GEPFLEGT DURCHATMEN

FACHZEITUNG

für außerklinische Intensivversorgung

Nummer 16 ■ April 2012

Wie die Bienen den Blütenstaub, sollten wir Schönes, Erfreuliches und Ermutigendes sammeln...

© Jürgen Hüsmert / PIXELIO

Editorial

„Berge kommen nicht zusammen, aber Menschen“, dies war ein Motto des 8. contecforums in Berlin, über das wir in diesem Heft berichten. Ergebnis der Tagung zur Zukunft der Pflege war, dass nur Handeln zählt. Zwar sind auch große Entwürfe wichtig, aber entscheidend ist, was die Menschen vor Ort, in ihrem Regierungsbezirk, Landkreis, in ihrer Kommune, in ihrem Wohnviertel und letztlich in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft tun, sei es als professionelle Pflegekraft, als Provider, oder als jemand, der sich bürgerschaftlich engagiert. Ob alt, pflegebedürftig, von Behinderung betroffen oder bei der Atmung auf technologische Unterstützung angewiesen, der Gedanke der „Inklusion“ gewinnt an Präsenz. Und so werden auch Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung, die in dieser Ausgabe und beim Münchner außerklinischen Intensiv Kongress MAIK 2012 Schwerpunktthemen sind, immer mehr als Alternative zum Leben in einem Heim oder zuhause im Rahmen einer 1:1-Versorgung begrüßt. Lassen Sie sich anstecken und inspirieren von all diesen positiven Ansätzen, die von so vielen Akteuren, wie etwa dem Preisträger „Ambulante Intensivpflege“ und vielen anderen, über die wir berichten, ausgehen, während man im Deutschen Bundestag, in den Fachministerien und dem Gemeinsamen Bundesausschuss „riesige Berge“ wie den Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Pflegereform und andere Vorhaben zu stemmen versucht.

Wir wünschen allen „fleißigen Bienen“ und Pflegebegeisterten vor Ort weiterhin viel Elan und erholsame Ostertage.

Die Redaktion

SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag will umfassende Pflegereform

Der SPD-Sozialsprecher Hans-Ulrich Pfaffmann MdL hat bei der Klausurtagung der SPD-Landtagsfraktion Mitte Januar 2012 im schwäbischen Bildungszentrum Kloster Irsee Eckpunkte zur Pflege vorgestellt:

Die 1995 eingeführte gesetzliche Pflegeversicherung war ein wichtiger Schritt zur Absicherung des existenziellen Risikos der Pflegebedürftigkeit. Eine weitere Reform ist jedoch dringend erforderlich, um die unzureichende Pflegestufeneinteilung und die finanzielle Benachteiligung der Pflege zu Hause zu verbessern. Außerdem ist die aus der steigenden Zahl von Pflegedürftigen resultierende Finanzierungslücke zu schließen.

Sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege gibt es ein Defizit an qualifiziertem Personal, das sich in den kommenden Jahren noch deutlich verschärfen wird. Um den drohenden Pflegenotstand bei der zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen zu vermeiden, müssen Bund und Länder gemeinsame Anstrengungen unternehmen. Nur wenn der Pflegeberuf attraktiver wird, werden mehr junge Menschen diesen Beruf ergreifen und auch dabei bleiben.

Die Familien in Bayern und Deutschland leisten bislang den weitaus größten Teil der Pflegearbeit. Pflegende Angehörige – das sind meist Frauen mit Doppel- und Dreifachbelastung durch Kinder, Beruf und Pflege – müssen sowohl finanziell als auch organisatorisch deutlich stärker entlastet werden. Dies soll zum Beispiel durch flexible Arbeitszeiten, Kündigungsschutz während der Pflege und die Anrechnung von Pflegezeiten bei der Rentenberechnung erfolgen.

Ambulante Pflegedienste müssen qualifiziert und kostendeckend arbeiten können. Pflege im Minutentakt ist entwürdigend und belastet Pflegebedürftige und Pflegende gleichermassen. Ein neuer und erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff, der auch Demenzerkrankungen angemessen berücksichtigt, würde hier für Abhilfe sorgen. Bereits seit 2009 gibt es dazu einen sinnvollen, im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erarbeiteten Vorschlag, der bislang aber nicht umgesetzt wurde. Die aktuell von der Bundesregierung beschlossenen „Verbesserungen“ für Demenzerkrankte sind ein Tropfen auf den heißen Stein und vollkommen unzureichend.

Auch wenn innovative Wohn- und Pflegeformen – z.B. in intergenerativen, ambulant betreuten Wohngemeinschaften – an Bedeutung zunehmen sollten, wird es auch in Zukunft Pflegeheime für (schwerst-)pflegebedürftige Menschen geben, die nicht von Angehörigen und/oder ambulanten Diensten versorgt werden können oder wollen. Deshalb müssen stationäre Pflegeeinrichtungen ebenfalls angemessen ausgestattet werden.

Es besteht kein Zweifel, dass der wirtschaftliche Aufwand für Pflegeleistungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich steigen wird. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die weder der individuellen privaten Vorsorge überlassen noch ausschließlich den beitragszahlenden Arbeitnehmer/-innen aufgebürdet werden kann. Wie in der Krankenversicherung wird auch in der Pflege die Zweiklassengesellschaft zementiert. Hier Pflege im Minutentakt und Aufopferung der Angehörigen, dort exklusive Pflegeresidenzen und Etablierung eines „grauen Pflegemarkts“ mit privat organisierten, teils illegalen Pflegekräften.

Wir wollen das verhindern und stattdessen eine fachlich qualifizierte, an den Bedürfnissen und Ressourcen orientierte, menschenwürdige Pflege für alle Pflegebedürftigen sicherstellen. Deshalb brauchen wir eine umfassende Pflegereform mit folgenden Eckpunkten:

Bürgerversicherung Pflege

Wir wollen die Einführung einer Bürgerversicherung Pflege durch die Zusammenführung von privater und sozialer Pflegeversicherung bei Beibehaltung des bisherigen Umlageverfahrens. Den Aufbau eines Kapitalstocks oder die teilweise Umstellung der Pflegeversicherung auf ein Kapitaldeckungsverfahren lehnen wir wegen der daraus resultieren Doppelbelastung der jetzigen Erwerbstätigen-Generation (Umlage plus Kapitalaufbau) und wegen der Risiken auf dem Kapitalmarkt ab. Gleiches gilt für die Einführung einer privaten kapitalgedeckten und staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung, die zu einer Doppelbelastung führt, keine Option für Geringverdiener ist, einen hohen Verwaltungsaufwand verursacht und die Arbeitgeber aus der Verantwortung entlässt. Der „Pflege-Bahr“ ist die falsche Weichenstellung und muss sofort gestoppt werden. In eine Bürgerversicherung Pflege zahlen dagegen alle Erwerbstätigen gerecht, d.h. entsprechend ihres Einkommens ein und die Arbeitgeber werden paritätisch beteiligt.

Ganzheitlicher Pflegebedürftigkeitsbegriff

Wir wollen eine ganzheitliche, an der individuellen Biographie und am Grad der Selbständigkeit orientierte, aktivierende und kultursensible Pflege. Bei der Pflege müssen die Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt stehen, nicht Ort und zeitlicher Aufwand der Leistung. Grundlage der Reform soll eine Beurteilung der Alltagskompetenz mit einem neuen Begutachtungsverfahren in acht Modulen und die Unterteilung in fünf Bedarfsgraden statt bisher drei bzw. vier Pflegestufen sein. Damit werden auch nicht pflegebedürftige, aber erheblich betreuungsbedürftige Demenzkranke voll umfänglich erfasst.

Selbstbestimmte und flexible Pflegeorganisation

Wir wollen, dass Pflegebedürftige künftig unabhängig vom Ort der Leistung dieselben (Geld- und) Sachleistungen in Anspruch nehmen können. D.h. die Sachleistungen müssen grundsätzlich auf das Niveau der stationären Leistungsbeiträge angehoben werden. Pflegebedürftige bekommen die Möglichkeit, das

Hans-Ulrich Pfaffmann, *Sozialpolitischer Sprecher der SPD-Landtagsfraktion, Mitglied im Ausschuss Soziales, Familie und Arbeit Vorsitzender der Münchner SPD*

Hans-Ulrich Pfaffmann, Jahrgang 1956, lebt seit 1982 in München. Von Beruf Kaufmann und Krankenpfleger baute er in München die „Intensivstation für Schwerbrandverletzte“ am Städtischen Klinikum Bogenhausen auf, wo er von 1984 bis1990 auch Personalratsvorsitzender war. 1990 wurde er in den Münchner Stadtrat und 1989 in den Bayerischen Landtag gewählt. Dort war er ab 2005 als stellvertretender Vorsitzender und von 2008 bis 2011 als Vorsitzender des Ausschusses für Bildung, Jugend und Sport tätig. Im 2011 wählte ihn die Fraktion als sozialpolitischen Sprecher in den Landtagsausschuss für Soziales, Familie und Arbeit.

Pfaffmann arbeitet seit 1982 in der Münchner SPD mit und managte erfolgreich zwei Kommunalwahlkämpfe in München. 2009 wählten ihn die Delegierten des Parteitags zum Vorsitzenden der Münchner SPD und bestätigten ihn 2011 im Amt. Ferner engagiert sich Pfaffmann als Landesvorsitzender des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB), als stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender des Suchthilfevereins Condrobs München und als Vizepräsident des SV Helios-Daglfing. Seine politischen Schwerpunkte sind Soziales, Bildung und Gesundheit. Pfaffmann ist verheiratet, hat fünf Kinder und fünf Enkel.

ihnen zustehende Sachleistungsvolumen flexibel für ambulante, teil- und vollstationäre Hilfen zu verwenden.

Gebührenfreie Ausbildung und leistungsgerechte Bezahlung von Pflegekräften

Der Pflegeberuf muss sowohl was die Lohn- als auch die Arbeitsbedingungen betrifft eine deutliche Aufwertung erfahren. Wir wollen gute Arbeit sowohl in der Kranken- als auch in der Altenpflege sicherstellen durch eine gemeinsam konzipierte generalistische und gebührenfreie Ausbildung, eine dauerhafte Finanzierung von Umschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte, die Berücksichtigung einer leistungsgerechten Bezahlung bei den Pflegesatzverhandlungen, Aufstiegsmöglichkeiten sowie nachhaltige Informations- und Imagekampagnen. Neben der aktiven Akquise junger Menschen, z.B. durch Partnerschaften zwischen Schulen und Pflegeeinrichtungen, wollen wir auch der Generation mittleren Alters, besonders Frauen nach der Familienphase, den Einstieg in die Pflege als zweiten Berufsweg erleichtern.

Entlastung pflegender Angehöriger

Wir wollen die Aufwertung und Entlastung von familiären Pflegepersonen durch

- die Gewährleistung der aufsuchenden Beratung durch die Pflegekassen;
- flächendeckenden Ausbau von Pflegestützpunkten;
- die verbindliche Förderung der Selbsthilfe;
- die Erhöhung der Ansprüche auf entlastende Kurzzeit- und Verhinderungspflege;
- Lohnersatzleistung für die zehntägige Freistellung bei plötzlich auftretender Pflegebedürftigkeit in der Familie;
- einen Rechtsanspruch auf ein flexibles Zeitbudget mit Lohnersatzleistung nach dem Familienpflegezeitgesetz;
- einen gesonderten Freistellungsanspruch für die Begleitung eines sterbenden Angehörigen;
- eine Anerkennung von Pflegezeiten bei der Rentenberechnung ähnlich der Kindererziehungszeit;
- die Legalisierung der häuslichen 24-Stunden-Pflege im Privathaushalt durch sozialversicherungspflichtige Beschäftigte.

Vernetzung und Pflegeberatung vor Ort

Wir wollen den Ausbau der wohnortnahen, quartiersbezogenen, trägerunabhängigen Pflegeberatung durch aufsuchende Beratung und die flächendeckende Erweiterung von Pflegestützpunkten nach bundesweit einheitlichen Standards. Ferner wollen wir eine bessere Verzahnung und Vernetzung präventiver, medizinischer, pflegerischer, rehabilitativer und sozialer Angebote.

Ambulante Pflege stärken

Wir wollen eine Stärkung der ambulanten Pflegedienste durch die Umsetzung des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Anhebung der Pflegegeld- und Sachleistungen auf das Niveau der stationären Pflege, verbunden mit einer am realen Aufwand/den realen Kosten orientierten Dynamisierung der Leistungsentgelte.

Innovative Wohn-, Pflege- und Betreuungsprojekte

Wir wollen den Ausbau und die staatliche Förderung alternativer, zukunftsorientierter Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen, insbesondere im Hinblick auf dementiell Erkrankte. Im Zentrum steht dabei immer die selbstbestimmte Lebensgestaltung.

Moderne stationäre Einrichtungen

Wir wollen die Wiedereinführung bedarfsgerechter Investitionskostenzuschüsse für Träger von Altenpflegeheimen zur Durchführung notwendiger Sanierungen und Ersatzneubauten. Mit Hilfe von Gesamtversorgungsverträgen sollte überdies ein durchgängiges Versorgungssystem in integrierten Pflegezentren gewährleistetet werden, wo Pflegebedürftige die gesamte Leistungspalette von ambulant bis stationär erhalten können.

Transparenz in der Pflege

Wir wollen die Verbesserung von Pflegequalität und -transparenz durch eine bessere finanzielle und personelle Ausstattung und Koordination der Prüfinstanzen, die Verbesserung der Prüfverfahren und -indikatoren sowie ein qualifiziertes Beschwerdemanagement anstelle des Pflegebeauftragten im Sozialministerium. *h-up*

Referent auf dem MAIK 2012

„Berge kommen nicht zusammen, aber Menschen“ 8. contec**forum** in Berlins Neuer Synagoge

*Zum 8. contec**forum** zur Weiterentwicklung der Pflege und Pflegeversicherung hatte die contec GmbH am 25. und 26. Januar 2012 ins Centrum Judaicum / Neue Synagoge Oranienburger Straße in Berlin eingeladen. Der Schwerpunkt der Tagung lag auf der Umsetzung regionaler Strategien und dem Aufbau von Netzwerken. Mit praktischen Beispielen sollten konkrete Impulse für die Arbeit der Akteure gegeben werden. Bereichert wurde das Forum erstmals durch das conQuaesso**forum** Personal. Eine gelungene und sehr inspirierende Veranstaltung – und ein großes Plädoyer für Sozialraumorientierung und das Handeln vor Ort.*

André Lossin, Geschäftsführer der Jüdischen Gemeinde Berlin, eröffnete am 25. Januar 2012 das 8. contec**forum** zur Weiterentwicklung der Pflege & Pflegeversicherung. „Nur Handeln zählt!“ lautete das Motto dieser zwei spannenden Tage mit hervorragenden Referentinnen und Referenten. Lossin skizzierte die Geschichte des außergewöhnlichen Tagungsortes. Berlins jüdische Gemeinde in der Oranienburger Straße führte in ihrer Blütezeit schon eines der modernsten Krankenhäuser der Stadt. Damals wie heute liegen ihr die pflegebedürftigen Gemeindemitglieder besonders am Herzen. Insofern passten Tagungsort und -thema hervorragend zusammen.

Geschäftsführer Detlef Friedrich hieß die Teilnehmer aus dem ganzen Bundesgebiet willkommen. Bei der Gestaltung der Zukunft der Pflege sei zu bedenken, dass die jetzt älter werdenden sogen. „Baby-Boomer“ andere Vorstellungen von einem Leben im Alter hätten. Es gelte sich mit diesen neuen Vorstellungen auseinander zu setzen. In den regionalen Strukturen könne man darauf reagieren und auch sehr viel selbst tun. Es gebe aber bislang noch keine regionalen Geschäftsmodelle. Hierzu wolle die Tagung Anstöße geben.

Keinen leichten Stand hatte der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Thomas Ilka. Am Vortag war der Entwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) veröffentlicht worden. Kritisiert wurde die Verschiebung der Ausarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf 2013, die unzureichende finanzielle Ausstattung der Pflegeversicherung und die viel zu geringen Leistungsverbesserungen für die Bewohner in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Ilka betonte, dass jedes Jahr ein Jahr der Pflege sei, verwies auf den notwendigen Bürokratieabbau, den das Bundesministerium mit der Berufung von Elisabeth Beikirch als Ombudsfrau in die Wege geleitet habe, und rief zu mehr Zusammenarbeit auf. In dieser Legislaturperiode werde ein Fahrplan für die Pflege entwickelt. In der nachfolgenden Diskussion wurde beklagt, dass der Föderalismus vielfach ein Hemmschuh sei. Von Dr. Irene Vorholz, Beigeordnete für Soziales und Arbeit, Deutscher Landkreistag, wurde er jedoch auch als eine große Chance verteidigt. In ihrem Referat zum Thema „Lokale Umsetzungsstrategien in Pflege und Eingliederungshilfe“ kritisierte sie, dass im Entwurf des PNG die Eingliederungshilfe nicht erwähnt werde. Sie bedauerte, dass die Pflege nur noch in die Zuständigkeit der Pflegekasse falle und damit die Kommunen Pflege nicht mehr so gestalten könnten wie früher. Dabei sei die Sozialplanung der Kreise enorm wichtig. Selbstbestimmung und Teilhabe der Menschen brauchen eine flexible soziale Infrastruktur. Bei der regionalen Umsetzung seien die Landkreise sehr gefragt. Auch Caspar Boshamer, staatl. geprüfter Krankenpfleger, Ergotherapeut und Vorstandsmitglied in verschiedenen Diakonischen Werken, setzte auf regionale Strukturen. Er forderte Konzerne auf, sich mehr auf den Mikromarkt einzulassen. Bei Zentralisierung des Einkaufs z.B. verliere ein Konzern sofort den regionalen Bezug. An die Pflege wiederum appellierte er, professioneller und selbstbewusster zu werden. Für mehr Mut, regionale und transsektorale Zusammenarbeit zu gestalten, plädierte Prof. Dr. Andrea Morgner, Carus Consilium Sachsen GmbH & Universitätsklinikum Carl Gustav Carus. Krankenhaus und Pflege könnten noch sehr viel mehr kooperieren, weit über das Entlassungsmanagement hinaus! Den Tenor der Veranstaltung, welch entscheidende Rolle die Kommunen, Bezirke, Landkreise z.B. bei der Pflege inne haben, bestärkte der Sozialdezernent des Kreises Siegen-Wittgenstein, Helmut Kneppe in seinen Ausführungen zur Rolle der Kommunen. Begeistert berichtete er von den Folgen des Heimbaustopps im Kreis Siegen-Wittgenstein. Dies sei eine regionale Erfolgsgeschichte. Der Pflegebedarf werde durch präventive Hausbesuche ermittelt, der Verein „Atempause e.V.“ unterstütze die pflegenden Angehörigen, und man komme gänzlich ohne Pflegestützpunkte aus. Über die Chancen regionaler Dialoge wurde lebhaft am Nachmittag im Rahmen eines World Cafés diskutiert. Die Plakate mit den Ideensammlungen der Teilnehmer blieben dann bis zum Ende der Tagung an den Wänden hängen. Der contec war es durch das World Café gelungen, dass sich die Teilnehmer kennen lernten und miteinander vernetzten.

