychische Störungen das Risiko für Diabetes erhöhen oder dessen Verlauf negativ beeinflussen. Wie wichtig dieser Zusammenhang ist, verdeutlicht die Tatsache, dass aktuell zu diesem Thema eine S3-Behandlungsleitlinie

Grafik: Getty Images

‚Diabetes & Psyche‘ erarbeitet wird, mit dem Ziel, die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von diabetesbezogenen Belastungen und begleitenden psychischen Störungen zu verbessern.

Diabetes und seine psychischen Folgen

Die Diagnose Diabetes bringt oft erhebliche Veränderungen im Lebensstil mit sich. Die Notwendigkeit, Blutzuckerwerte regelmäßig zu überwachen, Medikamente exakt einzunehmen und die Ernährung anzupassen, kann zu einer erheblichen Belastung führen. Betroffene fühlen sich folglich durch die chronische Krankheit überfordert. Gefühle wie Hilflosigkeit und Frustration machen sich breit.

Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte DAD-Studie zeigt, dass Menschen mit Diabetes etwa doppelt so häufig an Depressionen leiden wie gesunde Menschen. Ein Viertel der Patienten sind laut Studie betroffen.

Depressionen bleiben in dem Zusammenhang oft unbehandelt, da ihre Symptome wie Müdigkeit oder Konzentrationsprobleme auch als Folge von Diabetes interpretiert werden können. Das führt dazu, dass depressive Verstimmungen die Motivation zur Selbstfürsorge verringern, was zu einer schlechteren Blutzuckerkontrolle führt, die wiederum körperliche Symptome verschlimmert, chronischen Stress verursacht und zur weiteren Verschlechterung der psychischen Gesundheit beiträgt. Eine Folge, die auch zum sogenannten Diabetes-Burnout führen kann, einem Zustand, in dem Menschen mit Diabetes sich von der Krankheit überwältigt fühlen und die Motivation zur Selbstpflege verlieren.

Dr. Hans-Christian Schilling, Ärztlicher Direktor der Cellitinnen-Marienborn Fachklinik für Seelische Gesundheit in Köln, weist zusätzlich auf weitere Studien von Kollegen hin, die besagten, dass - im Vergleich zur Normalbevölkerung - Demenzerkrankungen bei Menschen mit Diabetes gehäuft auftreten und durchaus als typische Begleiterkrankung des Diabetes zu charakterisieren seien und bei etwa einem von zehn bis 15 Demenzfällen dem Diabetes zugesprochen werden könnten.

«
Der enge Zusammenhang zwischen Diabetes und Erkrankungen wie Depressionen oder Demenz ist belegt.
»

Auch Angststörungen sowie Panikattacken treten bei Menschen mit Diabetes gehäuft auf. Diese stehen zumeist im Zusammenhang mit der konstanten Überwachung des Blutzuckers und der Gefahr von Hypo- oder Hyperglykämie (Unter- oder Überzuckerung). Häufig betrifft es die sogenannte ‚Hypoglykämie-Angst‘, also die Angst vor einem gefährlichen Abfall des Blutzuckerspiegels. Diese Angst kann dazu führen, dass Betroffene zu hohe Zuckerwerte akzeptieren, um Hypoglykämie zu vermeiden. Langfristig erhöht dieses Verhalten jedoch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen erhöhen das Risiko für Diabetes

Wie eingangs erwähnt, können auch psychische Erkrankungen das Risiko erhöhen, an Diabetes zu erkranken. Metaanalysen weisen auf, dass die Prävalenz für einen Typ-2-Diabetes bei psychisch erkrankten Menschen bis zu 20 Prozent beträgt und im Durchschnitt psychisch erkrankte Menschen ein früheres Erkrankungsalter für einen Typ-2-Diabetes aufweisen. Ein Grund dafür ist, dass Menschen mit Depressionen häufiger zu ungesundem Verhalten wie Bewegungsmangel, Rauchen oder übermäßigem Konsum von kalorienreichen Lebensmitteln und Alkohol neigen. Diese Faktoren erhöhen nicht nur das Risiko für Übergewicht, sondern auch für Typ-2-Diabetes. Während der Behandlung in der Fachklinik stünden Themen wie Medikamenteneinnahme und deren Nebenwirkungen, Ge-



wicht, Lebensstil und Ernährungsgewohnheiten immer im Fokus und seien ein wichtiger Bestandteil der Gespräche und Aufklärung, führt Dr. med. Sara Bientreu, Ärztliche Direktorin der Cellitinnen-Marienborn Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Zülpich, ein. Fakt sei auch: Psychische Erkrankungen beeinflussten den Hormonhaushalt, folglich erhöhten chronischer Stress, depressive Episoden und auch Angststörungen die Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin, Stresshormonen, die die Blutzuckerwerte steigen ließen und somit den Diabetes anheizten.

Interdisziplinärer Behandlungsansatz

Die Kombination von Diabetes und psychischen Erkrankungen stellt für das Gesundheitssystem eine Herausforderung dar, denn die Behandlung von Patienten, die sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen haben, ist oft komplex. Entscheidend ist dabei der interdisziplinäre Ansatz, bei dem Endokrinologen, Psychologen und Hausärzte eng zusammenarbeiten. Eine stationäre oder teilstationäre Behandlung von Depressionen oder Angststörungen reduziert etwa die psychische Belastung. Sie unterstützt gleichzeitig die Diabetes-Therapie sowie die Selbstfürsorge. Gleichzeitig können Menschen mit psychischen Erkrankungen regelmäßig auf Diabetes-Risikofaktoren untersucht werden, um frühzeitig intervenieren zu können. Beispielsweise bieten die psychiatrischen Fachkliniken der Cellitinnen-Marienborn in Zülpich und Köln-Niehl eine stationäre multimodale Versorgung psychisch erkrankter Menschen ab 65 Jahren an. Dabei findet die Betreuung von primär

psychisch erkrankten Patienten statt, die zusätzlich an mehreren chronischen Erkrankungen leiden, unter anderem an Diabetes. Die behandelnden Teams bestehen aus Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Pflegekräften, Ergo-, Physio-, Musik- und Kunsttherapeuten sowie Sozialarbeitern. Dabei werde an der psychischen Genesung gearbeitet, um nicht zuletzt die somatische Gesundheit, sondern auch die Lebensqualität zu verbessern und den Patienten eine Rückkehr ins ‚normale‘ Leben zu ermöglichen - soweit dies natürlich möglich sei, so Bientreu. Ansonsten sei das Ziel, daran mitzuwirken, das Lebensumfeld der Patienten den gegebenen Möglichkeiten anzupassen und somit angemessene Pflegedienste, komplementäre Hilfen oder Betreutes Wohnen sowie Pflegeheime zu finden.

Prävention und Selbsthilfe

Ein gesunder Lebensstil, der Körper und Psyche dient, ist der zentrale Ansatzpunkt in der Prävention. Regelmäßige Bewegung und ausgewogene Ernährung haben nicht nur einen positiven Einfluss auf die Blutzuckerwerte, sondern auch auf die psychische Gesundheit. Menschen, die bereits an einer der beiden Erkrankungen leiden, können Programme zur Stressbewältigung, Achtsamkeitstrainings oder Selbsthilfegruppen in Anspruch nehmen. Auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Viele Menschen scheuen sich noch heute, über ihre psychischen Belastungen zu sprechen oder Hilfe in Anspruch zu nehmen. Doch nur ein offener Umgang mit diesen Themen kann helfen, Betroffene frühzeitig zu unterstützen und so die Wechselwirkungen zwischen Diabetes und psychischen Erkrankungen zu reduzieren. (I.O.)

Grafik: Getty Images



Thomas Tillmann

Ein achtjähriger Junge, bei dem Diabetes-Typ-1 diagnostiziert wird: Wo heute ein interdisziplinäres Team Eltern und Kind intensiv schult und auf ein Leben mit der Erkrankung vorbereitet, gab es in den 1970er Jahren ganz andere Ansätze. Thomas Tillmann (59) hat diese in einem Internat für Kinder und Jugendliche mit Diabetes durchlebt.

„Alles lief über Kontrolle, ein Punktesystem und Bestrafung“, erzählt Tillmann. Die Kinder im Internat mussten bis zu dreimal am Tag Blut und Urin im Labor untersuchen lassen. Waren die Werte ‚schlecht‘, gab es Strafmaßnahmen wie eine Ausgangssperre oder Strafdienste. „Anreize in Form von Belohnungen gab es nicht. Und vor allem wurde bei uns überhaupt kein Verständnis dafür geweckt, dass ein gutes Diabetes-Management vor allem für uns selbst gut ist“, erklärt der langjährige Diabetiker. So strikt wie die Blutzuckerkontrolle wurde auch die Ernährung der Kinder reglementiert: Feste Mahlzeiten mit festen Broteinheiten bestimmten die täglich verabreichte Insulin-Menge. Von der heutigen intensivierten Insulintherapie, bei der Menschen mit Diabetes die aufgenommenen Kohlehydrate in Einheiten umrechnen und entspre-

Foto: Getty Images

Lebensrettende Kontrolle

Thomas Tillmann hat in den 1970er Jahren seine Kindheit und Jugend in einem Diabetes-Internat verbracht.

chend angepasst Insulin spritzen, bei der aber auch Aspekte wie körperliche Aktivitäten beachtet werden, war dieses Vorgehen noch weit entfernt. Trotz der strengen Regeln und der aus heutiger Sicht wenig kindgerechten Ansätze sagt Tillmann: „Wahrscheinlich hat mir das Internat trotzdem das Leben gerettet.“

In den 70er Jahren steckte die Diabetes-Therapie noch in den Anfängen. Besonders für betroffene Kinder gab es nur wenige gute Therapieansätze – ständige Kontrolle, zum Teil fehlende Pädagogik und Erziehen durch Strafen lösen aus heutiger Sicht Kopfschütteln aus. Auf Kinder wie Tillmann hatte dies auch langfristige Auswirkungen. So bezeichnet er sich heute selbst als ‚Kontrollfreak‘. Wirksam waren diese

Methoden auch nicht immer: „Die ersten Todesfälle gab es schon, während ich selbst noch auf dem Internat war“, berichtet Tillmann. „Weil wir vor allem damit beschäftigt waren, die Strafen zu umgehen und zum Beispiel Urinproben verfälscht haben.“ Trotzdem hat er es geschafft und bezeichnet seine Erkrankung heute, nach über 50 Jahren, als ‚nervige Nebentätigkeit‘, die er aber meist gut im Griff habe. Die Einsicht, dass er selbst am meisten profitiere, wenn er die ‚Nebentätigkeit‘ gewissenhaft manage, sei schleichend gekommen, habe sich aber durchgesetzt. Und so wurde schrittweise aus dem ‚Diabetes-Jungen‘ ein nach eigener Aussage „erfolgreicher und leidenschaftlicher Diabetiker“, der auch Familienvater und selbstständiger Unternehmensberater ist. (E.L.)

Dummes Geschwätz?

Alles aus!

Es war ein total trauriger Tag. Alles war zu Ende. Der Traum war ausgeträumt. Die Hoffnung enttäuscht, die Zukunft finster, die Gegenwart leer. So in etwa muss die Stimmung gewesen sein, die unter der kleinen Schar der Jünger Jesu am Tag nach seinem Tod geherrscht hat. Sie waren aufgebrochen mit großen Hoffnungen. Als er etwa drei Jahre zuvor in Galiläa begonnen hatte, Menschen anzusprechen, waren viele von ihm begeistert. Sie kamen in Scharen, ihn zu hören, zu sehen, zu berühren. Und zu sehen gab es ja wirklich Spannendes: Gelähmte standen auf, Blinde wurden sehend, Taube hörend, Stumme redend. Er machte mit wenigen Broten Tausende satt.

Große Hoffnungen knüpften sich an ihn. Doch allmählich bröckelte es. Die Leute blieben weg. Selbst seine Begleiter verließen ihn in Scharen. Am Schluss, in Jerusalem, waren es nur noch wenige, die bei ihm blieben. Und dann der letzte Schlag: Todesurteil, Kreuzigung, schnell in ein Grab gelegt. Da lag nun die ganze Hoffnung im Grab. Alles aus!

Er ist auferstanden!

Doch es kam anders: Eine Gruppe von Frauen, die Jesus treu geblieben war, ging am Morgen des ersten Tages der Woche zum Grab, um den Leichnam Jesu zu salben. Sie entdeckten, dass der Stein weggerollt worden war. Der Leichnam Jesu aber war nicht mehr im Grab. Sie sahen einen Engel, der ihnen die Situation erklärte und ihnen die Botschaft ausrichtete: Den ihr sucht, Jesus, er ist nicht hier im Grab. Er lebt. Er ist auferstanden! Sagt es weiter! Die Frauen liefen zurück nach Jerusalem, um den anderen Jüngern davon zu erzählen. Die aber glaubten ihnen nicht. Sie hielten ihre Worte für leeres Gerede, für dummes „Geschwätz“ (Lk 24,11), wie es im Evangelium abschätzig und geradezu frauenfeindlich heißt.

Foto: Getty Images

Der Zweifel der Jünger

Die Zweifel an der Auferstehung sind also so alt wie der Auferstehungsglaube selbst. Diejenigen, die am stärksten zweifeln, sind die engsten Gefolgsleute Jesu. Die Osterbotschaft erzeugt unter ihnen weithin ungläubige Skepsis. Zu abwegig erscheint ihnen der Gedanke, zu fremd das Äußere Jesu, den sie für ein „Gespenst“ halten, einen „Geist“ (Lk 24,37; Griechisch: phantasma). Und so muss er seine Identität unter Beweis stellen. Er zeigt, dass er als Auferstandener leibhaftig gegenwärtig ist. „Ich bin es selbst“ (Lk 24,39), lautet das Schlüsselwort. Der Auferstandene identifiziert sich als Jesus. Aus diesem Grund ist seine Leiblichkeit betont.

