

4 50 Jahre Stiftung SOKS
10 Eine neue IPS – ein altes Thema
22 Elektro-Rollstuhl

23 Mobbing
27 Plakate, Comic, Videos
28 Jahr der Hülsenfrüchte

FOKUS

Hauszeitung der Stiftung
Otschweizer Kinderspital

N° 1 2016



EDITORIAL



Dr. med. Michele Losa, Leiter DL Medizin und Management

Stiftung OKS: 50 Jahre und weiterhin eigenständig!

Die Stiftung Ostschweizer Kinderspital feiert im Jahr 2016 ihr 50-Jahr-Jubiläum. Nach der 100-Jahr-Feier des Kinderspitals im 2009 gibt es wieder einen runden Geburtstag! Die Stiftung betreibt neben dem OKS auch das Kinderschutzzentrum: die beiden Institutionen sind aus der Region St. Gallen nicht mehr wegzudenken. Die Stiftung ist aus einer Kooperation zwischen den Ostschweizer Kantonen entstanden und darum wird der Eigenständigkeit einen hohen Stellenwert zugeschrieben. Diese Eigenschaft hat dem OKS erlaubt, nach einem ersten, misslungenen Anlauf, die zeitlich rekordverdächtige Erstellung eines neuen IPS-Traktes zu realisieren! Die neue IPS wurde Anfang Januar 2016, also im Jubiläumsjahr, feierlich eröffnet. Ein besseres Geschenk für unsere Patientinnen und Patienten aber auch für uns Mitarbeitenden hätte wirklich niemand finden können. Nach mehr als zwei Monaten ist auch auf der neuen IPS der Alltag eingelebt und dabei sind auch die kleinen Probleme, die mit einem Neubau einhergehen, erkannt worden. Selbstverständlich wollen wir die Erkenntnisse aus dem Bau der IPS-Süd für den Neubau OKS auf dem Areal des Kantonsspital erfassen und in die Planung einfließen lassen, damit unsere Stiftung eigenständig und schlagkräftig bleiben kann. Also, erheben wir unser Glas und wünschen wir der Stiftung Ostschweizer Kinderspital alles Gute für die nächsten 50 Jahre!

Impressum

Herausgeber Ostschweizer Kinderspital und Kinderschutzzentrum St. Gallen | Claudiusstrasse 6 | 9006 St. Gallen
T 071 243 71 11 | F 071 243 76 99 | www.kispisg.ch | www.kszsg.ch

Redaktion Christian Kahlert, Ernst Knupp, Fredy Lanz, Sandra Pfister, Stefanie Sandl, Dominik Stambach,
Fabienne Stocker, Dolores Waser Balmer
Redaktionsschluss Ausgabe 2/2016: 30. Juni 2016

Fotografie Mitarbeitende

Gestaltung Gestaltungskonzept: Tisato & Sulzer GmbH | Gestaltung: Fabienne Stocker

Druck Galledia AG, Flawil | Gedruckt auf Profi Bulk FSC, 135 gr.

Auflage 800 Exemplare

Inhalt

THEMA



4 50 Jahre Stiftung Ostschweizer Kinderspital

Ein kurzer Rückblick in die Anfangszeit um 1966

6 IPS by Night

7 Was läuft in den Büros?

Von Bürotagen und einem Osterhuhn auf einer alten Isolettenwaage

8 Ein Blick in die Logistik der neuen IPS

9 Jetzt gilt's ernst...

Top oder Flop? Die IPS nimmt im Süden den Betrieb auf.

10 Eine neue IPS – ein altes Thema

Interview mit John Micallef

14 Neue Überwachungsgeräte

Trotz High-Tech ist der Mensch unverzichtbar

15 7 x 24 x 365

Personalplanung – Was bedeutet das in der heutigen Zeit?

16 Der Weg auf die IPS

Auf welchen Wegen gelangen Patienten auf die Intensivstation?

17 Was läuft in den Patientenzimmern?

18 Interview mit Sibylle Althaus

19 10er Jubilare

PORTRAIT

ZUR SACHE



20 Aus der Providus-Pensionskasse: Zeit grosser Herausforderungen

22 Warum brauchen Ergo's einen Elektro-Rollstuhl?

23 Mobbing

24 Mobbing in der Schule

Bericht über eine eindrückliche Veranstaltung

26 Benefizkonzert vom 28. Februar 2016

Kinderärzte spielen für Kinder mit Cerebralparese

27 Plakate, Comic, Videos

Worauf wir uns in den kommenden Jahren freuen dürfen

28 Das interessiert Sie nicht die Bohne? – Sollte es ab jetzt aber tun!

IN KÜRZE

MOSAIK



MEDIENTIPPS

29 Skitag 2016

30 Abschlussfeier HF

30 Tag der Ernährungsberater/-innen im OKS

Ein Einblick

31 Warmherzig und humorvoll

Buchtipps von Mitarbeitenden

50 Jahre Stiftung Ostschweizer Kinderspital

Ein kurzer Rückblick in die Anfangszeit um 1966

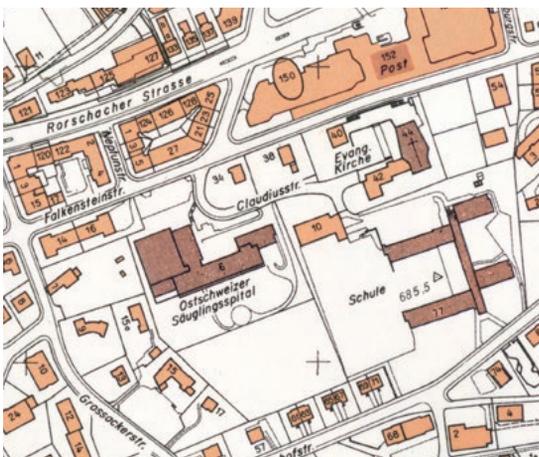
THEMA

Arno Noger, Stiftungsratspräsident

2009 feierten wir 100 Jahre Ostschweizer Kinderspital. Warum nun sieben Jahre später das Jubiläum 50 Jahre Stiftung Ostschweizer Kinderspital?



Historischer Stadtplan 1948: weder das Spital noch Kirche, Schule oder das Grossackerzentrum waren gebaut
© Vermessungsamt der Stadt St. Gallen



Historischer Stadtplan 1977

Unser Rückblick beginnt in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg. Als man mit den Räumlichkeiten an der Volksbadstrasse nicht mehr auskam, wandten sich die Verantwortlichen des damaligen Säuglings- und Kinderspitals an den Stadtrat und an die Kantonsregierung. Man argumentierte, «die sanktgallischen Krankenanstalten, die an der oberen Grenze ihrer Frequenz stehen, würden durch ein Kinderspital wesentlich entlastet, auch wären die Betriebskosten in einem Kinderspital geringer.» Stadt und Kanton wollten das weitere Vorgehen aber privater Initiative überlassen... Man solle doch eine Genossenschaft gründen und zur Entlastung des Kantons St. Gallen Mittel bei Privaten, Gemeinden und den benachbarten Kantonen beschaffen. Zudem herrschte seitens des Kinderspitals die Meinung vor, einem staatlichen Klinikbetrieb sei der Betrieb durch eine private Instanz vorzuziehen, nicht nur weil diese rationeller und billiger arbeitet...

Ein initiatives Komitee

Um die Sache voranzubringen übernahm ein Initiativkomitee unter der Leitung von Dr. iur. Andreas Wegelin das Ruder. Bedeutende Mitwirkung leisteten Chefarzt Dr. Paul Nef und Franziska Knoll-Heitz. Das Komitee fand einen Standort (an der Claudiusstrasse, auf einer Liegenschaft der Ortsbürgergemeinde St. Gallen), bezeichnete einen Architekten (Danzeisen und Voser) und startete eine Geldsammlung. Für den Standort Claudiusstrasse sprach damals, dass der Bauplatz «sonnig gelegen, nur 500 Meter vom Kantonsspital entfernt» war und «eine freie Entwicklung für die Zukunft» erlaubte. Die Baukosten wollte das Initiativkomitee zu einem erheblichen Teil durch eine Geldsammlung aufbrin-

gen. Ende 1955 waren rund 1 Mio. CHF beisammen, bis Ende 1965 waren es rund 3.8 Mio. CHF.

Die Realisierung des Projekts

Das Projekt trat etwas an Ort bis schliesslich 1960 unter dem St. Gallischen Regierungsrat Dr. Gottfried Hoby der Durchbruch erfolgte. Es erfolgten dann Volksabstimmungen und Parlamentsentscheide: Wir kennen das Prozedere, weil 2014/15, mehr als 50 Jahre später, erneut vergleichbare politische Entscheide für den Neubau auf dem Areal des Kantonsspitals erfolgten. Ursprünglich war man für den gesamten Neubau auf dem Areal Claudiusstrasse von einem Kostenbetrag von 4.6 Mio. CHF ausgegangen. Diese Summe lag auch den Abstimmungen zugrunde. Aufgrund der damals grossen Baukostenteuerung musste nochmals eine Geldsammlung bei Privaten durchgeführt werden. Nach der Fertigstellung des Spitalgebäudes wurde dieses der neu gegründeten «Stiftung Ostschweizerisches Säuglings- und Kinderspital» übergeben. Hervorgegangen aus privater Initiative blieb es also in privater Hand. Der Boden blieb im Besitz der Ortsbürgergemeinde St. Gallen, die ihn zu vergünstigten Konditionen der Stiftung im Baurecht zur Verfügung stellte.



Neubau 1966

Einweihung des neuen Spitalgebäudes und Gründung der Stiftung im gleichen Jahr

In der Stiftungsurkunde vom 8. Januar 1966 wird festgehalten, dass der Verein Initiativkomitee Ostschweizerisches Säuglings- und Kinderspital die Stiftung errichtet und zu diesem Zweck der Stiftung das neu gebaute Spital widmet. Die Unterzeichnung der Urkunde erfolgte im Bibliothekszimmer des nigelneuen Spitals. Die Urkunde hält auch fest, wie das neue Spital (Totalkosten von rund 6.7 Mio. CHF) finanziert worden war.

Gesammelte freiwillige Spenden

rund 57 % der Totalkosten 3.8 Mio. CHF

Baubeiträge:

Kanton St. Gallen	1.75 Mio. CHF
Stadt St. Gallen	500 TCHF
Kanton Thurgau	390 TCHF
Kanton Appenzell-Ausserrhoden	240 TCHF
Kanton Appenzell Innerrhoden und Fürstentum Liechtenstein je	60 TCHF
Verein Säuglingsfürsorge (Mobiliarspende) rund	100 TCHF

Damalige Stiftungsstruktur

Die Stiftungsurkunde hielt die bis vorletztes Jahr gültige Struktur fest: Ein Stiftungsrat mit 14 bis 19 Mitgliedern und eine Spitalkommission waren für die obere Leitung verantwortlich. Der Chefarzt war damals auch CEO. Zu ihm hiess es in der Stiftungsurkunde kurz und bündig: «Der Chefarzt ist verantwortlich für eine einwandfreie fachliche Leitung des Spitals.» Die Zeiten haben sich geändert, mit ihnen wuchs das Spital (schon fünf Jahre nach der Einweihung wurden erste Planungen für Erweiterungsbauten gemacht und bis 1989/90 realisiert). Auf Beginn des Jahres

2015 trat eine neu formulierte Stiftungsurkunde in Kraft, die keine Spitalkommission mehr vorsieht und einen Stiftungsrat mit 7 Mitgliedern als oberstes verantwortliches Gremium einsetzte. Darüber ist in früheren Ausgaben des FOKUS-Magazins schon berichtet worden.

Wir verdanken denjenigen Personen, die mit Engagement den Bau des Kinderspitals vorantrieben und die Stiftung 1966 gründeten, sehr viel. Wir sind nicht nur ihnen gegenüber in der Verantwortung, sondern vor allem auch den Kindern, die im OKS ärztliche Hilfe und Pflege erhalten. Wir sind nun an der Reihe, unseren Beitrag an die Weiterentwicklung des Ostschweizer Kinderspitals zu leisten. Das ist eine grosse und anspruchsvolle, aber auch eine Sinn stiftende Aufgabe.



Erster Helikopter auf dem Landeplatz



Kinderspital nach Erweiterung 1989

THEMA

Dolores Waser Balmer,
Geschäftsleiterin KSZ

Ruhig und routiniert trotz Getute und
Gepiepse rund um uns herum.



Ein ruhiges, fast mystisches Bild, diese neue, «schlafende» IPS.

Es ist kurz vor 22.00 Uhr und Zeit, mich aufzumachen. Raus in die winterliche Landschaft, wenn es eigentlich bald Zeit wäre, ins Bett zu steigen. Das klassische und vertraute Nachtwachegefühl kommt auf – die Müdigkeit in den Knochen, wo sie ja eigentlich gar nicht sein dürfte, denn es ist erst Arbeitsbeginn. Mit grosser Spannung betrete ich die neue IPS und freue mich sehr, mit Brigitte und Astrid gleich zwei vertraute Gesichter aus meiner Kispizeit zu entdecken.

Beide Zimmer sind noch hell erleuchtet, im Gang steht die Transportisolette und durch eine Glasscheibe sehe ich, wie eine ganze Gruppe weiss gewandeter Menschen um ein Bettchen herum stehen.

Ruhig und routiniert erzählt eine Pflegefachfrau von den fünf bekannten Kindern

und dem Neueintritt. Auch wenn ich glaubte, noch vieles von früher zu wissen, da wurde mit Abkürzungen und Fremdwörtern jongliert, ich könnte nicht behaupten, ich wüsste wirklich, was es nun zu tun gäbe.

Oder wissen Sie, was ein NVK ist? Später bei einer Blutentnahme entdeckte ich, dass dies ein Nabelvenenzugang ist.

Ein Kind wurde, obwohl geplant, nicht extubiert, es wird also immer noch unterstützend beatmet. Da hier die Auszubildende Bettina die Verantwortung noch nicht übernehmen darf, muss sie umgeteilt werden. Auch das geschieht routiniert und ruhig. Diese beiden Worte begleiten mich die ganze Zeit und sie sollen als grosses Kompliment an alle hier stehen.

Mit Respekt und – ehrlich gesagt – ein klein wenig eingeschüchtert, schaue ich bei der Übergabe zu. Die Bildschirme, das permanente Piepsen und Tuten irgendwo – ich muss gestehen, dass ich bis zum Schluss manchmal nicht zu orten wusste, wo genau jetzt etwas fehlte – die Ansammlung an Schläuchen und Drähten, die weissen, grossen, verstellbaren Gestelle – ein recht «spaceiges» Bild, so ein Platz in unserer neuen IPS!