Detlef Friedrich,** Geschäftsführer der contec GmbH (links) und Staatssekretär im Bundesministerium für Umwelt und Gesundheit, **Thomas Ilka

Innovative Praxisbeispiele im Personalmarketing sollten weitere Anstöße geben. Dass die Stellensuche für die Bewerber - trotz des Fachkräftemangels – nervenaufreibend sein kann, machte Hubert Rehermann bewusst. Martin Volz-Neidlinger, Leiter der Altenhilfe Stiftung St. Franziskus Heiligenbronn, zeigte in seinem Statement die große Bedeutung von der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der Personalgewinnung, und Stefanie Brandt, Referentin im Ev. Johanneswerk e.V., informierte über die attraktiven Karrierewege im Johanneswerk. Der Imagefilm „Pflegebegeistert“ zur Personalgewinnung, den die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH im vergangenen Jahr produzieren ließ, zeigte, dass Bilder, überzeugende Aussagen von Pflegekräften, kräftige und positive Farben, vor allem aber die offensichtliche Begeisterung für den Beruf sehr viel mehr bewirken als die herkömmlichen Anzeigen.

Viele weitere Tagungsbeiträge und eine Podiumsdiskussion wurden von Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), zusammengefasst und kommentiert. Die Schlüsselebene, auf der Pflege, Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben mit Lebensqualität organisiert würden, ist nach seiner Überzeugung die der Kommune. Quartiere und deren Management seien entscheidend für die Zukunft der Pflege und deren Qualität. Der Inklusionsbegriff müsse unbedingt Eingang in die Pflege finden, denn Pflege sei mehr als Versorgung. Aber inwieweit ist der heutige Paragraph 19 der UN-Konvention – das Recht, selbst zu bestimmen, wo und wie man leben möchte und wer einen pflegt - mit der Pflegeversicherung in der jetzigen Form vereinbar?

Geschäftsführer Detlef Friedrich kündigte am Ende der Tagung das nächste contec**forum** für 2013 an und wünschte bis dahin eine ideenreiche und konstruktive Zeit. Im kommenden Jahr, in dem die contec ihr 25jähriges Bestehen feiere, sehe man sich hoffentlich gesund und pflegebegeistert wieder. Am Abend des 25. Januar waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie viele Gäste aus Politik, Wirtschaft, Gesundheitswesen und den Verbänden zum contec-Neujahrsempfang 2012 eingeladen. Die Jüdische Weisheit „Berge kommen nicht zusammen, aber Menschen“ hat sich vollauf bestätigt.

Informationen zur Tagung auf
www.zukunftpflege.de/8-forum
Informationen zum Tagungsort auf
www.or-synagoge.de und www.cjudaicum.de
Zum Imagefilm auf www.intensiv-kollegengesucht.de/index.php?id=124

Aktiv, attraktiv und ambitioniert arbeiten

So lautete der Titel des Great Place to Work® Fachkongresses Gesundheitswesen 2012 am 2. Februar 2012 in der Berliner „Universal Hall“. Zu den zahlreichen Teilnehmern gehörten Personalverantwortliche, HR-Führungskräfte und HR-Fachkräfte aus Krankenhäusern, Kliniken, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten. Viele von ihnen gehörten zu den Preisträgern des alljährlichen Wettbewerbs „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen“. Die Atmosphäre war deshalb trotz der klirrenden Kälte gelöst. Für die Anwesenden hatte sich der Einsatz für eine gute Arbeitsplatzkultur gelohnt, sie waren stolz darauf, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem Unternehmen zufrieden sind und ihre Arbeit schätzen. Im Gesundheitswesen ist dies ganz besonders wichtig, denn nur zufriedene Mitarbeiter sind in der Lage, die täglichen Herausforderungen in der Pflege so zu meistern, dass sie selbst dabei gesund und entspannt bleiben.

Zu den vielen hervorragenden Referentinnen und Referenten gehörte Marita Mauritz, Vorsitzende DBfK Nordwest e.V. und Mitglied des DbfK-Bundesvorstands. Sie verwies in ihrer Begrüßungsrede auf die Pflege-Charta und das darin verankerte Recht eines jeden pflegebedürftigen Menschen auf professionelle Pflege. Die Pflegekräfte würden dann ein moralisches Dilemma erleben und seien von Burnout bedroht, wenn sie über eine längere Zeit ihrem hohen Anspruch an die Pflegequalität nicht gerecht werden könnten. Dies sei dann der Fall, wenn zu wenig Fachkräfte vorhanden und die Arbeitsbedingungen schlecht seien. Hierfür müsse noch viel mehr Bewusstsein geschaffen werden. Deshalb startete der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DbfK) im Februar 2012 die Aktion „Tausche wichtigen gegen guten Arbeitsplatz“. Die Führungskräfte spielen nach den Worten von Mauritz eine zentrale Rolle für die Motivation der Mitarbeiter. Alles in allem sei die Wertschätzungskultur in deutschen Pflegeeinrichtungen noch entwicklungsbedürftig.

Das Great Place to Work® Institut Deutschland unter der Leitung von Frank Hauser beobachtet in Deutschland seit 2002 die Mitarbeiterorientierung von Unternehmen. Es gehört zu dem im Jahr 1991 gegründeten internationalen Forschungs- und Beratungsunternehmen Great Place to Work® Institute mit Stammsitz in den USA und eigenständigen Partnerbüros in über 40 Ländern weltweit. In Deutschland kooperiert das Institut mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW und der Universität zu Köln. Das Great Place to Work® Institut unterstützt Unternehmen aller Branchen und Grössen bei der systematischen Überprüfung und Weiterentwicklung einer mitarbeiterorientierten Arbeitsplatzkultur und der Steigerung ihrer Arbeitgeberattraktivität. Die Säulen, auf denen eine gute Unternehmenskultur ruht, sind Glaubwürdigkeit, Respekt, Fairness, Stolz und Teamgeist.

Der Wettbewerb „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen“, der nun zum 6. Mal stattgefunden hat, wird immer beliebter. 121 Unternehmen aus dem Gesundheitswesen hatten insgesamt an der Benchmarkstudie teilgenommen, 77 kamen in die Endrunde des Wettbewerbes. Es ist ein gutes Zeichen, dass 85 Prozent der befragten Mitarbeiter in den erfolgreich platzierten Einrichtungen geäußert haben, dass ihr Arbeitsplatz „alles in allem ein guter Arbeitsplatz“ sei. Interessant ist laut Frank Hauser, dass in den letzten beiden Jahren die größte Aktivität im Bereich „Entwickeln“

Auf einen Blick: Alle Gewinner des Wettbewerbs „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2012“

zu verzeichnen sei, d.h. Fortbildung und Weiterentwicklung seien sowohl für die Führungskräfte als auch die Mitarbeiter enorm wichtig. Deshalb werden seit 2006 beim Wettbewerb auch die Sonderpreise „Qualifizierung der Mitarbeiter“, „Gesundheitsförderung der Mitarbeiter“ und „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ vergeben.

“Auch mit 60 Jahren hat man als Arbeitnehmer hier eine Chance“, hatte eine Pflegekraft über ihr Unternehmen geschrieben. Wie wichtig zukünftig die ältere Generation im Arbeitsleben sein wird, erläuterte Prof. Dr. Juhani Ilmarinen vom Finnischen Institut für Arbeitsmedizin in Helsinki in seinem Referat mit dem Titel „Aktiv Altern – Arbeitsfähigkeit nachhaltig sichern“. Kritisch wertete der Experte den negativen Touch, den in Europa die Arbeit bis 67 trage. Positiv betrachtet gehe es beim Arbeiten bis 67 um „Können“, „Wollen“ und „Dürfen“. Wenn die Arbeitsbedingungen gut sind, arbeiten die Menschen gerne länger. Es sei jedoch ein Umdenken erforderlich. Altern sei negativ besetzt, dabei sei erwiesen, dass ältere Arbeitnehmer bei 2/3 der anfallenden Tätigkeiten besser als die Jüngeren seien, nur bei 1/3 sei es umgekehrt. Die Generationen müssten besser mit einander kooperieren. Wenn Unternehmen den individuellen Bedürfnissen der älteren Arbeitnehmer, z.B. bei der Schichtarbeit, entgegen kämen, blieben ihnen die Mitarbeiter sehr viel länger erhalten. „Es ist ein menschliches Recht, im Betrieb älter zu werden“, so Ilmarinen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen seien hier nur einer von vielen Aspekten. Hierüber referierte Alexandra Gerstner, die die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) vertrat. Unter der Moderation der Journalistin und Hörfunk-/Fernsehmoderatorin Judith Schulte-Loh diskutierten

Frank Hauser,** Leiter des Great Place to Work® Instituts Deutschland (links) und die Journalistin und Hörfunk-/Fernsehmoderatorin **Judith Schulte-Loh

auf dem Podium, an Round Tables und in verschiedenen Praxisforen die alten und neuen „Besten Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ mit den anwesenden Experten lebhaft und ambitioniert bis zur abendlichen Preisverleihung.

Anmeldungen zum Folgewettbewerb **"Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2013"** sind ab sofort möglich unter: www.greatplacetowork.de

Die Gewinner des branchenübergreifenden Great Place to Work® Wettbewerbs "Deutschlands Beste Arbeitgeber 2012" wurden am 8. März 2012 in Berlin bekannt gegeben.

Kontakt:
Great Place to Work® Deutschland
Sülzburgstraße 104-106
50937 Köln
Tel.: +49 221 - 933 35-0
E-Mail: info@greatplacetowork.de

Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2012 ausgezeichnet
Sonderpreis „Ambulante Intensivpflege“

Am Abend des 2. Februar 2012 wurden im Rahmen des Wettbewerbs „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2012“ die Preisträger verkündet. Gerd Hoofe, Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Arthur Montada, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und Frank Hauser, Leiter Great Place to Work® Deutschland, überreichten rund 30 Kliniken und Pflegeeinrichtungen die Auszeichnung für ihre Leistungen bei der Schaffung einer guten Arbeitsplatzkultur für die Beschäftigten.

Wie jedes Jahr hatten sich die Organisatoren wieder sehr viel einfallen lassen, damit der Abend für die Preisträger ein unvergessliches Erlebnis bleiben würde. Allen Preisträgern, die auf der Homepage des Great Place to Work® Instituts zu finden sind, sei an dieser Stelle herzlich gratuliert. "Die Auszeichnung steht für Glaubwürdigkeit, Fairness und Teamgeist. Ein wertschätzender Umgang und verlässliche Arbeitsbedingungen sind gerade im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung, weil sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern helfen, die hohen Anforderungen und Belastungen im Alltag besser zu bewältigen", sagte Staatssekretär Gerd Hoofe. Arthur Montada von der BGW betonte die besondere Bedeutung der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter: "Erst durch ein ernsthaftes Engagement für die Gesundheit der Beschäftigten können Arbeitgeber im Gesundheitswesen eine wirklich gute Arbeitsplatzqualität erreichen."

Auch Unternehmen, die außerklinische Intensivpflege anbieten, haben wieder am Wettbewerb teilgenommen. Ausgezeichnet wurden z.B. die VISIT-Gruppe unter der Geschäftsführung von Sabine und Peter König und der Beatmungs- und Pflegedienst FAZMED aus dem thüringischen Sonneberg. Dieser erhielt zudem den Sonderpreis für „Qualifizierung der Mitarbeiter“. Die Intensiv- und Akutpflegedienst HERO GmbH aus Ortenburg in Niederbayern bekam neben der Auszeichnung als „Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ den Sonderpreis „Ambulante Intensivpflege“. In einem der drei Praxisforen stellte Geschäftsführer Stephan Kroneder die Arbeitsplatzkultur in seinem Unternehmen vor. „Der Qualitätsanspruch, den HERO an sich selbst stellt, ist sehr hoch, und damit verbunden das Angebot einer sehr hochwertigen Gesundheitsdienstleistung für unsere Pflegekunden. Ich stelle die Zufriedenheit unserer Kunden sowie hohe Pflegequalität in den Vordergrund unserer täglichen Arbeit.“ Auch die Pflegedienstleiter Christian Maier und Steffen König waren mit nach Berlin gekommen. Die Mitarbeiter bezeichnen sich selbst übrigens gerne als „HEROaner“. U.a. gibt es „HERO aktiv“, für das wie folgt bei den Mitarbeitern geworben wird: „Um uns fit zu halten und den Teamgeist zu stärken, möchten wir uns einmal pro Monat zu sportlichen Events treffen. Es ist uns sehr wichtig, dass unabhängig vom Fitnesszustand, JEDER teilnehmen kann. Das Angebot ist bunt gemischt, und jede Aktivität ist mit einem anschließenden Einkehrschwung verbunden“. “Na klar sind wir Führungskräfte auch dabei“,

*Von links nach rechts: **Julia Kroneder, Stephan Kroneder, Christian Maier** und **Steffen König** (alle HERO GmbH), flankiert links von **Arthur Montada**, stv. Hauptgeschäftsführer der BGW und rechts von **Gerd Hoofe**, Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales.*

lacht Steffen König beim ROUND TABLE-Gespräch. „Es ist so wichtig, dass Führungskräfte ein gutes Vorbild geben.“

Christoph Jaschke, Geschäftsführer der Heimbeatmungservice Brambring Jaschke GmbH, die schon mehrmals ausgezeichnet wurde und im Vorjahr die Sonderpreise „Ambulante Intensivpflege“ und „Qualifizierung der Mitarbeiter“ erhalten hatte, beglückwünschte die Vertreter der außerklinischen Intensivpflege. „Wir müssen dafür werben, dass sich noch viel mehr Intensivpflegedienste an diesem Wettbewerb beteiligen. Er ist ein wertvolles Instrument zur Verbesserung der Pflegequalität.“ Natürlich ist auch ein gutes Arbeitgeberimage der Intensivpflegedienstleister wichtig, um neue Mitarbeiter zu gewinnen. Die Wirkung monetärer Zuwendungen verpufft schnell wieder. Nachhaltig hingegen wirken Familienfreundlichkeit, Wertschätzung und Herzlichkeit. „Das ist wie im Sport“ so Jaschke, „wer zu Anabolika greift, kommt schnell an eine Siegertrophäe, aber das war's auch schon. Anders verhält es sich, wenn jemand regelmäßig und über einen langen Zeitraum trainiert: Das Ergebnis ist ein langfristiger Erfolg.“ In der Diskussion im Praxisforum wurde bedauert, dass unter den Unternehmen die Ellbogenmentalität vorherrsche, um einander die Fachkräfte abzujagen. Dabei geht es auch anders, beispielsweise über die Kooperation in Pflegeverbünden, über gegenseitige Mitarbeiterüberlassung bei Engpässen und dem Grundsatz, nur über die Qualität der Pflege in den Wettbewerb mit anderen Unternehmen zu treten. Deshalb sollten möglichst viele Anbieter außerklinischer Intensivpflege die Chance wahrnehmen, ihre Arbeitsplatzkultur beim Wettbewerb „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ und um den Sonderpreis „Ambulante Intensivpflege“ überprüfen zu lassen. Man sollte keine Scheu davor haben, eventuell bei der ersten Mitarbeiterbefragung „durchzufallen“. So schreibt eine Führungskraft eines nichtplatzierten Unternehmens: „Die Teilnahme an der Benchmarkstudie und die Mitarbeiterbefragung gibt uns die Möglichkeit, Stärken und Schwächen systematisch zu erkennen und uns kontinuierlich zu verbessern. Nur wer eine erfolgreiche Arbeitsplatzkultur schafft und attraktive Arbeitsplätze anbieten kann, wird sich dauerhaft im Wettbewerb behaupten. Unser Ziel ist es, bald auch zu den besten Arbeitgebern zu gehören.“

Was ist bei der Bewerbung um den Sonderpreis „Ambulante Intensivpflege“ anders? In jedem Unternehmen werden zunächst die Beschäftigten nach einem wissenschaftlichen Verfahren anonym befragt. Der Trust Index© beinhaltet rund 60 Fragen, die sich auf die fünf Dimensionen des Great Place to Work® Modells© - Glaubwürdigkeit, Respekt, Fairness, Stolz und Teamgeist – beziehen. Eine offene Frage erlaubt den Mitarbeitern, in eigenen Worten auszudrücken, was ihr Unternehmen ausgezeichnet macht. Das Ausfüllen des Fragebogens (entweder per Internet oder als Paper-pencil-Befragung) dauert nur etwa 15 Minuten. Ein weiterer Bestandteil ist das Great Place to Work® Kultur Audit©. Hier handelt es sich um einen Fragebogen an das Management, in dem die vorhandenen Personalmaßnahmen und -konzepte dargestellt und erläutert werden. Zusätzlich werden auch z. B. Daten zur Demografie der Mitarbeiter, allgemeine Informationen zum Unternehmen (d. h. Gründungsjahr, Umsatz) sowie auch Sonderleistungen und freiwillige Sozialleistungen für die Mitarbeiter dargestellt. Um in die Auswahl für den Sonderpreis „Ambulante Intensivpflege“ zu kommen, wird die Bearbeitung des Kultur Audits um einige besonders für die Intensivpflege relevante Aspekte erweitert und das Unternehmen wird zur zusätzlichen Verifizierung von einem Mitarbeiter des Great Place to Work® Instituts besucht. Unterstützt wird der Wettbewerb von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Universität zu Köln.