Gründe für den Osterglauben

Einer aus dem engsten Kreis um Jesus, der Zweifler Thomas, dürfte sich als letzter Jünger von der Wirklichkeit des Auferstandenen überzeugen. Doch wie steht es um uns, die Nachgeborenen? Wir könnten nun sagen: Ja, damals, nach Ostern, da haben einige seiner Anhänger gesagt, sie hätten ihn lebendig gesehen, er sei ihnen erschienen, sie hätten ihn berührt, mit ihm

gesprachen. Aber das ist fast 2000 Jahre her. Wie sollen wir das heute glauben? Nur, weil die das damals behauptet haben?

Sicher, der Glaube richtet sich an Unsichtbares. Aber blind ist er deshalb noch lange nicht. Es stimmt: Ich habe selber Jesus als den Auferstandenen nicht gesehen. Ich vertraue aber darauf, dass die damaligen Zeugen sich das nicht eingebildet haben. Sie sind mir glaubwürdig. Das allein wäre nicht genug. Zum Glauben gehört immer auch die eigene Erfahrung. Ich habe zwar Gott nie gesehen. Aber ich habe oft erfahren, dass es ihn gibt. Ich habe Jesus nie gesehen. Aber ich habe oft seine Nähe gespürt. Er ist für mich keine nebulöse Person aus ferner Vergangenheit. Er lebt und ist bei uns, wie er selber versprochen hat.

Bilde ich mir das nur ein? Ich glaube nicht. Denn ich bin nicht alleine, das zu glauben. Ich stehe in einer großen, weltweiten Gemeinschaft von Menschen, die ebenfalls an Jesus Christus glauben. Viele von ihnen können sagen: Ja, ich erlebe es in meinem Leben, dass es Gott gibt und dass Jesus lebt. Er ist mir nahe. Ich erfahre seinen Beistand. Ich sehe ihn nicht mit meinen Augen. Aber mit dem Herzen weiß ich: Er ist da!

Freude und Hoffnung

Ostern, die Freude und Hoffnung, die die Botschaft der Auferstehung von den Toten bringen will, war offensichtlich zu keiner Zeit etwas, was den Menschen leichtgefallen ist. Schon die Osterevangelien zeugen davon. „Weil sie“, so sagt Thomas Söding, ein Theologe unserer Zeit, „die Ängste nicht verdrängen, machen (sie) Mut. Weil sie die Zweifel nicht verschweigen, stärken sie den Glauben. Sie machen dort Hoffnung, wo alles dafür spricht, sie fahren zu lassen. Sie verkünden den Sieg über den Tod dann, wenn er definitiv der Sieger geworden zu sein scheint.“ (P.S.)



Pfarrer Dr. Peter Seul ist Pfarrvikar in Köln-Mitte. Er ist darüber hinaus als Lehrbeauftragter und Dozent in den Bereichen Liturgie, Homiletik und Glaubenslehre tätig. Seit Anfang November 2024 feiert er jeden Montag die Heilige Messe im Mutterhaus der Cellitinnen zur hl. Maria in Köln-Longerich.



In der Kapelle der Cellitinnen zur hl. Maria in der Kupfergasse



Cellitinnen aus der Genossenschaft nach der Regel des hl. Augustinus (vorne links) mit Ordensfrauen aus anderen indischen Gemeinschaften

Ordenstag 2024

Ein Zeugnis der Inkulturation und der Freude des Miteinanders.

Auch in diesem Jahr haben die Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria und die Christliche Unternehmenskultur der Stiftung der Cellitinnen zum Ordenstag ins Mutterhaus der Cellitinnen eingeladen.

128 von 165 Ordenschristen folgten der Einladung und kamen in der Kapelle des Mutterhauses zusammen. Dort feierten sie eine bewegte Hl. Messe, die Pater George Jerry, der sich im Cellitinnen-Seniorenhaus Marienkloster mit großer Leidenschaft engagiert, zelebrierte. Die Messe lebte so sehr von der Musik und dem Gesang, dass die gesungenen Gebete, begleitet von Nadja Pazzini am Keyboard, den Gottesdienst zu einem berührenden Erlebnis werden ließen.



Schwester M. Bernharda und Dr. Stephanie Kirsch

In der Predigt am Fest des Hl. Franz Xaver betonte Diakon Jens Freiwald, wie sehr die Gottsuche alle Ordensfrauen und -männer, egal, welcher Herkunft und Spiritualität, verbindet, und wie sie im Heiligen Geist zu einem Ziel führen kann.

Wie gut die Integration indischer Ordensschwestern in Deutschland gelingen kann, zeigte Schwester Daisy Panikulam in ihrem geistlichen Impuls. Sie berichtete von ihren eigenen Erfahrungen, die sie seit 1990 in Deutschland machen durfte. Geradezu motivierend lud sie die Schwestern ein, ganz dort zu sein, wo sie leben. Das Gebet ‚Kloster am Rande der Stadt‘ von Schwester Silja Walter OSB verband sie mit adventlichen Gedanken auf

dem Wege zur Menschwerdung, die wir an Weihnachten feiern: Diese Welt brauche die Ordenschristen, Zeuginnen und Zeugen, Wächterinnen und Wächter, die nach Gott Ausschau hielten in der Nacht.

Im Anschluss führte Geschäftsführerin Dr. Stephanie Kirsch mit dem Interview zweier Ordensgemeinschaften eine neue Tradition für den Ordenstag ein. Um sich untereinander besser kennen zu lernen, interviewte sie die Ordensschwestern M. Bernharda und M. Nicola von den Cellitinnen zur hl. Maria und die Schwestern Lilly Maria und Nicy der ‚Congregation of Teresian Carmelites‘ (CTC), die ebenfalls im Mutterhaus der Cellitinnen leben. Die Cellitinnen teilen ihren Alltag und ihr Gebet mit den CTC-Schwestern, die schon seit 30 Jahren mit ihnen verbunden sind. Im Erzählen der vier Schwestern wurde spürbar, wie sehr sie im Alltag zusammengewachsen sind und wie beide Ordensgemeinschaften sich gegenseitig inkulturiert haben.

Zum Abschluss des Ordenstages wartete in der Cafeteria des Cellitinnen-Krankenhauses Heilig-

Geist ein festliches Essen, das die Köche der Seniorenhäuser eigens zubereitet hatten. Auch die Speisekarte sprach von Integration beider Kulturen: Ochsenbäckchen auf Kartoffelpüree oder Hühnchen Tikka Masala. Die Wahl war eindeutig: Es wurden weitaus mehr Gerichte mit Hühnchen serviert. Ein großer Dank erklang für die Servicekräfte der Hauswirtschaft, die für ein großartiges Erlebnis sorgten.

Ein rundum schöner Tag, der geprägt war vom Miteinander aller Ordens-Christen in den Cellitinnen-Seniorenhäusern, ob aus Ghana, Indien oder Deutschland. Es war spürbar und viele haben es am Ende des Tages auch dankbar geäußert: So eine große Gemeinschaft von Ordensleuten ist ein Geschenk für den Verbund! Mit einem Glas voller Dankbarkeit, gefüllt mit Pralinen, bedankte sich die Seniorenhaus GmbH bei den Ordensschwestern und den Patres für das Geschenk, das sie für die Cellitinnen sind. Vielen Dank an alle, die diesen Tag des Miteinanders, der Freude und des gegenseitigen Teilens ermöglicht haben. (K.C.)

Christliche Identität

Was unterscheidet eigentlich ein katholisches Kranken- oder Seniorenhaus, eine katholische Fachklinik für Psychiatrie oder eine katholische Einrichtung der Behindertenhilfe von solchen Einrichtungen staatlicher oder privater Trägern ?

Worin liegt das ‚unterscheidend Christliche‘ eines katholischen Trägers? Diese und ähnlich formulierte Fragen begegnen Mitarbeitern kirchlicher Einrichtungen sowohl im privaten Umfeld als auch bei Patienten, Bewohnern und Angehörigen sowie nicht zuletzt im Kollegenkreis selbst. Meist drückt sich in der Frage nach dem unterscheidend Christlichen die positive Erwartung nach einer besonders religionssensiblen und wertorientierten Haltung gegenüber den ‚Kunden‘ und der eigenen Mitarbeiterschaft aus.

Diese Erwartung ist gut verständlich, weil die Kirche für Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft einen hohen Anspruch formuliert. Das unterscheidend Christliche wird aber auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als notwendig angesehen. Denn als immer noch weitgehend positiv besetztes ‚Alleinstellungsmerkmal‘ soll es das eigene Unternehmen von den Mitbewerbern abheben.

Für die katholischen Träger stellt sich die Frage nach dem positiven Gehalt des unterscheidend Christlichen umso mehr in einer Zeit, in der christlicher Glaube und Kirche immer mehr an Bedeutung verlieren. Dieser Befund hat zahlreiche in der Kirche selbst liegende Ursachen, entspricht aber auch dem ‚soziologischen Megatrend‘ einer Individualisierung, die auch andere

Großorganisationen wie Parteien und Gewerkschaften betrifft. Auch sie haben trotz kurzzeitiger Eintrittswellen im Vergleich zu früheren Jahrzehnten massiv an Mitgliedern verloren.

Die Grundordnung

Die ‚Grundordnung des kirchlichen Dienstes‘ hat die Frage nach dem unterscheidend Christlichen bis 2022 sehr auf die Mitarbeiterschaft bezogen beantwortet. Die Mitarbeiter müssen zumindest mehrheitlich, insbesondere in leitenden Positionen, katholisch sein und einen nach kirchlichen Moralvorstellungen einwandfreien Lebenswandel nachweisen können. Erst die Aktion ‚Out in Church‘, also das Bekenntnis vieler kirchlicher Mitarbeiter zu ihrer sexuellen Orientierung beziehungsweise Identität Anfang 2022, hat den letzten Anstoß dazu gegeben, dass die Bemühungen um eine Reform der Grundordnung erfolgreich abgeschlossen werden konnten.

Nun heißt es dort: „Vielfalt in kirchlichen Einrichtungen ist eine Bereicherung. Alle Mitarbeitenden können unabhängig von ihren konkreten Aufgaben, ihrer Herkunft, ihrer Religion, ihrem Alter, ihrer Behinderung, ihrem Geschlecht, ihrer sexuellen Identität und ihrer Lebensform Repräsentantinnen und Repräsentanten der unbedingten Liebe Gottes und damit einer den Menschen dienenden Kirche sein.“ (Art. 3 (2)). Die Aussage, dass

Menschen auch unabhängig von ihrer Religion „Repräsentantinnen und Repräsentanten der unbedingten Liebe Gottes [...] sein“ können, zeigt, dass der christliche Glaube nicht davon ausgeht, erst die christliche Botschaft mache aus einem Menschen einen guten Menschen. Eine Grundlage findet diese Aussage in der Bergpredigt Jesu, in der alle Menschen „selig“ genannt werden, die sich zum Beispiel für Frieden und Gerechtigkeit einsetzen. Die vor allem im Bereich der Lebensführung mitunter als Last empfundene Verantwortung für das unterscheidend Christliche wurde also weitgehend von den Schultern der Mitarbeiter genommen.

Dafür sieht die neue Grundordnung die Träger verstärkt in der Pflicht, gemeinsam mit den Mitarbeitern „das christliche Profil der Einrichtung fortwährend weiterzuentwickeln und zu schärfen.“ (Art. 3 (4)).

Deutung und Sinnperspektive

Aber was macht dieses christliche Profil nun eigentlich aus? Dazu hebt die neue Grundordnung in wenigen Sätzen vor allem das Selbstverständnis kirchlicher Einrichtungen hervor: „Der Dienst in der Kirche ist ausgerichtet an der Botschaft Jesu Christi. Alle kirchlichen Einrichtungen sind sichtbare und erlebbare Orte der Kirche und dem Auftrag Christi verpflichtet. Sie sind Ausdruck der christlichen Hoffnung auf die zeichenhafte Verwirklichung des Reiches Gottes in der Welt.“ (Art. 2 (1)).

Diese wenigen Aussagen geben einen entscheidenden Hinweis: Das unter-

scheidend Christliche zeigt sich nicht primär auf der Handlungsebene – eine Operation oder Pflegeleistung ist fachlich gut oder schlecht, aber nicht katholisch oder evangelisch oder andersgläubig.

Das unterscheidend Christliche zeigt sich vielmehr darin, dass katholische Träger ihre Dienstleistungen für in Not geratene Menschen für sich selbst als christlichen Dienst der Nächsten- und der Gottesliebe definieren.

Als Stiftung der Cellitinnen können wir dabei auf eine reiche und wertvolle Tradition zurückgreifen, denn die am Ursprung vieler unserer Einrichtungen stehenden Ordensgemeinschaften der Cellitinnen sind tief in der Hoffnung verwurzelt, dass ihr Dienst an der „zeichenhafte[n] Verwirklichung des Reiches Gottes in der Welt“ (s.o.) mitwirken möge.

Diese Deutung des eigenen Handelns ist es also, die uns von privaten oder staatlichen Trägern unterscheidet. Erst aus dieser Deutung und Sinnperspektive heraus ergeben sich die Anforderungen, die für christliche Träger auch empirisch betrachtet unterscheidend sein können. Dazu zählen nach der Grundordnung des kirchlichen Dienstes beispielsweise Fort- und Weiterbildungen, in denen die Mitarbeitenden „berufs- und tätigkeitsbezogen spezifische religiöse und ethische Kompetenzen erwerben können, um die Menschen, die die kirchlichen Dienste in Anspruch nehmen, in ihrer religiösen Praxis zu unterstützen und um das christliche Selbstverständnis der Einrichtung zu stärken. Darüber

hinaus sollen für die Mitarbeitenden freiwillige Angebote zu Spiritualität und Seelsorge gemacht werden, um sich mit den eigenen Sinn- und Glaubensfragen des Lebens zu beschäftigen.“ (Art. 5 (2)).