Lange Zeit stehe ich hinter dem Bettchen des Neueintrittes. Da wurde versucht, ein NAK, und nun ahnen Sie noch, was das bedeuten könnte, genau: ein Nabelarterienkatheter zu legen, um den Druck zu messen. Die Ärztin und der Arzt sind steril angezogen, ein Wagen steht bereit, um die sterilen Sachen zu deponieren, Linda richtet gleichzeitig alles für die Blutentnahme und arbeitet sich durch die Dokumentation und ein dritter Pflegefachmann spritzt ein Medikament zur Beruhigung. Und plötzlich ist die IPS für einen Moment klein und eng! Auch hier alles ruhig und konzentriert.

Keine Müdigkeit ist zu spüren, obwohl ein Teil der Anwesenden seit dem Mittag auf den Beinen ist. Wenige Stunden später ist alles installiert, der kleine Junge liegt auf einer Kühlmatte in der Hoffnung, dass die tiefe Körpertemperatur seinem Hirn die nötige Erholung gibt und sich die Hirnströme verbessern. Ich betrachte andächtig diesen kleinen Menschen mit aktuell sehr schlechten Prognosen und niemand weiss, was morgen sein wird. Als es ruhiger wird, haben wir Zeit zu reden. Mir wird bewusst, wie nahe Leben und Tod beieinander sind. Gerade hier, gerade jetzt. Rund zwölf Mal im Jahr stirbt ein Kind auf der IPS. Etwas, woran man sich nie gewöhnen kann.

Später darf ich selber pflegen und sondieren den kleinen Zwillingen ruhig und erstaunlich routiniert. Staunend berühre ich das kleine Händchen, nicht grösser als mein Daumen, und geniesse es sehr, meinen gelernten Erst-Beruf wieder einmal auszuüben. Zwischendurch piepst es bei seinem Bruder. Brigitte massiert ihn dann jeweils in der Herzgegend um ihm zu zeigen, das es einfach besser klappt im Leben, wenn er selber und ohne Pausen atmet. Dieses kleine, zerbrechlich scheinende Persönchen, das seinen Weg ins Leben unter schwierigen Startbedingungen nun prima meistert!

Wenn ich zurückdenke, staune ich vor allem, dass heute ein Kind mit einem RSV (ein hochansteckender Virus – für Kinder gefährlich) im selben Raum liegt mit anderen, nicht infektiösen Kindern. Das wäre vor 25 Jahren undenkbar gewesen!

Langsam wird alles ruhig.

Zeit für mich, Abschied zu nehmen. Danke, durfte ich euch im Weg stehen, durfte ich ein Stück nächtlichen Alltag erleben. 

Was läuft in den Büros?

Von Bürotagen und einem Osterhuhn auf einer alten Isolettenwaage

THEMA

Ernst Knupp,
Fachspezialist Risikomanagement mbF

Momentaufnahmen an einem Freitag-
nachmittag im März im Untergeschoss
der neuen IPS.

Der erste Eindruck: Ein breiter Flur, offene Türen und künstliches Licht im Untergeschoss. Hier befinden sich die Büroarbeitsplätze der Ärzte, der Stationsleiterin, der Gruppenleiterinnen sowie der Sekretärin IPS und des IPS-Fachpersonals. Das Büro der Ärzte ist einladend hell und an der Westseite platziert. Die Arbeitsplätze sind während meines Kurzbesuchs nicht besetzt – die Ärztinnen und Ärzte sind andernorts im Einsatz.

Generell herrscht heute wenig Betrieb, es finden viele Verlegungen statt. So steht der Leiterin IPS, Ruth Dutler, Zeit zur Verfügung, sich meinen Fragen zu widmen. Bei meiner Ankunft spricht sie mit einer Mitarbeiterin über die Planung der Weiterbildungen sowie der IPS-Laufbahn.

Geplante Bürotage und die Realität ...

Die sogenannten «Bürotage» des IPS-Personals sind eigentlich Bürostunden. Diese steuern die Nutzung der Arbeitsplätze, mindestens die geplante. Sie finden aber in etwa der Hälfte aller Fälle nicht zur geplanten Zeit statt – die Intensivpflege ist ein Arbeitsgebiet, das viel Flexibilität verlangt. Umso bedeutsamer ist die Tatsache, dass die Arbeitsplätze immer und in nächster Nähe, aber doch mit der nötigen Distanz zum Kernbetrieb der IPS zur Verfügung stehen. Und dies tun sie in diesem funktionellen, provisorischen IPS-Anbau optimal – rechnet man auch den Fitnessfaktor mit

dem kurzen Treppensteigen dazu. Erledigt werden an diesen PCs Büroarbeiten aller Art, vor allem solche, die nicht an den Geräten bei den Patientenbetten vorgenommen werden wie z.B. E-Mails bearbeiten, Planungs- oder Projektarbeiten.

Führungssystem und Personalsituation

Vor drei Jahren hat das IPS-Leitungsteam ein neues Führungssystem eingeführt, welches sich gemäss der Leiterin sehr gut bewährt und einen Fortschritt darstellt. Gepaart mit der aktuell guten Personalsituation erfahre ich heute viel Positives über die IPS. Dem Bau, der sich von aussen so attraktiv präsentiert, scheinen auch die «inneren Werte» nicht nachzustehen. Die intensive Planungs- und Realisierungszeit für diesen Anbau ist vorbei und selten durfte ich die Leiterin der IPS-Pflege so gelöst erleben wie heute. Selbsterklärend gibt es auch noch offene Punkte wie die Garderoben in den Büros oder einzelne Drucker, die dem Willen der Büroarbeitskräfte noch nicht immer gehorchen. Auch zwei einsame Umzugsschachteln warten noch, bis ihr Inhalt aussortiert wird.

IPS-Provisorium – ein unbedingtes Ja

Wenn sich die Gelegenheit schon bietet, stelle ich die Frage nach dem Nutzen dieses Provisorium-Baus für die wenigen Jahre bis zum Umzug in den Neubau des OKS. Nebst den offensichtlichen räumlichen Verbesserungen in der Patientenversorgung erachtet Ruth Dutler die Planungserfahrungen mit diesem Provisorium als sehr, sehr nützlich hinsichtlich der Neubauplanung, vor allem in betrieblich-organisatorischen Fragestellungen.

Accessoire auf dem Büroschrank

Als Erinnerung an die alten Zeiten auf der IPS hortet Ruth Dutler ein besonderes Stück IPS-Geschichte auf ihrem Büroschrank: Eine alte, mechanische Isolettenwaage, mit der an diesem Tag ein Osterhuhn gewogen wird – 300g (aus Stoff ...).



Als nächstes steht bei Ruth Dutler wieder ein Mitarbeitergespräch an – die Führungsaufgabe findet im gegenüberliegenden Sitzungszimmer statt und der PC wartet auf seinen nächsten Einsatz ...

Just zur gleichen Zeit fand in einem Raum auf der alten IPS die Besprechung der Bauabrechnung zum Anbau IPS Süd statt. Diese schloss erfreulich ab. Wie eine engagierte Leiterin Pflege dazu beitragen kann, erzählte sie mir am Schluss meines Besuches: Viele Objekte im Elternwarteraum der neuen IPS konnte sie mittels Fundraising finanzieren, vor Weihnachten ist eine ideale Zeit für einen Bauprojektabschluss, da viele Spender motiviert werden konnten, einen Beitrag an diesen wichtigen Raum zu leisten. 

Ein Blick in die Logistik der neuen IPS

THEMA

Fabienne Stocker,
Kommunikationsassistentin

Vor einigen Wochen ist die gesamte Intensivpflegestation umgezogen. Dabei wurden Betten, Kleider, Geräte, Patienten und natürlich auch Medikamente gezügelt. Doch wie wird ein Umzug von Medikamenten geplant, ohne dass etwas während dem Umzug auf der neuen oder alten IPS fehlt?



Wo beginnt man bei einem Umzug?

Gewappnet mit meiner Kamera und einem Block stehe ich vor der Tür der neuen IPS. Schnell wird mir die Tür geöffnet und ich betrete ein freundliches und herzliches Arbeitsklima. Dort werde ich in die Apotheke begleitet, wo mir Bernadette Zeller geduldig meine Fragen beantwortet. Sie ist dipl. Pflegefachfrau HF IPS und zuständig für die Materialverwaltung auf der IPS. So sitzen wir im gut klimatisierten Raum und

ich frage mich, wie so ein Umzug einer Station organisiert wird. Es wird monatelang im Voraus geplant und Bestellungen werden getätigt. Eine neue Apotheke entstand und wurde bereits vorab mit Etiketten und Beschriftungen versehen. Alles wurde bestens für die Lieferung und Einordnung der Medikamente vorbereitet. Währenddessen wurde jedoch auch auf der alten IPS der Alltag gemeistert und auch dort wurden dieselben Medikamente eingesetzt und bestellt. Somit wurde gewährleistet, dass während 24 Stunden der Betrieb auf beiden Stationen – der alten und der neuen IPS – funktionierte. Doch wie behält man dabei die Übersicht, damit nichts fehlt, nichts doppelt bestellt wird und nichts vergessen geht? Auch dafür stand eine Lösung parat. Die Bestellungen wurden mit einer neuen Nummer versehen, die gewährleistet, auch beim ganzen Umzug den Überblick zu behalten. Glücklicherweise sind keine neuen Eintritte dazugekommen und alles verlief ruhig und geordnet. Nun hatte das Kinderspital jedoch zwei komplette Apotheken – abgesehen von den teuren Medikamenten, die bei Bedarf am einen Ort geholt worden wären. Jetzt nach drei Monaten ist der Bestand langsam wieder auf Normalbetrieb.

Bestellung Medikamente

Ein Medikament wird ausschliesslich durch eine Ärztin oder einen Arzt verordnet. Im SAP wird kontrolliert, ob das gewünschte Medikament an Lager ist. Ist es vorhanden, wird es in der Apotheke im Haus oder auf der entsprechenden Station abgeholt. Falls nicht, wird es durch die Apotheke bestellt. Oftmals besteht auch die Möglichkeit, dass ein patientenspezifisches Medikament, welches nicht aufgebraucht wird, zurückgegeben werden kann. Unsere «Apothekerinnen» auf der IPS sind während den

Bürozeiten stets bereit, den Pflegenden unter die Arme zu greifen. So wurde diese Stelle durch Ruth Dutler, nach einem zürcher Vorbild, geschaffen. Sie legen Medikamente bereit, richten über Mittag die neuen Infusionen und kommen auch notfallmässig an Wochenenden ins OKS. Die Medikamentenbestände müssen in der IPS-Apotheke ständig kontrolliert werden, da schnell eine Erfassung im SAP vergessen gehen kann, oder eine Bestellung doppelt ausgeführt wird. Falls ein neues Medikament aufgenommen werden soll, wird ein Antrag an die Arzneimittelkommission gestellt, dort wird geprüft und bei Zustimmung ins Sortiment aufgenommen.

Am Ende ist alles sauber

Medikamente sind nicht das einzige, was hier gelagert wird. Schläuche, Nuggis, Töpfe, Tablare, Pumpsets, Betten in verschiedenen Grössen usw. finden ihren Platz im unteren Stock der IPS. Hier finde ich Manuela, die soeben eine offene Einheit für ein Frühgeborenes gereinigt hat. Dies ist eine sehr aufwendige Arbeit. Alle Teile werden sorgfältig auseinandergenommen – die Schläuche in der Maschine gewaschen, die einzelnen Teile mit Terralin gereinigt – und danach wieder fein säuberlich zusammengesetzt. Somit wird gewährleistet, dass keine Bakterien überleben oder andere Rückstände bestehen bleiben. Kleine Geräte werden abgepackt und sterilisiert und warten auf ihren nächsten lebensrettenden Einsatz.

Herzlichen Dank an Bernadette, Manuela und Ursi für ihre Zeit und die spannenden Antworten. 

Jetzt gilt's ernst...

Top oder Flop? Die IPS nimmt im Süden den Betrieb auf.

THEMA

Ursi Baumgartner
dipl. Expertin Intensivpflege NDS HF

Es ist 14.30 Uhr, der Frühdienst gibt den Rapport ab. Alle Patienten seien wohl auf der neuen IPS angekommen. Fast alle Schränke sind schon komplett eingeräumt. Gleichzeitig herrscht oben im Osten gähnende Leere. Es kann also losgehen. Diesen Tag haben wir als Team lange ersehnt und er wurde akribisch vorbereitet und geplant. Ob wohl alles klappt? Eine leichte Nervosität macht sich bemerkbar, denn **jetzt gilt's ernst!** Und doch in erster Linie herrscht Freude, dass es jetzt endlich los geht.

So, stelle ich mir vor, geht es wahrscheinlich auch einem Sportler bevor der Startschuss eines entscheidenden Wettkampfs, z.B. an der Olympiade fällt. Intensiv bereitet man sich vor auf diesen einen Moment. Und dann gilt es eben ernst, top oder flop. Haben wir wirklich an alles gedacht? Haben wir schnell zur Hand, was wir benötigen? Haben wir die neuen Monitore von Philips schnell im Griff? Funktioniert alles?

Der erste Dienst war ruhig. Unglaublich schnell haben wir zu Routine und Sicherheit gefunden und uns auf Antrieb im «Süden» wohlgefühlt. Natürlich müssen wir vieles suchen in diesem ersten Spätdienst, einige Handlungsabläufe wirken eher holprig als routiniert. Kein Wunder, denn vieles



ist neu, z.B. das Monitoring, die Deckenversorgungseinheiten, das Isolationszimmer mit Unter- und Überdruckfunktion, um nur 3 Beispiele zu nennen. Und immer wieder die Frage: Wo ist das und jenes schon wieder versorgt?

Vor allem einen Gegenstand haben wir an diesem Abend fast schon panisch gesucht: Den Schlüssel zum Giftschrank. Da ist das Team des Frühdiensts und die Zügeltruppe nach erfolgreich getaner Arbeit zufrieden und müde abmarschiert und schon finden wir etwas nicht, was wir wirklich dringend, sofort benötigen. Das darf doch jetzt nicht wahr sein, dass niemand weiss, wo dieser Schlüssel «versorgt» ist. Ratlos stehen wir zu dritt in der IPS-Apotheke. Doch wer sucht, der findet – irgendwann. Falls jemand noch nicht alle Ostereier gefunden hat, das IPS-Team hat das Suchen und vor allem Finden geübt und fast schon professionalisiert.

Am Ende der Schicht konnten wir darüber schon wieder lachen. Der erste Dienst war überstanden ohne weitere Zwischenfälle. Wir sind definitiv angekommen. So als wären wir nie woanders zu Hause gewesen...