HERO Pflegedienst GmbH
www.pflegedienst-hero.de
FAZMED GmbH
www.fazmed.de
VISIT Ambulante Pflege GmbH & Co KG
www.visit-bamberg.de

Seminare der IHCC - Akademie

Die Gesunderhaltung der Mitarbeiter hat viele Facetten. Selbstverständlich sind Bewegung, gesunde Ernährung und Erholung wichtig für das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Die Qualität der Arbeit hängt aber auch ganz entscheidend davon ab, ob in einem Unternehmen Arbeitsplatzkultur herrscht, ob und wie die Mitarbeiter miteinander kommunizieren, wie sich die Führungskräfte verhalten und wie in einem Unternehmen immer wieder der Funke der Begeisterung für den Beruf überspringt. Die Seminare der IHCC – Akademie, die die Intensive Home Care Consulting GmbH® für Altenpflegepersonal, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, Medizinprodukteberater und Führungskräfte entwickelt hat, sind Bausteine für eine gute Arbeitsplatzkultur in Unternehmen. Die Zukunft der Pflege hängt gerade auch von solchen Fertigkeiten ab, die hier gelehrt werden.

Motivation und Leistung
am 18. April 2012 in Unterhaching
„Wie kann ich meine Mitarbeiter gut, richtig und besser motivieren? Was führt zur Leistungssteigerung bei den Mitarbeitern? Gibt es Grenzen des Motivierens?“, diese Fragen stellen sich, wenn die Motivation im Team und die Leistung sinkt. Im Seminar „Motivation und Leistung“ betrachten die Teilnehmer auch ihre eigene Motivation. Passt das Arbeitsumfeld und wird es freudvoll erlebt? Denn all dies wirkt sich auf die Leistung aus. Die Kursteilnehmer erfahren mehr über die Bedürfnisstrukturen und darüber, was motiviert - oder auch demotiviert. Sie lernen nachhaltig zu loben, konstruktiver mit Kritik umzugehen, sie werden in wichtige Motivationstheorien eingeführt und erhalten das Know how, wie sie in der Praxis den Motor „wieder anwerfen“. Anhand von Fallbeispielen aus dem Alltag und durch Reflexion der eigenen Motivationsmuster wird das Thema Motivation & Leistung praxisnah vermittelt.

persolog® Persönlichkeitstraining
am 20. Juni 2012 in Unterhaching
Das persolog® Verhaltensprofil beschreibt menschliches Verhalten mit dem Ziel, die eigenen Bedürfnisse und die anderer besser zu verstehen. Es ist praxisnah, modular strukturiert, leicht verständlich und wissenschaftlich fundiert. Vor allem Führungskräfte, Personalentwickler sowie Mitarbeiter mit Kundenkontakt nutzen persolog®, um ihren Umgang mit anderen Menschen differenzierter - und damit erfolgreicher - zu gestalten und selbst effektiver zu werden. Das persolog® Verhaltensprofil zeigt den TeilnehmerInnen, wie sie ihre Grundverhaltensweisen erkennen und diese bei sich selbst und anderen besser einschätzen. Sie erfahren z.B. mehr darüber, wo ihre Stärken liegen, welchen Arbeitsstil sie bevorzugen und wie sie mit anderen umgehen. Jede(r) Teilnehmer(in) erhält sein eigenes Profil. Unter Anleitung wird das Profil von jedem Teilnehmer ausgefüllt und jeder erhält anschließend eine persönliche Auswertung mit Grafiken. Diese ist leicht verständlich und liefert eine Vielzahl von Beschreibungen in einer wertfreien Sprache. An einem Tag lernen die TeilnehmerInnen ihren Arbeitsstil zu analysieren, sie lernen sich selbst, ihren Verhaltensstil und ihre Stärken und Tendenzen besser kennen.

Weiter im Programm sind:
- Professionelle Einstellungsinterviews
- Führungsrolle und Führungsverhalten
- Empathie in der Gesprächsführung
- Rolle Pflegekraft

Die Dozentin
Die zertifizierte Trainerin und Coach-Expertin, Doris Marx-Ruhland, verfügt über umfangreiche und langjährige praktische Erfahrungen in nationalen und internationalen Unternehmen. Durch ihre klare Art, Menschen anzusprechen, versteht es Marx-Ruhland, die Seminarteilnehmer dazu zu motivieren, Selbstvertrauen zu entwickeln und das Beste aus sich heraus zu holen. Ihr Leistungsspektrum umfasst Gesprächsführung, Konfliktmanagement und Führungsverhalten, professionelle Einstellungsinterviews, Persönlichkeits- und Teamentwicklung.
www.marx-ruhland.de

Veranstaltungsort
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Ottobrunner Straße 43
82008 Unterhaching
Telefon: 089 540 42 68 – 0
Telefax: 089 540 42 68 – 30
info@ihcc-akademie.de

Doris Marx-Ruhland
Seminare & Coaching

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH®

Fortbildungsseminare der IHCC Akademie

18. April 2012 in Unterhaching Motivation und Leistung

NEU **23. Mai 2012 in Unterhaching**
Tracheostomaversorgung, Hygiene Grundlagen, Megacodetraining

20. Juni 2012 in Unterhaching Persolog

NEU **25. - 29. Juni 2012 in Unterhaching**
Basiskurs außerklinische Beatmung 50 UE

2. Juli 2012 in Unterhaching Rolle Pflegekraft

NEU **25. Juli 2012 in Unterhaching**
Tracheostomaversorgung, Hygiene Grundlagen, Megacodetraining

NEU **24. - 28. September 2012 in Unterhaching**
Basiskurs außerklinische Beatmung 50 UE

NEU **14. November 2012 in Unterhaching**
Tracheostomaversorgung, Hygiene Grundlagen, Megacodetraining

NEU **26. - 30. November 2012 in Unterhaching**
Basiskurs außerklinische Beatmung 50 UE

Weitere Informationen und Anmeldung auf **www.ihcc-akademie.de**

Pflegeausbildung in Europa „Deutschland auf Geisterfahrt“!

Der Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln, Prof. Frank Weidner, warnt vor Kurzsichtigkeit und Isolation der deutschen Politik bei der Frage der Zulassung zur Pflegeausbildung mit höherer Qualifikation. Deutsche Gesundheitspolitiker aus der Bundesregierung und der Opposition hatten sich zuvor unisono gegen die Absicht der EU-Kommission gestellt, europaweit einheitlich zwölf Jahre Allgemeinbildung als Zugangsvoraussetzung zur Pflegeausbildung festzulegen. In 24 der 27 EU-Mitgliedsstaaten gilt dies heute bereits, in Deutschland sind es bislang zehn Jahre. Die EU-Kommission hatte kurz vor Weihnachten einen entsprechenden Änderungsvorschlag der EU-Richtlinie 2005/36/EG vorgelegt.

Mit der Richtlinienänderung verfolgt die EU-Kommission Ziele wie die Vereinfachung gegenseitiger Anerkennungen von Berufsausbildungen, die Steigerung der beruflichen Mobilität sowie eine Modernisierung des Berufserechts. Neue berufliche Anforderungen für Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie Hebammen in ganz Europa machen nach Auffassung der Kommission diese Anpassung der Qualifikation notwendig. Hierzulande sehen Politiker der Bundesregierung und der Opposition die Sache ganz anders. So sieht Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) keine Notwendigkeit, „weshalb nur noch Abiturienten Pfleger werden dürfen, es kommt viel mehr auf die soziale Kompetenz als auf ein oder zwei Jahre mehr in der Schulzeit an“. Johannes Singhammer von der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag pflichtet dem bei und schlägt vor, die Pflege besser gerecht zu bezahlen, als das Abitur für Pflegekräfte einzuführen. Auch der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach meint, dass „für uns in der Richtlinie kein Gewinn zu sehen ist“. Insgesamt wird befürchtet, dass sich der Fachkräftemangel in der Pflege durch die Änderungen noch verstärken würde. Außerdem stehe die deutsche Pflege in Europa gut da.

Weidner kritisiert diese Haltungen: „Es ist schon erstaunlich, wie unkundig, kurzsichtig und auch überheblich deutsche Politiker auf diesen überfälligen Vorstoß der EU-Kommission reagieren.“ Er betont, dass der Pflegefachkräftemangel hierzulande viele Ursachen habe. So sei beispielsweise aufgrund verschiedener Gesetze und Regelungen in der Vergangenheit die Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege in Deutschland seit Jahren eher rückläufig und stagnierte zuletzt. Auch werde zu wenig für ältere Mitarbeiter in der Pflege getan, so dass ein Großteil früh aus dem Beruf ausscheidet. Weidner erinnerte daran, dass 2009 die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) noch die Pflegeausbildung in Deutschland für Hauptschüler geöffnet habe. Dies sei bekanntlich ohne nennenswerte Wirkung in Sachen Bekämpfung des Fachkräftemangels geblieben, sei aber mit erheblichem Imageschaden der bundesdeutschen Pflege in Europa einhergegangen. „Angesichts der jetzt auf dem Tisch liegenden Änderungsvorschläge der EU-Richtlinie muten die Positionen bundesdeutscher Gesundheitspolitiker wie eine Geisterfahrt auf der europäischen Zukunftsautobahn Pflege an“, so Weidner weiter. Der Pflegewissenschaftler begrüßt hingegen, dass im Gegensatz zur Bundespolitik in den Bundesländern inzwischen andere Weichen gestellt werden. So sei förmlich ein Wettbewerb um die besten Modellstudiengänge in der Pflege entbrannt, mit denen eine Pflegeausbildung und ein Studium kombiniert werden kann. Weidner zählt inzwischen mehr als 30 solcher so genannten dualen Studiengänge und betont, dass dazu selbstverständlich der reguläre Hochschulzugang der Studierenden erforderlich ist. „Damit reagieren die Bundesländer schon auf den starken Qualifikationsdruck aus der Praxis“, sagt Weidner und hofft, dass diese Studiengänge nach der Modellphase in entsprechende Regelangebote überführt werden.

Der Direktor des dip weist auf Daten und Erfahrungen hin, die zeigen, dass der Pflegestandort Deutschland in Europa nach und nach seine Konkurrenzfähigkeit einbüße. So gingen seit Jahren trotz entgegengesetzter und mithin verzweifelter Bemühungen der Politik in Deutschland deutlich mehr Pflegefachkräfte ins benachbarte Ausland, als von dort aus hierher kommen. „Deutschland ist offensichtlich jetzt schon unattraktiv für ausländische Pflegefachkräfte.“, sagt Weidner. Das liege auch an den hierzulande häufig sehr belastenden Arbeitsbedingungen in der Pflege, an der vergleichsweise niedrigen Bezahlung, am schlechten Image und bald dann auch an der nicht mehr wettbewerbsfähigen Qualifikation in Europa.

Auf der anderen Seite steigen bekanntlich die Anforderungen an verantwortliche Pflegefachkräfte immer weiter. „In den Krankenhäusern werden immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit von immer mehr Ärzten und zugleich immer weniger Pflegepersonal behandelt.“, so Weidner. Zugleich schreitet der medizinisch-technisch-pflegerische Fortschritt voran. In der stationären Altenpflege nimmt der Anteil schwer- und schwerstpflegebedürftiger Menschen insbesondere mit Demenz deutlich zu. Und in der häuslichen Pflege steigen die Ansprüche aller Beteiligten auch immer weiter. Studien aus dem Ausland legen die Vermutung nahe, dass die Qualität der Patientenversorgung nicht nur mit der Quantität des zur Verfügung stehenden Personals, sondern insbesondere auch mit dessen Qualifikation zusammenhängt. Weidner: „Und wenn beides nicht mit den Entwicklungen mithält, dann ist mittelfristig die pflegerische Versorgung der Bevölkerung massiv gefährdet.“

Weidner fordert zur Verbesserung der Situation der Pflege in Deutschland eine konzertierte Aktion von Politik, Verbänden, Einrichtungen und Gesellschaft, die die Qualifikation, die Arbeitsbedingungen, die Vergütung und das Image der Pflege gleichermaßen einbezieht. Dazu empfiehlt er dringend, die Zugangsvoraussetzungen für verantwortliche Pflegefachkräfte sukzessive auf europäisches Niveau anzuheben. Er betont aber auch, dass es im europäischen Ausland neben den entsprechend gut qualifizierten verantwortlichen Pflegefachkräften eine ganze Reihe weiterer zuarbeitender Pflegeberufe gibt, die zahlreiche Assistenz- und Unterstützungsaufgaben übernehmen. Auch in Europa sei es nicht so, dass jeder, der in der Pflege arbeitet, zuvor das Abitur gemacht haben müsse.

Das gemeinnützige Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) ist ein Institut an der Katholischen Hochschule NRW (KatHO NRW) in Köln und betreibt einen weiteren Standort an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) bei Koblenz. Es beschäftigt rund 15 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Kontakt:
Elke Grabenhorst (Sekretariat) **Tel: 0221/ 46861-30** dip@dip.de

Winfried Kaum
Rechtsanwalt

Maximilianstraße 29
80539 München
www.ra-kaum.de

Tel 089-98 24 72 91
Fax 089-98 24 73 91
Email w.kaum@ra-kaum.de

Wie wichtig ist das Abitur für die Pflege?

Die geplanten neuen EU-Vorgaben für Pflegeberufe erhitzen die Gemüter. Ist ein Abitur-Abschluss wirklich wichtig, um eine gute Pflegekraft zu sein? Wir haben Führungskräfte nach ihrer Meinung gefragt, denn sie führen die Einstellungsgespräche. Worauf legen sie hierbei besonders großen Wert? Übrigens galten Pflegekräfte mit Abitur noch vor einigen Jahren als „Exoten"!

„Was will der Gesetzgeber mit der Erhöhung der schulischen Grundvorausetzung letztlich erreichen? Wenn es darum geht, dass Schüler/innen eine gewisse Reife haben, so wäre dies sicherlich erstrebenswert, da gerade in der Krankenpflege eine hohe Emphatiefähigkeit und weitere soziale Kompetenzen gefordert sind. Hier gibt es allerdings auch andere, sicherlich sinnvollere Wege, diese Kompetenzen zu erlangen, z.B. durch ein Freiwilligenjahr/Auslandsaufenthalte etc.. Wenn man die Pflegeausbildung akademisieren möchte, ist dies vor dem Hintergrund des Forschungsaspektes und der Aufwertung des Pflegeberufes löblich, wenngleich es sicherlich nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt.

Die Pflege wird von vielen Schülern nicht gerade favorisiert, und der Fachkräftemangel nimmt stetig zu. Zukünftig werden Menschen, deren schulische Leistungen nicht für das Abitur ausreichen, von der Pflege ausgeschlossen. Patienten wollen wohl kaum lateinische Verben mit ihren Pflegekräften deklinieren oder in höherer Mathematik schwelgen. Sie brauchen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, die neben ihrer fachlichen Qualifikation durch eine gute praxisnahe Ausbildung viele weitere Fähigkeiten mitbringen. Sie wollen Nähe, Trost, Beistand, liebevolle Zuwendung und einen aufmerksamen Blick für ihren Zustand. Bereits heute sind Pflegekräfte fast mehr mit dem Schreiben von Pflegeplanungen und Dokumentationen beschäftigt, und der Blick gilt statt dem Menschen, den medizinischen Geräten. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass ein Pflegestudium zukünftig in der Hauptsache von nicht für das Medizinstudium zugelassenen Studenten als Interimslösung genutzt wird. Sicherlich keine tragfähige Basis für unseren Pflegekräftemangel!" (M. F., Dipl. Sozialpädagogin und Niederlassungsleiterin)

„Wir sind der Meinung, dass es für uns nicht von Bedeutung ist, ob die Bewerber Abitur haben oder nicht! Sie haben bereits das Pflegeexamen bestanden (vielleicht tut sich beim Lernen ein Abiturient leichter?) und Erfahrung in der Intensivpflege gesammelt - und dabei zählen für uns eher die soziale Kompetenz, die Persönlichkeit und das individuelle Pflegeverständnis! Somit ein kurzes und knappes ABI EGAL, solange sie der deutschen Sprache in Wort und Schrift sicher mächtig sind, einigermaßen Rechnen können (Dosierungen u.ä.) und ein alltagstaugliches Grundwissen besitzen, um wenigstens Konversation mit den Klienten und Angehörigen halten zu können. Und der ganze Rest kommt eh erst durch Ausbildung, Lebens- und Berufserfahrung." (CK und HS, staatl. geprüfte Krankenpfleger und Niederlassungsleiter) „Grundsätzlich ist es für eine Einstellung nicht vorrangig, welche Schulbildung die Bewerber haben, da die Zugangsvoraussetzungen für den Beruf ja vorgegeben sind. In erster Linie zählt die Qualifikation, das heißt: wie viele Jahre sind sie im Beruf, welche Fortbildungen wurden besucht und wie flexibel sind sie einsetzbar. Empathie und Weltbild spielen dann natürlich auch eine Rolle. In meiner Praxis habe ich erlebt, das die Pflegekräfte mit einem guten Abitur oft schon nach kurzer Zeit ein Studium anhängen und so nicht mehr auf dem Markt verfügbar sind, obwohl sie hervorragende Pflegekräfte geworden wären. Das liegt mit Sicherheit daran, dass die Pflege in der Gesellschaft keinen hohen Stellenwert hat. Ich bezweifle, dass sich das mit einer Änderung der Zugangsvoraussetzungen bessern wird. Und ob nun ein schlechter Abiturient, der den Beruf ergreift, weil er keinen Studienplatz bekommt, besser als ein motivierter Realschüler ist, wage ich zu bezweifeln." (A.F., Dipl. Sozialpädagogin und Niederlassungsleiterin und I.R. Krankenpfleger und Niederlassungsleiter) „Aus meiner Sicht spielt grundsätzlich das vorhandene Abitur für eine Pflegekraft keine Rolle. Mir ist die Erfahrung auf dem Fachgebiet wichtig, der Umgang mit Menschen und die eigene Einstellung dazu. Diese kann bei jemandem mit und ohne Abitur genauso gut oder schlecht sein. Abitur ist immer dann von Vorteil, wenn man in besondere Positionen aufsteigen will, wo leider auch zunehmend ein Studium gewünscht wird. Ohne Abitur geht dies aber bisher nur vereinzelt in berufsbegleitenden Fernstudiengängen. Es klingt natürlich toll, dass wir unseren Pflegekräften mehr Studiengänge anbieten wollen, nun ja auch Praxis bezogen (wie in der letzten GD zu lesen war)… aber realistisch betrachtet muss man dazu aus meiner Sicht schon leicht 'masochistisch' veranlagt sein, denn die Anforderungen, selbst im Praxisstudium, sind sehr hoch gesteckt, und die Kosten sind immens. Die Frage ist aber auch, ob es sich für eine Pflegekraft lohnt, diesen Aufwand und die Kosten zu schultern, denn mal abgesehen vom persönlichen Lernerfolg muss, aus meiner Sicht, hierzu eben auch die Vergütung am Ende passen. Wir können ja jetzt schon die langjährig qualifizierten Kräfte mit Fachweiterbildung nur bedingt gut bezahlen, für 'Pflege am Bett' durch jemanden mit Studium sehe ich eine entsprechende Vergütung als unrealistisch in unserem Gesundheitssystem. Von Vorteil ist eine längere Vorlaufzeit in der Schule, sonst nur noch bzgl. des späteren Eintritts in den Pflegeberuf und damit verbunden mehr Lebenserfahrung, um mit dem, was man sieht, zurecht zu kommen und dem Menschen anders zu begegnen. Dies kann man mit 18 Jahren etwas besser als im Alter von 16. Abitur würde ich nicht im gleichen Atemzug mit Klugheit setzen, denn es gibt einige klügere Köpfe, die in Jugendzeiten nur zu faul waren, die Schulbank zu drücken und deshalb kein Abi gemacht haben, aber trotzdem ihren Weg gegangen sind." (C.M., Krankenpflegerin, Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen, Niederlassungsleiterin)

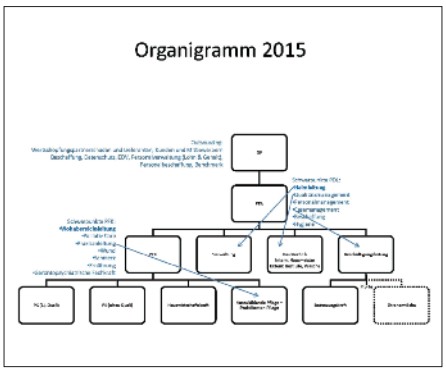
Für die Zukunft gut aufgestellt - Organisations- und Bildungsbedarfsanalyse in DRK- Pflegeeinrichtung

Das Team der DRK Residenz Bad Friedrichshall sieht den Pflegesektor bereits seit geraumer Zeit einem fundamentalen Wandel unterworfen. Neben steigenden Anforderungen von speziellen Pflegekompetenzen und Qualifikationen, den Ansprüchen von Pflegebedürftigen und Angehörigen und dem drohenden Fachkräftemangel in der Pflege müssen sich Pflegeeinrichtungen auch den Herausforderungen des Wettbewerbs mit flexiblen Unternehmensorganisationen stellen und sich vorbereiten.