Und natürlich zählt zu diesen Anforderungen auch eine besondere Orientierung am christlichen Menschenbild, wie sie auch in der Grundordnung verlangt wird. Wichtige Elemente sind eine besondere Sensibilität für die religiösen, spirituellen und existentiellen Fragen von Bewohnern und Patienten, das Angebot der Seelsorge in Form regelmäßiger Gottesdienste, aber auch individueller Begleitung, das Kreuz an der Wand sowie die Kapelle oder der Andachtsraum, um nur einige Stichworte zu nennen. Dazu kommt, dass die christliche Botschaft auch kritisches Potential enthält, um das eigene Handeln und Planen als Träger und Einrichtung immer wieder zu hinterfragen.

Natürlich könnte man behaupten, dass all diese Elemente theoretisch auch bei nicht-kirchlichen Trägern eine Rolle spielen könnten. Aber für einen Träger, der sich selbst als christlich definiert, sind sie Pflicht und nicht Kür, gehören sie zum innersten Wesen.

Beim unterscheidend Christlichen geht es also weniger um äußerliche Exklusivität, als um eine der Identität und dem Ursprung des Trägers entsprechende Verwirklichung des Auftrags für Menschen in Not, im Sinne der christlichen Botschaft einfach da zu sein. (J.F.)

Foto: Getty Images

Eine Ordensschwester als Praxisanleiterin



Seit fast 20 Jahren ist Schwester Teslin aus Kerala, Südindien, in Deutschland. Hier ist sie seit 2011 in der Pflegeeinrichtung St. Sebastian in Bornheim tätig und seit 2021 als Praxisanleiterin für angehende Pflegekräfte verantwortlich. Im Interview gibt Schwester Teslin Einblicke in ihre Arbeit und ihre Werte.

Als Ordensschwester hat Schwester Teslin stets den Anspruch, den Menschen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu stellen. Ihre tief verwurzelte Überzeugung, dass jeder Mensch wertvoll ist, prägt ihren Umgang mit den Bewohnern, den Kollegen sowie mit den Auszubildenden. „Es geht nicht nur um Technik, sondern darum, den Menschen als Ganzes zu sehen und ihm mit Respekt und Mitgefühl zu begegnen“, erklärt sie. Dabei geht es ihr nicht nur um die fachliche Pflege, sondern auch darum, die Bewohner emotional zu unterstützen und ihnen Nähe zu bieten.

In ihrer Rolle als Praxisanleiterin begleitet sie die Auszubildenden nicht nur fachlich, sondern auch persönlich. „Ich versuche, auf die individuellen Bedürfnisse der Schüler einzugehen, ihre Stärken zu erkennen und gemeinsam an den Schwächen zu arbeiten“, so die Ordensschwester. Ihr Ziel ist es, die angehenden Pflegekräfte nicht nur auf die praktischen Anforderungen der Pflege vorzubereiten, sondern auch ihre persönlichen und sozialen Kompetenzen zu fördern.

Jedoch ist der Beruf der Praxisanleitung nicht ohne Herausforderungen. Einerseits erfordert es viel Engagement, die Verantwortung für die Anleitung der Auszubildenden zu übernehmen, während man gleichzeitig die regulären Pflegeaufgaben erfüllt. Andererseits hat sich das Verhalten der Auszubildenden im Laufe der Jahre verändert. „Früher haben die Schüler mehr Eigeninitiative gezeigt und von sich aus nachgefragt“, berichtet Schwester Teslin. Heute müsse man die Auszubildenden eher dazu anregen, Fragen zu stellen. Dennoch würde Schwester Teslin ihren Beruf jederzeit wieder ergreifen.

Abschließend äußert Schwester Teslin einen Wunsch für die Zukunft der Pflege: „Der Pflegeberuf sollte mehr Anerkennung erfahren, denn Pflege bleibt ein unverzichtbarer Bestandteil unserer Gesellschaft.“

Schwester Teslin lebt ihren Beruf mit Hingabe und Empathie. Sie ist ein lebendiges Beispiel für die Werte, die die Pflege ausmachen: Menschlichkeit, Respekt und die unermüdliche Sorge um das Wohl der anderen. Als Praxisanleiterin leistet sie einen wertvollen Beitrag dazu, diese Werte auch an die nächste Generation von Pflegekräften weiterzugeben. Schwester Teslin gehört dem Orden der Schwestern der Ewigen Anbetung (SABS) an. (A.H.)

Mit Erasmus+ in Graz

Für ein Praktikum in der ambulanten Pflege ging Love Natasha Pothmann für einen Monat nach Graz. Unterstützt wurde sie dabei vom Bildungsprogramm Erasmus+, das die berufliche Bildung innerhalb der EU fördert.



Im ambulanten Pflegedienst der Caritas in Graz arbeiten etwa 30 Mitarbeiter: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger, einige Pflegehelfer mit einjähriger Ausbildung und Heimhelfer. Da ich in Deutschland eine dreijährige Ausbildung mache, habe ich bei den examinierten Pflegekräften hospitiert. An meinem ersten Arbeitstag wurde ich sehr freundlich von einer examinierten Krankenschwester empfangen. Sie hat mir die Station gezeigt und mich dann mit dem Auto zu ihren Klienten mitgenommen. Der Dienst begann morgens um 07.30 Uhr. Pro Schicht besuchten wir zwischen fünf und zehn pflegebedürftige Menschen.

Ich habe mich bei allen Kollegen und Klienten willkommen gefühlt. Als Sambierin ist es für mich in Deutschland manchmal schwierig, weil die Leute mich als ‚anders‘ wahrnehmen.

Offenen Rassismus erlebe ich zwar selten, aber die Leute gehen oft davon aus, dass ich kein Deutsch verstehe oder fragen mich, wo ich denn herkomme. In Graz hat mich niemand nach meiner Herkunft gefragt und ich hatte nicht das Gefühl, als ‚anders‘ wahrgenommen zu werden.

In Österreich ist die ambulante Pflege etwas anders strukturiert als in Deutschland. In Deutschland übernehmen die examinierten Pflegekräfte sowohl die komplette Körperpflege als auch die medizinische Versorgung.

Bei der Caritas in Graz ist die Arbeit aufgeteilt. Die Pflegehelfer fangen morgens früher an und erledigen die Körperpflege. Die diplomierten Pflegekräfte kommen später und übernehmen ausschließlich die medizinischen Aufgaben, für die man ein Diplom braucht, also Medikamentenstellen

und Wundversorgung, organisatorische Dinge wie Aufnahmegespräche und Pflegeplanung. Bei den meisten Patienten haben wir aber eine Wundversorgung durchgeführt, die bis zu 90 Minuten dauern konnte. Dabei habe ich viel gelernt, weil wir das in Deutschland im Pflegedienst selten gemacht haben. Einmal hat mich eine Kollegin auch zu einem Aufnahmegespräch mit einer neuen Klientin mitgenommen. Dabei habe ich gelernt, welche Fragen man stellt und wie man die Informationen später in den Computer eingibt.

Graz ist eine sehr schöne Stadt mit einer hübschen Altstadt, vielen netten Geschäften und einer schönen Umgebung, die zum Wandern einlädt. Ich hatte Glück mit meiner Wohnung. Die Bushaltestelle war nur fünf Minuten entfernt und der Bus kam alle fünf Minuten. Von der Wohnung zur Arbeit brauchte ich nur 20 Minuten.

Als Tipp kann ich nur sagen: Auch wenn es am Anfang so aussieht, als müsse man viel für das Praktikum organisieren, ist es am Ende gar nicht so schlimm. Wenn man erst einmal einen Praktikumsplatz gefunden hat, läuft alles wie von selbst. Für mich hat es sich auf jeden Fall gelohnt. Meine Erwartung war, dass in Österreich vieles ähnlich ist wie in Deutschland, aber der Pflegealltag ist doch ganz anders. Dadurch habe ich viel gelernt. Außerdem fand ich es bereichernd, einen Monat in einem anderen Land zu leben. (L.N.P.)



Die Teams der Gynäkologie und der Geburtshilfe freuen sich über die Zusammenlegung der Stationen

Eine Etage für Frauen, Eltern und Kinder

Im Cellitinnen-Severinsklösterchen sind Gynäkologie und Geburtshilfe nun auf einer Etage (wieder) vereint

Helle und freundliche Zimmer, ein frisch renovierter Trakt und sogar Domblick: So empfängt die fünfte Etage des Cellitinnen-Severinsklösterchens Krankenhaus der Augustinerinnen Frauen, (werdende) Eltern und Neugeborene. Hier, über den Dächern der Kölner Südstadt, sind die beiden Stationen Ursula und Monika seit Ende des Jahres 2024 vereint. Patientinnen der Gynäkologie und der Geburtshilfe werden seither hier zusammen ver- und umsorgt. Damit sind die Kompetenzen der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe auf einer Etage gebündelt – zum Vorteil von Teams und Patientinnen.

„Damit haben wir wiedervereint, was in den letzten Jahren getrennt war – und darüber freuen wir uns sehr“, sagt Professor Dr. Jan Schmolling, Chefarzt der Klinik. Denn die Vorteile liegen auf der Hand: Für das Team sind die Wege kürzer, und damit wird nicht nur die Patientenversorgung einfacher, sondern auch der Transfer von Wissen zwischen den Pflegeteams erleichtert.

„Die Stationen Monika und Ursula liegen nun in direkter Nachbarschaft, so können die Kolleginnen und Kollegen sich sehr direkt miteinander austauschen und unterstützen“, erklärt Marzena Koprowski, Bereichsleiterin Pflege Gynäkologie und Geburtshilfe.

Auch die Patientinnen der Klinik profitieren von der Zusammenführung der beiden Stationen auf einer Etage: Ein Kreißaal mit zwei direkt angebundene OP-Sälen für Kaiserschnitte, die Kreißaal-Ambulanz, Untersuchungsräume und die gynäkologische und geburtshilfliche Station in direkter Nachbarschaft machen auch für sie die Wege kürzer. Außerdem profitieren sie von der vereinfachten interdisziplinären Zusammenarbeit. „Und natürlich ist die Atmosphäre auf unserer Etage nun besonders geschützt“, so Schmolling. „Die Etage ist etwas abgeschieden vom manchmal hektischen Klinikalltag, und viele unserer Patientinnen müssen sie zwischen Aufnahme und Entlassung gar nicht verlassen, wenn sie nicht möchten.“ Sowohl

während der Schwangerschaft und nach einer Geburt wie auch nach einer gynäkologischen Behandlung schätzen die Patientinnen die Ruhe sehr.

Schließlich hat die bauliche Umstrukturierung auch Erneuerungen gebracht: Frisch renovierte Patientenzimmer, die komfortabel und modern eingerichtet sind, und eine neu geschaffene Patientenlounge, die zum Aufenthalt einlädt, tragen zusätzlich zur Wohlfühlatmosphäre der ‚Frauenklinik-Etage‘ bei. (E.L.)



Die Patientenlounge auf der Station Monika

Pflege und Hauswirtschaft – gemeinsam stark



Gemeinsam für die
Bedürfnisse der
Bewohner

Wie zwei Qualitätsmanagerinnen die Aufgaben in den Cellitinnen-Seniorenhäusern effektiv und innovativ vergeben.

7:30 Uhr morgens in einem Seniorenhaus, der Tag beginnt: Eine Pflegekraft klopft an die Tür eines Bewohners und begrüßt ihn mit einem freundlichen „Guten Morgen“, prüft seinen Zustand, reicht Medikamente und übernimmt mit geübten Handgriffen die morgendliche Körperpflege. Danach müsste sie zügig zum nächsten Bewohner, aber das Bett muss neu bezogen werden, der Kleiderschrank ist unordentlich und das Wasserglas schmutzig. Zeit vergeht für die Aufgaben der Zimmerpflege und die innere Unruhe wächst.

Um solchem Druck entgegenzuwirken und die Aufgaben in der Pflege strukturierter zu verteilen, gibt es seit Juli 2023 ein neues Personalbemes-

sungsverfahren. Das Ziel: die Pflegequalität in der Langzeitpflege zu sichern, indem Personalbedarfe präziser berechnet und Aufgaben je nach Qualifikation effizient verteilt werden.

Pionierarbeit in den Cellitinnen-Seniorenhäusern

Die Cellitinnen-Seniorenhäuser gehen noch einen Schritt weiter: „Wir sind der Meinung, dass die Aufgabenverteilung in Seniorenhäusern noch viel effektiver ablaufen kann, wenn auch die Hauswirtschaft in alle anfallenden Aufgaben einbezogen wird“, versichert Lydia Taxhet, Qualitätsmanagerin im Haus-service. Dieses innovative Projekt setzt sie gemeinsam mit der Qualitätsmanagerin Pflege und SKB (Sozial-Kulturelle Betreuung), Dagmar Dieckhoff, um.

Dabei leistete Taxhet Pionierarbeit: In einem ersten Schritt legte sie, analog zur Pflege, verschiedene Qualifikationsniveaus für die Hauswirtschaft fest. „Ich möchte ein Bewusstsein dafür schaffen, dass die Berufe in der Hauswirtschaft auch mit den Qualifikationsniveaus in der Pflege vergleichbar sind“, beschreibt Taxhet das neue Selbstverständnis. „Die Hauswirtschaft kann die Pflege unterstützen und Aufgaben übernehmen, die nicht unbedingt Kernpflege sind, wie den Pflegewagen mit Wäsche aufzufüllen, Inkontinenzmaterial zu verteilen, Betten zu beziehen oder Schränke zu ordnen. So erhalten Pflegekräfte mehr Zeit für ihre Kernaufgaben.“

Erfolgreich in der Praxis

Taxhet und Dieckhoff gehen gemeinsam in Seniorenhäuser und helfen dort bei der Umsetzung der neuen Ablauforganisation, beispielsweise im Seniorenhaus St. Maria in der Kölner Innenstadt. Dieses Haus stelle sich der Herausforderung von wechselnden Mitarbeitern „Mit regelmäßigen Treffen haben wir dabei unterstützt, das Projekt im Haus umzusetzen. Zum Auftakt, Anfang 2024, waren wir beide alle 14 Tage vor Ort“, erinnert sich Dieckhoff. „Weiterhin haben wir in St. Maria eine Stelle für eine Koordinatorin in der Hauswirtschaft geschaffen, neue Schichten eingeführt und Schulungen für die Hauswirtschaft organisiert, damit alle die gleichen Standards befolgen“, erläutert Taxhet.