Der Umzug und der Start auf der neuen IPS war TOP. Eine Medaille hätten wir an diesem Tag bestimmt geholt oder zumindest verdient. Aber nur Dank der Hilfe des gesamten Kinderspitals. Die lieben Wünsche im Vorfeld haben uns gefreut und motiviert. Herzlichen Dank! Bedanken möchten wir uns auch für die Nachsichtigkeit in den ersten Tagen und Wochen, als man z.B. mal wieder vor der Tür warten musste, bis wir unser neues Türöffnungssystem korrekt bedienen.

Ein besonderer Dank gilt insbesondere dem Technischen Dienst, der uns am Zügeltag, wie auch an den folgenden Tagen stets unkompliziert und schnell mit Bohrer und Schraubenzieher oder was sonst noch benötigt wurde, zur Seite stand. 



Eine neue IPS – ein altes Thema

Interview mit John Micallef

THEMA

> FOKUS INTERVIEW <

Ernst Knupp,
Fachspezialist Risikomanagement mbF

Du bist seit September 1988 als Leiter der Arzt für die Intensivpflegestation am Ostschweizer Kinderspital verantwortlich. Welche Eindrücke aus der damaligen Zeit sind Dir noch in besonderer Erinnerung?

Als ich im Frühjahr 1988 angefragt wurde, ob ich mich für die ärztliche Leitung der «Neugeborenen-Intensivpflegestation am Ostschweizerischen Säuglings- und Kinderspital» (wie es damals hiess) bewerben möchte, habe ich vorerst etwas gezögert. Schliesslich lag die Region Ostschweiz/St. Gallen ausserhalb meiner damaligen Kenntnisse der Schweiz. Meine Aus- und Weiterbildungs-Tour-de-Suisse hat sich um Basel-Zürich-Bern konzentriert und die Ostschweiz war mir, bis auf eine Durchreise nach Salzburg, noch unbekannt.

Auch das Nachfragen bei Schweizer Freunden hat mir nicht wirklich weitergeholfen – die Schweiz schien kurz nach Winterthur in unbekannte Regionen auszulaufen. Täler im Wallis oder im Tessin genossen einen grösseren Bekanntheitsgrad.

Also doch eine Erkundungsreise nach St. Gallen selber unternehmen. Es war bereits Mitte März und ich konnte meinen ersten Eindruck mit den hohen Schneemassen in der Stadt nicht richtig als warmen Empfang interpretieren. Dafür war dies umso mehr hier im Kinderspital zu spüren und die positiven Einstellungen und die Offenheit für neue Entwicklungen haben mich in meiner Entscheidung massgeblich beeinflusst. Dazu kam die wunderbare Lage der Stadt und der Umge-

bung mit erhöhter Lage über dem schönen Bodensee. So habe ich mich im Alter von 35 Jahren für eine spannende Aufgabe in der Ostschweiz entschieden.

Die Intensivstation hatte aber ein sehr grosses Raumproblem. 1976 als Provisorium im Ostteil der Räumlichkeiten der Säuglingsstation C entstanden, verfügte die IPS über lediglich 60 m² für 12 Behandlungsplätze für Neugeborene und kranke Säuglinge.

Anfang der 70er Jahre war der Betrieb einer Intensivstation, insbesondere für ein nicht universitäres Kinderspital, keine Selbstverständlichkeit. Die Intensivmedizin, wie wir sie heute kennen, war in einer ersten, aber sehr raschen Entwicklung. Das Kinderspital hatte aus eigenen Kräften und Ressourcen und dank einem heute unvorstellbarem Einsatz der Ärzte und Pflegenden (damals Schwestern) eine sehr gut funktionierende Intensivstation betrieben. 1984 wurde der Abteilung die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Intensivpflege durch das SRK (Schweizerisches Rotes Kreuz) verliehen.

Dass die Intensität der Behandlung und der Platzbedarf in den ersten Jahren der Intensivmedizin hier am Kinderspital anders war, lässt sich aus dem Budget des Jahres 1984 erahnen: «...Erhöhung der Anzahl EKG-Monitoren...damit jeder Platz über einen Monitor verfügt» und «ein mühsames Herumschleppen von EKG-Monitoren und um eine unnötige Belastung für die Monitoren aber auch für die Rücken der Schwestern zu vermeiden». Aus dem gleichen Jahr besteht eine Aufstellung des Apparateparks der Intensivstation von total 10 Spritzpumpen. Bei einer Belegung von bis zu 12 Patienten entsprach das weniger als einer Spritzpumpe pro Bett.

1988 stand der erste grosse Erweiterungsbau des Kinderspitals an. Damals verfügte das Kinderspital weder über eine Notfallstation noch über ein Ambulatorium. Mitarbeiter mit mehr als 25 Jahren Kispierfahrung wissen sicher noch, wie ein Operationsaal innerhalb der Räumlichkeiten der Station A betrieben worden ist. Der Transfer von narkotisierten Kindern vor und nach der Operation in den Armen des Anästhesisten über den gemeinsamen Gang der Station getragen, bleibt mir bildlich sehr detailliert in Erinnerung.

Neben diesem dringendsten Bauvorhaben konnte aus finanziellen Gründen eine Projekterweiterung mit Aus- oder Neubau der Intensivstation nicht realisiert werden. Trotzdem wurden einige bauliche Verbesserungen auf der Intensivstation durchgeführt. Erneut auf Kosten der Station C wurde ein Patientenzimmer für grössere Patienten in Betrieb genommen. Ein Reinigungsraum mit Desinfektionsgeräten für die damals mehrfach verwendeten Beatmungsschläuche und Utensilien sowie ein Geräteaufbewahrungsraum konnten neu zur Verfügung gestellt werden.

Die wichtigste Massnahme war jedoch die Inbetriebnahme eines dezidierten Medikamentenvorbereitungszimmers mit Laminar-Flow für die Vorbereitung von Infusionen und parenteraler Ernährung. Dadurch konnte die Aufbewahrung und Vorbereitung von Esswaren und der Bereich für Medikamentenvorbereitung sauberlich getrennt werden.

Die Situation mit den viel zu knapp bemessenen Patientenräumen wurde durch die Entwicklung der Intensivmedizin im Laufe der 1990er Jahre immer prekärer. Die Einführung von neuen Untersuchungen und

Behandlungstechnologien, die Verfügbarkeit von mehr Spezialisten mit apparativen Untersuchungen, die Förderung der Anwesenheit der Eltern am Patientenbett sowie auch neue Beatmungsmöglichkeiten mit grösseren Beatmungsgeräten haben immer mehr Platz in Anspruch genommen. Eine sichere Pflege und Behandlung waren unter diesen Bedingungen bereits in den ersten Jahren immer schwieriger zu gewährleisten.

Als langjährigem Wegbegleiter schien mir das Thema, die IPS des Kinderspitals genüge den Anforderungen der SGI (Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin) nicht (mehr), ein Dauerthema zu sein. Wie hast Du dies erlebt?

Die Intensivmedizin ist heute als unverzichtbarer Bestandteil der Akutmedizin etabliert, aber es handelt sich hier um ein junges Fach. In den 1970er Gründungsjahren waren erste Intensivstationen weitgehend in die Fachkliniken (Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie, usw.) integriert. Es wurde aber bereits erkannt, dass es notwendig war, optimale Organisationsformen, den ärztlichen und pflegerischen Personalbedarf, die Aus- und Weiterbildung sowie eine adäquate räumliche und technische Ausrüstung zu definieren. Die ersten verbindlichen Standards für die Anerkennung von Intensivstationen durch die Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin sind 1975 publiziert worden.

Die Einhaltung dieser minimalen Anforderungen dient noch heute in erster Linie der Qualitätssicherung und der Entwicklung von Intensivtherapien bei schwerkranken Patienten. Dies trägt dazu bei, dass Organisation, Strukturen und Ressourcen laufend auf tatsächliche Bedürfnisse angepasst werden.

Um sich in Intensivmedizin und Intensivpflege auszubilden, durchläuft unser Personal eine lange und sehr anspruchsvolle Weiterbildungszeit, welche ganz (Pflege) oder teilweise (Ärzte) bei uns am OKS absolviert werden kann. Für die Erfüllung unserer Weiterbildungsaufgaben definieren die Richtlinien der Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) die Anforderungen, welche als Voraussetzung für den Betrieb einer Intensivstation gelten.

Als Leiter der Intensivstation am Ostschweizer Kinderspital und auch als ehemaliges Mitglied der Kommission für Anerkennung der Intensivstationen habe ich die Anforderungen der SGI nicht als Schikane sondern ausschliesslich als Unterstützung für unser Anliegen, eine optimale patienten- und familienorientierte Betreuung der uns anvertrauten Patienten zu sichern, erlebt.

Das gesamte IPS-Team ist äusserst zufrieden, dass wir jetzt auch die räumlichen Anforderungen erfüllen, und dass die anspruchsvolle Betreuung von Patienten und Eltern in angemessener Umgebung stattfinden kann. Für Patienten, Pflegende und Ärzte, für Eltern, für Konsiliarärzte und das mitbetreuende Fachpersonal ist dies ein echter Qualitätsgewinn!

Nun ist «Deine» IPS Anfang dieses Jahres in eine zwar als Provisorium statuierte, aber doch neue Umgebung umgezogen. Was bedeutet dies für die Versorgung der IPS-Patienten?

Der Bezug der neuen Räumlichkeiten auf der neuen IPS des Kinderspitals ist wie ein Befreiungsschlag von den engen bedrängten Verhältnissen des alten Providuriums. Bei der Planung war ein interdisziplinäres



IPS Team in sämtliche Schritte eng mit einbezogen. Bauplanung und klinische Anforderungen wurden Hand in Hand entwickelt. Sowohl der tägliche Ablauf als auch viele Faktoren wie Hygiene, Lufttemperaturen und Befeuchtung, Tageslicht und Lichtschutz, Gestaltung der künstlichen Beleuchtung, Lärmreduktion, Sichtschutz sowie Wahrung der Privatsphäre bei gleichzeitiger Sicherung der notwendigen Überwachung und vieles mehr, welche zur Planung einer solchen Station gehören, wurden weitgehend berücksichtigt.

Zusammen mit den Architekten und der Bauführung war es unser Ziel, eine Intensivstation zu realisieren, welche, innerhalb der finanziellen bzw. bauvolumenmässigen Vorgaben, eine optimale Versorgung der Patienten und Eltern sowie auch gute Arbeitsbedingungen für das Personal gewährleistet.

Hier einige Beispiele von Verbesserungen, welche die Realisierung der neuen IPS unseren Patienten ermöglicht:

- Anders als auf der alten IPS ist es jetzt möglich, dass auch in einem voll besetzten Viererzimmer jeder Patient die notwendige Behandlung und Zuwendung ohne Unterbruch erhalten kann. Obwohl Untersuchungen oder Behand-

THEMA

lungen am Patienten des Nachbarbetts durchgeführt werden, müssen die Eltern nicht mehr länger ausserhalb der IPS warten. Eine Mutter oder ein Vater muss das «Känguruhen» nicht unterbrechen, wenn ein Beatmungsgerät bei einem anderen Patienten installiert wird. Das Dabeisein der Eltern bei ihrem Kind ist fast ausnahmslos gewährleistet.

- Hygienische Massnahmen gemäss unseren CLABSI-Vorschriften sind viel einfacher einzuhalten, als es bisher je möglich war. Es können mehrere Abläufe, wie zum Beispiel eine Arztvisite, eine apparative Untersuchung, eine Intubation oder das Einlegen eines Zentralkatheters parallel im gleichen Patientenzimmer stattfinden.
- Neben den schieren Quadratmetern tragen andere, grossenteils unsichtbare Infrastrukturelemente zum guten Klima auf der Station bei:
 1. Alle Patientenzimmer verfügen über eine Frischluftzufuhr, welche gleichmässig den erforderlichen stündlichen Luftwechsel ohne spürbaren Durchzug sichert. Da eine übliche Klimaanlage nicht nur aus hygienischer Sicht sondern auch wegen ungewolltem Durchzugseffekt ungeeignet wäre, wurde eine spezifische Lösung installiert.
 2. Die Beheizung der Zimmer findet über eine standardisierte Bodenheizung statt. Viele IPS-Geräte produzieren grosse Mengen an Wärme und an warmen Sommertagen kann dies zu einer Überhitzung der IPS führen. Deshalb wurde ergänzend eine Kühlung über die Deckenelemente im Patienten- und Überwachungsbereich installiert. Diese Kühlelemente werden, im Zusammenspiel mit der Frischluftzufuhr, zentral gesteuert und stellen eine gleichmässige



und kontrollierte Lufttemperatur und Feuchtigkeit auf der Intensivstation sicher.

Vorbei sind die immer häufiger werdenden Sommertage, an denen das Personal und die Patienten unter tropischen Hitze- und Feuchtigkeitsbedingungen leiden mussten. Vorbei sind die Tage, an denen, zur Vermeidung von Überwärmung der kleinsten Patienten, die Inkubatoren mit Kühlelementen aus dem Gefrierfach notbehilflich gekühlt werden mussten.

Die neuen Räumlichkeiten bieten klimatisch, optisch und akustisch eine Umgebung, in welcher sich der Patient, die Eltern und das Personal durch alle Jahreszeiten wohler fühlen und dies kann direkt und indirekt zur rascheren Genesung beitragen.

Wie lautet Deine Antwort als verantwortlichem Arzt und Leiter der IPS auf die Frage, ob sich die Investition in diese neue provisorische IPS für die wenigen

Jahre bis zum Umzug in ein neues Kinderspital auf dem Areal des Kantonsospitals noch gelohnt habe?

Aus Sicht eines sicheren Betriebs war und bleibt die Entscheidung neuer Räumlichkeiten für eine provisorische Intensivstation auch für 8 Jahre richtig und dringend notwendig. Ein Weiterfunktionieren im alten 40ig-jährigen Provisorium war auch aus hygienischen Überlegungen nicht mehr zu verantworten.

Die Frage muss im Kontext der Entwicklungen der letzten 15 bis 20 Jahre betrachtet werden.

Die prekären Platzverhältnisse betreffen nicht nur die Intensivstation. Der gesamte stationäre Bereich leidet ebenso unter einer immensen Platznot. Das Kinderspital hat immer wieder versucht, das Problem mit einem Gesamtkonzept zu lösen, z. B. mit den Abklärungen eines neuen stationären Traktes im Süden (Heli-Landeplatz und Familiengärten) oder eines Erweiterungstraktes im Osten. Eine definitive Umsetzung



blieb, auch aus finanziellen und politischen Gründen, unerreicht.