Um in diesem öffentlichen Umfeld dauerhaft bestehen und sein Profil schärfen zu können, wurde eine umfassende Organisations- und Bildungsbedarfsanalyse durchgeführt. Im Fokus standen – auf Basis eines gewünschten Zielzustandes in 5 Jahren – die sich wandelnden gesetzlichen Rahmenbedingungen, erkannte neue Geschäftsfelder und die Sicherung der heute vorhandenen Arbeitsplätze durch ein Change Management und notwendige Spezialisierungsprozesse. Die Abflachung von Hierarchiestrukturen und der Service- und Dienstleistungsgedanke sollte im Gleichklang aus Kunden- und Mitarbeiterorientierung verstärkt herausgehoben werden. Gemeinsam mit der hr Team Horst Rückle GmbH startete die Heimleitung und die mit dem Personalmanagement, dem Case Management und der Qualitätssicherung betrauten Leitungskräfte als gemeinsames Arbeitsteam im Mai 2011 und beendete - wie geplant - die gemeinsame Arbeit nach fünf ganztägigen Workshops Ende November 2011.

Die Projektarbeit begann zunächst mit der Ausgestaltung des Wunsch-Organigramms 2015, basierend auf den heutigen Gegebenheiten und den sich abzeichnenden Anforderungen. Schon nach kurzer Zeit war klar, dass dieser Prozess kein einfacher wird. Zum einen erschwerte der Ausblick vier Jahre in die Zukunft mit den damit verbundenen Unsicherheiten die Diskussion, zum anderen sollten die Funktionen des Organigramms 2015 losgelöst von den heutigen Personen geführt werden und gleichzeitig realitätsnah sein. Alle Argumente pro und contra wurden gesammelt, diskutiert, votiert und letztendlich in eine einvernehmliche Lösung gebracht. Die gemeinsame Reflektion eröffnete hier die Perspektive und half, über den individuellen Arbeitsalltag hinweg, strategische Optionen besser zu erkennen, Möglichkeiten auszuloten und Ziele zu definieren.

Nachdem das Organigramm 2015 fertig gestellt war, konnten alle heute bestehenden Stellen- und Funktionsbeschreibungen auf den künftigen Bedarf hin überprüft und an die neuen zu erwartenden Gegebenheiten angepasst werden. Auch hier zeigte sich die gemeinsame Diskussion gerade in der Anfangsphase als förderlich, um unter der Prämisse des Erhalts der Arbeitsplätze für alle Mitarbeiter strategisch passende und realisierbare Ergebnisse zu erzielen. Letztlich konnten in dieser zentralen Arbeitsphase bereits erste Erkenntnisse hinsichtlich des sich abzeichnen-



nenden Bildungsbedarfes für weitere innovative Ausrichtungen gewonnen werden. Schnell wurde auch klar, dass es nicht bei der reinen Betrachtung des Bildungsbedarfes, die in der DRK Residenz Bad Friedrichshall bereits eingeleitet wurde, bleiben darf, sondern dass besonders die Prozesse und Arbeitsabläufe analysiert und für zukünftige Bedarfe ausgerichtet werden müssen. „Gut aufgestellt“ ist auch hier das leitende Motto. Damit wurde es höchste Zeit, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DRK Residenz Bad Friedrichshall eingehend zu informieren und für die Entwicklung zu gewinnen. Nach einer zentralen Mitarbeiterbesprechung führten die Heimleitung und die Leitungskräfte in der Pflege mit einem neu entwickelten Gesprächsleitfaden, der weit über den eines Mitarbeiterfördergespräches hinaus geht, individuelle Einzelgespräche, um auszuloten, wie die Vorstellungen über den eigenen Berufsweg und welche Motivation und Bereitschaft für sich abzeichnende neue Tätigkeitsfelder und Qualifikationen gegeben waren. So entstand ein individuelles Personalentwicklungsprogramm für alle Beteiligten. Es zeigte sich eine hohe Bereitschaft, den eingeschlagenen Weg nicht nur mitzugehen, sondern auch die visionär ausgerichtete Unternehmensstrategie durch weitere persönliche Qualifikationen zu unterstützen.
Vielmehr noch: Das Wissen um die Ausgestaltung der persönlichen Entwicklung in den nächsten Jahren sorgte für eine verstärkte Bindung und Identifikation mit der Pflegeeinrichtung. Originalzitat einer Mitarbeiterin: „Warum sollte ich noch gehen, wenn alles, was ich für mich will, auch für mich getan wird?“ Nach ersten Hochrechnungen stehen Bildungsbedarfe und vorhandenes Budget sogar in Einklang, sodass den unterschiedlichen Bildungswünschen weitestgehend auch entsprochen werden kann.

Die letzten Mitarbeitergespräche werden derzeit abgeschlossen; die Ergebnisse des Prozesses können sich sehen lassen:

- eine tragfähige und gleichzeitig flexible langfristige strategische Ausrichtung durch Abflachung von Hierarchiestrukturen und Kompetenzzuweisungen
- ein zukunftsweisendes Organigramm, welches den tatsächlichen Gegebenheiten und zukünftigen Anforderungen entspricht.
- im Organisationsgeschehen realisierbare Stellen- und Funktionsbeschreibungen mit Stärkung der Kompetenzen durch eine Verantwortungsmatrix
- ein darauf abgestimmter mitarbeiterspezifischer Entwicklungsplan bis 2015/2020
- deutlich höher motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- stärkere Identifikation des Personals mit der Einrichtung
- Chancen zur Effektivität durch Analyse der Prozessketten für die Einrichtung.

Abschließend wurde eine Roadmap erstellt, welche die DRK Residenz Bad Friedrichshall in die Lage versetzt, mit flachen spezialisierten, flexiblen und gleichzeitig effektiven Organisationsstrukturen auf sich abzeichnende Änderungen frühzeitig agieren zu können. Das Führungsteam ist sich einig, dass man damit dem Wettbewerb immer den entscheidenden Schritt voraus sein kann. Gut, dass wir diesen Schritt jetzt gemacht haben.

Im Rahmen der gemeinsamen Lösungserarbeitung soll das positive Projektergebnis nun auch in einem weiteren Schritt in das Qualitätsbündnis gegen Fachkräftemangel in der Pflege eingebracht, diskutiert und den Bündnispartnern zur Verfügung gestellt werden.

Kontakte:
DRK Residenz Bad Friedrichshall:
Andreas Haupt, Tel. 07139/9557-0
andreas.haupt@pflegedienste-hn.drk.de

hr Team Horst Rückle GmbH:
Dr. Stefanie Lingenfelser
Tel. 07031/7265-0
hrteam@hrteam.de

Heimbeatmung –

servona

Entlassung von Intensiv-Patienten

Jederzeit – Bundesweit – Servona

Wir helfen pflegebedürftigen Patienten auf ihrem Weg von der stationären in die ambulante und häusliche Betreuung.

Unsere **kompetente Dienstleistung** und **hochwertigen Hilfsmittel** geben den betroffenen Menschen spürbare Entlastung und eine wertvolle Verbesserung der Lebensqualität.

Servona - Kompetenz:

- Umfassende Versorgung mit Medizinprodukten und Technik
- Lösung für multimorbide Patienten und komplexe Situationen
- Qualifiziertes Case- und Care-Management für die reibungslose Entlassung in die häusliche Umgebung
- Lückenlose Fortführung der begonnenen Therapie außerhalb der Klinik
- Bundesweites Team aus Home-Care-Spezialisten – examinierte Gesundheits-, Kranken- und Intensivpflegekräfte
- Qualifizierte Hilfsmittel-Versorgung – „am Puls der Zeit"

Rufen Sie uns an – kostenfrei!

Besuchen Sie uns:
Stand Nr. 48
DIGAB
26.-28.04.2012

Servona GmbH
Biberweg 24-26 I 53842 Troisdorf

www.servona.de
service@servona.de

Servona Kunden-Hotline
0800 73 78 69 24 (kostenfrei)

Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Augsburg

Am 1. Juni 2012 wird die Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in der Augsburger Straße 9 im Augsburger Stadtteil Pfersee eröffnet. Sechs beatmungspflichtige Erwachsene können ab diesem Zeitpunkt selbstbestimmt in großzügig geschnittenen und behindertengerechten Räumlichkeiten in zentraler Lage wohnen.

Die Räumlichkeiten der Wohngemeinschaft in der Augsburger Straße bieten alles, was Menschen mit Beatmung benötigen: barrierefrei von der Haustüre bis zum Gartentor, für Rollstuhlfahrer geeignete Bodenbeläge, die auch alle Anforderungen an Hygiene erfüllen, und optimale Sanitäranlagen. Das ist jedoch nur die „Pflicht". Die Kür beginnt allein schon bei der Größe der hellen Wohneinheiten, dem ansprechenden Gemeinschaftsraum, der geräumigen Küche und der großen Terrasse. Die WG liegt zentral im attraktiven Stadtteil Pfersee, durch die Niederflur-Straßenbahn direkt vor der Haustüre mit bester Verkehrsanbindung in alle Richtungen. Die Voraussetzungen für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am bunten Treiben in der berühmten Fuggerstadt sind somit ideal. Auch die umfassende medizinische Versorgung ist durch das Vitalzentrum Pfersee in unmittelbarer Nähe gewährleistet. Hier finden sich neben mehreren Fachärzten, einer Apotheke, den Praxen von Physiotherapie & Logopädie, einem Hörgeräteakkustiker und der medizinischen Fußpflege auch ein Orthopädietechniker, das Patientenbistro ARKADAS und das Patientencafé S-PRESSO.

Wer in die Wohngemeinschaft einzieht, hat eine große Auswahl, wo, wann und von wem er Dienstleistungen in Anspruch nehmen möchte. „Inklusion ist für uns ein zentrales Anliegen", so Christoph Kugler und Helmut Schneiderat, die beiden Leiter der Niederlassung Südbayern der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH. Beide sind erfahrene Krankenpfleger und kennen aus ihrer jahrelangen Pflegetätigkeit von Menschen mit Beatmung die besonderen Bedürfnisse. Gleichzeitig aber wissen sie auch, dass die Betroffenen so normal wie möglich leben möchten. Dies garantiert das vom Gesetzgeber vorgeschriebene „Gremium der Selbstbestimmung", dem die Bewohner beim Einzug in die Wohngemeinschaft beitreten. Jeder WG-Bewohner hat sein Zimmer als Rückzugsmöglichkeit, aber wenn Angehörige und Freunde zu Besuch kommen - die dort auch übernachten können - gibt es auch viele Gelegenheiten, um einander kennen zu lernen, Erfahrungen auszutauschen und vielleicht auch, um gemeinsam etwas zu unternehmen. Das alles bleibt abzuwarten, es hängt von den Bewohnern selbst ab und macht so ein Projekt auch spannend.

Menschen mit Beatmung, die nicht zuhause leben können, die aber auch nicht in ein Heim ziehen möchten, haben nun eine Alternative. „In ganz Südbayern, von Ulm über Ingolstadt bis hinunter ins Allgäu und an den Bodensee werden wir auf die neue WG aufmerksam machen", so Schneiderat. Er weiß, dass es gerade im ländlichen Bereich Menschen, die beatmet werden, nicht leicht haben. Wichtig ist nur auch, dass diese, beispielsweise über die Sozialdienste der Kliniken oder die Behindertenbeauftragten vor Ort, überhaupt von diesem Angebot erfahren!

Und um die WG im Stadtviertel und in der Kommune zu integrieren, soll für Nachbarn, Interessierte und alle an der Versorgung Beteiligten eine große Kennenlern- und Einweihungsfeier stattfinden. Den Termin dafür können Sie sich bereits notieren:
Donnerstag, der 5. Juli 2012!

Fragen zur Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung bitte an **Christoph Kugler** und **Helmut Schneiderat** unter
uhg@heimbeatmung.com

Phrenicus-Nerven-Stimulation (PNS) - eine mögliche Alternative zur konventionellen Langzeitbeatmung bei Kindern?

In Deutschland sind derzeit etwa 300 Kinder und Jugendliche von einem Beatmungsgerät abhängig, da sie aufgrund unterschiedlichster Erkrankungen nicht in der Lage sind, die zur Atmung und damit zum Gasaustausch notwendige Atemarbeit aufzubringen.

Die meisten von ihnen werden über eine Trachealkanüle, welche nach einem zuvor angelegten Luftröhrenschnitt in der Trachea (Luftröhre) platziert wird, oder über eine Gesichtsmaske beatmet. Hierbei wird über ein Beatmungsgerät mit positivem Druck die notwendige Luft über die Beatmungsschläuche in die Lungen transportiert. Bei einigen Erkrankungen besteht als Alternative zu diesen konventionellen Beatmungsformen die Möglichkeit, mittels elektrischer Stimulation der Zwerchfellnerven (Nervus phrenicus) einen physiologischen Atemzug zu erzeugen. Dieses Verfahren, welches bei Erwachsenen schon seit vielen Jahren bei Patienten mit hohen Querschnittverletzungen eingesetzt wird, ist bei Kindern in der Vergangenheit, vor allem aufgrund fehlender Expertise, in Vergessenheit geraten.

Grundvoraussetzung für die Implantation eines PNS bei Kindern ist die Intaktheit beider Zwerchfellnerven, damit nach Reizung der Nerven eine ausreichend starke Kontraktion des Zwerchfells erfolgen kann. Um dies zu überprüfen, werden die Nerven während einer ersten Untersuchung mit einem kleinen elektrischen Stimulationsgerät an der jeweiligen Halsseite durch die Haut mittels Stromstoß gereizt. Bei positivem Befund sieht der Untersucher eine deutliche Bewegung des Zwerchfells, deren Ausmaß dann mittels Sonographie oder unter Durchleuchtung (Röntgen) ausgemessen werden kann. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die langzeitige Abhängigkeit der Patienten vom Beatmungsgerät und ein Mindestalter von zwei Jahren. Bis zu einem Alter von sechs bis acht Jahren sollten die Kinder mit einer Trachealkanüle versorgt sein, da es sonst aufgrund der instabilen anatomischen Verhältnisse des Kehlkopfes zu unzureichenden Atemzügen kommen kann. Die Kinder sollten nicht unter einer rasch voranschreitenden lebenslimitierenden Erkrankung leiden und, falls zu Hause versorgt, in einem stabilen familiären Umfeld leben. Eine ständige personelle und technische Überwachung, wie bei konventioneller Beatmung auch, ist zwingend erforderlich.

Die Indikationen für einen Phrenicus-Nerven-Stimulator sind hohe Querschnittverletzungen (Schädigung in Höhe C0-C3), das angeborene zentrale Hypoventilationssyndrom (CCHS), das erworbene Hypoventilationssyndrom (HWS-Instabilitäten, Entzündungen der Medulla oblongata) sowie Hirnschädigungen mit Ausfall des Atemzentrums. Nachdem die Indikation für das Verfahren gestellt wurde, erfolgt nach Testung der Phrenicusnerven und Überprüfung der Operabilität mit zeitlichem Abstand die operative Implantation des Systems:

Während eines zwei-drei-stündigen Eingriffs werden beidseits, in der Regel einige Zentimeter unterhalb des Schlüsselbeins, die Elektroden am Nervus Phrenicus fixiert und das Elektrodenkabel sowie der Empfänger unter der Haut platziert. Nach einem mehrtägigen Aufenthalt auf der Intensivstation wird nach 12-14 Tagen mit der Trainingsphase (Konditionierung) begonnen. Sie dient der Umwandlung von rasch ermüdbaren Muskelfasern des Zwerchfells in ausdauernde. Dies dauert, je nach vorherigem Zustand des Zwerchfells, zwischen 4 und 12 Wochen. Die Stimulation der Nerven erfolgt von außen über auf die Haut geklebte Spulen. Der Strom wird aus einem kleinen Steuergerät (Gewicht ca. 450 Gramm) geliefert. Primär wird bei Kindern mit hoher Querschnittverletzung eine Beatmung über Tag, bei Kindern mit angeborenem Hypoventilationssyndrom nachts angestrebt.