Dieckhoff und Taxhet entwickelten gemeinsam Ablaufpläne für Pflege und Hauswirtschaft: „Alle pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bedürfnisse der Bewohner wurden im Haus erfasst, und wir schauten, welche Aufgaben erledigt werden müssen und welche Qualifikationsniveaus wir dafür brauchen“, so Dieckhoff. „Dieser Plan muss fortlaufend angepasst werden. Das bedarf einer strukturierten Kommunikation. Dafür wollen wir alle im Haus sensibilisieren.“

Bringen Pflege
und Haus-
wirtschaft
zusammen:
Lydia Taxhet
(li) und Dagmar
Dieckhoff



Ein weiterer Vorteil des Plans: Alle sehen was die Kollegen leisten. So entsteht Wertschätzung zwischen Pflege und Hauswirtschaft. „Ziel ist es nicht zu schauen, wer wie viel macht, sondern flexibel bei der Aufgabenverteilung zu sein“, erklärt Dieckhoff. „Dadurch ist es uns gelungen mehr Ruhe in die Arbeit zu bringen. Wir sind auf einem guten Weg“, versichert Taxhet.

Bedürfnisse im Mittelpunkt

„Unser Ziel sind multiprofessionelle Teams, in denen die Leistungen von jeder und jedem anerkannt werden und die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner im Mittelpunkt stehen“, berichtet Dieckhoff. Eine wichtige Voraussetzung: Die Leitungen der Seniorenhäuser, der Pflege und der Hauswirtschaft müssen von diesem Konzept überzeugt sein und mit gutem Beispiel vorangehen.

Wenn Pflege und Hauswirtschaft zusammenarbeiten, könnte ein alternativer Tagesstart im Seniorenhaus so aussehen: 07:30 Uhr morgens: Eine Pflegekraft klopft an die Tür eines Bewohners und beginnt routiniert mit der Morgenpflege. Der nächste Bewohner klingelt bereits. Die Pflegekraft hält kurz inne: Eigentlich stapeln sich im Schrank Kleidungsstücke durcheinander, das Bett muss neu bezogen und das Zimmer aufgeräumt werden. Mit einem erleichterten Blick auf die Uhr erinnert sie sich, dass diese Aufgaben später von einer Hauswirtschaftskraft

übernommen werden. Kurze Zeit später, während in der Wohnbereichsküche der Kaffeeduft durch den Raum zieht und die Bewohner beim Gottesdienst in der Hauskapelle oder einem Angebot sind, geht eine Hauswirtschaftskraft durch die Zimmer. Sie bezieht Betten, gießt Blumen, reinigt einen Rollstuhl, sortiert Schränke und tauscht leere Gläser aus. Diese Unterstützung gibt der Pflegekraft die nötige Zeit, sich auf ihre Kernaufgaben zu konzentrieren – und sorgt dafür, dass sich die Bewohner in einer sauberen und ordentlichen Umgebung wohlfühlen. (A.O)

Die neue Personalbemessung in der Langzeitpflege – Was steckt dahinter?

Die neue Personalbemessung nach § 113c SGB XI gilt seit Juli 2023 und soll dafür sorgen, dass in Pflegeeinrichtungen ausreichend qualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung stehen, um die Qualität der Pflege zu sichern. Bisher war es oft schwer, den genauen Personalbedarf zu berechnen. Mit der Reform wird nun ein detaillierter Plan erstellt, der berücksichtigt, wie viele Pflegekräfte mit welchen Qualifikationen für die Betreuung der Bewohner notwendig sind. Dies soll Fachkräfte entlasten, eine bessere Arbeitsorganisation ermöglichen und mehr Flexibilität durch den gezielten Einsatz von Pflegehilfs- und Assistenzkräften schaffen.

Eine Woche, ein Team, viel Selbstbewusstsein

Im Cellitinnen-Seniorenhaus St. Maria führten Azubis für eine Woche einen Wohnbereich.



Auszubildende mit ihrer Praxisanleiterin: v.l.n.r.: Amina Benshaba, Carmen Rütsch, Tania Impero, Mohammed Amine Fatmi

Der Zusammenhalt untereinander hat auch Mohammed Amine Fatmi, Schüler im ersten Ausbildungsjahr, sehr gefallen: „Das Projekt hat mir großen Spaß gemacht. Ich bin selbstständiger geworden und konnte viel von den Auszubildenden lernen, die kurz vor ihrem Abschluss standen.“

Für die Schüler im letzten Ausbildungsjahr hatte das Projekt ebenfalls einen entscheidenden Vorteil: „Die Auszubildenden im dritten Lehrjahr standen kurz vor ihren Abschlussprüfungen“, erinnert sich Rütsch. „Diese Praxisübung hat deutlich gezeigt, was schon gut klappt und wo es noch Nachholbedarf gibt.“

Dank dieses Projektes waren die Azubis nicht nur bestens auf die Prüfungen vorbereitet, sondern auch auf ihren zukünftigen Arbeitsalltag: „Das Projekt hat mir auf jeden Fall mehr Selbstbewusstsein gegeben“, sagt Tania Impero, Schülerin im dritten Ausbildungsjahr. „Jetzt habe ich einen viel besseren Einblick, wie der Alltag als Pflegefachkraft aussehen wird.“ (A.O.)

Vom 14. bis 18. Oktober 2024 übernahmen acht Auszubildende zur Pflegefachkraft die Leitung des Wohnbereichs Elisabeth im Seniorenhaus St. Maria in der Kölner Innenstadt, eine Premiere für das Haus. Die Idee stammte von Praxisanleiterin Stephanie Brouwers: „In meiner Ausbildung zur Pflegefachfrau im Krankenhaus habe ich bei einem solchen Projekt mitgemacht. Ich konnte damals viel lernen und wollte diese Erfahrung auch meinen Auszubildenden ermöglichen.“ Gemeinsam mit ihrer Kollegin Carmen Rütsch setzte sie das Projekt um.

Vom Orientierungseinsatz bis zum dritten Ausbildungsjahr hatten die Schüler ganz unterschiedliche Voraussetzungen. Auf sie warteten viele neue Aufgaben wie Medikamente zu stellen,

Gespräche mit Angehörigen zu führen, die Dokumentation zu übernehmen, den Tagesablauf auf der Station zu planen oder Wunden zu versorgen und bei Notfällen zu unterstützen.

„Am ersten Tag haben mich die vielen neuen Aufgaben sehr gefordert“, erinnert sich Freida Olori, Schülerin im dritten Ausbildungsjahr. „Aber am Ende des Projektes war ich richtig routiniert.“

An eine Situation erinnert sich Stephanie Brouwers besonders: „Wir hatten einen Notfall, bei dem eine Bewohnerin kollabiert ist und nicht mehr ansprechbar war. Unter meiner Anleitung haben die Schüler die Situation sehr gut gemeistert. Sie sind ruhig geblieben und haben toll zusammengearbeitet.“

Dolce-Vita-Strategie für die Seniorenhäuser

Die Führungskräftetagung brachte einen weiteren Schub in den Strategieprozess 2030 der Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria.



Zum Abschluss gab es noch ein Gruppenbild

Mitte November kamen die Führungskräfte der Seniorenhaus GmbH zusammen, um sich über den Stand des Strategieprozesses 2030 auszutauschen und neue Ideen zu sammeln. Dabei unterstützten sie die beiden Coaches für Leadership und Transformation, Loredana Meduri und Alessandro Spanu, mit ihrer ‚Dolce-Vita-Strategie‘. Anders, als der Titel vielleicht vermuten lässt, ging es hierbei nicht um das ‚Süße Leben‘, sondern um Führung mit Energie und Leichtigkeit, die das Beste aus der gegebenen Situation zu gestalten vermag. Die eigene Haltung der Führungskräfte bestimmt dabei den Erfolg und damit den Abbau von Störfaktoren



In Arbeitsgruppen wurden Spielszenen zu einzelnen Themenfeldern erarbeitet



Das positive Lebensgefühl der beiden Coaches Loredana Meduri und Alessandro Spanu übertrug sich schnell auf das Plenum



Dr. Stephanie Kirsch (Geschäftsführerin) übernahm die Einführung der Leitungskräfte tagung



Bei der Podiumsdiskussion: Prof. Dr. Hermann Brandenburg (li) und Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt beurteilen die Situation der Altenpflege kritisch



Die Wirksamkeit des Handelns wird am stärksten durch die innere Einstellung des Handelnden bestimmt. Die Seniorenhaus GmbH konnte in mehreren Messungen die Wirksamkeit der Führungsarbeit in Bezug auf die Zufriedenheit nachweisen.

Auf dem Weg zum SeniorenZuhause 2030

Susanne Hanrath-Kemper, Qualitätsmanagerin des Cellitinnen-Instituts für Qualitätsmanagement (CIS) informierte gemeinsam mit Sebastian Felske, Kaufmännischer Leiter, über den Stand des Strategieprozesses 2030. Vor über zwei Jahren war der umfangreiche

Prozess unter Corona-Bedingungen digital gestartet. 2023 erfolgte die große Auftaktveranstaltung in Präsenz im Cellitinnen-Seniorenhaus Serafine. Dabei wurde nochmals die zugrundeliegende ‚Theorie U‘ von Prof. Otto Schramer erläutert, deren Maxime lautet: Von der Zukunft her führen.

„Die Theorie U ist eine kreative Managementmethode, die ganzheitliche Veränderungen in Menschen, Teams oder Organisationen anregt, gepaart mit Mut und Achtsamkeit der handelnden Personen“, erklärte die Geschäftsführerin der Seniorenhaus GmbH, Dr. Stephanie Kirsch. „Kernstück der Methode ist der U-förmige Prozess, der schöpferisch neue Lösungen freilegen soll, statt allein auf Erfahrungen aus der Vergangenheit zu setzen.“

Derzeit arbeiten die Mitarbeiter in 23 Projekten an Zukunftsthemen. Ziel ist die Schaffung des SeniorenZuhause 2030, um zum Beispiel für die hohen, individuellen Ansprüche der Boomer-Generation gerüstet zu sein, die in den kommenden Jahrzehnten in den Seniorenhäusern leben wird. (C.L.)



Ein wichtiger Punkt:
Die Einstellung bestimmt den Erfolg.



Die Stimmung war gut,
die Gespräche konstruktiv,
die Vorträge und
Workshops
mitreißend und
inspirierend.



Mehr Mut für die Pflegemitarbeiter

Der Strategieprozess der Seniorenhäuser wurde von Beginn an durch Professor Dr. Frank Schulz-Nieswandt und Professor Dr. Hermann Brandenburg begleitet. Sie sind Experten für die Weiterentwicklungen in der Langzeitpflege. In der Podiumsdiskussion stellten sie sich den Fragen von Moderator Christoph Leiden (Stiftung der Cellitinnen, Leiter Unternehmenskommunikation) und den Seniorenhausleitern. Dabei ging es vor allem um die Herausforderungen für die stationäre Pflege: zum einen aufgrund der

politischen und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen, zum anderen aufgrund des Fachkräftemangels.

Schulz-Nieswandt verglich das (vergebliche) Bemühen der Gesellschaft, ein wirkungsvolles Netzwerk für alte Menschen zu schaffen, mit den Helden der klassischen Antike. Dabei prägte er den Begriff der ‚Melancholischen Daseinsfreude‘, mit der das Unabänderliche zu ertragen sei. Dennoch machten er und sein Kollege Brandenburg Mut, sich für die Pflege zu engagieren und sich dabei auch gegen politische Vorgaben zu positionieren. Schulz-Nieswandt zeigte anhand der von ihm entwickelten Formel einen Zusammenhang zwischen den Freiheitsgraden der Führungskräfte und der Zufriedenheit der Bewohner auf.

„Die Veranstaltung war wirklich gelungen“, resümierten die Regionalleiter Dino Kierdorf, Matthias Wolter und Carsten Tappel. Die Stimmung war gut, die Gespräche konstruktiv, die Vorträge und Workshops mitreißend und inspirierend. So brachte diese Zwischenbilanz des Strategieprozesses neuen Schwung in das Thema auf dem langen Weg bis 2030. (C.L.)





Pflegedienstleiterin
Anja Küllenberg,

Inmitten des hektischen Alltags gibt es Orte, an denen Menschen zur Ruhe kommen können, ohne dabei auf das soziale Miteinander zu verzichten. Die Tagespflegeeinrichtung Cellitinnen-Marienborn Maria Hilf in Bornheim ist ein solcher Ort. Hier verbringen die Gäste ihren Tag in Gesellschaft, erhalten Pflege und Unterstützung, während ihre Angehörigen entlastet werden. Ein Interview mit Anja Küllenberg, der Pflegedienstleitung der Tagespflege, gibt einen Einblick in den Alltag dieser besonderen Einrichtung.

Was genau ist die Maria Hilf Tagespflege?