Als letzten Rückschlag musste das Projekt Intensivstation-West, welches im Jahr 2012 hätte in Betrieb genommen werden sollen, wegen nachbarlicher Einsprache letztendlich aufgegeben werden.

Die Entscheidung, auf das Provisorium IPS-Süd zu setzen, wurde von den Verantwortungsträgern sehr umfassend überlegt. Im Hinblick auf die Vorteile für unsere Patienten darf diese Entscheidung in der End-Analyse als zielgerichtet und sehr lohnenswert bewertet werden

Das «ewige» Thema einer neuen IPS ist nun vom Tisch. Worauf konzentrierst Du dich nun für die wenigen Jahre bis zu Deinem Altersrücktritt?

Als wichtigste Aufgabe sehe ich meine Mitarbeit bei der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung unseres hochspezialisierten IPS-Teams. Die Räumlichkeiten sind lediglich die Bühne, auf welcher der

Betrieb einer Intensivstation stattfindet. Für die Aufführung ist ein gut ausgebildetes und eingespieltes Ärzte- und Pflegeteam, welches seine Arbeit professionell mit Begeisterung und Hingabe meistert, von essentieller Bedeutung. Seit vielen Jahren wird unsere Intensivstation von einem interdisziplinären Ärzte- und Pflegeteam geführt. Dieses ärztliche und pflegerische Führungssystem wurde über die Jahre entwickelt und hat sich für die ausserordentlich kooperative, interdisziplinäre Betreuung von Patienten sehr bewährt.

Die umfangreichen Vorbereitungen für den Betrieb am neuen Standort am Kantonsspital St.Gallen stellen eine weitere wichtige und sehr vielseitige Aufgabe dar.

Es ist vorgesehen, dass die Neonologie-Abteilung der Frauenklinik des Kantonsspitals, die Intensivstation des Kinderspitals und die IMC-Station räumlich und personell zusammengeführt werden. Diese Entwicklung bringt grosse Chancen für die familienorientierte Betreuung von Neuge-

borenen, welche eine intensivmedizinisch-neonatologische Behandlung benötigen, mit sich. Je nach räumlicher Gestaltung und der Verfügbarkeit von Eltern-Räumlichkeiten könnte die Trennung von Mutter und Kind auf ein Minimum reduziert werden. Wir hoffen und setzen uns dafür ein, dass diese Optimierung in den bestehenden Bauplänen umgesetzt werden kann.

Aufgrund der verschiedenen Ausrichtungen der drei Stationen sind die ersten Abklärungen und das Vorarbeiten für ein möglichst reibungsloses Zusammenfügen bereits im Gang.

Nach 35 Jahren Berufsausübung in der intensivmedizinischen Betreuung von Neugeborenen und Kindern, trete ich per Ende nächsten Jahres in die Pensionierung.

Ich bin für das Vertrauen des Kinderspitals während dieser Zeit sehr dankbar. Alles, was wir im alltäglichen Betrieb und in der Entwicklung dieser wunderbaren Station erreicht haben, war und ist nur dank den Anstrengungen und des Einsatzes des gesamten Teams der Intensivstation, in enger Zusammenarbeit mit allen Fachdisziplinen und medizinischer Dienstleistungen, möglich. 



Neue Überwachungsgeräte

Trotz High-Tech ist der Mensch unverzichtbar

THEMA

Dominik Stambach,
Leitender Arzt Kardiologie

4.5 km stromleitende Kabel und 17 Kilometer verbaute Datenleitungen, dies ist das imposante Rückgrat der technischen Überwachung in der neuen IPS. Aber was können die teuren Geräte den Neues? Wie verändern sie die Arbeit der Pflege? Und was bedeutet das für die Patienten?

Mit dem Umzug der IPS in den Neubau wurden auch die Überwachungsgeräte auf den neuesten Stand gebracht. Selbstverständlich war hierfür eine frühzeitige Planung notwendig damit alle Kabel am richtigen Ort und mit den korrekten Geräten vernetzt sind. Gemäss dem Leiter Technik, Heinz Nagel, wurden neben den oben erwähnten eindrücklichen Kabelmengen auch 350 Stück Anschlüsse verbaut. Insgesamt verbraucht die ganze IPS bei voller Belegung 60'000 Watt in der Stunde. Gigantische Zahlen, aber wie arbeitet es sich mit den neuen Geräten und macht es das Leben einfacher?

Der ärztliche Verantwortliche für die technischen Geräte, Dr. Sebastian Böhm, freut sich sehr über die neuen Monitore. Insbesondere die Möglichkeit, die einzelnen Parameter der letzten 96 Stunden rückwirkend analysieren zu können, ist sehr hilfreich. So können zum Beispiel nächtliche Rhythmusstörungen am nächsten Morgen gemeinsam mit dem Kardiologen beurteilt werden. Auch lassen sich die neuen Geräte feiner einstellen und viele Ereignisse werden korrekt erkannt. Nach wie vor gibt es



jedoch häufig Fehlalarme. So verneinen denn sowohl Ärzte wie auch Pflegenden ganz klar, dass die Geräte die Mitarbeiter ersetzen können. Zwar lassen sich die Monitore bequem aus dem Aufenthaltsraum überwachen, handeln muss man aber selbstverständlich immer noch am Bett und auch der klinische Blick für den Patienten ist unverzichtbar.

Dies bestätigten auch Verena Schweizer, eine Pflegenden, die noch die Zeit mit rudimentärem Monitoring erlebt hat. Damals mussten die Kinder noch regelmässig arteriell gestochen werden, damit die Sauerstoffsättigung monitorisiert werden konnte. Eine Tortur für das Personal, vor allem aber natürlich für die kleinen Patienten. So ist auch die Pflege und deren Verantwortliche für die Geräte, Bettina Jeuch, mit dem neuen System sehr zufrieden. Hervorgehoben wird insbesondere die Möglichkeit, den portablen Monitor auf Transporten mitnehmen zu können, was den Transfer von der Transportisolette ins Bett deutlich vereinfacht.

Aber wie sind denn die neuen Monitore für die Patienten und deren Eltern? Diese merken von der komplexen Verkabelung und Monitorisierung natürlich nicht so viel, dennoch sieht man immer wieder Eltern, die gebannt auf den Monitor schauen. Immerhin lässt sich die Lautstärke der Alarme anpassen und bei Bedarf kann sogar der Bildschirm abgestellt werden (wobei im Hintergrund die Überwachung weiterläuft). Dies hilft bei Situation, wo die Eltern vor lauter Monitore fast ihr Kind vergessen. Und trotz High-Tech: Im Mittelpunkt bleibt die direkte Beobachtung des Kindes; dies gilt für Ärzte, Pflegenden und auch für die Eltern.



Fredy Lanz,
Ausbildungsverantwortlicher Pflege

Die Personalplanung auf der neuen IPS mit den unterteilten Zimmern und den zwei Etagen ist eine grosse Herausforderung und braucht viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl.

Ich bin auf dem Weg zur neuen IPS, um mit Ruth Dutler über die Personalplanung zu sprechen.
Mein erster Eindruck, wie ich die neue IPS betreue, ist, dass es so ruhig ist! Auf der alten IPS hatte ich immer den Eindruck, einen Bienenstock zu betreten.

Ruth Dutler, Stationsleiterin der Intensivstation äussert, dass die Umsetzung der neuen IPS als Provisorium optimal gelungen ist. Sie und ihr Team sind sehr glücklich und zufrieden. Die Eltern der behandelten Kinder äussern sich, dass sie sich sehr wohl fühlen. Einzig im neonatologischen Bereich sehe man noch Verbesserungsmöglichkeiten, z.B. bezüglich Licht und Lärm.
Auf die Frage, wie ein so grosses Team (51 Personen für 32,4 Stellen) geführt und geplant werden kann äussert sie, dass es möglich ist, weil die Planerinnen viel Erfahrung ausweisen und der goldene Schlüssel der extrem grossen Flexibilität der Mitarbeitenden liegt, z.B. kurzfristig einzuspringen oder bei geringer Belegung Überzeit abzubauen, Piketteinsätze als Reserve zu leisten auch bei Unter- oder Überbelegung. Auch kann es vorkommen, dass es Sperrzeiten und eingeschränkte Regeln für Ferien gibt. Grundsätzlich braucht es bei der Planung auf der IPS viel Kreativität und ein immer neues Ausprobieren von Arbeits-

zeitmodellen, die heute noch gar nirgends angeboten oder in Managementtheorien durchgedrungen sind.

Die Dienstpläne werden immer über zwei Monate geschrieben. Auf meine Frage, ob da die Mitarbeiterinnen nicht viel mehr Freiwünsche hätten, entgegnet Ruth Dutler: «Im Gegenteil, bei der weitsichtigen Vorausplanung planen die Mitarbeitenden eher Termine nach dem Dienstplan und nicht wir den Dienstplan nach den vorhandenen Terminen. Die Nacharbeit durch Änderungen bleibt sich gleich.»

Viele Termine von aussen beeinflussen die Planung, z.B. durch die Rekrutierung bzw. die Neuanstellungen für das NDS HF IP (Nachdiplomstudium Höhere Fachschule Intensivpflege), die Schultermine der Auszubildenden an der Z-INA, vorgegebene Termine (Anzahl Tage) für Lernbegleitungen, viele Mitarbeiter haben Aufträge in Arbeitsgruppen des OKS, die Führungsaufgaben sind teils auch terminiert.

Jährlich werden auf der IPS durchschnittlich 4 Personen zur Expertin NDS HF IP ausgebildet. Der Ausbildungsbeginn ist immer im Herbst, dauert 2 Jahre und wird in der Regel mit einem Pensum von 80 – 100% absolviert.

Die normale Personal-Belegung beläuft sich im Tagesdienst auf 5 Experten IP plus eine Tagesleitung, im Spätdienst sind 5 Experten IP, eine davon ist Schichtverantwortliche, auf der der Nachtwache sind in der Regel 4 Experten IP, eine davon Schichtverantwortliche.

98% der Patienten auf der IPS sind Notfall-eintritte. Der Rest sind elektive Eingriffe, also geplante Operationen.

Der Einsatz auf der IPS bedeutet nicht nur Patienten zu betreuen, sondern auch sogenannte Vorhalteleistungen zu erbringen. Das sind z.B. Patiententransporte, Reanimationseinsätze inkl. Einsätze im Schockraum (Notfall). Da kann es unvermittelt vorkommen, dass eine Mitarbeiterin für bis zu drei Stunden nicht mehr für die Patientenbetreuung auf der IPS anwesend ist und durch die «Zurückgebliebenen» kompensiert werden muss. Pausen und Essenszeiten für die Pflegenden und Ärzte können nur individuell und kurzfristig geplant werden oder es kann sehr wohl vorkommen, dass es gar keine Pausen gibt und es zu Überzeit kommt.

Warum sind die Mitarbeitenden so motiviert? Ein Grund sieht Ruth Dutler darin, dass es ihr persönlich sehr wichtig ist, dass die Mitarbeiterinnen laufend auf dem neusten Stand der fachlichen Entwicklung sind. Dazu werden immer wieder interne, interdisziplinäre Fortbildungen organisiert. Ein weiterer Grund ist, dass die Mitarbeiterinnen ernst genommen werden und Wertschätzung erhalten. Diese Aufgabe ist nicht nur durch eine Person zu bewerkstelligen. Dazu wurden noch auf der alten IPS die Führungsstrukturen überarbeitet und die Verantwortung auf mehrere Schultern verteilt.

Liebe Ruth, herzlichen Dank für deine Ausführungen. 

Der Weg auf die IPS

Auf welchen Wegen gelangen Patienten auf die Intensivstation?

THEMA

Sandra Pfister,
dipl. Pflegefachfrau HF, Station A

Viele Wege führen nach Rom – aber auch auf unsere neue Intensivstation.

Verschiedene Szenarien sind für die kleinen und grossen Patienten möglich:

Variante 1: Der Patient tritt auf den Notfall ein, erhält dort die Erstversorgung und wird dann direkt auf die Station gebracht.

Eine 2. Variante ist, dass ein Kind für einen grossen geplanten operativen Eingriff auf die Abteilung bestellt wird. Nach der Operation bei uns im Hause oder aber auch möglicherweise am Kantonsspital St. Gallen wird dieses Kind nach dem Eingriff für die erste Überwachungssequenz auf die Intensivstation gebracht. Findet diese OP im KSSG

statt, erfolgt der Transport hin und zurück mit der Ambulanz. Meist nach einem Tag wird der Patient wieder auf die normale chirurgische Abteilung zurückverlegt.

Nun kann es auch sein, dass ein Kind bereits im Kispi liegt. Aufgrund seiner Erkrankung oder seines Unfalls verschlechtert sich sein Zustand akut. Notfallmässig wird es auf die Intensivstation verlegt.

Immer wieder kommt es auch vor, dass Patienten von einem anderen Spital auf die Intensivstation hier am Ostschweizer Kinderspital verlegt werden. Dies kann sein, dass es früh- oder neugeborene Säuglinge sind. Diese werden entweder mit der Ambulanz geholt oder mit der Rega eingeflogen. Oder sie sind in einem anderen Spital bereits auf einer IPS und werden dann auch direkt zu uns ins Haus verlegt.

Patienten kommen mit der Rega

Dies ist immer wieder der Fall. Diese Variante hat sich mit der neuen IPS stark vereinfacht: der Landeplatz der Rega liegt direkt neben dem Hintereingang der IPS. So können die Patienten in der Isolette oder auf der Transportliege direkt mit dem Betreuungsteam auf die Station gebracht werden. Optimal ist es deshalb, weil die Patienten nicht mehr in den Lift geschoben werden müssen.

Generell hat sich der Transport durchs Haus für die Patienten und das Team optimiert. Dies, weil nicht mehr vollständig über eine Abteilung durchquert werden muss und dadurch die Aufmerksamkeit nicht mehr so stark auf den Patienten gezogen wird. 🔄



Was läuft in den Patientenzimmern?

THEMA

> FOKUS INTERVIEW <

Sandra Pfister,
dipl. Pflegefachfrau HF, Station A

Neuerdings setzt sich die Intensivstation aus mehreren Patientenzimmern zusammen. Zuvor haben sich die Patienten auf 2 Nischen und das grosse Zimmer verteilt, nun sind es mehrere. Jacqueline Rütsche, Dipl. Pflegefachfrau auf der IPS berichtet im Interview, wie sie die neuen Räumlichkeiten erlebt

Liebe Jacqueline, danke dass du mit mir über deinen neuen Arbeitsplatz sprichst. Sag mal, was ist deiner Meinung nach die grösste Veränderung, die die neuen Räumlichkeiten mit sich bringen?