Die Vorteile des Verfahrens sind in erster Linie in dem deutlichen Gewinn an Lebensqualität zu sehen. Neben einer Zunahme der Mobilität, bedingt durch das deutlich geringere Gerätegewicht im Vergleich zu einem konventionellen mobilen Beatmungsgerät sowie der fehlenden Schläuche, spielen optische und psychosoziale Aspekte eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Möglicherweise kann bei einigen Patienten ein Tracheostoma-Verschluss durchgeführt werden. Ganz nebenbei ist die Beatmung mittels Stimulation der Phrenicus-Nerven geräuschlos. Aufgrund der physiologischen Beatmung sind lungen- und kardioprotektive Mechanismen beschrieben, Langzeitbeatmungsfolgen können reduziert werden. Kinder mit noch bestehender Restatmung müssen ihren Atemrhythmus dem PNS anpassen, da eine Triggerung und damit Synchronisation des Gerätes mit dem Patienten nicht möglich ist.

Seit 2008 werden in der DRK-Kinderklinik in Siegen Phrenicus-Nerven-Stimulatoren implantiert. Nach durchgeführter Operation erfolgt die Verlegung der Kinder in der Regel nach vier Tagen in das auf dem Gelände befindliche Langzeitbeatmungszentrum „Kinderinsel“ zur weiteren Betreuung. Hier werden derzeit 20 dauerbeatmete Kinder und Jugendliche von einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten rund um die Uhr versorgt. *rb*

Kontaktadresse:
Dr. med. Rainer Blickheuser
Chefarzt der Abteilung Anästhesie, ärztlicher Leiter der Intensivstation mit Wohncharakter, Kinderinsel e-mail:
Rainer.Blickheuser@drk-kinderklinik.de
Tel.: 0271/ 2345-310 (Sekretariat)

Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2012 - 2013

Schirmherrin Marlene Rupprecht, Bundestagsabgeordnete und Mitglied der Kinderkommission des Deutschen Bundestages, verlieh am 19. Januar 2012 in Berlin an die ersten 20 Häuser von aktuell erfolgreich geprüften Kinderkliniken das begehrte Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“. Zertifiziert sind u.a. die DRK-Kinderklinik in Siegen gGmbH und Singener Klinik für Kinder und Jugendliche als Teil des Zentrums für Kinder und Jugendgesundheit im Hegau. Das Jugendwerk in Gailingen hat 40. Jubiläum und wird sich auf dem MAIK 2012 präsentieren.

Kranke Kinder gehören in gute Kinderkliniken, in Qualitäts-Kinderkliniken. Das wissen betroffene Eltern seit langem. Und es ist das Anliegen aller in der Kinder- und Jugendmedizin Tätigen, dass die hohe Qualität der stationären Behandlung in Deutschland noch weiter verbessert wird. Daher haben die „Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.“ (GKinD), die „Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus“ (BaKuK) und die „Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.“ (DAKJ) zusammen mit der „Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie“ (DGKCH) 2009 das Gütesiegel „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ entwickelt. Grundlage für dieses Gütesiegel ist ein mit allen pädiatrischen Fachgesellschaften abgestimmtes Strukturpapier aus dem Jahr 2007. Die darin vereinbarten Mindestkriterien definieren das, was eine Kinderklinik auszeichnet. Aus dieser Arbeit entstand 2009 das Zertifikat „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“. Seit 2009 können Eltern somit erstmals selbst prüfen, ob es in ihrem Umfeld eine Qualitäts-Kinderklinik gibt. Auf www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de gibt es eine Übersichtskarte zertifizierter Kinder- und Jugendkliniken und eine entsprechende Liste.

*Bundestagsabgeordnete **Marlene Rupprecht,** MdB, im Paul-Löbe-Haus in Berlin mit den 20 Vertretern der Kinderkliniken nach der Überreichung der Zertifizierungsurkunde*

Das Interesse der Kinderkliniken, ihr Engagement zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen unter Beweis zu stellen, ist ausgesprochen hoch. Mehr als 160 von insgesamt 360 Kinderkliniken in Deutschland haben für die Bereiche Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie bis Ende 2011 bereits an der Neubewertung teilgenommen. Denn das Gütesiegel ist nur zwei Jahre lang gültig. Durch die regelmäßige Neubewertung der Strukturkriterien soll eine stetige Verbesserung der stationären Versorgung in diesen Kinderkliniken unterstützt werden. Mitglieder der gemeinsamen sechsköpfigen Bewertungskommission sind Jochen Scheel, Vorstandsvorsitzender der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GkinD), Prof. Dr. Werner Andler, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK), Prof. Dr. Dominik Schneider, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ), Prof. Dr. Frank Höpner, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, Dr. Nicola Lutterbüse, GKinD, Koordinatorin und Julia von Seiche, Vorsitzende des Aktionskomitees Kind und Krankenhaus (AKIK). Die Kooperation mit der Kinderkommission des Deutschen Bundestages ist sehr intensiv. Auch sie unterstützt die Zertifizierung, der Kinderkliniken in Deutschland.

Was sind die entscheidenden Kriterien?
Eine Grundvoraussetzung für das Siegel ist vor allem, dass die Kliniken ausnahmslos alle Standards für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung erfüllen. Dieses umfasst nicht nur die kontinuierliche ärztliche und fachärztliche Besetzung und das speziell qualifizierte Pflegeteam, sondern auch die weiteren Angebote z.B. aus dem pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bereich. Die ausgezeichneten Kliniken müssen zeigen, dass sie nicht nur eine gute Basisversorgung anbieten, sondern auch Netzwerke aufgebaut haben, die eine gute Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen und schwerwiegenden Krankheitsbildern ermöglichen. Die ausgezeichneten Kinderkliniken müssen eindeutig darlegen, dass sie kinder- und familienorientiert ausgerichtet sind. Dies zeigt sich an Besuchsregelungen und dem Angebot einer kostenlosen Mitaufnahme eines Elternteils bei Säuglingen und Kleinkindern.

Was hat sich in der 2. Bewertungsrunde verändert?
Die Kriterien wurden gegenüber der Bewertung 2009 weiter präzisiert. Wie auch schon in 2009 wurden bei der Überprüfung die Angaben aus der Selbstauskunft mit Daten aus dem Internet verglichen, die Kennzahlen mit deutschlandweiten Standards korreliert, die Daten teilweise telefonisch überprüft oder es wurden ergänzend Unterlagen, wie Dienstpläne zur Überprüfung der gemachten Angaben eingefordert. Ein wichtiges Kriterium ist, dass die Kinder in der Klinik nicht alleine sind. So müssen alle Kinderkliniken darlegen, bis zu welchem Alter des Kindes eine Begleitperson kostenlos mit aufgenommen wird. Dieses und andere Kriterien wurden anhand der Kennzahlen 2010 verifiziert. Darüber hinaus wurde auch überprüft, ob sämtliche Punkte der EACH-Charta, wie zum Beispiel räumliche Gestaltung oder Sicherheitskriterien, erfüllt wurden. Ein anderes Beispiel ist die Qualifikation im Pflegedienst. 2009 wurde abgefragt, ob die Pflege der Kinder und Jugendlichen durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte erfolgt. Diesmal hat sich die Kommission genaue Zahlen geben lassen. In Einzelfällen wurden die Dienstpläne eines halben Jahres überprüft. In der aktuellen Bewertungsrunde für das Gütesiegel 2012 – 2013 wurden zusätzlich Kliniken vor Ort besucht, wenn Fragen offen blieben. 143 von bisher 163 geprüften Einrichtungen entsprechen den strengen Anforderungen. Um als „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ zu gelten, müssen ausnahmslos alle Strukturkriterien erfüllt sein. Es reicht nicht, wenn einzelne Punkte vor zwei Jahren erfüllt wurden. Sie müssen auch jetzt erfüllt werden. Und ein bisschen reicht auch nicht.

Die Homepage www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de dokumentiert nicht nur das Anforderungsprofil an die Kinderkliniken, sondern verzeichnet, wo sich Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie für Kinderchirurgie befinden.

***Marlene Rupprecht,** MdB, Schirmherrin der Zertifizierung von Kinderkliniken, Kinderbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion, Mitglied des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Mitglied der Kinderkommission des Deutschen Bundestages und im Kuratorium der Initiative "Ein Netz für Kinder".*

Brückenschläge

Unter dem Leitmotiv „Brückenschläge“ steht die 20. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. und das 7. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.. Der Kongress wird am 26. - 28. April 2012 im Kongress Palais in Kassel stattfinden. Warum das diesjährige Motto „Brückenschläge“ lautet, erklärt das folgende Grußwort zum Kongress, das wir hier mit freundlicher Genehmigung abdrucken dürfen.

Liebe Mitglieder und Freunde der DIGAB,
liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

schon früh entwickelte sich in Deutschland eine recht aktive Szene für häusliche Beatmung, die bereits 1992 den ersten Kongress als Arbeitsgemeinschaft "Heim- und Langzeitbeatmung" organisierte; damals noch vor weniger als 100 Teilnehmern.
Im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern, wo die häusliche Beatmung ebenfalls begann, hat sich daraus in Deutschland über die Respiratorentwöhnung ein enger Brückenschlag zur pneumologischen Intensivmedizin hin entwickelt. In anderen Ländern hat dieser Prozess in dieser Form praktisch nicht stattgefunden oder findet jetzt gerade erst statt. 1997 wurde die Arbeitsgruppe deswegen in "Arbeitsgemeinschaft für Respiratorentwöhnung und Heimbeatmung (AGH) e.V." umbenannt. Danach ist diese Strukturänderung auch von der "Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) e.V." aufgenommen worden. Entsprechend wurde 2003 in einer Satzungsänderung der DGP die Beatmungsmedizin in den Namen mit aufgenommen.
Zur Verdeutlichung der Interdisziplinarität wurde 2010 dann die AGH in die "Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V." umbenannt. Die Ausrichtung auf die außerklinische Beatmung durch die DIGAB und die Ausrichtung auf die Intensivbeatmung durch die DGP zeigen somit die Profilschärfung der beiden Fachgesellschaften an. Dennoch haben beide Themenschwerpunkte enge Überlappungsbereiche. Seit 7 Jahren verbindet die DIGAB daher ihren Jahreskongress mit dem Beatmungssymposium der DGP im Sinne eines permanenten Joint Ventures.

Somit gibt es bereits seit 20 Jahren Jahreskongresse mit diesen Themen!
Die Besonderheit der Arbeitsgruppe damals wie auch der DIGAB heute war und ist immer der interdisziplinäre Charakter, nicht nur innerhalb der Medizin, sondern auch über die aktive Einbindung von Betroffenen. Erst jetzt fangen andere wissenschaftliche Fachgesellschaften zögerlich an, diesen Bereich überhaupt wahrzunehmen und in ihren Tagungen mit zu integrieren. Bei uns ist das schon seit 20 Jahren gelebte Praxis. Das gleiche gilt für die Patientenautonomie. Diese stand damals zwar schon in manchen Lehrbüchern, ist jedoch nicht wirklich umgesetzt worden. Um diese Struktur noch einmal ganz nach vorn zu stellen, haben wir für den 20jährigen Jubiläumskongress das Leitmotiv "Brückenschläge" gewählt. Wieder gibt es ein breites Veranstaltungsprogramm mit pädiatrischen, neurologischen, pneumologischen und traumatologischen Themen über die Beatmung selber, ihr Umfeld bis hin zu ihrer Beendigung. Dabei steht, wie immer, die offene Diskussion im Vordergrund. Wie immer gibt es auch einen engen Erfahrungsaustausch mit der Industrie, die sich auch nicht zuletzt anhand dieser Treffen weiterentwickelt hat.

Wir möchten Sie sehr herzlich zur 20. Jahrestagung der DIGAB nach Kassel einladen, die zusammen mit dem 7. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der DGP ausgerichtet wird.

Ihre **Thomas Barchfeld, Dominic Dellweg** und **Karsten Siemon**
Tagungspräsidenten
Wolfram Windisch
Vorsitzender der DIGAB, stellvertretender Sprecher der Sektion Intensiv- und Beatmungsmedizin der DGP
Mehr zum www.beatmungskongress2012.de

Grußwort des Schirmherrn Staatsminister Dr. Marcel Huber MdL

Der Bayerische Staatsminister für Umwelt und Gesundheit, Dr. Marcel Huber MdL, hat die Schirmherrschaft über den 5. MAIK übernommen und wird den Kongress am 26. Oktober 2012 persönlich eröffnen.

Dr. Marcel Huber, *MdL*
Bayerischer Staatsminister für Umwelt und Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

bereits heute gibt es in Deutschland rund 2,4 Millionen Pflegebedürftige. Aufgrund des demografischen Wandels wird sich diese Zahl bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln. Das Thema Pflege geht uns alle an. Jeder von uns kann betroffen sein, sei es aufgrund eigener Pflegebedürftigkeit oder der Pflegebedürftigkeit von Angehörigen oder Bekannten.

Auch die Anzahl der Patienten, die eine ambulante Intensivversorgung bzw. eine außerklinische Beatmungspflege benötigen, wird sich in den nächsten Jahren erhöhen. Diesen Menschen muss es ermöglicht werden, in ihrer gewohnten Umgebung und im Kreis ihrer Angehörigen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Der 5. Münchner außerklinische Intensivkongress ist eine ideale Plattform für Informationen, Erfahrungsaustausch und Vernetzung aller Akteure. Gerne habe ich die Schirmherrschaft über diesen größten Fachkongress für außerklinische Intensivpflege in Deutschland übernommen und hoffe, dass die hier diskutierten Fortschritte der Intensivversorgung möglichst rasch allen Patientinnen und Patienten zugute kommen.

Hohe Qualität in der ambulanten Intensivpflege ist wichtig, um menschliches Leid zu lindern. Auch kann gute ambulante Intensivpflege wiederholte Krankenhausaufenthalte vermeiden. Dabei kommt es vor allem auf die Qualität in der Pflege durch entsprechende Qualifizierung und Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen an. Zudem muss die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen „Alter“ und „Pflegebedürftigkeit“ gefördert, die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert und ausreichend Personal für die Pflege gewonnen werden. Hierbei leistet die Koordinationsstelle „Weiterentwicklung in der Pflege“, die 1997 vom Bayerischen Landtag geschaffen wurde, wertvolle Dienste.

Mein Dank gilt an dieser Stelle allen Beteiligten aus Medizin, Pflege, Wissenschaft und Technik für ihr Engagement auf dem Gebiet der außerklinischen Intensivpflege. Zum Besten unserer Bevölkerung wünsche ich Ihnen bei Ihrer Arbeit auch künftig viel Erfolg und allen Kongressteilnehmern viele neue Erfahrungen und wertvolle Erkenntnisse.

Dr. Marcel Huber MdL
Bayerischer Staatsminister für Umwelt und Gesundheit

www.ihcc-akademie.de

IHCC AKADEMIE

DIE QUALITÄT
EINER DIENSTLEISTUNG
KANN NUR SO GUT SEIN,
WIE ES DIE QUALIFIZIERUNG
DES MANAGEMENTS
UND DER MITARBEITER
EINES UNTERNEHMENS
ZULÄSST.

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH®

26. bis 27. Oktober 2012

Holiday Inn Hotel
Munich City Centre

GRUßWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir laden Sie zum **5. Münchner außerklinischen Intensiv Kongress MAIK 2012** ein, der unter der Schirmherrschaft des Bayerischen Staatsministers für Umwelt und Gesundheit, Dr. Marcel Huber MdL, steht. Mit dem Fachkongress wollen wir in Referaten, Diskussionen, Workshops und im Rahmen der begleitenden Industrieausstellung der außerklinischen Intensivversorgung neue Impulse geben.

Wir feiern das **5jährige Bestehen** des **MAIK** und danken bei dieser Gelegenheit allen bisherigen Unterstützern, Sponsoren und Mitwirkenden. Dass unser Pflegefachkongress zu einer bundesweit festen Größe geworden ist, freut uns und macht uns ein wenig stolz. Denn es ist uns gelungen, dadurch die Kommunikation zwischen Medizin und Pflege, Therapie und Selbsthilfe, den Leistungsträgern und der Politik, der Medizintechnik und den pflegenden Angehörigen zu fördern. Inzwischen ist der **MAIK** ein anerkanntes Netzwerktreffen aller Berufs- und Interessengruppen, die sich mit der außerklinischen Intensivversorgung von Menschen befassen, deren Körperfunktionen einer erheblichen medizintechnischen Unterstützung bedürfen. Zu den Kongressteilnehmern zählen Ärzte, Therapeuten aller Fachrichtungen, Pädagogen, Leistungsträger, Medizintechnik und Industrie, Verbände und Selbsthilfegruppen, Pflegedienste, pflegende Angehörige und Assistenten von Menschen mit Beatmung. Gerade für Pflegende auf Intensivstationen, aus stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten ist der **MAIK** inzwischen ein wichtiger Anlass, einmal im Jahr das Neueste aus diesem Bereich der Pflege zu erfahren.

Herzlich willkommen sind in dem barrierefreien Tagungshotel im Herzen von München Betroffene, ihre Angehörigen und persönlichen Assistenten. Denn wir nehmen den Anspruch **„Nichts über uns – ohne uns"** ernst und freuen uns über jeden Menschen mit Beatmung, der den **über 500 Teilnehmern** zeigt, dass trotz Atemüberwachung und -unterstützung Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich ist. Best Practice, vorgestellt von Einzelnen wie von Vereinen oder Einrichtungen, ist ein Schwerpunkt des **MAIK**. Er soll Mut machen und zeigen, welch großartige Arbeit tagtäglich die Pflegenden leisten.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen am 26. und 27. Oktober 2012!

Jörg Brambring und Christoph Jaschke
Kongresspräsidenten des MAIK 2012

THEMENSCHWERPUNKTE

Selbstbestimmt Leben in alternativen Wohnformen
Vom Entschluss, eine Wohngemeinschaft zu eröffnen, bis zur Realisierung, ist es ein weiter Weg. Praxisnah werden die Herausforderungen (Heimgesetze, bauliche Voraussetzungen, Hygiene sowie die Gestaltung optimaler Selbstbestimmung) dargestellt.

Lebensqualität für Menschen mit Beatmung
Sie ist gekennzeichnet durch gute Pflege, das Wohlfühlen in den eigenen vier Wänden, die Gestaltung von Freizeit und die Möglichkeit, Liebe und Sexualität zu erleben. Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt, um Wohlbefinden herbei zu führen.

Pflege aktuell
Notfall- und Krisenmanagement hilft, Fehler zu vermeiden. Im konstruktiven Umgang mit Fehlern stehen wir hierzulande erst am Anfang. Die Diskussion von Fallbeispielen im Themenbereich "Kasuistik" gemeinsam mit erfahrenen Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten u.ä. eröffnet neue Perspektiven. Themenwünsche bitte schon jetzt an **joerg.brambring@heimbeatmung.com** schicken!