Die Gäste kommen morgens und fahren am späten Nachmittag wieder nach Hause. Dabei wird auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Gäste Rücksicht genommen – manche kommen später, da sie morgens mehr Zeit brauchen, andere sind schon früher da. Die Tagespflege soll in erster Linie den Angehörigen älterer Menschen eine Entlastung bieten. Wenn Familienmitglieder arbeiten oder sich nicht mehr ausreichend kümmern können, wissen sie, dass ihr Angehöriger in einer guten, sozialen Umgebung ist. In der Tagespflege ist Platz für insgesamt 16 Gäste. Diese kommen mit ganz unterschiedlichen Bedürfnissen – von Unterstützung bei der Körperpflege über gesellschaftliche Interaktion bis hin zu geistiger und körperlicher Anregung. Jeder Gast bringt andere Wünsche mit, und wir achten darauf, dass diese berücksichtigt werden.

Wie sieht denn so ein typischer Tagesablauf aus?

Ein typischer Tag beginnt damit, dass die Gäste entweder von einem Fahrdienst oder den Angehörigen gebracht werden. Um etwa 09:15 Uhr wird der Tag mit einem gemeinsamen Frühstück begonnen. Anschließend gibt es eine Zeitungsrunde, in der nach dem Vorlesen der Artikel über die aktuellen Themen diskutiert wird.

Nach dem ruhigen Start geht es aktiv weiter: Im Bewegungsraum werden Sitztanz, Gedächtnis-Quiz oder Kegeln angeboten. Auch Singen oder Ratespiele wie ‚Stadt, Land, Fluss‘ gehören zu den

regelmäßigen Angeboten, die Körper und Geist fit halten.

Wie gehen Sie auf persönliche Wünsche ein?

Wenn ein Gast eine bestimmte Aktivität bevorzugt oder Wünsche äußert, versuchen wir, diese zu berücksichtigen. Für die Gäste ist es wichtig, dass sie sich auch im Alter noch als Teil der Gemeinschaft fühlen und ihre Wünsche nicht verloren gehen. Auch die Wahl der Mahlzeiten wird in Absprache mit den Gästen getroffen. Nach dem Mittagessen folgt eine kleine Auszeit. Manche Gäste entspannen sich auf dem Sofa, während andere bei einem Spiel wie ‚Mensch ärgere Dich nicht‘ die Pause genießen. Es ist uns wichtig, dass jeder den Tag so gestalten kann, wie er es möchte. Nachmittags gibt es Kuchen, Obst oder Joghurt, und im Rahmen einer kleinen Aktivität, wie etwa einer Erzählrunde oder dem Singen von Weihnachtsliedern, wird der Tag gemeinsam beendet. Gegen 16:00 Uhr verlassen die Gäste dann die Tagespflege.

Welche Pflege- und Therapieangebote gibt es?

Neben der sozialen Betreuung stehen in der Tagespflege auch therapeutische Angebote zur Verfügung. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden kommen regelmäßig in die Einrichtung, um mit den Gästen gezielte Übungen durchzuführen. Die Familie muss sich nicht darum kümmern, all diese Therapien selbst zu organisieren. Auch Fußpflege wird in der Nähe angeboten, und Gäste, die diese Dienstleistung benötigen, werden dorthin gebracht. Es wird darauf geachtet, dass die Gäste rundum versorgt werden.

Die ganzheitliche Betreuung ist uns besonders wichtig. So arbeiten die Mitarbeiter der Tagespflege eng mit verschiedenen Fachkräften zusammen, um den Gästen nicht nur Pflege, sondern auch die umfassende Förderung von Körper und Geist zu bieten.



Jeder Gast hat seine eigenen Vorlieben und Eigenheiten, und es erfordert Fingerspitzengefühl, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich alle integriert und angenommen fühlen.



Mit welchen Herausforderungen sind Sie konfrontiert?

Es ist nicht immer einfach, eine Gruppe so zu gestalten, dass sich alle wohlfühlen. Jeder Gast hat seine eigenen Vorlieben und Eigenheiten, und es erfordert Fingerspitzengefühl, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich alle integriert und angenommen fühlen. Dennoch ist diese Aufgabe für die Pflegedienstleitung und ihr Team von großer Bedeutung, denn jeder Gast soll den Tag mit einem positiven Gefühl erleben.

Welche Momente fanden Sie besonders emotional berührend?

Im Laufe der Jahre gab es viele Momente, die uns berührt haben. Besonders in Erinnerung geblieben ist mir der 100. Geburtstag einer Dame, den sie im Jahr 2000 in der Tagespflege feierte. Diese Art von Ereignissen zeigt, wie viel die Gäste von der Gemeinschaft und den Aktivitäten in der Tagespflege profitieren. Einer meiner emotionalsten Momente war jedoch, als ein Gast mich einmal zu sich rief und sagte: „Ich möchte mal etwas sagen: Wie schön es ist, hier sein zu dürfen.“ Das hat mich sehr berührt. Diese Art von Dankbarkeit gibt dem Team immer wieder die Bestätigung, dass diese Arbeit wertvoll und wichtig ist. (A.H.)

Ein Blick hinter die Kulissen der Tagespflege

Sechs Tage Indien

Zwischen Speeddating,
Kulturprogramm und ziemlich
scharfem Essen.



Erkundung der Stadt

Mit Schwestern der
Teresian Carmelites
am Strand



Das Anwerben ausländischer Pflegekräfte ist längst fester Bestandteil im Gesundheitswesen. Die demografische Entwicklung führt dazu, dass immer mehr ältere Menschen Pflege benötigen, während die Zahl der verfügbaren Pflegekräfte kontinuierlich sinkt. Seit Jahren verspüren die Krankenhäuser einen immensen Fachkräftemangel.

Im Cellitinnen-Krankenhaus Heilig Geist ist die Mitarbeitersuche im Ausland Teil einer umfassenden Strategie, um den steigenden Bedarf an qualifizierten Fachkräften zu decken und die Qualität in der Pflege nachhaltig zu sichern.

Deshalb hat sich Pflegedirektorin Susanne Krey im November 2024 gemeinsam mit ihrem Kollegen Özcan Yakut in seiner Funktion als Praxisanleiter und Anna Di Biase, Deutschlehrerin für ausländische Pflegekräfte am Heilig Geist sowie am Cellitinnen-Krankenhaus St. Marien, auf den Weg nach Indien gemacht. Ziel der Reise war es, möglichst viele potenzielle Bewerberinnen und Bewerber für Ausbildungs- und Arbeitsplätze kennenzulernen.

Hervorragende Vorbereitung vor Ort

Ermöglicht wurde die Reise nach Kerala durch die großartige Kooperation mit den Schwestern des Karmelitenordens ‚Congregation of Teresian Carmelites‘. Mit großem Engagement verteilten die Ordensschwestern den im Vorfeld erstellten Einladungsflyer aus Deutschland an zahlreiche Krankenhäuser, Schulen und Interessierte. Die Vorstellungstermine waren logistisch gut vorbereitet und die Bewerberunterlagen in Ordern alphabetisch sortiert - besser konnte es nicht sein.



Gruppenbild mit Bewerbern

Die Vorfreude auf die Begegnungen war groß. Schon der herzliche Empfang der Schwestern machte Lust auf die anstehenden Gespräche, auch wenn die Temperaturen von durchschnittlich 31 Grad und die hohe Luftfeuchtigkeit eine Herausforderung darstellten.

Speeddating mit 110 Bewerbern

Innerhalb von vier Tagen führte das Team beeindruckende 110 Bewerbungsgespräche – ein echtes Speeddating. Trotz des straffen Programms nahmen sich die deutschen Kollegen Zeit für jeden Bewerber und schenkten allen die gleiche Aufmerksamkeit. Die Aufregung der Kandidaten war spürbar, denn die Gespräche hätten für viele eine entscheidende Wende in ihrem Leben bedeuten können.

Um die erste Nervosität zu mildern, wurden spielerische Übungen und Selbstbewusstseins-Trainings durchgeführt. Ein Film über ausländische Pflegekräfte, die bereits in Deutschland arbeiten, vermittelte zudem ein realistisches Bild des Arbeitsalltags.

Die Qualität der Bewerber war so gut, dass das Team am liebsten fast alle eingestellt hätte. Aufgrund der begrenzten Kapazitäten konnten jedoch nur einige Plätze vergeben werden. Dennoch dürfen sich mehrere Krankenhäuser des Verbunds auf neue Kollegen freuen. Heilig Geist



Indische Köstlichkeiten

Vielfältiges Marktangebot

selbst begrüßt sechs Azubis und eine examinierte Pflegekraft.

Drei neue Kolleginnen und Kollegen beginnen ihre Ausbildung im Cellitinnen-Krankenhaus St. Vinzenz, voraussichtlich weitere drei im Cellitinnen-Krankenhaus St. Marien. Die Reise war ein voller Erfolg und hat dazu geführt, dass weitere Möglichkeiten zur Vermittlung der Bewerber geprüft werden. Das St. Josef Krankenhaus in Essen kann bereits weiteren zehn Azubis eine Perspektive bieten.

Einblick in die indische Kultur

Neben der Arbeit bot die Reise auch faszinierende Einblicke in die indische Kultur. Highlights waren ein Elefantenritt und eine Hausboottour. Besonders eindrucksvoll war der Besuch eines Seniorenheimes und eines typischen indischen Krankenhauses. Obwohl die Ausstattung dort deut-

lich einfacher ist als in Deutschland, beeindruckte die Lebensfreude und Freundlichkeit der Menschen. Ein Vergleich zeigt: Eine Pflegefachkraft in Indien verdient umgerechnet etwa 300 Euro im Monat, hat das Arbeitspensum einer 48 Stunden-Woche und erhält zehn Tage Urlaub pro Jahr.

Egal, wohin die Besucher kamen, sie wurden mit einem reich gedeckten Tisch und indischen Köstlichkeiten empfangen. Für europäische Gaumen war das Essen fast immer scharf, auch wenn die Inder es als „mild“ bezeichneten. Doch auch dies trug zu einem unvergesslichen Erlebnis bei, das die Vielfalt der indischen Kultur, sowie die Herzlichkeit und Großzügigkeit der Menschen widerspiegelte.

Der Zwischenstopp in Dubai am Ende einer bewegenden Reise wirkte schließlich wie ein Ausflug in eine andere Welt. (B.S.)

Stark im Verbund

Die Krankenhausreform NRW in der Hospitalvereinigung der Cellitinnen.

v.li Gunnar Schneider
und Stefan Dombert



Die neue Krankenhausplanung NRW ist eine der größten Strukturreformen im Gesundheitswesen seit Jahrzehnten. Ziel des ehrgeizigen Projektes des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW ist eine stärkere Konzentration von Leistungen an einzelnen Standorten, gleichzeitig soll eine flächendeckende Notfallversorgung gewährleistet bleiben. Diese Umstrukturierung hat grundlegende Veränderungen für die Krankenhäuser im Land zur Folge, mit zum Teil drastischen Einschnitten in ihrem Leistungsangebot.

Wie sehen die Verantwortlichen in der Hospitalvereinigung der Cellitinnen (HDC) die Reform? Und welche Auswirkungen hat die Planung auf die Krankenhäuser der Hospitalvereinigung? Wir haben nachgefragt bei Gunnar Schneider, Vorstand der Stiftung der Cellitinnen, und Stefan Dombert, Geschäftsführer der HDC.

Wie bewerten Sie die Reform in NRW?

Schneider: Grundsätzlich war allen Krankenhausträgern im Land klar, dass es einer Reform der Krankenhausplanung bedurfte. Die wirt-

schaftliche Situation der Krankenhäuser in Deutschland ist mehr als besorgniserregend, Veränderungen im System sind unumgänglich. Im Gegensatz zum geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf Bundesebene war die Krankenhausplanung NRW ein Prozess, der in Abstimmung mit den beteiligten Akteuren durchgeführt wurde. Dies ist erst einmal grundsätzlich positiv zu bewerten.

Dombert: Das sehe ich genauso. Veränderungen, insbesondere durch Konzentration von Versorgungsangeboten, sind nicht zu vermeiden, vor allem in den städtischen Regionen, wie zum Beispiel in Köln. Hier sind wir mit sieben somatischen Kranken-

häusern vertreten. Das ermöglicht uns, medizinische Schwerpunkte zu setzen. Kritisch sehe ich allerdings, dass die Umsetzungsfristen für die Veränderungen sehr kurz sind. Zwar hat das Land eine Karenzzeit bis zum 01.04.2025 eingeräumt, aber die Feststellungsbescheide sind im Dezember 2024 erst kurz vor Weihnachten eingegangen. Da sind drei Monate nicht besonders viel Zeit.

Schneider: Das Land NRW hat sich dazu entschieden, die mit der Umsetzung der Krankenhausplanung verbundenen Veränderungen nicht vollumfänglich zu finanzieren. Das bedeutet, dass Krankenhausträger, die im Rahmen der Krankenhausplanung Leistungsangebote abgeben müssen,

die daraus resultierenden Aufwendungen selbst zu tragen haben. Für den Fall, dass ein Krankenhaus einen Leistungsbereich oder sogar eine komplette Fachabteilung schließen muss, bleiben diese wirtschaftlichen Belastungen leider vollständig an den Krankenhausträgern hängen.

Welche Veränderungen gibt es konkret in der HDC?

Dombert: Insgesamt hat das MAGS mit den Feststellungsbescheiden das Leistungsangebot unserer Krankenhäuser bestätigt. Kein Standort ist durch die Aberkennung von Leistungen in seinem Bestand bedroht. Allerdings mussten wir am Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis durch den Wegfall der Leistungsgruppe Urologie die traditionsreiche Urologische Abteilung schließen, was uns sehr schwergefallen ist. Dank eines guten Überleitungsmanagements konnte den Patienten aber das Angebot gemacht werden, in der Urologie im Cellitinnen-Krankenhaus Heilig Geist weiter behandelt zu werden. So können wir die Versorgung innerhalb unseres Verbunds sicherstellen.