Wir sind im Gegensatz zu vorher viel mehr auf die verschiedenen Patienten-Zimmer verteilt. Es sind neu 4 Räume: ein 1-Bett-Zimmer, eines mit 2 Plätzen und 2 Zimmer mit 4 Betten. Das ist für uns Pflegenden eine neue Herausforderung. Zeitweise bekommen wir dadurch gar nicht mehr genau mit,

was in den anderen Patientenzimmern läuft. Es ist viel schwieriger, den Kolleginnen zu helfen. Aber es ist für den Patienten auch ein Vorteil: sie haben mehr Ruhe. Vor allem wenn in einem anderen Zimmer viel los ist. Grundsätzlich haben wir alles Material, das wir für die alltäglichen pflegerischen Verrichtungen benötigen, direkt in den Zimmern. So müssen wir uns nicht weit von den Kindern entfernen. Dies ist auch notwendig, da bei beatmeten Patienten stets eine Pflegenden im Zimmer anwesend sein muss. Personell ist es viel schwieriger, die gleiche Anzahl Patienten zu überwachen als früher auf der alten IPS, da die Wege nun länger sind.

Welche Räume haben sich nebst den Patientenzimmern noch verändert?

Die Stationsapotheke ist neu ein geschlossener Raum. Dies bringt mit sich, dass die Patienten nicht mehr gleichzeitig über einen Monitor überwacht werden können. Dann haben wir nun 2 Pausenräume. Der Kleine wird vor allem im Spät- und Nachtdienst genutzt, der Grosse im unteren Stockwerk für die Znüni- und Mittagspause. Beide verfügen über einen zentralen Überwa-



chungsmonitor. Der Abguss oben ist mehr ein Sammelraum. Unten findet dann die Materialreinigung und -aufbereitung durch unsere Pflegeassistentinnen statt.

Erzähl mir mehr über dieses 1-Bett-Zimmer: was ist speziell daran?

Es ist ein Isolier-Zimmer. Es hat eine Unter- oder Überdruckfunktion. Das Zimmer selbst ist zudem durch eine Schleuse vom Korridor her abgetrennt. Diese Schleuse dient dazu, die Druckverhältnisse im ISO-Zimmer aufrecht zu erhalten. Wenn ich als Pflegenden in diesem Zimmer arbeite, bin ich darauf angewiesen, dass mir meine Team-Kollegen Material und Medikamente bringen. Ich selbst verlasse das Zimmer nur, wenn mich jemand ablöst. Das Zimmer wird videoüberwacht und ist mit einer Gegensprechanlage ausgerüstet.

Habt ihr denn nun mehr Platz als vorher?

Grundsätzlich ja. Aber: die Deckenversorgungseinheit (Versorgungsarme mit Monitor, Laptop und Co.) nimmt viel Raum weg. Ausserdem ist nun alles auf 2 Etagen verteilt. So haben wir zum Beispiel die Beatmungsgeräte im unteren Lagerraum. Dies kommt aber auch unserer Fitness und unseren Schrittzählern zugute ;-) 



Interview mit Sibylle Althaus

THEMA

> FOKUS INTERVIEW <

Stefanie Sandl, dipl. Pflegefachfrau, Station C

Sybylle Althaus, du wechselst nach langer Zeit von C auf B-West. Dazu ein paar Fragen an dich:

Wie lange warst du auf dem C?

Am 1. Juni 1997 trat ich die Stelle auf dem C2 an, mit dem Vorhaben, ein bis zwei Jahre zu bleiben. Es wurden dann Einige mehr, nämlich 18 ½ Jahre. Die Arbeit mit den Säuglingen und deren Angehörigen hat mir grossen Spass gemacht und im Team habe ich mich sehr wohl gefühlt.

Aus welchen Gründen hast du nun gewechselt?

Es gab verschiedene Auslöser. Im Vordergrund stand seit längerer Zeit das Verlangen nach einer neuen Herausforderung und einem Wechsel innerhalb des Arbeitsgebiets.

Welche Erwartungen hattest du an einen Stationswechsel und haben sich diese erfüllt?

Bis anhin haben sie sich absolut erfüllt. Die Arbeit ist äusserst abwechslungsreich, spannend und lehrreich. Mit den Herausforderungen bin ich täglich konfrontiert. Sei es in der Begleitung von chronisch kranken Patienten aller Altersgruppen, in fachtechnischen Bereichen, im Bezug auf das Fachwissen oder der stationären und ambulanten Administration...

Mit den Erwartungen an mich selbst habe ich noch zu kämpfen. Da strapaziere ich meine Nerven und sicherlich auch jene meiner neuen Teammitglieder. Auf diesem Weg ein grosses Dankeschön für eure Geduld!

Ändert sich deine Funktion?

Aktuell fühle ich mich in einem Rollentausch. Von der Auszubildenden bin ich in die Rolle der Auszubildenden geschlüpft. Dies ist eine sehr wertvolle Erfahrung, v.a. in Bezug auf die Auszubildendenfunktion, welche ich im Verlauf auf dem B-West wieder aufnehmen werde.

Gab es in den ersten Tagen auf dem B-West Überraschungen?

Den administrativen Aufwand, v.a. bei den ambulanten Patienten, habe ich sicherlich unterschätzt.

Wie reagieren andere auf dich, wenn sie dich auf dem B-West sehen?

Einerseits war ich erstaunt, wieviele von meinem Wechsel Kenntnis hatten und mich auf mein Befinden angesprochen haben. Andererseits habe ich den Satz: «Du bist auf der falschen Abteilung» sehr oft gehört. Irritierte Blicke waren ebenfalls an der Tagesordnung und dies nicht nur beim Personal. Es gab sogar Familien, welche mich bereits vom C kannten und nun überrascht waren, mich auf dem B-West anzutreffen.

Was wird für dich die grösste Herausforderung werden?

Eine der grössten Herausforderungen aktuell ist der Umgang mit der Sorge, einen gravierenden Fehler zu machen. Sei es bei der Medikation oder aufgrund des mangelnden Wissens, etwas zu verpassen. Die emotionale Begleitung in Krisen erlebe ich als eine weitere sehr herausfordernde Aufgabe.

Wie entspannst du in der Freizeit?

Auf die Wandersaison freue ich mich besonders. Bewegung in der Natur ist Erholung pur. Kreatives Arbeiten und gemütliches Beisammensein, ein feines Essen, zwischendurch ein spannendes Buch, reisen und natürlich das Kicken am Montag Abend geniesse ich sehr :)

Liebe Sibylle, herzlichen Dank für das Gespräch. Weiterhin alles Gute auf dem B-West.



Dr. med. Tiziana Gozzi Graf,
Oberärztin mbF Diabetologie

Heute vor 10 Jahren wurde bei L. die Diagnose Diabetes gestellt. Er war mein erster Patient und zum Jubiläum brachte er mir einen selbst gebackenen Kuchen mit. Dies ist mehr als Anerkennung, mehr als ich mir je hätte vorstellen können für die getane Arbeit. Danke!! Er teilt ein Stück des Kuchens mit mir, zückt seine Tischwaage und kann mir genau sagen: es sind 2.5 KHW. So zeigt er mir auch, wie kompetent er seinen Alltag mit Diabetes bestreitet. Patient(-inn)en wie L. zeigen mir, dass sich der Einsatz lohnt, und dass wir gut daran tun, die Patient(-inn)en dort abzuholen, wo sie sind. Dies mit unseren Fachkenntnissen, die wir patientengerecht einbringen und so dem/den Patient(-inn)en zur Autonomie zu verhelfen, die sie sich wünschen. Wenn ich also zurückblicke auf die vergangenen 10 Jahre kann ich es kaum glauben, dass so viel Zeit verstrichen ist. Die Haare wurden

grau, eine neue Brille musste her, das Diabetesteam ist gewachsen, hat sich gefestigt und ist für die Patient(-inn)en und mich eine kostbare Bereicherung, ohne deren Unterstützung die viele Arbeit nicht zu bewältigen wäre. Viel konnte ich dazulernen, einerseits aufgrund der freund(-schaft-)lichen Kultur des Wissensaustausches untereinander, die im Kispi gelebt wird, aber auch von meinen Patient(-inn)en. Unser medizinisches Wissen können wir nur gemeinsam mit unseren Patient(-inn)en, deren Vertrauen ich als Geschenk verstehe, in ihr Leben implementieren und so an ihrer Seite stehen.

Was es bedeutet, mit einer chronischen Krankheit wie z.B. Diabetes im Alltag zu leben, kann ich nur versuchen zu erfassen. Umso mehr freut es mich, wenn wir erleben dürfen, dass die Patient(-inn)en durch unseren Beitrag ihren Weg trotzdem und erfolgreich gehen können. So habe ich nun in meiner persönlichen Ahnengalerie bereits hochkarätige Eishockeyspieler, Snowboarder, Fussballer, Motocross- und Velofahrer, Athlet(-inn)en wie auch Lebewesen aufwachsen sehen. Schön für mich war es zu erleben, dass manche Patient(-inn)en sogar Arbeiten in der Schule über ihre Krankheit schrieben oder gar einer Ausbildung in einem medizinischen Beruf nachgehen und mir damit auch zeigten, wie sehr sie sich mit ihrem Schicksal auseinandersetzen und es annehmen. Lustige Begegnungen waren auch immer wieder die Anlässe wie das Grittibänz-Backen, der Kid's Cup oder unsere unzähligen Workshops. Ich blicke zurück mit einem grossen Dank an «mein» Diabetes-Team, das wirklich dranbleibt, auch wenn's nicht immer gut läuft, an all meine Kollegen, die immer ein offenes Ohr haben und für einen Wissensaustausch da sind, an meine Vorge-



setzten, allen voran Dr. Josef Laimbacher, den Mitarbeitenden, die sich für das Wohl der Kinder einsetzen und ihnen immer wieder mit einem Lächeln begegnen und nicht zuletzt meinen Patient(-inn)en, die mir ihr Vertrauen, ihre Ehrlichkeit und ihre Treue schenken. Ich freue mich auf weitere spannende Jahre in den Bereichen Endokrinologie und Diabetologie, die noch vor mir liegen. 



Aus der Providus-Pensionskasse: Zeit grosser Herausforderungen

ZUR SACHE

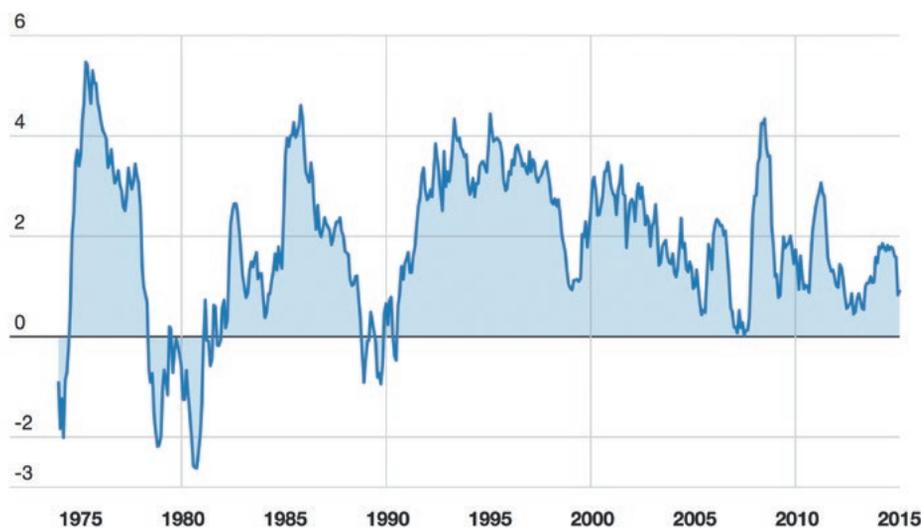
Ernst Knupp, Geschäftsführer
Personalvorsorge-Stiftung Providus

Tiefe Zinsen und steigende Lebenserwartung stellen alle Pensionskassen vor grosse Herausforderungen. Dies zeigt sich auch bei den Zahlen der Providus. Ende des Jahres 2015 lag der Deckungsgrad der Providus noch bei 99.6% (Vorjahr 102.4%). Der Stiftungsrat wird sich in den kommenden Monaten über Massnahmen zur langfristigen, finanziellen Gesundheit der Providus unterhalten.

Die Realität betrachten

Nach dem Jahr 2015 müssen auch die hoffnungsvollsten Menschen erkennen, dass die goldenen Zeiten in der Vermögensanlage, in denen eine gute Rendite ohne grosse Risiken erzielt werden konnte, vorbei sind. Das System der beruflichen Vorsorge in der Schweiz (zweite Säule) wurde ehemals unter der Annahme konzipiert, dass auch die Vermögensanlage einen gewinnbringenden Teil zur Finanzierung der Vorsorge beiträgt. In der Anfangszeit, Mitte der 1980er Jahre, waren jährliche Renditen auf Vermögensanlagen von 4% sehr realistisch, ohne die Notwendigkeit besondere Risiken einzugehen. Wer kann sich nicht noch an die Zeiten erinnern, als man bei Kassenobligationen mit einem Zinsertrag über 7% rechnen konnte. Was man dabei aber ausgeblendet hatte, war die Höhe der jeweiligen Teuerung. Wenn diese auch berücksichtigt und abgezogen wird, betrachtet man den Realzins. Und dieser

Folgende Grafik zeigt die Entwicklung des Realzins über die letzten Jahrzehnte.



Quelle: Tagesanzeiger (Grafik), SNB/St.Louis Fred (Daten)

kann selbst bei negativen Nominalzinsen positiv sein, vorausgesetzt die Teuerung ist gleichzeitig negativ.

Renten sind nominal zu garantieren

Da nun die Pensionskassen ihre Verpflichtungen nicht teuerungsbereinigt festlegen und somit die Rentenversprechungen immer nominal erfüllen müssen, benötigen sie auch in Zeiten wie der heutigen positive Renditen, damit die finanzielle Lage stabil gehalten werden kann. Es wichtig zu erkennen, dass das System der nominalen Besitzstandswahrung in Zeiten negativer Teuerung für die Rentenbeziehenden eine sehr komfortable Lösung darstellt, die mindestens aus finanzieller Perspektive einen sorglosen Ruhestand sicherstellt.

Entwicklung Deckungsgrad der Providus

Die Providus hätte im Jahr 2015 eine Rendite von 2.6% benötigt, um den Deckungsgrad stabil halten zu können. Effektiv lag die Jahresrendite bei minus 0.6%, was einer Differenz von 3.2% entspricht. Rein rechnerisch hätte der Deckungsgrad aus dieser Werte von 102.4% Ende 2014 somit auf 99.2% sinken müssen. Dass der Rückgang effektiv um 0.4%-Punkte geringer ausfiel, hängt mit der vorteilhaften versicherungstechnischen Struktur der Providus zusammen.