Neues aus dem Sozialrecht
Nachdem der Blick auf die außerklinische Intensivpflege aus sozialrechtlicher Sicht in den vergangenen Jahren einen so großen Anklang gefunden hat, wird dieser Bereich erweitert.

In Planung sind Referate zu IT in der außerklinischen Intensivversorgung, Palliativversorgung, Unterstützung der pflegenden Angehörigen, Querschnittlähmung, Best Practice, Berichte aus den Fachgesellschaften, Persönliches Budget.

Kongresspräsidenten

Jörg Brambring und Christoph Jaschke

Wissenschaftlicher Beirat

Dr. Paul Diesener, Gailingen
Werner Fulle, München
Maria-Cristina Hallwachs, Stuttgart
Dr. Sven Hirschfeld, Hamburg
Anja Hoffmann, Berlin
Dr. Maria Panzer, Unterhaching
Dr. Simone Rosseau, Berlin
Dr. Karsten Siemon, Schmallenberg-Grafschaft

Veranstalter des MAIK 2012
ist die IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

www.maik-online.org

In den weiteren Ausgaben der „Gepflegt durchatmen" kennzeichnen wir mit diesem roten Hinweis **Referentinnen oder Referenten auf dem MAIK 2012.**

Referent auf dem MAIK 2012

Oberbürgermeister Kay Blankenburg: „Im Mittelpunkt steht der Mensch!“

Es war eine ganz besondere Ehre, dass sich der Oberbürgermeister der Stadt Bad Kissingen dazu bereit erklärt hatte, am 30. Januar 2012 persönlich in Bad Kissingen die erste Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung zu eröffnen. Hier sein Grußwort, mit dem er auch, im Namen der Bürgerinnen und Bürger der Stadt, die Menschen mit Beatmung begrüßte, die bald in der Hemmerichstraße 11 wohnen werden.

Kay Blankenburg
Oberbürgermeister der Stadt Bad Kissingen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gesund zu leben und zu altern, davon träumen die meisten Menschen. Dass dieser Traum im Prinzip erfüllbar wäre, legen inzwischen immer mehr Studien nahe. Sportliche Bewegung, möglichst von Kindesbeinen an, ausgewogene Ernährung und Stressbewältigung sind wichtige Säulen einer gesunden Lebensführung.
Aber Studien sind eben manchmal nur Studien. Selbst wenn wir uns nach allen guten Ratschlägen richten, kann keiner versprechen, dass schwere Krankheiten an uns vorbei gehen. Und gerade in solchen schwierigen Lebenslagen ist es außerordentlich wichtig, dass kompetente Partner an unserer Seite sind.
Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH ist seit ihrer Gründung im Jahre 1998 auf die pflegerisch und technisch sehr anspruchsvolle außerklinische Intensivpflege von Kindern und Erwachsenen spezialisiert.
Heute eröffnet die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH eine Wohngemeinschaft für Erwachsene. Sechs Mieter können hier, trotz einschränkender Krankheiten, ein weitgehend selbstbestimmtes und gemeinschaftliches Leben führen. Denn gerade eine intensivmedizinische Pflege zuhause, außerhalb von Klinik und Intensivstation, wünschen sich viele Patienten mit Ihren Angehörigen.
Im Mittelpunkt steht der Mensch – das ist sowohl für den Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke als auch für die Stadt Bad Kissingen außerordentlich wichtig. Jedem Patienten gebührt eine individuelle, auf seine Bedürfnisse abgestimmte Behandlung.
Wobei das Wort „Patienten“ dem hier Gebotenen ja nicht gerecht wird. Nach dem Wortsinne müssen „Patienten“ alles erdulden, was ihnen widerfährt. Hier aber handelt sich um eine Wohngemeinschaft selbstbestimmter Menschen. Und Selbstbestimmung ist ein hohes Gut, das den Menschen so lange wie möglich erhalten bleiben sollte.
Bad Kissingen, seit vielen hundert Jahren bekannt dafür, dass es alle möglichen Wohltaten für den menschlichen Körper bietet, kann damit eine weitere Facette in seinem Gesundheitsangebot zeigen. Das ist wichtig für die Stadt, weil wir auch in Zukunft eine Stadt sein möchten, deren Name automatisch mit dem Thema Gesundheit assoziiert wird.
Die Menschen, die hier in dieser WG leben werden, sind zwar nicht im Wortsinne gesund. Dennoch hat die Gesundheitsstadt Bad Kissingen eine hohe Bedeutung für dieses Projekt, weil es auch hier darum geht, Gesundheit soweit wie möglich wieder herzustellen bzw. die Auswirkungen der Krankheit soweit wie möglich zu mildern. Und was diesen Bereich angeht, hat Bad Kissingen tatsächlich jahrhundertelange Tradition, ein hervorragend abgestimmtes Umfeld und hohe Qualität.
Ich möchte allen Mitarbeitern der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH für ihre wertvolle und wichtige Arbeit rund um die Gesundheit der Bad Kissingerinnen und Bad Kissinger danken und wünsche allen weiterhin viel Kraft und Erfolg.

Kay Blankenburg, Oberbürgermeister der Stadt Bad Kissingen

Die über ein Jahr andauernden Vorbereitungen haben sich gelohnt. Geschäftsführer Jörg Brambring, Niederlassungsleiter Dieter Weber, Niederlassungsleiterin Claudia Müller und das Team der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH begrüßten zur Einweihungsfeier neben Oberbürgermeister Kay Blankenburg, die Landtagsabgeordnete Sabine Dittmar MdL, den Behindertenbeauftragten der Stadt, Bernhard Schlereth, die Stellvertretende Bezirkstagspräsidentin und Behindertenbeauftragte der CSU, Karin Renner, Vertreter der Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern, und viele Partner, Gäste, Interessierte und Nachbarn. Weber berichtete in seiner Einführung, wie schwierig es gewesen sei, eine geeignete Immobilie zu finden. Der Neubau am Berliner Platz habe sich dann, auch dank des Engagements des Ehepaars Leimbeck, als ein wirklicher Glücksfall erwiesen. Weber dankte den örtlichen Dienstleistern, Handwerkern, Architekten und Firmen, die zur Fertigstellung der großzügigen Räume beigetragen hätten, und er lobte den starken Rückhalt in der Kommune. Schon jetzt bestünden hervorragende Nachbarschaftsbeziehungen zu Apotheken, Ärzten, Hilfsmittelprovidern und den Geschäften im Umkreis. Bernhard Schlereth, der Behindertenbeauftragter der Stadt, wies auf die UN-Behindertenrechtskonvention hin, die international, in Europa und hierzulande ein Meilenstein in der Entwicklung eines selbstbestimmten Lebens von Menschen mit Behinderungen sei. Er setze sich als Behindertenbeauftragter mit all seinen Kräften dafür ein, Bad Kissingen möglichst barrierefrei zugestalten.
Mit der Eröffnung der WG gebe es nun „eine Barriere weniger in unserer Stadt“. „Ich wünsche Ihren Klienten einen angenehmen Aufenthalt in unserer Stadt!“, so Schlereth zum Abschluss.

*Die beiden Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, **Jörg Brambring** (links) und **Christoph Jaschke** (rechts), mit einem Geschenk zur Eröffnungsfeier*

„So manche Steine, um nicht zu sagen 'Felsbrocken', müssen noch weggeräumt werden"

Ansprache von Sabine Dittmar, MdL, Mitglied im Ausschuss Umwelt und Gesundheit, Verbraucherpolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion und Mitglied im Landesgesundheitsrat anlässlich der Eröffnung der ersten Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Bad Kissingen am 30. Januar 2012.

Sehr geehrte Frau Müller, Herr Brambring, Herr Weber, Herr Dickas-Henkel, Herr Oberbürgermeister Blankenburg, Herr Schlereth, sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke recht herzlich für die Einladung zur heutigen Feierstunde. Ich freue mich, dass ich dabei sein kann, wenn die erste Wohngemeinschaft für beatmungspflichtige und/ oder intensivpflegerische Patienten/Patientinnen hier in unserer Region eröffnet wird. Ich bin sehr gerne gekommen, solche Termine sind nicht Pflicht, sondern Kür im Politikeralltag, v.a. im Alltag einer Gesundheitspolitikerin.

Wir haben aktuell 2,4 Mio. pflegebedürftige PatientenInnen in Deutschland, davon 6000 Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die eine hochspezialisierte Intensivpflege in ihrer Häuslichkeit benötigen. Und laut WHO werden die Atemwegserkrankungen, die bereits heute den 6. Platz als Ursache einer Behinderung in Deutschland einnehmen, weiter steigen. Ich bin deshalb überzeugt, dass die Rolle der ausserklinischen Intensivbetreuung eine immer wichtigere wird. Sehr häufig sind es noch junge Menschen, die auf eine Intensivpflege angewiesen sind, eine Pflege, die nicht nur ein Höchstmaß von Spezialisierung einfordert, sondern auch die nötige Flexibilität, um auf die ganz individuellen Bedürfnisse des Patienten, der Patientin einzugehen.

Häufig sind die Angehörigen, trotz Unterstützung durch Fachdienste, mit diesen Herausforderungen, vor allem psychisch, überfordert. Als Alternative bleibt dann oft nur das Pflegeheim. Aber auch diese sind oftmals nicht auf intensivpflegebedürftige Patienten eingerichtet, und vor allem auch nicht auf junge intensivpflegebedürftige Patienten. Deshalb ist die ambulante Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung eine hervorragende Alternative zu den bisherigen Betreuungsformen.

Die „WG" eröffnet die Möglichkeit, die benötigte Unterstützung und Hilfe in Anspruch nehmen zu können, und diese gleichzeitig mit dem Bedürfnis nach einem selbstbestimmten Leben im häuslichen Wohnen und dem Bedürfnis nach Gesellschaft zu verbinden. Diese alternative Wohnform, die von der Bayerischen Staatsregierung als „Paradigmenwechsel in der Versorgungslandschaft" bezeichnet wird - und gerade im gesellschaftspolitischen Bereich dauert es in Bayern leider oft eine kleine Ewigkeit, bis ein solcher Paradigmenwechsel erkannt und anerkannt wird - diese Wohnform ist aus der Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken und wird zwischenzeitlich auch entsprechend gefördert.

Allerdings, auch das muss man feststellen, sind es in den meisten Fällen sog. Senioren-WGs oder WGs für demenzkranke Patienten. Die Intensiv-Wohngemeinschaften führen noch ein Nischendasein. Was sicher auch mit der Problematik der Finanzierung der Intensivpflege zusammenhängt. Die Trennung zwischen Behandlungspflege und Grundpflege führt immer wieder zu Diskussionen zwischen den Leistungsträgern Krankenkasse/Pflegekasse. Im GKV-WSG wurde 2007 zwar klar geregelt, dass verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen von der Krankenkasse auch dann zu gewähren sind, wenn dieser Hilfebedarf bereits einstufungsrelevant für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit war. In der Praxis muss meist jede Versorgung einzeln mit der Krankenkasse verhandelt werden. Und diese Verhandlungen sind oftmals zäh, langwierig und manchmal einfach entwürdigend. Hier haben wir eine echte Schnittstellenproblematik zwischen SGB V und SGB XI. Vielleicht wäre eine Möglichkeit, dem zu begegnen, die intensivere Inanspruchnahme des persönlichen Budgets.

Wir – und damit meine ich die Politik - haben im Bereich der Pflege noch einige Baustellen zu bearbeiten. Wir waren sicher 2008 mit dem PfleWoqG auf einem guten Wege – „Ambulant vor stationär, Reha vor Pflege" – sind die richtigen Ansätze. Doch ich muss auch feststellen, dass hier Anspruch und Wirklichkeit oder Gesetz und Realität noch weit auseinanderklaffen. Und ich muss auch feststellen, dass wir für die Pflege, politisch gesehen, zwei verlorene Jahre hinter uns haben. 2011 - zum Jahr der Pflege ernannt - ist für die Pflege ergebnislos zu Ende gegangen. Und wenn ich sage, 2011 war ein verlorenes Jahr nicht nur für die Pflegebedürftigen, sondern auch für die pflegenden Angehörigen und die Pflegefachkräfte, dann sage ich das nicht nur als Oppositionspolitikerin, sondern ich sage das in Übereinstimmung mit der gesamten Fachwelt.

Seit 2009 liegt dem Bundesgesundheitsministerium ein Vorschlag des Fachbeirates zur Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor; allerdings schlagen sich die Erkenntnisse des Fachbeirats in keinster Weise in der sogenannten Pflegereform, deren Eckpunkte kurz vor dem Jahreswechsel verkündet wurden, nieder. Das - erlauben Sie mir diese scharfen Worte - ist ignorant und hilft den Betroffenen nicht weiter.

Lassen Sie mich noch einen letzten Aspekt ansprechen: Fachkräfte und Ausbildung. Derzeit fehlen in Deutschland über 30 000 Pflegekräfte, in der Pflegebranche sprechen wir nicht mehr über drohenden Fachkräftemangel, wir haben ihn, und er wird sich in den nächsten Jahrzehnten dramatisch verstärken, wenn wir nicht endlich drastisch gegensteuern, wenn wir nicht vom Reden zum Handeln kommen, wenn wir nicht bereit sind, die Pflege finanziell so auszustatten, dass die Rahmenbedingungen passen.

Gute Pflege gibt es nicht zum Nulltarif!

Gerade hier in der Intensivpflege kann man erkennen, wie vielschichtig und vielseitig das Berufsbild ist. Sie leisten hier hochqualifizierte und spezialisierte Arbeit. Unter diesem Gesichtspunkt bekommt der Begriff der Akademisierung der Pflege eine ganz andere Bedeutung. Ich denke, wir brauchen einen Ausbau von Pflegestudiengängen zum einen als Alternative zu Fachschulausbildung, aber auch als Möglichkeit zur Weiterqualifizierung nach einer Fachschulausbildung. Wir brauchen in der Pflege eben ein breites Spektrum: von den einfachen Pflegehilfsleistungen über „normale" Pflege bis hin zur hochspezialisierten Pflege. Deshalb sehe ich die generelle Forderung der EU nach einer 12jährigen Schulbildung als Grundvoraussetzung für eine Krankenpflegeausbildung kritisch.

Sie sehen, meine Damen und Herren, wir haben noch einen langen Weg vor uns, so manche Steine, um nicht zu sagen „Felsbrokken" müssen noch weggeräumt werden. Deshalb ist es umso erfreulicher, dass Sie, sehr verehrte Damen und Herren der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH hier in Bad Kissingen, die Initiative ergriffen und den Mut gehabt haben, trotz eines hohen wirtschaftlichen Risikos, die erste Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung oder intensivpflegerischen Bedarfen zu realisieren. Menschen sind bei Ihnen nicht bloße Leistungsempfänger, sondern werden zu Auftraggebern, bleiben „Herr" bzw. „Herrin des Verfahrens", und die Maxime der definierten Selbstbestimmung der Mitglieder einer Wohngemeinschaft steht über allem. Nicht die Erfordernisse und Interessen des Pflege- und Servicepersonals stehen im Mittelpunkt, sondern die Bedürfnisse der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner. Ich wünsche allen künftigen Bewohnerinnen und Bewohnern der Wohngemeinschaft eine schöne, zufriedene Zeit hier in der Hemmerichstraße 11 und ein harmonisches Miteinander. Auch allen Beschäftigten, egal in welcher Form Sie hier tätig sind, wünsche ich alles Gute und viel Freude bei der Arbeit! Glück auf und herzlichen Dank, dass Sie mich zu Ihrer Einweihung eingeladen haben!

Sabine Dittmar, *MdL Mitglied im Ausschuss Umwelt und Gesundheit, Verbraucherpolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, Mitglied im Landesgesundheitsrat*

Willkommen im neuen Zuhause!

Die vielen Gäste, die zur Eröffnungsfeier gekommen waren, und das Team der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH freuen sich auf die ersten Mieterinnen und Mieter, die in die WG einziehen.

„Ich freue mich und danke Ihnen, dass ich bei der Eröffnung der Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung dabei sein konnte. Es ist natürlich auch schön, dass diese Wohngemeinschaft ihren Standort in meiner Heimatstadt Bad Kissingen hat. 'Ambulant vor stationär' - so lautet das Motto für meine Arbeit als Bezirksrätin und Behindertenbeauftragte des Bezirks Unterfranken. Mit der Gründung dieser Wohngemeinschaft haben wir diesen Gedanken wieder ein Stück mehr verwirklicht. Wohngemeinschaften bieten viele Vorteile für die Betroffenen, und man kann individuell auf die Bedürfnisse der Bewohner eingehen.
Der Standort der Wohnschaft für Menschen mit Beatmung im Zentrum von Bad Kissingen ist ideal. Die Kurstadt mit ihren Angeboten im Bereich der Kultur und den gepflegten Anlagen bietet viele Vorteile. Auch die Nähe zum Thoraxzentrum der Michelsbergklinik in Münnerstadt ist von Vorteil. Hier sollte - meiner Meinung nach - auch im medizinischen Bereich ein reger Austausch und eine gute Zusammenarbeit stattfinden.
Herzlichen Glückwunsch!
Karin Renner
stellv. Bezirkstagspräsidentin, Behindertenbeauftragte des Bezirks Unterfranken

*Von links nach rechts: **Kay Blankenburg,** Oberbürgermeister der Stadt Bad Kissingen, **Sabine Dittmar,** MdL dahinter **Dieter Weber,** Niederlassungsleiter, im Vordergrund **Bernhard Schlereth,** Behindertenbeauftragter der Stadt Bad Kissingen, **Claudia Müller,** Niederlassungsleiterin, **Michael Dickas-Henkel,** pflegerischer Leiter der Wohngemeinschaft, und **Karin Renner,** Stellvertretende Bezirkstagspräsidentin, Behindertenbeauftragte des Bezirks Unterfranken*

Weitere Informationen über die Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in
97688 Bad Kissingen, Hemmerichstraße 11
bei Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH,
Niederlassung Nordbayern, Sieboldstraße 7, 97688 Bad Kissingen,
Tel.: 0971/7236500, E-Mail: bkis@heimbeatmung.com

Architekten sind kompetente Partner

Die erste Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Bad Kissingen ist eröffnet. Geplant hat den mehrstöckigen Neubau Thomas Rüth, Dipl.-Ing. Architekt von der WOGEBAU Objektbau GmbH. Während es für einen Experten wie ihn selbstverständlich ist, solche Projekte zu planen, ist das für viele Pflegedienste eine völlig neue Erfahrung.