Der Klinikverbund in Wuppertal hat zwar einzelne Leistungsgruppen im

Cellitinnen-Krankenhaus St. Petrus verloren, im Cellitinnen-Krankenhaus St. Josef ändert sich jedoch nichts. Mit insgesamt 28 zugewiesenen Leistungsgruppen gehört der Klinikverbund auch weiterhin zu den stärksten Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung für Wuppertal und die Region.

In Bergheim hat das Cellitinnen-Krankenhaus Maria-Hilf aufgrund der besonderen regionalen Gegebenheiten den Auftrag zur Erstellung standort- und trägerübergreifender Konzepte in den Leistungsgruppen Kardiologie und Endoprothetik erhalten. Hier setzen wir alles daran, eine Führungsrolle zu übernehmen.

Es gibt auch Bereiche, die schon jetzt durch die Reform gestärkt werden: Hierzu gehören insbesondere die Abteilungen für Kardiologie im Cellitinnen-Krankenhaus St. Vinzenz und im Cellitinnen-Severinsklösterchen Krankenhaus der Augustinerinnen, die Orthopädischen Kliniken im Cellitinnen-Krankenhaus St. Franziskus und im Cellitinnen-Severinsklösterchen Krankenhaus der Augustinerinnen, die Geriatri-

schen Abteilungen in den Cellitinnen-Krankenhäusern St. Hildegardis und St. Marien, die Gefäßmedizin im Cellitinnen-Krankenhaus St. Vinzenz und die Abteilung für Plastische und Ästhetische Chirurgie im Cellitinnen-Krankenhaus St. Antonius sowie die Neurologie mit Stroke Unit und auch die Urologie im Cellitinnen-Krankenhaus Heilig Geist.

Unsere starke regionale Verbundstruktur in Köln, Wuppertal und dem Rhein-Erft-Kreis ist ein deutlicher Vorteil bei der Konzentration von Leistungen und der Strukturierung von Versorgungsangeboten. Diese Stärke müssen wir standort- und sektorenübergreifend nutzen und kontinuierlich ausbauen.

Schneider: Dies ist auch mit Blick auf die Bundesgesetzgebung wichtig, denn die Krankenhausreform in NRW war nur der Anfang umfassender Veränderungen im Gesundheitswesen auf Bundesebene. In welcher Ausgestaltung die Reform auf Bundesebene dann in die Umsetzung gehen wird, ist aktuell aufgrund der Neuwahlen zum Deutschen Bundestag noch nicht absehbar. (S.B.)



Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Deutschland ist mehr als besorgniserregend, Veränderungen im System sind unumgänglich.



Sporttherapie in der Psychiatrie

Ein Interview mit Petra Kuberna,
Diplomsportlehrerin mit Schwerpunkt
Rehabilitationssport.

Frau Kuberna, könnten Sie uns einen Überblick darüber geben, wie Sporttherapie in der Psychiatrie angewendet wird?

Die Sporttherapie in der Psychiatrie verfolgt vor allem das Ziel der ‚antidepressiven Aktivierung‘. Dabei geht es nicht um Leistung, Training oder Bewertungen. Vielmehr steht die Mobilisierung der Patienten im Vordergrund, um ihnen zu helfen, wieder aktiv zu werden und ihre Beziehung zum eigenen Körper neu aufzubauen. Ein wichtiger Bestandteil ist auch die Gesundheitsschulung, bei der wir den Patienten erklären, warum Bewegung so wichtig ist. Wir arbeiten an der

Antriebsregelung, der Strukturierung des Alltags und fördern das Regelverhalten. Patienten üben Geduld – etwa, wenn etwas nicht sofort gelingt, motivieren wir sie, weiterzumachen. Außerdem spielen Körperwahrnehmung und Frustrationstoleranz eine große Rolle. Die Patienten müssen verstehen, warum sie manche Dinge nicht sofort schaffen und welche Defizite sie überwinden müssen. Die Grundaktivierung des Körpers ist ebenfalls ein entscheidender Punkt. Die Patienten kommen in der Regel vier bis fünf Mal die Woche zum Sport.

Welche psychischen Erkrankungen können besonders von der Sporttherapie profitieren?

Grundsätzlich profitieren alle Krankheitsbilder aus der Psychiatrie und Psychotherapie von der Sporttherapie. Besonders deutlich wird der Nutzen bei Suchtpatienten, die beim Sport ihre überschüssige Energie loswerden können. Depressive Patienten erleben durch die körperliche Aktivität eine Antriebssteigerung und merken nach der Stunde, dass sie fitter sind – was oft eine Stimmungsaufhellung zur Folge hat. Bei Persönlichkeitsstörungen lernen die Patienten, Regelverhalten zu entwickeln, da sie Schwierigkeiten haben, Strukturen und Regeln zu erkennen und beizubehalten. Für Angstpatienten

Foto: Getty Images

ist die Sporttherapie ebenfalls sehr hilfreich. Sie erhalten neue Reize, die ihre Ängste herausfordern, und lernen, mit Versagensängsten umzugehen.

Welche Sportarten und körperlichen Aktivitäten werden in der Sporttherapie durchgeführt?

In der Sporttherapie arbeiten wir immer in Gruppen. Die Aktivitäten reichen von Krafttraining über Fahrradergometer und Rückenschule bis hin zu Gruppenspielen beim Frühsport. Im Sommer machen wir auch Fahrradtouren. Der Gruppenzusammenhalt ist hier ein wichtiger Faktor, da der soziale Austausch während des Sports förderlich für die Genesung ist.

Wie werden die Intensität und der Umfang der sportlichen Betätigung an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst?

Wir gehen auf jeden Patienten individuell ein und schauen genau, was er oder sie leisten kann, abhängig von Faktoren wie Alter, Gewicht und Fitnesszustand. Pausen sind jederzeit möglich, wenn jemand eine Auszeit braucht. Bei gut funktionierenden Gruppen kann es sogar vorkommen, dass wir die Gruppe einmal alleine lassen, das heißt, ich sitze im Büro und beobachte aus der Distanz, wie die Patienten mit der Situation umgehen. So sehen wir, wie sich die Gruppendynamik entwickelt und wie die Patienten auf Herausforderungen reagieren.

Welche positiven Effekte auf die psychische Gesundheit können durch Sporttherapie erzielt werden?

Es gibt viele positive Effekte: Zum einen verbessert sich die körperliche Fitness, was die Belastbarkeit steigert. Zum anderen profitieren die Patienten von der sozialen Interaktion in der Gruppe, was das Gemeinschaftsgefühl stärkt und das Wohlbefinden fördert. Die regelmäßige Bewegung trägt zudem zu einer besseren Stimmung und mehr Lebensfreude bei.

Welche Herausforderungen treten bei der Sporttherapie auf?

Eine der größten Herausforderungen ist die Emotionsregulation der Patienten. Sie erleben oft



Ich hoffe, dass die Sporttherapie auch in Zukunft ein wichtiger Bestandteil der Behandlung bleibt. Tatsächlich könnte ihre Bedeutung sogar noch wachsen.



extreme Gefühlszustände wie Traurigkeit oder Aggression. Dazu kommt, dass die Motivation innerhalb der Gruppe immer wieder neu angeregt werden muss. Manchmal sitzen die Patienten einfach nur auf dem Boden und lassen sich nicht motivieren – das ist natürlich auch in Ordnung, denn es gehört zum Prozess. Die Gruppe muss immer wieder durch Fremdmotivation aktiviert werden. Es ist auch wichtig, Geduld mit den Patienten zu haben und zu akzeptieren, dass nicht jeder Tag gleich verläuft.

Wie sehen Sie die Zukunft der Sporttherapie in der psychiatrischen Behandlung?

Ich hoffe, dass die Sporttherapie auch in Zukunft ein wichtiger Bestandteil der Behandlung bleibt. Tatsächlich könnte ihre Bedeutung sogar noch wachsen. Sport bietet einen schnellen Zugang zu den Patienten, und durch die Beobachtung im Sport kann man viel darüber erfahren, wie sie in Gruppensituationen reagieren – etwa, wie sie mit großen Räumen oder lauten Geräuschen umgehen. Besonders wichtig ist auch das Zusammenspiel zwischen Sporttherapie und anderen Therapien wie Kunst-, Musik- oder Ergotherapie. Diese Interdisziplinarität fördert die ganzheitliche Behandlung der Patienten und trägt zu deren umfassender Genesung bei.

Vielen Dank für das Gespräch! (A.H.)

Umsetzung geriatrischer Prinzipien in der Krebsbehandlung

Tritt bei betagten oder hochbetagten Patienten eine Krebserkrankung auf, ist die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen erhöht und der Erfolg der Behandlung gefährdet. Der Arbeitskreis Geriatrische Onkologie erarbeitet Lösungen.



Priv. Doz. Dr. Valentin Goede im Gespräch mit einer Patientin

Die Nebenwirkung einer Krebsbehandlung können im Zusammenspiel mit anderen altersbedingten Erkrankungen altersmedizinische Probleme verursachen oder verstärken. Dazu zählen körperliche Schwäche und Erschöpfungsgefühl, Sturzneigung, Mangelernährung, Delir, Depression, Infektionen bei geschwächtem Immunsystem oder Wechselwirkungen verschiedener Medikamente. Das kann dazu führen, dass eine onkologische Behandlung (zum Beispiel eine ambulante Chemotherapie, Strahlentherapie, Operation) und somit eine wirksame Krebsbekämpfung schwierig oder unmöglich werden.

Ziel des Arbeitskreises (AK) Geriatrische Onkologie ist es, die onkologische Diagnostik und Behandlung hochaltriger Krebspatienten zu verbessern. Er setzt sich zusammen aus Fachexperten der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) mit je einem Sprecher. Priv. Doz. Dr. Valentin Goede, Leitender Oberarzt des Altersmedizinischen Zentrums am Cellitinnen-Krankenhaus St. Marien ist neuer Sprecher dieses interdisziplinären Arbeitskreises.

„Wir sehen eine große Dynamik in der Krebsforschung. Jedes Jahr werden neue Medikamente zugelassen, welche die Therapiemöglichkeiten auch für ältere Patienten erweitern“, so Goede. Vor allem immuntherapeutische Medikamente bilden einen weiteren Ansatz neben „Stahl, Strahl und Chemo“. „Studien zeigen, dass die Immuntherapie bei besserer Wirksamkeit insgesamt verträglicher ist“, sagt der Geriater. Aber immer gälte es abzuwägen, ob ein Patient körperlich ausreichend belastbar ist und ob er kognitiv die Tragweite der Behandlung erfassen kann. Um das festzustellen, bedarf es einer recht aufwendigen altersmedizinischen Grunduntersuchung (geriatrisches Assessment), deren Nutzen seit kurzem wissenschaftlich belegt ist.

Jetzt hat der AK Geriatrische Onkologie ein in den USA entwickeltes vereinfachtes Assessment (PGA) auf deutsche Verhältnisse angepasst, onkologischen Behandlern zur Verfügung gestellt und in eine neue Leitlinie eingebracht. „Es ist jetzt meine Aufgabe, diese Informationen weiter in die Fachkreise zu tragen“, erklärt Goede.

Begleitende Altersgebrechen, die durch das Assessment aufgedeckt werden, sind unter anderem: Sturzneigung, Muskel- und/oder Knochen-schwäche, Demenz und Depression. (N.H.)

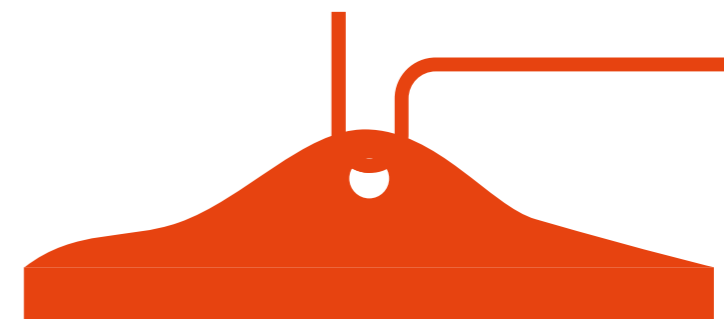
Seit Mitte 2024 bietet das Cellitinnen-Krankenhaus Heilig Geist ein innovatives Verfahren zur Akuttherapie bestimmter Autoimmunerkrankungen und systemischer Entzündungsprozesse an. Betroffene, die zum Beispiel an einem Guillan-Barré-Syndrom (entzündliche Veränderung der Nerven, die außerhalb des Gehirns oder Rückenmarks liegen) oder einer Myasthenie (gestörte Signalübertragung zwischen Nerv und Muskel) leiden, können davon profitieren. Auch ausgewählte Patienten mit lebensbedrohlicher akuter Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse) oder Leberversagen können therapiert werden. Die Plasmapherese ermöglicht es, spezifische Antikörper aus dem Blut zu entfernen, wodurch Entzündungen verringert und die damit verbundenen Symptome gelindert werden.

Das Verfahren ist aus der Dialyse bekannt. Hierbei wird das Blut des Patienten über einen venösen Zugang entnommen und in seine Bestandteile getrennt. Im Plasma befinden sich verschiedene Proteine und Inflammationsmediatoren, die dabei entfernt werden, bevor das Blut wieder in den Körper des Patienten zurückgeführt wird.

Die Therapie erfolgt im Rahmen eines stationären Aufenthalts auf der Intensivstation. In der Regel wird die Behandlung bis zu fünf Mal wiederholt, wobei zwischen den Sitzungen jeweils ein Tag Pause eingelegt wird. Bereits nach den ersten Anwendungen berichten die Patienten häufig von spürbaren Besserungen ihrer Symptome. Durch die Reduzierung der Krankheitsaktivität kann die Lebensqualität erheblich gesteigert werden.