Der Stiftungsrat ist gefordert

Natürlich ist der Messzeitpunkt dieser Zahlen lediglich ein an und für sich willkürlich gewählter Stichtag und die Realität schreitet voran. Wer die Entwicklung an den Finanzmärkten und an der Zinsfront aber ein wenig verfolgt stellt fest, dass keine

Trendwende in Sicht ist. Die Verantwortlichen der Providus setzen sich nach Kräften ein, um die Vermögensanlage in schwierigen Zeiten möglichst zu optimieren und dabei beim Risikokleid der Providus nicht angemessene Risiken zu vermeiden. Dies bedeutet zum Beispiel, nach allen sich bietenden Möglichkeiten zur Vermeidung von Negativzinsen Ausschau zu halten, das Gegenparteirisiko aber nicht aus den Augen zu verlieren. Denn es ist eine Tatsache, dass die Schweizerische Nationalbank von den heimischen Geschäftsbanken Negativzinsen verlangt, was den Preis für mehr Sicherheit zum Ausdruck bringt. Wer den Preis für Sicherheit nicht bezahlen will, muss mehr Risiko eingehen. Um das finanzielle Gleichgewicht der Providus langfristig zu sichern, werden die erwarteten Anlageerträge zukünftig wohl nicht reichen. Auch die Leistungen der Providus sind einer eingehenden Prüfung zu unterziehen.

Gerne halten wir Interessierte auf dem Laufenden über die Entwicklungen der Providus unter www.providus-pk.ch

Neuer Präsident



Daniel Dubach heisst der Nachfolger als Präsident der Personalvorsorge-Stiftung Providus. Er löste per 1. Januar 2016 den seit 16 Jahren für die Providus tätigen Christian Jost ab. Daniel Dubach ist eidgenössisch diplomierter Finanz- und Anlageexperte, war einige Jahre tätig bei renommierten Schweizer Banken und später als Verantwortlicher Leiter für Anlageprodukte und -dienstleistungen in einer Anlagestiftung tätig, bis er sich im Jahr 2011 selbständig machte. Er arbeitet heute aktiv in Stiftungsräten, Investitionsausschüssen und Vorständen von Vorsorgeeinrichtungen mit - unter anderem als Berater in der Anlagekommission der Vorsorgestiftung der Assistenz- und Oberärzte VSAO. Daniel Dubach ist mit seiner langjährigen Erfahrung im Pensionskassenmanagement und insbesondere in Finanzanlagen gut gerüstet, auch in stürmischeren Zeiten zusammen mit seinen Kolleginnen und Kollegen im Stiftungsrat am Steuerrad der Providus zu stehen.

Daniel Dubach ist es wichtig, dass die Arbeitgeber proaktiv, zeitnah und regelmässig über die Entwicklung der Providus informiert werden, was Ende März erstmals erfolgte.

Dank an Christian Jost

Christian Jost hat den Stiftungsrat der Providus während 16 Jahren kompetent geführt und war als diplomierter Wirtschaftsprüfer und Revisionsexperte Garant dafür, dass in der Providus über diese Zeit «alles mit rechten Dingen» vor sich ging. Christian Jost war zuvor als externer Revisor für das Ostschweizer Kinderspital zuständig und hat somit viel seiner Kompetenz in den Dienst unserer Institutionen gesteckt. Zuletzt war Christian Jost massgeblich beteiligt an der Möglichkeit, dass die Providus sich im Jahr 2015 mit zwei Liegenschaftenkäufen im Bereich der Realerträge stärker positionieren konnte. Die Versicherten dürfen Christian Jost an dieser Stelle dankend verabschieden und ihm für seine Zukunft alles Gute wünschen. 

Warum brauchen Ergo's einen Elektro-Rollstuhl?

ZUR SACHE

Susanne Rönfeld,
MSc, Leitende Ergotherapeutin

Seit Sommer letzten Jahres sind wir in der Ergotherapie stolze Besitzer eines Elektro-Rollstuhles. Warum?

Im Rahmen meiner Masterarbeit, zum Abschluss des Neuroorthopädie-Studiums, habe ich mich mit dem Thema des Einsatzes eines Elektro-Rollstuhls bei Kindern mit einer infantilen Cerebralparese ab dem zweiten Lebensjahr intensiv beschäftigt. Einem Grossteil dieser Kinder ist es nur bedingt möglich, sich zu betätigen und «am Leben teilzunehmen». Viele der Kinder können sich weder am Boden drehen noch können sie selbständig nur ein kleines Stückchen am Boden vorwärts kommen um z.B. ein gewünschtes Spielzeug zu ergattern. Oder es ist ihnen aufgrund der motorischen Einschränkung nicht möglich beide Hände oder eine Hand gezielt zum Greifen, Halten oder Hantieren zu benutzen. Spielen, sowie das Erlernen von Alltagstätigkeiten sind für diese Kinder mit viel mehr Energieaufwand verbunden als das bei Kindern, deren Entwicklung «normal» verläuft der Fall ist. Durch eine passende technische Adaption, z.B. einem Elektro-Rollstuhl, und dem entsprechenden Elektro-Rollstuhl-Training kann es diesen Kindern gelingen, genau diese Er-

fahrungen zu machen, die für die fortlaufende Entwicklung ein notwendiger Baustein sind. So standen einer Mutter Tränen in den Augen, als ihre 2 ½-jährige Tochter plötzlich mit dem Elektro-Rollstuhl weg fährt von ihr und sagt: «Tschüss, Mami, bis später.» Das Mädchen hat gelernt sich mit dem Elektro-Rollstuhl selbstbestimmt fortzubewegen. Sie konnte das bis zu dem Moment auf keine andere Art und Weise tun. Das Strahlen in den Gesichtern der Kinder zu sehen, wenn sie merken, dass sie alleine vorwärts kommen und der Stolz der Eltern, wenn sie sehen, was ihr Kind kann, sind immer wieder aufs Neue eindruckliche, berührende Momente. Vielversprechend sind die Ergebnisse, die mit dem Training im Elektro-Rollstuhl erreicht worden sind, in den skandinavischen Ländern oder in England. Das Training ist aufgebaut nach dem Modell von Lisbeth Nilsson, PhD, einer Ergotherapeutin aus Schweden, mit der ich mittlerweile in engem Austausch bin. Es wird dabei ein von ihr und Josephine Durkin, PhD, Ergotherapeutin aus England, entwickeltes Assessment verwendet. Weder in der Schweiz, noch in Deutschland oder Österreich gibt es Forschungsarbeiten zu diesem Thema. In Zusammenarbeit mit der ZHAW Winterthur, Prof. Dr. phil. Brigitte Gantschnig, konnten wir nun eine Studie starten mit einem evaluativen Einzelfall-Studien-Design. Damit wollen wir zeigen, dass auch unsere Kinder in der Schweiz mit einer Cerebralparese, die zwischen 2- und 4-jährig sind, vom gezielten Training im Elektro-Rollstuhl profitieren können. Ziel der Studie ist es, die Auswirkungen des Elektro-Rollstuhl-Trainings auf die Ausführung von Alltagsaktivitäten, der sozialen Interaktion und der Lebensqualität der Kinder zu erfassen.

Ein grosses Dankeschön an Oliver Maier

und Naoko König und allen Spendern, die mit ihrer Spende beim ersten, wunderbaren Benefizkonzert von Oliver und Naoko im August 2014 die Anschaffung dieses kostspieligen Elektro-Rollstuhls möglich gemacht haben.

Nach wenigen gezielten Elektro-Rollstuhl-Trainingseinheiten gibt es bereits erste Rückmeldungen von Eltern. So äussert die Mutter eines 4-jährigen Mädchens: «Wir waren nun ein Jahr lang am Üben, damit sich mein Kind am Boden drehen kann. Nach dem zweiten Elektro-Rollstuhl-Training dreht sie sich nun selbstbewusst am Boden. Schwungvoll auf die eine Seite und noch etwas zögerlich auf die andere Seite.» Die Erfahrung des selbstbestimmten Vorwärtskommens hat das Mädchen motiviert, dies auch ohne Hilfsmittel auszuprobieren. Eine weitere Aussage ist:

«Mein Kind nimmt neu die «schlechtere» Hand, um ein Apfelstück vom Tisch zu greifen und in den Mund zu stecken. Im Kinderhort waren sie total überrascht, dass diese Hand das kann, bisher hat sie immer alles mit der anderen Hand geholt und festgehalten.»

Unter anderem wird auch der Einsatz der `schlechteren` Hand beim Elektro-Rollstuhl-Training durch die Bedienung des Joysticks gefördert. Nun erwarte ich gespannt viele solcher Rückmeldungen, bis wir das Sammeln von Daten im Frühjahr 2017 abschliessen werden und die Auswertung beginnt.

Der Elektro-Rollstuhl ist, auch ausserhalb der Studie, in jedem Fall eine Bereicherung in unserem ergotherapeutischen Alltag. Wer gerne eine Probefahrt damit machen möchte, ist herzlich willkommen. 



Dolores Waser Balmer,
Geschäftsleiterin KSZ

Der «Anti-Peter-Chat»

Peter geht in die 6. Klasse. Die neun Jungs der Klasse verstehen sich eigentlich ganz gut, sie buhlen gegenseitig um die Anerkennung der Mädchen, sie rivalisieren in verschiedenen Sportclubs und sie messen ihre Kräfte auf dem Pausenhof – ganz «normale» Jugendliche eben.

Peter aber hat aktuell einfach grössere Chancen bei den Mädchen und kommt erst noch bei den Lehrkräften gut an. Die restlichen Jungs gründen darum auf WhatsApp einen «Anti-Peter-Chat». Sie senden sich kurze Nachrichten zu wie «schon wieder hat Claudia ihn angesmiled», «so ein A wie der wieder strebert.» Das Wichtigste bei den Nachrichten ist, dass Peter sieht, dass es diesen Chat gibt und er aber nicht weiss was drin steht.

Peter beginnt das berechtigt zu stressen und er versucht ein paar der Kollegen zu gewinnen, auch einen «Anti – Irgendwas-Chat» zu machen, er versucht die Handies zu knacken, weil er wissen möchte was drin steht, er wird aggressiv und die anderen Jungs können für sich bestätigen, dass Peter – wie angenommen – etwas «komisch» ist ... der Teufelskreis beginnt sich zu drehen.

Eine Situation wie sie viele Schulhäuser in ähnlicher Art kennen. (Cyber)Mobbing – ein Begriff, der mit vielen Geschichten gefüllt ist – für Lehrkräfte, für Schülerinnen und Schüler, für Eltern. Das Kinderschutzzentrum arbeitet im Rahmen des Schulungsangebots CoHaCo (Computer, Handy und Co) mit Lehrkräften und Schulklassen zu diesem Thema zusammen, zeigt auf, wie schnell eine Mobbing-situation entstehen kann (siehe der Anti-Peter-Chat) und wie schwierig es ist, sie wieder aufzulösen. Zusammen mit den Schülerinnen und Schülern versuchen wir herauszufinden, was denn Einzelne tun könnten, um zu unterstützen, um auszubrechen oder um Hilfe zu holen.

Viele Schüler und Schülerinnen kennen das Gefühl, Teil einer Mobbinggeschichte zu sein, haben Erfahrungen in verschiedenen Rollen. Wir erleben meist ein sehr hohes Engagement dagegen etwas tun zu können. Schnell wird klar, dass eine Lösung nur in gutem Zusammenspiel Schule-Elternhaus möglich sein wird.

Oft findet darum dann auch ein Elternabend statt – so wie am 10. Februar 2016 im Toggenburg bei gut besetztem Saal, gleichzeitig mit der Veranstaltung der Ostschweizer Kinderärzte in der übervollen Aula in der Fachhochschule St. Gallen.

Ein fachkompetenter Umgang mit Mobbing – ein Thema für das wir uns von der Stiftung Ostschweizer Kinderspital im Dienste der Gesundheit und Integrität unserer Kinder und Jugendlichen stark machen!



Mobbing in der Schule

Bericht über eine eindrückliche Veranstaltung

ZUR SACHE

Ernst Knupp,
Fachspezialist Risikomanagement mbF

Ärzte der Stiftung Ostschweizer Kinderhospital und die Vereinigung Ostschweizer Kinderärzte luden am 10. Februar 2016 in die Fachhochschule in St. Gallen zu einem anhaltend aktuellen Thema ein und zeigten auf, dass Mobbing in der Schule eine grosse interdisziplinäre Herausforderung darstellt, ja mehr noch, die ganze heutige Gesellschaft betrifft. Die Veranstaltung war mit deutlich mehr als 200 Personen sehr gut besucht.

PD Dr. med. Jürg Barben, Leitender Arzt Pneumo-/Allergologie, blickte einleitend auf die gut besuchten vier Veranstaltungen im vergangenen Jahr zurück und präsentierte die Resultate einer Umfrage unter den Teilnehmenden. Diese zeigten, dass die Art, der Umfang und die Inhalte der Angebote auf breites Interesse stiessen und die Vortragsreihe «Schule & Pädiatrie» deshalb in diesem Jahr fortgesetzt werden soll. Nebst einem hohen Anteil von Lehrpersonen (knapp 50%) und Ärzten (10%) wird die Veranstaltung auch von Eltern (rund 18%), Fachpersonen und anderen Interessierten besucht.

Anschliessend zeigte Dr. med. Josef Laimbacher, Chefarzt Jugendmedizin, auf, weshalb die Kinderärzte von dieser Thematik stark betroffen sind. Der Leistungsdruck in der Schule ist hoch und wenn er noch durch unerwünschte soziale Einflussfaktoren wie Mobbing verstärkt wird, so ist der Weg bis zu Krankheitssymptomen nicht weit. Sehr schnell finden sich die Kinderärzte in Situationen, die ein grosses Augenmass in der Diagnostik verlangen. Weder soll ein möglicher Mobbing-Hintergrund

vorschnell ins Spiel gebracht, noch letztlich ausser Acht gelassen werden. Symptome wie Kopfweh oder Bauchweh können häufig auf körperliche Ursachen zurückgeführt werden; bis diese allerdings weitestgehend ausgeschlossen werden können, ist nicht selten eine umfassende Diagnostik mit Laboruntersuchungen, bildgebenden Verfahren und anderem mehr notwendig. Diese ist entsprechend kostspielig, was eine nennenswerte und oft unterschätzte Begleitursache von Mobbing ist.