GD: Hatten Sie sich vor der Planung der Räume für eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung schon mit der Planung von barrierefreien Räumen beschäftigt?
TR: Barrierefreies Bauen ist für mich absolut kein Neuland. Unterscheiden muss man zwischen barrierefreiem und behindertengerechtem Bauen. Letzteres trifft auf die Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in der Hemmerichstr. 11 zu. Die Räume sind sehr groß und die Türöffnungen beispielsweise so breit, dass auch ein Bett mühelos hindurchgeschoben werden kann. Ansonsten lag alles im Bereich dessen, was ich als erfahrener Planer von Wohnungen bis hin zu großen Heimen kenne. In den beiden Normen DIN 18025-1 Wohnungen für Rollstuhlbenutzer und DIN 18025-2 Barrierefreie Wohnungen ist alles eindeutig geregelt.
GD: Wie war die Kooperation mit den Behörden in Bad Kissingen?
TR: In unserem Fall möchte ich besonders die gute Zusammenarbeit mit dem Behindertenbeauftragten der Stadt Bad Kissingen, Herrn Schlereth, hervorheben. Für eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung, die dort selbstbestimmt leben möchten, ist ja nicht die Heimaufsicht zuständig. Trotzdem haben wir natürlich mit allen Behörden, u.a. dem Landratsamt, beraten. Wichtig ist immer auch der Brandschutz und die Einhaltung der entsprechenden Vorgaben. Auch die Feuerwehr ist mit den Räumen nun zufrieden.
GD: Würden Sie wieder so ein Projekt für Menschen mit Behinderungen annehmen?
TR: Selbstverständlich, denn tagtäglich habe ich mit den Vorgaben für barrierefreies und behindertengerechtes Bauen zu tun. Man kann barrierefreie Räume sehr schön gestalten. Diese Ästhetik fehlt behindertengerechten Räumen häufig, denn an den Wänden befinden sich beispielsweise Haltegriffe, die Lichtschalter sind in einer anderen Höhe angebracht, die Türen extrem breit. Aber auch hier hat man gestalterisch viele Möglichkeiten, später auch mit der Farbgebung!
GD: Wie sehen Sie die allgemeinen Trends: Wächst in der Gesellschaft das Bewusstsein für die Notwendigkeit, Häuser und Wohnungen von Anfang an so zu planen, dass sie auch im hohen Alter und/oder im Falle einer Behinderung noch genutzt werden können?
TR: Eindeutig in Richtung barrierefrei.
GD: Sehen Sie auch einen Trend zu mehr Wohngemeinschaften?
TR: Das kann ich so nicht sagen. Ich habe in Bad Kissingen beispielsweise den Burkardus Wohnpark mit 150 Appartements und einer Pflegeabteilung mit 85 Betten geplant. Die Bewohner fühlen sich dort sehr wohl, denn sie können ganz normal dort leben und dann - im Bedarfsfall - die Pflege sozusagen um die Ecke - erhalten. Inzwischen baut man auch immer häufiger in der Nähe von Seniorenparks Kindergärten, damit die Generationen wieder zusammen rücken. Wie man im Alter oder im Falle einer Behinderung leben kann, hängt natürlich auch davon ab, wie viel man investieren kann. Die Nachfrage nach Heimen ist noch immer groß. Nach Angaben der Stadtverwaltung sind in Bad Kissingen jedoch inzwischen genügend Heimplätze vorhanden. Für dieses Quartiersmanagement haben wir in Bad Kissingen eine eigene Ansprechpartnerin.
GD: Die Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung war für uns Neuland...
TR: Unternehmen, die so etwas planen, können von dem Erfahrungsschatz von Architekten nur profitieren.
GD: Herr Rüth, wir danken Ihnen für die gute Zusammenarbeit und für dieses Gespräch.

WOGEBAU Objektbau GmbH
Hartmannstr.20
97688 Bad Kissingen
Tel.:0971-7216-0 Fax:0971-7216-250
www.wogebau-objektbau.de

Farben der Gesundheit

Soeben ist ein Planungshandbuch für Gestalter im Gesundheitsbereich mit dem Titel "Farben der Gesundheit" erschienen. Es erklärt fundiert, wie Farben auf die Psyche und damit auch auf den Genesungsprozess von Kranken und Pflegebedürftigen wirken. Darauf hat bisher kaum jemand geachtet. Weiß ist im Gesundheitsbereich noch immer vorherrschend. Dabei gibt es eine Fülle an Alternativen. Erstmals werden die 120 wichtigsten „Farben der Gesundheit" eindeutig und präzise definiert. Begleitet wird das Werk von einem neuen RAL Farbfächer. Autor des neuen Buches ist Axel Venn, international anerkannter Professor für Farbgestaltung und Trendscouting. Wir hatten Gelegenheit, mit Herrn Prof. Venn über sein bahnbrechendes Buch zu sprechen.

GD: Herr Prof. Venn, soeben ist Ihr Buch „Farben der Gesundheit" erschienen. Wie kamen Sie auf die Idee, Farben unter diesem Aspekt zu betrachten? Sind Sie so etwas wie ein „Dolmetscher", der erstmals auf wissenschaftlicher Basis Emotionen und Gefühle in Farben übersetzt?

Prof. Venn: Ja, ich verstehe mich als Sprachforscher und -former, der Farbe als metasprachliches Instrument versteht. Sprache, Gestik und Mimik sind arrivierte Verständigungsmittel, und ich füge Farbe als weiteres, feindefiniertes, hochemotionales und eindringliches hinzu. Das Großartige der Farbsprache besteht in ihrer Konsens-stimulierenden Fähigkeit, die unbestreitbar intuitiv und deswegen interpretationsoffen ist.
Wenn meine Muttersprache Farbe ist und die Fremdsprache aus Wörtern besteht, so fühle ich mich als Übersetzer – von hie nach da und umgekehrt – in beiden Sätteln wohl.

GD: Wie gingen Sie dabei vor?

Prof. Venn: Im Rahmen einer Studie wurden 70 Probanden gebeten, 120 Adjektive mit Gesundheitsbezug in Farben umzusetzen und die Farbwahl mit selbst gemalten "Stimmungsbildern" zu visualisieren. So wurde zum Beispiel "gesund" vorwiegend mit Grün assoziiert, aber auch Blau- und Gelbtöne spielen eine Rolle. Die Ergebnisse der Studie wurden anschliessend in Farbtöne des RAL DESIGN Systems übersetzt. Zahlreiche Zeichnungen und Fotos veranschaulichen die Farbzuordnungen und machen die "Farben der Gesundheit" in konkreten Anwendungsbeispielen greifbar. Dies alles zeigt das Buch. Und es enthält außerdem einen praxisbezogenen Teil: Mithilfe einer beigelegten Schablone können ausgewählte Farbkombinationen direkt ausprobiert werden.

GD: Welche Anhaltspunkte gibt es, ob Farben „gesund" oder „ungesund" sind?

Prof. Venn: Die richtigen Farben sind hilfreich beim Genesungsprozess. So ist es wenig sinnvoll, einen Bluthochdruckpatienten in einen knallrot gestalteten Raum zu befördern, genausowenig wäre es angebracht, im konträren Falle, eine eisblaue Umgebung vorzuschlagen. Demenzkranken kunterbunte zick-zack oder chaotisch bemusterte Räume anzubieten, ist genauso irrsinnig, wie frisch-operierte Schenkelhalsbruch-Patienten zum Üben auf's Glatteis zu schicken.

GD: Was sagt die medizinische Fachwelt?

Prof. Venn: Bisher erlebe ich zum großen Teil mehr grenzenlose Ignoranz als Verständnis von einer misanthropisch eingestellten Betreiber- und Ärzteschaft. Unsere Reichtumsgesellschaft hält von empathischer Fürsorge wenig, von technoider Zuwendung viel. Dabei kostet ein Topf roter, gelber, grüner Farbe ähnlich viel wie die gleiche Menge Eiskalt-Weiß.

GD: Was haben Sie gegen „Weiß"? Ist das nicht die Farbe die Sauberkeit, die in Krankenhäusern Keimfreiheit und auch Sachlichkeit widerspiegelt?

Prof. Venn: Weiß bedeutet Verzicht zu üben, der 9.999.999 andere Möglichkeiten auslässt. Und das ist nicht einzusehen. Ich habe Verständnis für Weiß als Papier, weil man dann die Schrift besser lesen kann. Das ist also eine Funktion, die Weiß hier erfüllt. Sonst ist Weiß menschenfeindlich. Weiß ist keine Farbe, sondern die Summe aller Farben. (s. unter „Additive Farbmischung"). Übrigens, Weiß bietet keine Sicherheit gegen Krankenhauskeime. Weiß suggeriert trügerisches Vertrauen. Die eigentlichen Hygienefallen sind bekannt: Die händeschüttelnden Chefärzte sind die Bösewichte.
Wenn man es verwendet, muss das Weiß angetönt sein - als sogenannte Offwhites, also gedeckte, nicht-reine Weißtöne, oder man kann es auch mit Sorbettönen versuchen. Das sind Nuancen, die eine Charakteristik haben: woll- oder leinenhaft, wolken- oder nebelähnlich. Ich weiß: In der Musik sind auch die Pausen wichtig. Wenn ich Weiß also als Akzent benutze, geht das auch. Weiß bedeutet für mich Pause machen von allem – von Stimmung, von Gefühlen, von Empfindungen.

GD: Kann Farbe die Lebensqualität von Menschen mit schwersten Behinderungen, ja sogar im Wachkoma, steigern? Worauf sollten die Angehörigen und Pflegenden achten, wenn Sie den Räumen, in denen sich womöglich ein Betroffener sehr lange Zeit aufhält, neue Farben geben möchten?

Prof. Venn: Ein Rezept kann ich verraten, wie es den Patienten, Pflegern und Ärzten besser geht: Jeder Raum benötigt zwei Charaktere, um sich wohlzufühlen: Der eine Teil fördert Beruhigung: helle neutrale Töne, z.B.: Crème bis Beige und auch leichte Sorbet-Farben. Das ist die eine Sehachse, der andere Teil, die weitere Sehachse, braucht Anregung, also narrative Inhalte: Pastell- bis Mitteltöne, florale Farben, sanfte Frucht-Töne. Für Liegepatienten, ob in Intensivstation oder Pflegestation, sollten auch die Deckenflächen in die Gestaltung einbezogen werden.

GD: Sie sind auch Trendforscher. Wie entstehen Farbtrends?

Prof. Venn: Neue Trends entstehen aus Überdrusshaltungen zu Bestehendem. Der Farbgeschmack ist in notorischer Bewegung – eine stets wankelmütige und innige „Beziehung auf Zeit". Spätestens nach einer Saison ist das Verliebtsein in das kühle Blau, tumbe Weiß oder vereinsamende Grau vorüber. Zu einer alten, hölzernen Kommode jedoch oder einem silbernen Erbleuchter kann sich so etwas wie eine generationen-übergreifende, von Zuwendung getragene Komplizenschaft entwickeln. Übrigens besteht eine stabile assoziative, farbliche Grundbeziehung zu „kalt", „warm", „lieblich", „gesund" und „pflegeleicht" etc. unabhängig von Alter, Kultur und Wissens-Vorprägungen.

GD: Welche Zukunft geben Sie Ihren Gestaltungsvorschlägen im Gesundheitsbereich?
Prof. Venn: Die Faszination des Themenfeldes von Gesundheit und Farbe beruht auf den noch immer ungehobenen Pflege-, Strategie- und kommerziellen Potenzialen.

GD: Sie haben in einem Interview der Ärzte-Zeitung gesagt: "Die Krankenkassen haben noch nicht erkannt, dass professionelles Farbmanagement Kosten senken und Liegezeiten verkürzen kann. Zudem ist eine schlechte Farbe genauso teuer wie eine gute. Banken oder Hotels sind oft wesentlich angenehmer ausgestattet als Krankenhäuser, obwohl doch gerade diese eine philanthropische Aufgabe zu erfüllen haben." Sie werden zum Münchner außerklinischen Intensiv Kongress kommen, an dem übrigens auch immer viele sehr aufgeschlossene Vertreter der Krankenkassen teilnehmen. Deshalb wollen wir hier nicht mehr über die „Farben der Gesundheit" verraten und freuen uns auf Ihren Vortrag. Vielen Dank für dieses Gespräch.

Referent auf dem MAIK 2012

Das Planungshandbuch
"Farben der Gesundheit" kann über
www.ral-farben.de bestellt werden.

Prof. Axel Venn
Farb-, Trend- und Ästhetikberater

Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) – Auswirkungen für die Praxis

Der ambulante Bereich wird rechtlich nach wie vor aus hygienischer Sicht vernachlässigt, dennoch ergibt sich auch für den Bereich der Heimbeatmung einiges Neues aus der Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Diese werden im Folgenden kurz referiert.

Neue Kommission ART
Neben der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), die die bekannten Hygieneempfehlungen herausgibt, wird nach § 23 in einem neuen Absatz 2 eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) eingerichtet mit einer Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Wie bei der KRINKO gibt es Beisitzer aus Ministerien, Landesgesundheitsbehörden, Robert-Koch-Institut (RKI) und in diesem Falle auch vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die Aufgabe dieser neuen Kommission ist es, Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie vor allem multiresistenter Erreger zu erarbeiten, das Robert-Koch-Institut veröffentlicht diese als Herausgeber.

Widerlegliche Vermutung für KRINKO-Empfehlungen
§ 23 Abs. 3 wird neu gefasst und fasst in Zukunft die medizinischen Einrichtungen mit Ausnahme von Pflegeheimen (§ 36) zusammen. Die Heimbeatmung wird nicht explizit genannt. Jedoch fällt der Begriff „Tagesklinik“ und es wird von „Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen (also Krankenhäusern, Dialysezentren z.B.) vergleichbar sind“ gesprochen. Da das Risiko der Betreuten vergleichsweise hoch ist, wäre dieser Paragraph durchaus anzuwenden.

Neu ist die Einführung einer Widerleglichen Vermutung wie in der Medizinproduktebetreiberverordnung: „Die [durch die Leitung der Einrichtung obligat zu erbringende] Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind“.
Damit erfahren die KRINKO-Empfehlungen eine rechtliche Aufwertung. Für die Heimbeatmung sind die folgenden Empfehlungen interessant:
- Empfehlungen zur Händehygiene (2000)
- Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (2001)
- Prävention gefäßkatheterassoziierter Infektionen (2002)
- Anforderungen der Hygiene an die Reinigung und Desinfektion von Flächen (2004)
- Infektionsprävention in Heimen (2005)
- Anforderungen an die Hygiene bei der medizinischen Versorgung immunsupprimierter Patienten (2010)
- Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen (2011)

Pflicht zum Hygieneplan
§ 23 Abs. 5 und 6 IfSG verpflichten Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen und vergleichbare Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen zur Erstellung von Hygieneplänen nach dem Stand der Technik. Behörde der infektionshygienischen Überwachung ist das Gesundheitsamt.

Festlegungen durch die Landesregierungen
Die Bundesländer sollen, sofern noch nicht geschehen, eigene Hygieneverordnungen erlassen. Dabei müssen die folgenden Punkte geklärt werden:

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,

2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission,

3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und Bestellung von Hygienebeauftragten,

4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienebeauftragten, Hygienefachkräfte und Krankenhaushygieniker,

5. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,

6. die Erfüllung der Pflichten nach Absatz 4 (Infektionsstatistik für verpflichtete Einrichtungen, gilt nicht für Heimbeatmung)

7. die Einsichtnahme in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten durch die in Nummer 4 genannten Personen,

8. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,

9. die Mitteilung von infektionsschutzrelevanten Daten an das Personal,

10. die mikrobiologisch-pharmakologische Beratung des ärztlichen Personals,

11. die Weitergabe von infektionsschutzrelevanten Informationen an die aufnehmende Einrichtung, den niedergelassenen Arzt bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten.

Interessant ist auch die Änderung des § 87 SGB V. Damit wird die Diagnostik und Eradikation von MRSA für Hausärzte und andere niedergelassenen Ärzte mit einer geeigneten Schulung zunächst von 1.4.12 für zunächst zwei Jahre abrechenbar (Neue Ziffern 86770 – 86781).

Fazit: Die Verantwortung der Leitung eines Dienstes wird noch einmal betont, ein Hygienekonzept auf dem Stand der Technik, definiert durch die Berücksichtigung der Empfehlungen von KRINKO und ART vorzuhalten.

HWX- und ICW e.V. - Süd-Kongress erstmalig in Würzburg
Ein ursprünglich in Bad Kissingen entwickeltes Kongresskonzept – bisher so einmalig in Deutschland – wurde in diesem Jahr zum ersten Mal am 6. März 2012 auf der Festung Marienberg in der schönen Hauptstadt Unterfrankens, in Würzburg, umgesetzt. Organisiert wurde der Kongress vom Institut Schwarzkopf. Die Buchstaben HWX stehen für Hygiene, Wunde und das X für einen jährlich wechselnden Themenblock, 2012 Demenz und Altersmedizin. Gleichzeitig war dieser Kongress der 3. ICW e.V.-Süd-Kongress. Die Initiative Chronische Wunden (ICW e.V.) ist mit über 2000 Mitgliedern eine große Fachgesellschaft, die sich die Prävention und Behandlung chronischer Wunden auf die Fahne geschrieben hat. Chronische Wunden sind auf Grund der demographischen Entwicklung ein zunehmendes Problem in der älter werdenden Bevölkerung. In der nächsten „Gepflegt durchatmen“ werden wir ausführlicher darüber berichten.

Das Institut Schwarzkopf selbst ist ein moderner Dienstleister im Gesundheitswesen. Mit seinen verschiedenen Departments (Hygieneschulungen, Wundkurs, Kongress, Laborleistungen, Sachverständigenbüro, Support-Verlag) möchte es allen Praktikern beiseite stehen. Fachlicher Leiter ist PD Dr. med. A. Schwarzkopf, der bereits auf dem MAIK 2011 referierte und auch 2012 wieder dabei sein wird. Im März 2013 findet der 4. ICW-Süd | HWX-Kongress statt.

Referent auf dem MAIK 2012

Weitere Informationen auf
www.institutschwarzkopf.de
und bei **Peggy Hauck,**
Institut Schwarzkopf,
Tel.: 09708-705 96-731 oder
p.hauck@institutschwarzkopf.de

PD Dr. med. A. Schwarzkopf
Institut Schwarzkopf Aura a.d.Saale

Das neue Nachschlagewerk im Internet: www.beatmungspflegeportal.de

Das Internet spielt auch in der Pflege eine immer größere Rolle und es gibt zahlreiche Informations- und Stellenportale für Pflegekräfte. Nachdem sich im vorigen Heft das Internetportal pflegeleidenschaft.de vorgestellt hat, präsentiert sich in unserer aktuellen Ausgabe beatmungspflegeportal.de, das von Bochum aus geführt wird.