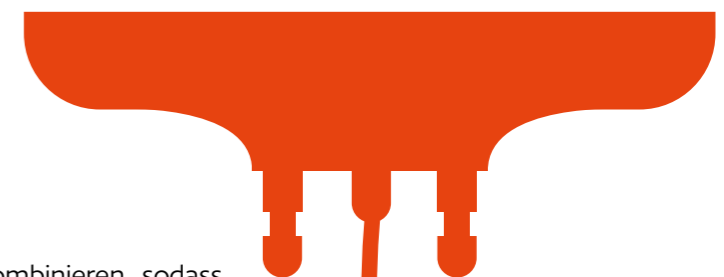
Sollte eine rasche Intervention erforderlich sein, beispielweise bei einer raschen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, kann die Plasmapherese schnellere Ergebnisse liefern als andere Behandlungsformen. Zudem lässt sie sich problemlos mit anderen Therapi-

Grafik: Getty Images



Plasma-pherese

Die Blutwäsche bietet eine Chance auf mehr Wohlbefinden für Patienten mit Autoimmunerkrankungen.



en kombinieren, sodass ein individuelles Behandlungskonzept entwickelt werden kann.

So einfach es in der Theorie klingt, so komplex ist das Verfahren in der Umsetzung. Am Cellitinnen-Krankenhaus Heilig Geist hat ein interdisziplinäres Team aus der Neurologie, der Inneren Medizin, Anästhesie und Intensivstation über einen langen Zeitraum daran gearbeitet, diese Therapie zu ermöglichen. So konnten in diesem Jahr schon mehrere neurologische und internistische Patienten mittels einer Plasmapherese erfolgreich behandelt werden, und das ist jede Mühe wert. (B.S.)



Pflege neu denken

Was eine multiprofessionelle und rehabilitative Pflege alles leisten kann und welche Standardsetzung daraus folgen soll - ‚einfach Cellitinnen‘ sprach mit Seniorenhausleiter Jan Gawol über das Projekt ‚SGB Reha‘ unter Leitung der AOK Rheinland/Hamburg – die Gesundheitskasse:

Herr Gawol, was hat sich seit dem Start des Projekts ‚SGB Reha‘ in Ihrer Einrichtung im Hinblick auf die therapeutisch-rehabilitative Pflege getan?

Die bisherigen Ergebnisse der therapeutisch-rehabilitativen Pflege können sich sehen lassen. Wo früher oft der Rollstuhl zum Einsatz kam, nehmen sich die Mitarbeiter heute Zeit, die Menschen beim Spaziergang mit dem Rollator oder am Arm ins Haus-

restaurant zu begleiten. Das schafft Bewegung und Selbstvertrauen.

Auch die Angebote der sozialen Betreuung wurden überarbeitet und sind heute breiter aufgestellt. Neben Physio- und Ergotherapie gehören nun auch Tierbesuche und Tanzangebote zum Alltag. Sie stoßen auf große Begeisterung. In Zukunft wollen wir weitere innovative Ideen umsetzen,

wie zum Beispiel Trommelworkshops. Darüber hinaus plant eine Mitarbeiterin eine Weiterbildung zur ‚Musikergogin‘, um die therapeutischen Möglichkeiten der Musik noch gezielter in die Betreuung einfließen zu lassen.

Die Teilnahme an ‚SGB Reha‘ ermöglicht es uns, das Betreuungskonzept durch zusätzliche Therapeuten zu erweitern. Langfristig streben wir an, die Therapeuten fest in das Team zu integrieren, um kontinuierlich und gezielt an den individuellen Wünschen und Zielen der Bewohner zu arbeiten. Kunst-, Ergo- und Physiotherapie können wir dank dieses Projekts unabhängig von ärztlichen Verordnungen und ohne den Druck knapper Zeitvorgaben anbieten. Verborgene Potenziale und Fähigkeiten der Bewohner werden so wiederentdeckt und gefördert.

In den multiprofessionellen Besprechungen nehmen sich die Mitarbeiter Zeit, jeden Fall intensiv zu betrachten und individuelle Maßnahmen für die nächsten Wochen zu planen. Auch der Austausch mit dem niedergelassenen Neurologen und dem Vertragsapotheker ist eine Bereicherung. So können wir die medikamentöse Therapie kontinuierlich anpassen und verbessern - immer in enger Abstimmung mit den jeweiligen Hausärzten.

Dank der Teilnahme am Projekt ‚SGB Reha‘ konnten wir ein ehemaliges Büro zu einem kleinen Turnraum umbauen. Ergänzend zu unserem bestehenden Programm ‚Fit für 100‘ konnten wir eine Massageliege, eine Sprossenwand und viele weitere Hilfsmittel anschaffen.

Was ist das Besondere, aber auch Schwierige an diesem Konzept?

Als ich das Konzept des ‚SGB Reha-Projekts‘ kennenlernte, erkannte ich sofort das große Potenzial für unsere Einrichtung. Schon lange wünschten sich die Kollegen in der Pflege mehr

Zeit für die Bewohner, um sie wirklich umfassend unterstützen zu können. Doch der Pflegealltag ist oft so eng getaktet, dass für das ‚Mehr‘ an Mobilität und Eigenständigkeit kaum Raum bleibt. Dieses Projekt bietet einen wunderbaren neuen Ansatz, die Pflege neu zu denken und nachhaltig zu gestalten. Das Besondere an diesem Konzept ist der Perspektivenwechsel. Hier geht es nicht nur darum, den Status quo zu halten, sondern gezielt Mobilität, kognitive Fähigkeiten und Selbstständigkeit zu fördern. Unser Ziel ist es, Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, Medikamentengaben zu verringern und im besten Fall den aktuellen Stand der Pflegebedürftigkeit zu erhalten oder einer weitergehenden Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Was das Projekt so besonders macht: Wir investieren gezielt in Maßnahmen, die auf die individuellen Potenziale der Bewohner eingehen und so ihr Wohlbefinden steigern – und das unabhängig vom Pflegegrad. Diese Investition in therapeutisch-rehabilitative Maßnahmen ist nicht nur ein Gewinn für die Menschen, sondern sie kann langfristig Kosten sparen. Dieses Versorgungsmodell möchte ich auch auf die Seniorenhäuser übertragen, die ich zum Jahreswechsel in Meckenheim übernommen habe. Auch wenn wir dort zunächst ohne die spezielle Projektfinanzierung starten, will ich die Philosophie von ‚SGB Reha‘ unbedingt weitertragen.

Ein positiver, aber oft unterschätzter Effekt ist der Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit. Es ist wirklich wunderbar, dass mehr Mitarbeiter in Pflege, Betreuung und Therapie durch die professionsübergreifende Zusammenarbeit auf Augenhöhe die Verantwortung auf mehrere Schultern verteilen. Das Ergebnis ist ein engmaschiges Versorgungsnetz, das in erster Linie den Bewohnern zugutekommt. Es ist wirklich schön zu sehen, wie auch das Berufsverständnis und die Wertschätzung aller Beteiligten



Jan Gawol

ten gestärkt werden. Langfristig kann ich mir vorstellen, dass sich so auch der Krankenstand verringert und die Attraktivität der Arbeit in unseren Einrichtungen steigt.

Natürlich gibt es auch Herausforderungen. Die Zeitspanne, in der die Ergebnisse sichtbar werden, ist leider etwas knapp bemessen – das ist in Innovationsfondsprojekten oft der Fall. Die Veränderungen bei den Bewohnern sind oft sehr subtil, aber dennoch spürbar. Ich würde mich sehr freuen, wenn nicht nur die AOK Rheinland/Hamburg, sondern auch andere Krankenkassen diesen Weg unterstützen und die Bedeutung des Projektansatzes erkennen würden. Denn es braucht engagierte Partner, um die Altenpflege in diesem Sinne weiterzuentwickeln und neue Maßstäbe zu setzen.

Wie viele Menschen nehmen derzeit an dem Projekt teil?

Seit dem 01. Oktober 2024 sind wir in der Interventionsphase und haben bereits 19 Bewohner für das Projekt begeistern können – ein großartiger Start!

Haben Sie Beispiele, die Sie uns schildern können?

Einige erste Erfolge können wir schon beobachten und sie sind sehr ermutigend. Ein Beispiel ist Frau W., die regelmäßig zur Dialyse muss und bisher immer mit dem Rollstuhl ins Hausrestaurant gefahren wurde. Vor knapp drei Wochen haben wir in einer Fallbesprechung beschlossen, ihre Mobilität

zu fördern und sie schrittweise an den Rollator zu gewöhnen. Dank gezielter Übungen und der Unterstützung unseres Teams schafft Frau W. es mittlerweile, den Weg vom Zimmer zum Restaurant mit dem Rollator selbstständig zurückzulegen.

Ein weiteres Beispiel ist Frau D., die an einer psychischen Grunderkrankung leidet und häufig unter innerer Anspannung steht. Eines Abends führte eine Kollegin aus dem Betreuungsteam mit ihr eine Traumreise durch – eine ‚Reise barfuß auf dem Waldboden‘. Danach berichtete Frau D., dass sie den Waldboden förmlich spüren konnte. Zum ersten Mal schien sie sich wirklich zu entspannen und war in den Stunden danach merklich ruhiger. Sie betätigte nicht mehr so häufig wie sonst den Klingelruf und die Versorgung verlief an diesem Abend entspannter.

Solche kleinen Erfolge zeigen uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Vielen Dank für das Gespräch! (T.N.)

Ziel des Projekts ‚SGB Reha‘ der AOK Rheinland/Hamburg ist es, eine zugewandte Pflege zu schaffen, die sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert und bessere Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte schafft. Gefördert wird das Projekt vom ‚Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)‘. Es soll Impulsgeber für eine inhaltliche Neugestaltung der Pflegeversicherung sein. Im Mittelpunkt des Projekts ‚SGB Reha‘ steht eine Pflege, die sich vor allem an den Stärken und weniger an den Defiziten der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen orientiert. Das 2022 gestartete Projekt läuft über vier Jahre und wird wissenschaftlich begleitet. Weitere Informationen finden Sie unter: www.aok.de/pk/rh/sgb-reha/

Spaß statt Perfektion: Kunstprojekt Krambambuli bleibt bestehen



In den Cellitinnen-Hausgemeinschaften
St. Augustinus in Köln sorgt ein
kreatives Duo für Freude am Malen.

Ticktack, ticktack – im Kaminzimmer der Hausgemeinschaften St. Augustinus ist nur das Ticken der Wanduhr zu hören. Fünf Senioren tupfen konzentriert mit in Acrylfarbe getränkten Luftballons und Frischhaltefolie auf ihre Leinwände. Für diesen meditativen Moment sorgt jeden Monat das Kunstprojekt ‚Krambambuli‘. Seit 2015 leitet Hans-Peter Müller-Schwanneke diesen Kurs. Neben seiner Tätigkeit als sozialer Betreuer ist seine zweite Leidenschaft das Malen. Mit ‚Krambambuli‘ verbindet er nun seit fast zehn Jahren diese beiden Passionen.

Seit zwei Jahren arbeitet er aber nicht mehr allein: Seitdem Müller-Schwanneke das Projekt als Ruheständler fortführt, hat er Verstärkung von Narin Omar. Sie ist ebenfalls in der sozialen Betreuung tätig und großer Fan des Kurses. „Ich wollte unbedingt, dass das Projekt noch lange bestehen bleibt“, sagt Omar. „Ich male privat auch sehr gerne und freue mich, dass wir Krambambuli gerade zusammen umsetzen, so kann ich noch viel lernen.“ „Narin Omar ist genau die Richtige, um die Malgruppe weiterzuführen, wenn ich einmal komplett in Rente gehe“, sagt Müller-Schwanneke. „Sie bringt Ideen und Inspirationen ein, die das Projekt neu beleben.“



Narin Omar und Hans-Peter Müller-Schwanneke

Von Omar kam beispielsweise die Idee, mit Luftballons, Folie und Plastiktüten zu malen. „Zwei Damen wollten zuerst gar nicht mitmachen. Aber durch unsere Motivation und Inspiration haben sie es ausprobiert und waren am Ende ganz begeistert, was sie aus diesen Materialien erschaffen konnten“, erinnert sich Omar. Die meisten Teilnehmer hatten in ihrem Leben keine Berührungspunkte mit Malerei, die Hälfte der Gruppe ist demenziell verändert. So ist es der Anspruch von Müller-Schwanneke und Omar, dass alle gleichwertig kreativ werden können. Inspiration holen sie sich aus Museumsbesuchen, Ausstellungskatalogen, Kunstbänden, Literaturrecherche oder sozialen Medien.

Aber an erster Stelle möchten beide den Bewohnern einen schönen Nachmittag bereiten: „Uns ist es wichtig, dass unsere Teilnehmer mit Freude herkommen“, sagt Omar. „Die Bilder sollen nicht perfekt sein, sondern wir wollen, dass alle Spaß am Malen haben.“ (A.O.)

Von Shiras nach Wuppertal

Zwei Schwestern aus dem Iran sind nach Wuppertal gekommen, um in Deutschland im Cellitinnen-Krankenhaus St. Josef beruflich Fuß zu fassen. Nach sechs Monaten ist es Zeit für ein erstes Resümee.



v.li Faranak und Mojdeh Ebrahimi

Die Pflegebranche in Deutschland steht vor einer der größten Herausforderungen der letzten Jahrzehnte: dem Fachkräftemangel. Die demografische Entwicklung, die steigende Zahl an Pflegebedürftigen und die oftmals belastenden Arbeitsbedingungen machen es schwierig, ausreichend qualifizierte Pflegekräfte zu finden. Inmitten dieser Krise gibt es jedoch auch Lichtblicke – engagierte Pflegekräfte aus dem Ausland, die sich ihre Zukunft in Deutschland vorstellen können. Ein beeindruckendes Beispiel dafür sind Faranak und Mojdeh Ebrahimi, zwei Schwestern aus Shiras im Iran, die nach Deutschland kamen, um als Krankenschwestern im St. Josef zu arbeiten.