Prof. em. Françoise D. Alsaker von der Alsakergruppe für Prävention an der Universität Bern hielt anschliessend ein ausführliches Referat über das Thema Mobbing unter Kindern. Sie konnte aus den Erkenntnissen und Resultaten von einer mehr als 30 Jahre langen Forschung und Praxiserfahrung schöpfen. Sie zeigte auf, dass der Begriff Mobbing relativ neu ist, aber ihrer Meinung nach bereits zu viel gebraucht wird. Das Phänomen an sich ist alt und universell. Wesentlich und bedeutsam sei die Früherkennung. Womit die Verbindung zu den Kinderärzten klargestellt wurde. Vorab zeigte sie auf, was Mobbing ist und was nicht. Sie zeigte verschiedene Formen von Mobbing auf und erläuterte auch die Besonderheiten von Cybermobbing (Mobbing unter Einsatz von sozialen Medien). Eine Welt ohne Konflikte sei kaum denkbar und wäre utopisch. Bei Konflikten geht es um eine Sache in Form einer Auseinandersetzung unter relativ ebenbürtigen Beteiligten. Solche Konflikte lösen zu lernen gehört zur sozialen Entwicklung aller Menschen, besonders beim Heranwachsen. Mobbing kennzeichnet sich demgegenüber durch negative, schädigende Verhaltensweisen.

Die Folgen von Mobbing können von Angst vor der Schule, körperlichen Beschwerden, Absentismus in der Schule, zu Depressionen und im Extremfall zu Selbstmord wachsen. Auch für die Mobbenden kann Mobbing unerwünschte (Spät-)Folgen haben: In nicht wenigen Fällen sind später Gesetzesbrüche zu beobachten.

Frau Alsaker zeigte auch auf, was Eltern tun können:

- Auseinandersetzung mit Werten («Anti-Mobbing-Werte» vermitteln).
- Klare Stellungnahme: Mobbing ist nicht akzeptabel.
- Interesse am Alltag des Kindes zeigen
- Kontakte zu Lehrpersonen und zu anderen Eltern pflegen.
- Den Kindern beibringen «Nein» zu sagen.
- Auf eine Kurzform gebracht: «Nicht wegschauen oder Mobbing verharmlosen oder tolerieren».

«Es braucht Mut zu erkennen, dass Wegschauen auch Gewalt ist.»

«Es braucht Mut zu erkennen, dass Wegschauen auch Gewalt ist. Es braucht noch mehr Mut, sich zu entscheiden, hinzuschauen und zu handeln. Unsere Gesellschaft braucht mutige Kinder, die morgen mutige Erwachsene sein werden; dazu müssen die Erwachsenen von heute den Mut aufbringen, den Kindern diesen Weg zu weisen und sie auf ihm zu begleiten.» (Alsaker, 2003)

Als zweite Referentin trat Esther Luder, Leiterin des Schulpsychologischen Dienstes des Kantons St. Gallen, auf und führ-

te die Besucher an einem Fallbeispiel aus der Stadt St. Gallen in den realen Alltag der heutigen Zeit ein.

«Mobbing ist eine Form von Gewalt» – darin waren sich alle Referenten einig und sie kann Kinder und Jugendliche krank machen. Für Esther Luder kann Mobbing als Angriff auf ...

... das Ansehen,
... die sozialen Beziehungen,
... die Lebensqualität sowie
... das psychische Wohlbefinden

verstanden werden.

«Mobbing ist ein verletzendes, zielgerichtetes Verhalten mit der Absicht auszugrenzen.»

Auch Esther Luder sprach den zentralen Stellenwert des Verhaltens der Erwachsenen in konkreten Mobbing-Situationen an. Wenn sie wegschauen und nicht reagieren, wird dies als stillschweigende Zustimmung empfunden. Sie bekräftigt, dass Kinder einerseits Grenzen brauchen, diese aber nur etwas nützen, wenn sie auch durchgesetzt werden.

Dieser Abend war sicher ein gelungener Beitrag dazu.

Persönlicher Kommentar des Autors

Beim Verlassen der Veranstaltung hat mich das Gehörte zum Gedanken geführt, weshalb es uns Erwachsenen wohl nicht gelingen mag, der nächsten Generation klar zu machen, dass Verletzungen der Seele eines anderen Menschen mindestens so schlimm und inakzeptabel sind wie solche des Körpers. Würden wir wirklich ebenso wenig handeln und wegschauen, wenn diese Schädigungen offensichtlich wären? Sollte die Antwort «Ja» lauten, so ist es unsere Pflicht, Mobbing ans Licht zu bringen und zu handeln.

Verwechslungen
Dominanzkämpfe sind normal.
Mobbing ist kein Dominanzkampf.

Konflikte sind normal.
Mobbing ist kein Konflikt.

Mobbing ...

- ... ist aggressives Verhalten: Negativ, verletzend und zielgerichtet und hat viele Erscheinungsformen.
- ... ist ein Gruppengeschehen.
- ... kommt wiederholt und über die Zeit vor.
- ... geschieht oft verdeckt (ausserhalb der Sichtweite von Erwachsenen).
- ... wird oft begleitet vom Schweigen der Opfer und der Erwachsenen.

Vereinigung Ostschweizer Kinderärzte VOK

Die Vereinigung der Kinderärzte der Ostschweiz bezweckt die Förderung der beruflichen Tätigkeit ihrer Mitglieder durch Vorträge ... Sie bezweckt weiter, Standes- und Tarifforderungen sowie allgemein pädiatrische Fragen unter ihren Mitgliedern zu erörtern und bei Kantonalen und Nationalen Ärztesellschaften, Behörden und gegenüber der Öffentlichkeit zu vertreten.

Sie richtet sich an Ostschweizer Kinderärzte (VOK) in den Kantonen St. Gallen, Glarus, Appenzell Innerrhoden, Appenzell Auserrhoden, Graubünden, Thurgau sowie im Fürstentum Liechtenstein.

Weitere Infos unter: www.v-o-k.ch 

Schule & Pädiatrie – Jahresprogramm 2016

Thema	Datum
Silikonvalley oder Waldschule – was ist besser für unsere Kinder?	Mittwoch, 25. Mai 2016
Neue Medien – machen sie Kinder nur dick, dumm und gewalttätig?	Mittwoch, 24. August 2016
Wie und wann lernen Kinder fremde Sprachen am besten?	Mittwoch, 14. September 2016

Ort: Fachhochschule St. Gallen (beim Bahnhof) jeweils 18.30 bis 20.30 Uhr

Benefizkonzert vom 28. Februar 2016

Kinderärzte spielen für Kinder mit Cerebralparese

ZUR SACHE

Dr. med. Christoph Künzle, Leitender Arzt
Rehabilitation/Entwicklungs pädiatrie

Am Sonntag 28. Februar 2016 luden Dr. Naoko König (Klavier), Dr. Oliver Maier (Violine) aus dem KER-Zentrum und Dr. Peter Franck (Violoncello) Kinderarzt an der Universitätskinderklinik in Freiburg/Breisgau zu einem eindrücklichen und vielseitigen Konzert mit Werken von Mozart, Beethoven und Mendelssohn in die Aula der Kantonsschule am Burggraben in St. Gallen ein. Der Erlös des Benefizkonzerts war dem Aufbau des schweizerischen Registers für Cerebralparese gewidmet.

Cerebralparese ist der häufigste Grund für körperliche Behinderungen in der Kindheit mit einer Häufigkeit um 2 bis 2.5 betroffenen Kinder pro 1'000 Geburten. In der Schweiz kommen jedes Jahr 160 betroffene Kinder zur Welt. Die CP Rate steigt bei Kindern, die deutlich zu früh oder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht geboren wurden, auf Werte von 40 bis 100 pro 1'000 Lebendgeburten an.

Neben Einschränkungen der Kontrolle der Körperhaltung und Mobilität, sind häufig auch Fähigkeiten wie Handgebrauch für die Selbständigkeit betroffen. Da die funktionellen Einschränkungen sehr unterschiedlich ausgeprägt sind, werden die verschiedenen Funktionen wie Fortbewegung, Handgebrauch, Kommunikationsfähigkeit und Schluckfähigkeit in Skalen abgebildet. Da eine Fehlbildung oder Schädigung des Gehirns zugrunde liegt, sind oft zusätzliche Gehirnfunktionen gestört, wie das Sehen, das Hören, die Intelligenz, die Fähigkeit zur Kommunikation und zur Nahrungsaufnahme. Die Störung kann das subjektive Wohlergehen der Kinder beeinträchtigen, wie auch ihre Fähigkeit, am Leben unein-

geschränkt teilzunehmen. Etwa 30% der Kinder mit einer Cerebralparese haben beispielsweise eine Epilepsie.

Die Surveillance of Cerebral Palsy ist ein Zusammenschluss europäischer Register, die seit dem Entstehen 1998 schon zahlreiche Studien über Häufigkeit in Abhängigkeit von Geburtsrisiken, Nutzen verschiedener Therapiemöglichkeiten und über Lebensqualität publiziert haben. 2013 haben wir im Rahmen einer Masterstudie der ZHAW mit zwei Physiotherapiestudierenden alle Kinder mit Cerebralparese im Kanton St.Gallen zwischen 1995 und 2009 erfassen können. Aus dieser Pilotuntersuchung entstand der Wunsch, in der ganzen Schweiz alle Kinder mit Cerebralparese zu erfassen. Die gewonnenen Daten sind notwendig, um das Gesundheitswesen, die beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten gezielt weiter zu entwickeln und notwendige Unterstützung zu definieren. Weitere Ziele sind eine Vereinheitlichung der therapeutischen Begleitung der betroffenen Kinder und Jugendlichen mit Cerebralparese auf der Basis von Evidenz betreffend Wirksamkeit. Weiter soll mit diesem Register die Evaluation neuer Therapiemethoden und Interventionsmöglichkeiten aufgrund der grösseren Fallzahlen und der Vernetzung mit den europäischen Daten ermöglicht werden.

In den letzten zwei Jahren hat sich eine «Task force» gebildet, bestehend aus Fachleuten aller fünf universitären Kinderkliniken der Schweiz und des Ostschweizer Kinderspitals St.Gallen. Diese hat, basierend auf den Erfahrungen mit dem Pilotregister für Cerebralparese im Kanton St.Gallen, Vorarbeiten aufgenommen, um den Inhalt der erfassten Daten interdisziplinär festzu-

legen und mit für den Aufbau notwendigen potentiellen Geldgebern (Stiftungen) in Kontakt zu treten.

Im Rahmen dieses Konzertes kamen Gelder von mehr als CHF 4'000.– zusammen, wofür ich im Namen der Taskforce den drei musizierenden Kinderärzten und den zahlreichen Konzertbesuchern herzlich danken möchte. Diese finanzielle Unterstützung ermutigt uns, den Aufbau des CP Registers mit vereinten Kräften voranzutreiben. 

Plakate, Comic, Videos

Worauf wir uns in den kommenden Jahren freuen dürfen

ZUR SACHE

Christine Musits Graf, Kunstbeauftragte
Ostschweizer Kinderspital/Kantonsspital
St. Gallen

Nach Ostern tauchten im Stadtbild von St. Gallen plötzlich Plakate mit einer hochkant gestellten Skulptur einer liegenden Madonna auf. Sie tragen keine Beschriftung und lassen sich nicht zuordnen. Aber dann prangt das Motiv auch auf einer grossen Plakatwand am Ostschweizer Kinderspital...

Das Plakat ist Teil einer künstlerischen Arbeit der St. Galler Kunstschaftenden Katalin Deér. Zwölf Jahre lang (!) wird die Fotografin regelmässig am KSSG und im OKS sowie in der umgebenden Landschaft präsent sein und ihre Eindrücke fotografisch festhalten. So lange dauert nämlich der Umbau des Kantonsspital-Areals, das bald auch einmal Heimat des Ostschweizer Kinderspitals sein wird.

Plakate

Den Auftakt zur Plakatserie macht nun allerdings ein Foto, das nicht in unseren Breitengraden aufgenommen wurde. Noch ist die Madonna ganz allein – aber bald bekommt sie Gesellschaft: Alle drei Monate kommt ein neues Plakat hinzu, das ein altes überdeckt. Nebst der grossen Wand am OKS sind zwei weitere Plakatständer am KSSG montiert, einzelne Plakate werden auch auf den Kultursäulen der Stadt St. Gallen zu sehen sein. Im Verlauf der 12 Jahre werden 12 weitere Kunstschaftende Aufnahmen Deérs auswählen, bearbeiten und das Projekt laufend aktualisieren. (www.zwoelfzwei.ch)

Ergebnisse eines Ideenwettbewerbs

Die Plakatwände sind das Ergebnis eines Wettbewerbs, den das Kantonsspital St. Gallen und das Ostschweizer Kinderspital gemeinsam ausgeschrieben haben. Sie sollen den Transformationsprozess von KSSG und OKS aus der Perspektive der Kunst reflektieren.

Videoarbeiten

Die erste Videoarbeit von Claudio Moser in der Eingangshalle des Ostschweizer Kinderspitals soll die Aufmerksamkeit von Mitarbeitenden und Patienten auf den Bauprozess lenken, der für das Ostschweizer Kinderspital zwar erst mit dem Umzug im Jahr 2022 so richtig aktuell wird, auf dem Areal des Kantonsspitals jedoch bereits jetzt im Gange ist. Die mit einer auf Hüfthöhe geführten Kamera in einer sehr langsamen Gehweise gedrehten Aufnahmen geben nur Momentaufnahmen baulicher Situationen wieder, mit Naturaufnahmen kombiniert erwecken sie jedoch den Eindruck von Zeitlosigkeit. Elf weitere Videopaare werden in den nächsten 12 Jahren an verschiedenen Stellen in den beiden Spitalern als Kunst am Bau installiert.

Comiczeichnungen

Das dritte Kunstprojekt ist ebenfalls schon weit fortgeschritten, hat aber noch keine visuelle Präsenz vor Ort. Das liegt in der Natur der Sache: es ist ein Comic, der 2027 in Buchform erscheinen wird. Die Geschichte, das Drehbuch, das zeichnerische Konzept und eine eigene Website (www.dietherapiederzeit.ch) wurden bereits entwickelt. Schauplatz des fiktiven Geschehens sind die beiden Spitäler. Mehr wird an dieser Stelle nicht verraten. In der nächsten Ausgabe werden alle drei Projekte ausführlich vorgestellt. 



Das interessiert Sie nicht die Bohne? – Sollte es ab jetzt aber tun!

ZUR SACHE

Larissa Aichinger, Ernährungsberaterin i.A.,
Claudia Rosencrantz-Brunner,
dipl. Ernährungsberaterin FH

Die UNO hat das Jahr 2016 zum internationalen Jahr der Hülsenfrüchte ernannt. Grund genug, diesen Artikel der drittgrössten Pflanzenfamilie zu widmen!