Die Schwestern aus Shiras: Ein neuer Weg in der Pflege

Faranak und Mojdeh wuchsen in Shiras im Süden des Iran auf, wo beide eine Ausbildung im Bereich der Krankenpflege abschlossen. Zehn Jahre haben sie dort als Krankenschwestern auf einer Intensivstation gearbeitet. Als sie Mitte 2024 nach Deutschland kamen, wollten sie ihre Berufserfahrung und ihre Qualifikationen in der Pflege einbringen. Doch der Weg zur Anerkennung von im

Ausland erworbenen Abschlüssen und die Integration in das deutsche Gesundheitssystem sind mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Die Anforderungen des deutschen Pflegesystems erschweren oftmals die Anerkennung der im Ausland erworbenen Qualifikationen. Viele Migranten in der Pflegebranche stehen vor ähnlichen Hürden.

Dessen ist sich auch Ali Shoja bewusst, der mit seinem Unternehmen Pflegekräfte nach Deutschland vermittelt. Er war mit Faranak und Mojdeh Ebrahimi bereits zwei Jahre im Kontakt, bevor die beiden nach Deutschland kamen. Aus seiner Sicht kann der Mangel an Pflegekräften

nicht nur durch fehlende Fachkräfte aus dem Ausland behoben werden, sondern auch durch eine gezielte Förderung und Unterstützung von Menschen, die bereits in Deutschland leben.

Integration und Unterstützung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund

Shoja engagiert sich aus diesem Grund auf vielfältige Weise für die Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund und für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich. Ein Baustein sind regelmäßige Informationsveranstaltungen und Beratung für Menschen, die als Migrantinnen und Migranten

eine Ausbildung in der Pflege anstreben oder ihre bereits erworbenen Qualifikationen anerkennen lassen möchten. Ein Anliegen ist, auch den Pflegeberuf für Menschen mit Migrationshintergrund attraktiver zu machen. „Pflegekräfte sind das Rückgrat des Gesundheitssystems“, sagt Shoja. „Sie verdienen nicht nur mehr Anerkennung, sondern auch bessere Arbeitsbedingungen.“

Der Pflegenotstand als drängendes gesellschaftliches Problem

Der Pflegenotstand in Deutschland ist ein Thema, das immer mehr Aufmerksamkeit erhält. Laut verschiedenen Studien und Berichten fehlen derzeit zehntausende Pflegekräfte – und der Trend ist steigend. Insbesondere in der Altenpflege ist der Bedarf an Fachkräften besonders groß. Es wird geschätzt, dass dieser in den nächsten Jahren zunehmen wird, was den Druck noch weiter erhöht. Und er verstärkt auch die Notwendigkeit, dass Pflegeberufe in Deutschland gesellschaftlich stärker anerkannt und wertgeschätzt werden.

Die Herausforderungen: Bürokratie und Vorurteile

Für Faranak und Mojdeh war nach ihrer Ankunft im St. Josef so gut wie alles neu, die Arbeit, die Stadt und natürlich die Sprache. Nach ihrem ersten Gespräch mit den Pflegedirektoren resümierte Faranak: „Ich habe eigentlich alles verstanden, aber das Sprechen fällt mir noch sehr schwer. Ich habe Angst, einen falschen Satzbau zu verwenden. Die Kollegen haben uns gesagt, wir sollen einfach sprechen, denn nur durch beständige Übung, wird man schließlich besser“. Bisher kannten die Schwestern Deutsch nur aus ihrem Sprachunterricht und ihre Lehrerin war eine Iranerin. „Diese Sprache, die wir im Iran mit dem persischen Akzent gelernt haben, ist sehr unterschiedlich zu der Weise, wie die Menschen hier spre-



Meike Krüger, Leiterin der Intensivstation, und Faranak Ebrahimi

chen“, sagt Mojdeh. „Das macht uns schon ein wenig nervös“.

Um den Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems gerecht zu werden, mussten Faranak und Mojdeh zahlreiche Hürden überwinden, um ihre Abschlüsse und Qualifikationen anerkennen zu lassen. Auch wenn sie es letztlich geschafft haben, in ihren angestrebten Berufen zu arbeiten, wissen sie, dass viele andere mit denselben Problemen zu kämpfen haben.

Vorläufiges Fazit

Und wie beurteilen die beiden ihre ersten Schritte in Deutschland? „Es war eine gute Erfahrung. Wenn ich zurückblicke, würde ich das nochmal machen“, sagt Faranak. „Der erste Monat war schon hart. Wird denken an unsere Zukunft und an unser Weiterkommen. Hierherzukommen war die beste Entscheidung, die wir treffen konnten.“

Bei der Frage, was sie am meisten vermissen, tritt eine Eigenart der per-

sischen Kultur zutage, die ihnen vermutlich noch eine Weile zusetzen wird: „Wissen Sie, im Iran ist es eine andere Kultur. Für uns ist Familie immens wichtig. Wir haben nie getrennt gelebt. So lange wir auch hier leben - unsere Familie werden wir immer vermissen.“ (C.N.)

Das WDR Format ‚WDR for you‘ berichtet seit Januar 2016 regelmäßig über Menschen, die neu in Deutschland sind. Ein Produktionsteam hat den Werdegang von Faranak und Mojdeh Ebrahimi in Wuppertal und im St. Josef über mehrere Wochen begleitet und daraus eine Reportage erstellt, die in der WDR Mediathek abgerufen werden kann.





Inessa Moser
mit Fabio Pinot

Fabio Pinot war nicht nur in seiner Heimat Frankreich als begnadeter Tänzer bekannt. Seine Tourneen führten ihn durch halb Europa. Bei einer Vorstellung 2019 im Bonner Raum geschah das Unvorstellbare: Der 48-jährige Profi erlitt auf der Bühne einen Hirninfarkt, brach zusammen und wurde in den Bonner Uniklinken behandelt. Angesichts der Hirnschäden war deutlich: Er würde nicht mehr aufstehen können, nicht in der Lage sein, selbstständig zu essen und zu trinken. Derart angewiesen auf seine Umgebung wurde ein Pflegeplatz für ihn gesucht und im Cellitinnen-Seniorenhaus St. Josef in Meckenheim gefunden.

Das Team dort gab alles: Sie holten Pinot in vielen kleinen Schritten ins Leben zurück, pöppelten ihn auf, organisierten Sprachunterricht und übten jedes Wort mit ihm, die Namen der Menschen um ihn herum. Die aus Frankreich angereisten Eltern wurden in die Betreuung integriert, sie wurden Teil des Seniorenhauses und lebten über Monate mit ihrem Wohnmobil im Innenhof. Eine Übersetzerin half, eine Logopädin trainierte mit ihm. Bis zur Rückreise nach Marseille wurde Pinot ein halbes Jahr lang intensiv betreut. Am Morgen der Rückfahrt stand das ganze Team bereit, ihn zu verabschieden.

Fünf Jahre später meldete sich der Vater, bei dem Fabio lebt. Sie wollten ein klassisches Konzert im Hausrestaurant organisieren, um dem Seniorenhaus ihre tiefe Dankbarkeit auszudrücken. Der nunmehr 50-jährige Tänzer kam ohne Rollator und Stock, und er nahm Mitarbeiterin Inessa Moser in die Arme, tanzte mit ihr langsam zu Geigenklängen einen Walzer. Ein magischer Moment. Die Mitarbeiter haben Tränen in den Augen. „Auch wenn die Schäden am Hirn bleibend sind, er lebt, er lacht, er tanzt. Für uns war es ein großartiges Geschenk“, schwärmte Moser. (M.A.)

Vom Bühnenstar zum Pflegefall

Wenn ein Hirninfarkt alles auf den Kopf stellt, doch dank intensiver Pflege das Leben weitergeht.

Mitmachen & Gewinnen!

Einen Thalia-Gutschein im Wert von **30€**

Einzulösen im Thalia-Online-Shop oder in einer Thalia-Filiale.

Zitterpappel	Zeichentinte	Großmutter	Gebirge in Zentralasien	Verkehrsstillstand	Heilbehandlung	englisch: Luft	riesiges Ungeheuer
Haltegebot auf Verkehrsschildern		6					11
amerikanische Raubkatze	3			in Richtung auf	5		
orientalische Ölpflanze	US-Country-sänger † (Johnny)	salopp: super	urtümlich, urwüchsig	schwarzer Vogel	Wunderschale	Wirtshausrechnung	Küchengerät, Raspel
Abteilung im Krankenhaus	7						genau
			selten, gesucht			22. griechischer Buchstabe	12
Berliner Wappentier	sehr hoher Gewinn	10					Nordwesteuropäer
Zuruf an Zugtiere	8		Haarpflegemittel, Gallert			Kurzform von Eduard	9
							niederländischer Fluss

RM319784 202501

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----

Senden Sie uns Ihre Lösung per E-Mail mit dem **Kennwort** sowie Ihrer Anschrift und Ihrem Geburtsdatum an die Adresse **einfachcellitinnen@cellitinnen.de** oder postalisch an **Stiftung der Cellitinnen, Graseggerstraße 105, 50737 Köln.**

Teilnahme erst ab 18 Jahren möglich; ausgeschlossen sind Mitarbeiter der Stiftung oder verbundener Unternehmen. Das Los entscheidet und die Gewinner werden kurzfristig benachrichtigt. Eine Barauszahlung des Gewinns kann nicht erfolgen. Teilnahmeschluss: 25.05.2025, 24 Uhr!

IMPRESSUM

3. Jahrgang 1/2025
Auflage: 9.500 Stück/4x jährlich

Herausgeber:
Stiftung der Cellitinnen
Thomas Gäde und Gunnar Schneider

Anschrift der Redaktion:
Stiftung der Cellitinnen
Graseggerstraße 105 · 50737 Köln
Telefon: 02 21/97 45 14 – 17
einfachcellitinnen@cellitinnen.de

Redaktionsteam:
Sabine Stier (S.St.), Maria Adams (M.A.), Susanne Bieber (S.B.), Thomas Gäde (T.G.), Iris Gehrke (I.G.), Andrea Hamacher (A.H.), Nicole Hundt (N.H.), Dino Kierdorf (D.K.), Ann-Christin Kuklik (A.K.), Ronja Läufer (R.L.), Christoph

Leiden (C.L.), Eva Lippert (E.L.), Sandra Michaela Lopez-Bravo (S.L.), Katrin Meyer (K.M.), Carsten Noth (C.N.), Anna Oelsner (A.O.), Izabela Ockenfels (I.O.), Gunnar Schneider (G.S.), Susanne Schulz (S.Sch.), Bianca Streiter (B.S.), Marion Weber (M.W.),

Gastbeiträge: Isabella Aderhold (I.A.), Dr. Mutmid Ahmad (M.Ah.), Sr. Katharina Cleff (K.C.), Prof. Andreas Erhardt (A.E.), Jens Freiwald (J.F.), Thomas Neuroth (T.N.), Love Natasha Pothmann (L.N.P.), Dr. Peter Seul (P.S.)

Verlag & Kreation:
Rheinland Presse Service GmbH, Düsseldorf
Layout: SiMa Design – Michael Sieger, Laura Bartel, Jenny Becker
Titelfoto: Getty Images, Jenny Becker

Druck: Brochmann GmbH, Essen

Preis:
Unentgeltlich an Bewohner, Patienten, Mitarbeiter, Freunde und Gönner der Stiftung der Cellitinnen

Erfüllungsort und Gerichtsstand:
Köln

Anmerkungen der Redaktion:
Die Redaktion behält sich sinnngemäße Änderungen und Kürzungen der geschickten Manuskripte vor. Ein Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers erlaubt.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Text meistens das generische Maskulinum verwendet, mit dem alle Geschlechter gemeint sind.














Wo wir sind



Wer wir sind

rund **14.000**
Mitarbeiter in allen Einrichtungen



-  11 Krankenhäuser
-  4 Medizinische Versorgungszentren
-  2 Fachkliniken für Psychiatrie
-  3 psychiatrische Institutsambulanzen mit Tagesklinik
-  38 Seniorenhäuser und Pflegeeinrichtungen
-  21 weitere Angebote für Senioren (Servicewohnen, Tagespflege)
-  1 Hospiz
-  9 mobile Pflegedienste
-  5 Angebote der Behindertenhilfe
-  2 Pflegeschulen
-  3 Reha-Einrichtungen
-  6 Servicegesellschaften
-  3 weitere Angebote (Kita, Gastronomiebetriebe)



Alle weiteren Information und Adressen finden Sie unter: www.stiftung-der-cellitinnen.de

Starte Deinen beruflichen Weg in der Cellitinnen-Familie!

Wir bieten Ausbildungen an vielen Standorten
in Pflege, Medizin, Hauswirtschaft und -technik,
Service und Management.



Damit Deine Work-Life-Balance von Anfang an stimmt, haben wir einiges zu bieten*:

- Tarifgehalt
- 30 Tage Urlaub
- Betriebsrente (KZVK)
- Einführungstage
- Paten und Mentoren
- Wohnangebote:
Apartments und möblierte
Zimmer
- Mitarbeiterpreise in der
Cafeteria
- Personaleinkauf
- Flexible Arbeitszeitmodelle
- Supervision, Beratung
- Fachweiterbildungen
- Duales Studium
- Traineeprogramme
- Eingliederungs-
management
- Werteorientierte Führung
- Mitarbeitergespräche
- indiv. Coachings
- Mitarbeiterinfos
print/digital
- Kursprogramm zur
Gesundheitsförderung
- Präventionskurse
- Kursangebote in der
Elternschule
- Geburtsbeihilfe
- Sonderurlaube
- Brauchtumstag
- div. Wiedereinstiegs-
modelle
- KiTa-Plätze
- Familienfeste
- Beratung f. pflegebedürfti-
ge Angehörige
- Jubiläumsszuwendung
- Ausfallmanagement