Hülsenfrüchte

- Linsen
- Erbsen
- Bohnen
- Sojabohnen
- Erdnüsse
- Kichererbsen
- Kefen

Früher wurden die Hülsenfrüchte als Arme-Leute-Essen verpönt, erleben aber gerade eine wahre Renaissance. Der Verzehr ist mit fünf Kilogramm pro Person/Jahr gering, allerdings ist er von 2002 bis 2008 in der CH um 20% gestiegen.

Bedeutsame Nährwertlieferanten

Hülsenfrüchte sind äusserst vielseitig. Sie enthalten von allen pflanzlichen Nahrungsmitteln am meisten Eiweiss. 200 g gekochte Hülsenfrüchte enthalten durchschnittlich 19,5 g Eiweiss, also fast gleich viel wie bei 100 g Fleisch und sind somit wichtige Eiweisslieferanten vor allem für Vegetarier und Veganer.

Ebenso liefern sie viel Energie und haben einen hohen Anteil an Nahrungsfasern, was der Verdauung zu Gute kommt und die Darmflora positiv beeinflusst. Die in den Hülsenfrüchten vorkommenden Mineralstoffe wie Eisen, Kalium, Phosphor, Calcium und Magnesium sind wichtig für den Sauerstofftransport im Blut, die Reizübertragung, die Muskelkontraktion, die Blutgerinnung und die Stabilisierung

von Knochen und Zähnen. Des Weiteren sind Hülsenfrüchte gute Folsäurelieferanten. Diese ist an der DNA-Synthese und im Aminosäurestoffwechsel massgeblich beteiligt. So können mit einer Portion von 200 g gekochten Hülsenfrüchten ca. 90 µg Folsäure aufgenommen werden, was fast einem Drittel der empfohlenen Tageszufuhr eines gesunden Erwachsenen entspricht. Und als ob das nicht schon genug wäre, beinhalten Hülsenfrüchte neben Vitaminen und Mineralstoffe auch sekundäre Pflanzenstoffe wie Phytoöstrogene und Saponine, welchen krebshemmende sowie cholesterinsenkende und blutzuckerregulierende Wirkungen nachgesagt werden.

Ein Nachteil kann sein, dass Hülsenfrüchte Blähungen hervorrufen. Grund hierfür ist das nicht vorhandene Enzym α -Galactosidase. Hülsenfrüchte haben einen hohen Anteil an unverdaulichen Polysacchariden vor allem Stachyose. Diese werden dann im Dickdarm von Darmbakterien abgebaut (fermentiert) wobei Kohlendioxid, Methan und Wasserstoff als gasförmige Verbindungen entstehen. Doch man kann etwas dagegen unternehmen: Zum einen löst sich Stachyose im Einweichwas-

ser. Dieses also immer abgessen und die Hülsenfrüchte dann in frischem Wasser kochen. Ebenfalls günstig wirkt es sich aus, wenn man Bohnen und Co. möglichst lange quellen lässt und dann ausreichend gart. Zum Ausprobieren:

Rezept Kichererbsen-Curry (für 4 Personen)

- 250 g Kichererbsen, über Nacht in Wasser einlegen, 30 Min. vorkochen
- 1 Knoblauchzehe, 1 Zitronengras und 15 g Ingwer fein schneiden und in Erdnuss- oder Sesamöl 2 bis 3 Min. andünsten, mit 1 EL Fischsauce ablöschen
- 120 g Rüeblli, 1 Stange Lauch klein schneiden, dazugeben und mitdünsten
- Mit 10 ml Sojasauce ablöschen und mit 500 ml Kokosmilch auffüllen
- 1 EL Currypaste dazugeben und 5 Min. köcheln lassen
- Kichererbsen dazugeben, mit Salz und Pfeffer abschmecken und vor dem Servieren ein paar Stangen frischen Koriander, fein geschnitten dazugeben
- Wer es gerne etwas süss mag, kann noch eine Mango klein schneiden und am Schluss zugeben

Gutes Gelingen und «en Guete»!



Pro 100g gekocht...	Proteine (g)	Nahrungsfasern (g)	Folsäure (µg)	Calcium (mg)	Eisen (mg)
Bohnen weiss	8,5	7,4	60	55	2,0
Kichererbsen	7,4	6,2	68	45	1,8
Linsen	8,8	4,1	37	20	2,2
Sojabohne	14	3,6	13	120	2,6
Empfohlene Tageszufuhr für einen gesunden Erwachsenen	0,8 – 2,0 pro Kg Körpergewicht	30	300	1000	10 für Männer 15 für Frauen

Dominik Stambach,
Leitender Arzt Kardiologie

Traditionsgemäss führt das Kiski Ende Februar seinen Skitag durch. Bei der Anmeldung wurde versucht auf die unterschiedlichen Après-Ski Bedürfnisse mit zwei verschiedenen Abfahrtszeiten Rücksicht zu nehmen. Der sogenannte «Party-Bus» wurde wegen geringer Anmeldezahl gestrichen, was sich am Schluss rächen sollte. Aber alles der Reihe nach.

Wie gewohnt wurden die gut Hundert Teilnehmer etwas gar früh zur Besammlung aufgeboten und nachdem jeder sein Platz gefunden hatte, ging es los in Richtung Flims/Laax. Schon früh wurde es klar, dass heute ein Hammer-Skitag auf uns wartete. Die frisch verschneiten Tannen wurden durch die aufgehende Sonne aufs schönste beleuchtet. Die Tageskarten waren rasch verteilt und los ging's mit der Gondel ins Skigebiet. Darauf folgt jeweils der schwierigste Moment des ganzen Kiski-Skitags: die Gruppenfindung; d.h. wer fährt mit wem. Ein äusserst dynamischer Prozess, aber irgendwann fahren die Gruppen los und man weiss, zumindest bis am Mittag fährt man in dieser Konstellation. Die Gruppendynamik ist jedoch noch nicht abgeschlossen, da es jetzt darum geht, wer die Routenwahl vorgibt. Unsere Gruppe konnte sich bei Neuschnee schnell



auf die Tiefschneevariante einigen, wobei dies nur ein halbdemokratischer Prozess war. Wir fuhren was die übersäuerten Muskeln hergaben und zerpflügten den frischen Tiefschnee auf unserem Hang. Diese Abfahrt wurde dann zwar auch noch von einer anderen Kiski-Gruppe als ihr eigen deklariert, aber wir waren klar vor ihnen da. Die entsprechende Diskussion darüber wurde jedenfalls während dem ganzen Mittagessen weitergeführt. Ein Essen übrigens, das mehr «Spaghetti» als «Plausch» war.

Am Mittag werden die Karten bezüglich Fahrgemeinschaften wieder neu gemischt und so erfuhr unsere Gruppe willkommenen Zuwachs. Trotz mehr Leute und entsprechenden Meinungen konnte die Routendiskussion dank straffer Führung erstaunlich kurz gehalten werden. Nach einem kurzen Abstecher auf den nebligen Vorabgletscher fuhren wir die herrliche Abfahrt nach Alp Ruschein erneut mehrheitlich im Tiefschnee, der mit intensiver Sonneneinstrahlung schwerer und schwerer wurde. Dies wirkte sich auch auf unsere Beine aus und schlussendlich kehrten auch wir auf der Talabfahrt erstmals ein. Das kann man vom Chirurgen-Team nicht behaupten, die natürlich auch auf dieser Hütte anzutreffen waren.

Der Weg auf der eisigen Talabfahrt war rasch erledigt und so stürzten wir uns ins Après-Ski-Getümmel, wo uns die übliche Halli-Galli-Musik erwartete. Da diese ohne Hütten-Kafi nur schwer zu ertragen ist, fügten wir uns unserem Schicksal. Und am Schluss war es wie immer am Skitag, der Bus fuhr viel zu früh und viele wären gerne noch etwas länger geblieben.

Dank gebührt natürlich Mark Huybrechts und Reto Cozzio von der Physiotherapie für die Organisation sowie der Spitalleitung für die Mitfinanzierung. Die Leitung

war übrigens diesmal erfreulich prominent (Guido Bucher, Roger Lauener, Sepp Laimbacher, Michele Losa und Brigitta Oertle) vertreten und selbst Stiftungsratspräsident Arno Noger liess es sich nicht nehmen, den Skitag mit uns zu verbringen. 



Abschlussfeier HF

MOSAİK

Fredy Lanz,
Ausbildungsverantwortlicher Pflege

Am 8. März 2016 fand die Abschlussfeier des HF-Kurses 10A/2013 zur diplomierten Pflegefachfrau Höhere Fachschule am Ostschweizer Kinderspital OKS statt.

19 Frauen haben sich unter fachkompetenter Anleitung und Begleitung in ihrer dreijährigen Ausbildung die notwendigen Kompetenzen angeeignet, um im Gesund-

heitswesen und im speziellen im Pflegebereich mit Kindern alltagstauglich ihre Fähigkeiten einsetzen zu können.

Im feierlichen Rahmen der Kirche Halden wurden den erfolgreichen jungen Frauen herzlich gratuliert und der Abschluss gebührend gefeiert.



v.l.n.r.: Fabienne Nicoli, Daria Policante, Katrin Schwendener, Angelika Widmer, Miriam Ruppeiner, Fredy Lanz, Sara Tedde, Manuela Brändle, Olivia Glaus, Sarah Zwiker, Julia Bättig, Ezgi Ildir, Nadine Fehr, Sandra Carrera, Lisa Brun, Marina Coto, Tanja Kobler, Laura Allenspach, Nadine Pedroni, Larissa Testorelli (fehlt)

> IM FOKUS <

Korrigenda

In der Ausgabe des FOKUS N° 2 / 2015 wurden im Artikel «**Stimmen und Emotionen** (Mosaik Neubau)» Teile einer Umfrage unter den Mitarbeitenden des OKS veröffentlicht. Dabei wurde eine unserer Mitarbeiterinnen mehrfach unter der Berufsbezeichnung «Sozialberaterin» aufgeführt. Diese Berufsbezeichnung ist nicht korrekt. Sie ist weder geschützt noch erfordert sie eine fundierte Ausbildung auf Tertiärstufe an einer anerkannten Fachhochschule oder Höheren Fachschule. Alle Mitarbeitenden der Sozialberatung am Ostschweizer Kinderspital hingegen haben eine Ausbildung an einer Fachhochschule oder Höheren Fachschule absolviert und tragen die geschützte Berufsbezeichnung dipl. Sozialarbeiter/-in FH bzw. HF. Die Redaktion entschuldigt sich für diese Ungenauigkeit.

Tag der Ernährungsberater/-innen im OKS

Ein Einblick

Anneco Dintheer-ter Velde
Ernährungsberaterin BSc

Am 9. März 2016 fand der diesjährige «International Registered Dietitian Nutritionist Day» (Tag der Ernährungsberater/-innen) statt. Zu diesem Anlass hat das Team Ernährung & Diätetik an einer bunten Stellwand vor der Cafeteria seine vielseitigen Tätigkeiten und Aufgabenbereiche im OKS vorgestellt. Besucher, Patienten und Mitarbeitende erfreuten sich vor allem am Handout mit Ideen für gesunde und kreative Zwischenmahlzeiten, welche von der Schweizer Gesellschaft für Ernährung erarbeitet wurden. Die Ausbildung zum/zur Ernährungsberater/-in dauert vier Jahre und wird an der Berner Fachhochschule angeboten.

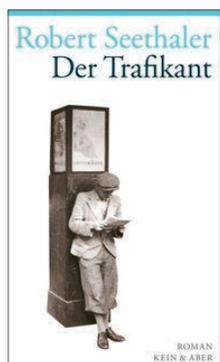


Warmherzig und humorvoll

Buchtipps von Mitarbeitenden

MEDIENTIPPS

> MEDIENFOKUS 1



«Der Trafikant» von Robert Seethaler

256 Seiten, 2012, Kein & Aber, 978-3-0369-5645-9

Ein junger Unbedarfter verliebt sich unglücklich. Ein greiser Lebenskluger wird um Rat gefragt. Unterdessen ist es 1938 in Wien. Eine schöne Böhmin dreht ihr Fähnchen mit dem Winde. Ein alter Trafikant leistet leise Widerstand. Ein Roman, streckenweise so warm und wohlig wie ofenfrischer Erdäpfelstrudel und dann wieder schaurig und kalt wie die Zeit, in der er spielt. Das alles mit Leichtigkeit, in schönster Sprache erzählt. Klingt wie Polgar oder Kästner, ist aber Seethaler und sehr lesenswert!

Dr. med. Thomas Krebs, Chefarzt Chirurgie

> MEDIENFOKUS 2



«Mayas Tagebuch» von Isabel Allende

414 Seiten, 2012, FISCHER Taschenbuch, ISBN: 978-3-596-21679-6

Die neunzehnjährige Maya ist auf der Flucht. Vor ihrem trostlosen Leben in Las Vegas, der Prostitution, den Drogen, der Polizei, einer brutalen Verbrecherbande. Mit Hilfe ihrer geliebten Grossmutter gelangt sie auf eine abgelegene Insel im Süden Chiles. An diesem einfachen Ort mit seinen bodenständigen Bewohnern nimmt sie Quartier bei Manuel, einem kauzigen alten Anthropologen und Freund der Familie. Nach und nach kommt sie Manuel und den verstörenden Geheimnissen ihrer Familie auf die Spur, die mit der jüngeren Geschichte des Landes eng verbunden sind. Dabei begibt Maya sich auf ihr bislang grösstes Abenteuer: die Entdeckung ihrer eigenen Seele. Doch als plötzlich Gestalten aus ihrem früheren Leben auftauchen, gerät alles ins Wanken.

«Mayas Tagebuch» erzählt von einer gezeichneten jungen Frau, die die unermesslichen Schönheiten des Lebens neu entdeckt und wieder zu verlieren droht. Ein unverwechselbarer Allende-Roman: bewegend, spannend und mit warmherzigem Humor geschrieben.

Das Buch liegt bei Tanja Sutter und kann ausgeliehen werden.

Tanja Sutter, Chefarztsekretariat Jugendmedizin

BILD-FOKUS

Jassturnier 2016

Am 17. März fand das jährliche Jassturnier statt, 24 begeisterte Kispi Jasserinnen und Jasser haben um wertvolle Punkte gespielt. Als Jasskönig gefeiert wurde Dominik Stambach auf Platz 1, gefolgt von Ursula Meier auf Platz 2 und Irene Graf auf Platz 3. Den Erstplatzierten gratulieren wir herzlich zum Spielerfolg und dem OK sei ein Dank für die wiederholt tadellose Organisation ausgesprochen. Gleiches gilt für die Personen aus der Küche, die Pausenverköstigung bereitstellte.

BILD-FOKUS REPORTAGE