Die Internetseite: www.beatmungspflege.de ist das neue Nachschlagewerk für Themen rund um Beatmungs- und Intensivpflege im Internet. Hier findet man aus unterschiedlichen Fachbereichen aktuelle Artikel und Meldungen. Man liest Expertenmeinungen in Interviews oder erfährt in einem Erfahrungsbericht eines Betroffenen von seiner Krankheit und wie er damit umgeht. Selbsthilfegruppen stellen sich und ihre Arbeit vor und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Branche bieten einen Einblick in ihren täglichen Arbeitsalltag. „Wir wollen mit dem beatmungspflegeportal das Angebot an Nachschlagewerken für Beatmungs- und Intensivpflege im Internet bereichern und möglichst viele Fachinformationen über das Thema zusammen tragen“, sagt Gregor H. Lang, einer der Initiatoren der Internetplattform.

Wichtige Kontakte aus der Branche knüpfen
Auf dem beatmungspflegeportal findet man die Möglichkeit, Kontakte untereinander zu knüpfen und zu Experten aus der Branche Verbindungen herzustellen. Kliniken und Pflegedienste stellen sich und ihre Häuser auf Profilseiten vor. Man erhält einen Überblick über die Arbeitsweise der Häuser und erfährt, welche Institutionen in der eigenen häuslichen Umgebung liegen. „Durch unsere bundesweiten Kontakte zu Einrichtungen aus der Beatmungs- und Intensivpflege ist es uns möglich, ein großes Angebot zu präsentieren und viele unterschiedliche Häuser, von Heimen über Wohngruppen bis hin zu Übergangsgruppen aus allen Regionen Deutschlands vorzustellen“, beschreibt der gelernte Diplom-Psychologe.

Eigene Profilseiten als Visitenkarte nutzen
Medzinproduktfirmen, Krankenhäuser oder Pflegedienste nutzen die Chance, sich auf eigenen Profilseiten vorzustellen: Hier werden Adressdaten plus Foto oder Logo veröffentlicht und es gibt eine direkte Verbindung zur Homepage der einzelnen Firmen. Außerdem kann man als User direkt eine Mail an die hinterlegte Adresse schreiben. In einem extra Textfeld können die Unternehmen sich vorstellen und individuelle Texte über ihre Arbeit oder Produkte einfügen. „Die einzelnen Profilseiten lassen sich auch gut als Internetseite nutzen, wenn man keine eigene Homepage hat. Hier kann jeder seine Seite inhaltlich individuell gestalten“, erklärt Lang.

Tagesaktuelle Informationen liefern
Das Beatmungspflegeportal www.beatmungspflegeportal.de liefert tagesaktuelle Informationen zu Themen aus der außerklinischen Beatmungs- und Intensivpflege. Die einzelnen Redakteure der Onlineplattform tragen täglich neue Meldungen zusammen und informieren über aktuelle Errungenschaften aus dem medizinischen Bereich und neue Entdeckungen aus der Forschung. Die neuesten Medizinprodukte werden vorgestellt oder Problemstellungen aus der Pflege dargestellt und erörtert. Es gibt Veranstaltungs- und Literaturtipps, eine Videothek und ein Glossar, bestehend aus Fachbegriffen der Beatmungs- und Intensivpflege. „Unsere Rubrik Recht ist gerade im Aufbau“, so Lang, „hier arbeiten wir mit Experten zusammen, die uns aktuelle Urteile und Informationen zum Thema häuslicher 24h-Pflege liefern.“

Bundesweite Stellenbörse gut besucht
Die bundesweite Stellenbörse des beatmungspflegeportals bietet Firmen die Möglichkeit, tagesaktuelle Stellenangebote zu schalten, sowie Fachpflegekräften, ihre Stellengesuche aufzugeben.

Die neuesten statistischen Auswertungen der Internetseite www.beatmungspflegeportal.de haben ergeben, dass täglich mehr als 250 Besucher die Stellenbörse nutzen. „ Wir sind erfreut über die guten Zahlen, da unsere Seite ja überwiegend von Fachpublikum besucht wird,“ betont der stellvertretende Geschäftsführer Gregor H. Lang.

Kontakt:
Redaktion beatmungspflegeportal
Bürkle-de-la-Camp-Platz 2
44789 Bochum
Tel: (0234) 932 56 56 0
Fax: (0234) 932 56 56 5
redaktion@beatmungspflegeportal.de
www.beatmungspflegeportal.de

Das erste Pflegedokumentations-System für die häusliche Kinderkrankenpflege

Wurden Kinder, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, zuvor von einem ambulanten Pflegedienst in ihrem Zuhause versorgt, stießen die Pflegefachkräfte auf ein Problem: Es gab kein Pflegedokumentations-System, welches den besonderen Anforderungen in der häuslichen Kinderkrankenpflege gerecht wird. Die handelsüblichen Systeme sind ausschließlich auf die Pflege von Senioren ausgelegt. Doch Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie befinden sich je nach Alter in sehr verschieden körperlichen und geistigen Entwicklungsstadien. Inkontinenz zum Beispiel ist bei Säuglingen und jungen Kleinkindern ganz normal, und auch, dass sie bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen sind. Die Eltern sind sehr stark in die Pflege einbezogen. Sie werden von den Pflegefachkräften intensiv angeleitet und geschult, denn sie sollen möglichst dazu befähigt werden, ihr pflegebedürftiges Kind ohne professionelle Hilfe versorgen zu können.

Gerade zu Beginn einer häuslichen Versorgung oder bei schwer wiegenden Erkrankungen ist der zeitliche Umfang der professionellen Versorgung eines Kindes zuhause hoch, nicht selten mehr als acht bis zu 24 Stunden täglich. Außerdem handelt es sich oft um intensiv-medizinische Pflege, zum Beispiel bei Beatmung. Und natürlich werden in der pädiatrischen Pflege eigene Fachausdrücke verwendet; das verdeutlicht einmal mehr die notwendige Unterscheidung der häuslichen Pflege von Kindern zu der von Erwachsenen. Ein Pflegedienst musste sich also bisher für die ambulante Kinderkrankenpflege ein eigenes Dokumentations-System oder zusätzliche Formulare „basteln.

Auch für Erwachsenen-Intensivpflege geeignet

Auch für die häusliche Erwachsenen-Intensivpflege gibt es bisher kein spezielles Dokumentationssystem zu kaufen. In den von Firmen angebotenen Formularen wird der hohe zeitliche Versorgungsumfang in der Intensivpflege nicht berücksichtigt und die Formulare ermöglichen nicht die Dokumentation der engmaschigen Krankenbeobachtung und der aufwändigen Pflege. Intensiv-Pflegedienste für Erwachsene müssen sich also auch selbst Dokumente erstellen. Der BHK wird daher das Pflegedokumentations-System für Kinder in Kürze an die Belange der Erwachsenen-Intensivpflege anpassen. Der Weg dazu ist nicht weit: So eignet sich z.B. das Formular „Beobachtung und Durchführung“ (siehe unten) gleichermaßen für die häusliche Intensivpflege von Kindern und Erwachsenen.

Aus der Praxis für die Praxis

Der Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V. (BHK) hat Mitte 2009 eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die ein Pflegedokumentations-System speziell für die häusliche Kinderkrankenpflege entwickelt hat. Das Team bestand aus 8 Kinderkrankenschwestern von BHK-Mitgliedsdiensten. Sie verfügen über langjährige Erfahrung in der häuslichen Kinderkrankenpflege und sind in leitenden Positionen tätig; die meisten von ihnen studierten Pflegemanagement. Die Expertinnen trafen sich im Abstand von 4 bis 6 Wochen, stellten Formulare aus ihren Diensten vor, verglichen Vor- und Nachteile und diskutierten Anforderungen und Probleme.
Daraufhin erstellten sie neue Dokumentations-Formulare und überprüften die Anwendbarkeit in der Praxis.

*Von links nach rechts: **Maria-Theresia Gräfin von Spee:** Die Kängurus, Essen, **Stefanie Zang:** Mobile Ambulante Pflegepartner GmbH & Co.KG, München **Petra Opitz:** Häusliche Kinderkrankenpflege e.V. Marburg-Biedenkopf, **Petra Nasemann:** Diakonisches Werk Bethanien e.V. (bis 2010 NAK Kiddy Care Dortmund), **Helga Gessenich:** Kinderhospiz Regenbogenland gGmbH, Düsseldorf (bis 2010 KidCARE, Eschweiler), **Elisabeth Baum-Wetzel:** BHK e.V. , Köln, **Hildegard Dunker:** wir für pänz e.V., Köln, **Nancy Geist:** BHK e.V. (bis Feb 2011 Pflege Notfallteam, Bad Oldesloe), **Monika Hoolmann:** Abrahams Schoß, Lebenshilfe Gelderland gemeinnützige GmbH, Geldern*

Schlank und schlau

"Schlank und Schlau" ist das Motto der BHK-Pflegedokumentation für die häusliche Kinderkrankenpflege.
Schlank, weil 27 Formulare das gesamte Spektrum der häuslichen Kinderkrankenpflege abdecken. Das BHK-Pflegedokumentations-System eignet sich für Kinder aller Altersstufen, Pflegebedarfe und Versorgungsumfänge. Außerdem werden alle Formulare effektiv genutzt, weil nur die relevanten Informationen in den Formularen aufgeführt werden.
Schlau, denn das BHK-System bietet einen besonderen Lerneffekt: Die Pflegefachkräfte werden geschult während sie die Pflege dokumentieren. Sie erfahren, welchen Zweck die einzelnen Formulare haben, wie sie korrekt ausgefüllt werden und wie die Inhalte der einzelnen Formulare zusammenhängen. Außerdem werden sie dabei unterstützt, die relevanten Expertenstandards umzusetzen.
Besondere Trennregister zu jedem Formular machen es möglich: Sie enthalten Hinweise zum Ausfüllen, Formulierungshilfen und Gedankenstützen.
Durch Arbeiten mit Verweisen wird zudem Doppeldokumentation vermieden.
Eine weitere Besonderheit im BHK-Pflegedokumentations-System ist das Formular „Beobachtung und Durchführung“. Es besteht aus 11 Modulen, die je nach Diagnose und zeitlichem Umfang der Pflege individuell für die Krankenbeobachtung jedes einzelnen Kindes zusammengestellt werden können. Das Formular „Beobachtung und Durchführung“ erfüllt außerdem die Funktion des Durchführungsnachweises, der in handelsüblichen Dokumentations-Systemen meist zusätzlich auszufüllen ist. Für das Schmerzmanagement in der häuslichen Kinderkrankenpflege stehen drei verschiedene Schmerz-Mess-Skalen zur Verfügung, von denen je nach Alter und Entwicklung des Kindes eine ausgewählt wird.

Schnelle Orientierung im Ordner durch Trennregister und Farben

Für eine gute Orientierung ist das BHK-Pflegedokumentations-System in vier farblich unterschiedliche Bereiche eingeteilt:
Informationssammlung, Planung und Evaluierung, Krankenbeobachtung und Kommunikation mit Ärzten und Eltern. Jedes der 27 Formulare ist einem dieser Bereiche zugeordnet. Zusätzlich haben die Anwender die Möglichkeit, eigene Formulare, z.B. Dienstpläne oder Mitarbeiter-Telefonlisten unter dem Trennregister „Weiteres“ am Ende der Dokumentationsmappe einzuheften.
Die Trennregister sorgen auch für Ordnung und Übersicht. Jedes besteht aus strapazierfähigem Karton und ist mit einer sogenannten Tabe versehen, so kann man jedes Formular sehr schnell finden.
Für alle, die noch mehr über die Formulare, die Trennblätter und den Ordner wissen möchten, gibt es einen Musterordner. Er kann gegen eine Gebühr beim BHK bestellt werden.
Weitere Informationen, Preise und die Möglichkeiten zur Nutzung des ersten Pflegedokumentations-Systems für die häusliche Kinderkrankenpflege können auf der Internet-Seite des BHK www.bhkev.de unter „Leistungen“ eingesehen werden. Telefonisch ist der BHK unter **0221/ 2829218** erreichbar. *ng*

Wer bezahlt Leistungen der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe?

Diese Frage beschäftigt Versicherte und Einrichtungen gleichermassen und führt in der Praxis regelmäßig zu Problemen. In dem Verfahren vor dem BSG (B 8 SO 16/09 R), das am 10.11.2011 durch Anerkenntnis bzw. Vergleich endete, musste sich das Gericht mit dieser Grundsatzfragestellung auseinandersetzen und stellte dabei einige grundsätzliche Thesen zur Abgrenzung der Zuständigkeiten bzw. Herleitung der Leistungs- und Zahlungsverpflichtung auf (im Detail sogleich).

Der Entscheidung lag folgender Fall zu Grunde: Die Klägerin, körperlich und geistig behindert, lebt in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe. Sie muss mehrmals täglich zur Restharnableitung katheterisiert werden. Die Leistung wurde von einem ambulanten Pflegedienst erbracht. Die stationäre Einrichtung vertrat die Ansicht, dass sie aufgrund der mit dem Sozialhilfeträger geschlossenen Leistungsvereinbarung zur Erbringung dieser behandlungspflegerischen Leistung nicht verpflichtet sei. Die Klägerin beantragte beim Sozialhilfeträger die Kostenübernahme. Der beklagte Sozialhilfeträger lehnte dies mit der Begründung ab, die Blasenkatheterisierung falle unter die in der Leistungsvereinbarung aufgeführten “speziellen pflegerischen Erfordernisse“ und sei daher mit der von ihm an die stationäre Einrichtung gezahlten Vergütung abgegolten. Das LSG Niedersachsen-Bremen bestätigte diese Ansicht und stellte außerdem fest, dass auch ein vorrangiger Anspruch gegen die Krankenkasse nach § 37 Abs. 2 SGB V nicht bestehe, da die Einrichtung, in der die Klägerin lebt, als Heim im Sinne des Heimgesetzes kein „sonst geeigneter Ort“ im Sinne dieser Vorschrift sei.

Der Sozialhilfeträger erkannte vor dem BSG seine Zahlungszuständigkeit im Sinne einer „Ausfallbürgschaft“ an, nachdem der Bedarf der Klägerin tatsächlich weder durch die Einrichtung noch durch die Krankenkasse gedeckt war. Zugleich wurde zwischen ihm und der Krankenkasse bzw. der Einrichtung vereinbart, dass die von ihm für die häusliche Krankenpflege gezahlte Vergütung von der Krankenkasse bzw. der Einrichtung an ihn intern erstattet wird.

Das BSG stellte daneben zu der o.g. Frage folgende Thesen auf:
In derartigen Fällen werde zunächst eine „äußere Zuständigkeit“ gegenüber dem zuerst angegangenen Rehabilitationsträger begründet (vgl. § 14 SGB IX), wenn dieser den Antrag nicht binnen zwei Wochen an den nach seiner Ansicht nach zuständigen Kostenträger weiterleitet.

Dem Sozialhilfeträger komme, wenn tatsächlich ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht, in jedem Fall die Funktion eines „Ausfallbürgen“ zu. Selbst wenn die Leistungsvereinbarung eine Leistungsverpflichtung der Einrichtung begründe, müsse der Sozialhilfeträger im Fall fehlender Bedarfsdekkung die Leistungen „vorstrecken“ und im Anschluss im Wege der Überleitung die Kosten gegenüber der Einrichtung geltend machen.
Die stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe sei in diesem Fall als „betreutes Wohnen in stationärer Form“ ein „sonst geeigneter Ort“ im Sinne von § 37 Abs. 2 SGB V. Zu beachten sei in solchen Fällen aber § 37 Abs. 3 SGB V, wonach ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht besteht, soweit eine im Haushalt lebende Person den Versicherten im erforderlichen Umfang versorgen kann. Der Rechtsgedanke dieser Regelung sei auch auf Fälle der Versorgung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe anzuwenden. Ganz entscheidend komme es daher darauf an, ob die Einrichtung nach dem Heimvertrag zur Leistung verpflichtet ist; bestehe hiernach eine Leistungsverpflichtung der Einrichtung, sei, wie im Falle der Versorgung durch Familienangehörige nach § 37 Abs. 3 SGB V kein Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse gegeben.

Im diesem Verfahren enthielt der Heimvertrag die „Hilfe zur Gesundheitsförderung und -erhaltung“ als Leistung der Einrichtung, woraus das BSG die Verpflichtung der Einrichtung zur Katheterisierung ableitete. Er wies außerdem darauf hin, dass nach dem WBVG die Leistungsvereinbarung unmittelbar auf den Heimvertrag durchschlage und die Änderung des Heimvertrages unmittelbar durch Änderung der Leistungsvereinbarung erfolge.

Auch und trotz dieser Grundsatzentscheidung des BSG zur Abgrenzung der Leistungs- bzw. Zahlungsverpflichtung von Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, bleibt diese immer eine Frage des Einzelfalls, die einer genauen Prüfung insbesondere der vertraglichen Vereinbarungen bedarf.

Anja Hoffmann
Rechtsanwältin
bpa Landesbeauftragte Berlin

Referentin auf dem MAIK 2012

Sozialgesetzbücher – alles aus einem Guss? Der Ruf nach mutigen Politikern

Gisela Bahr-Gäbel, Vizepräsidentin des Deutschen Pflegerates DPR e.V. nahm beim MAIK 2011 an der Podiumsdiskussion über die „Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivversorgung“ teil. Darin sprach sie sich dafür aus, dass das Sozialrecht völlig umgeschrieben werden müsse. Gemeinsam mit Franziska Rahmel zeigt Bahr-Gäbel die Aktualität dieser Forderung.

Die gesellschaftlichen Probleme der Industrialisierung veranlassten Bismarck 1881, eine reichseinheitliche Sozialversicherung zu schaffen, die durch weitere Versicherungen wie die Unfall- oder Krankenversicherung in den darauf folgenden Jahren ergänzt wurde. Schließlich wurde 1911 die Reichsversicherungsordnung (RVO) ins Leben gerufen, die bis heute die Grundlage der Sozialgesetzbücher bildet. Es gibt 12 davon.
Die Ziele der Sozialgesetzbücher sind nach Professor Dr. Bertram Schulin wie folgt definiert: „Danach ist Sozialrecht das der sozialen Gerechtigkeit und der sozialen Sicherheit dienende Recht, das diese Ziele durch die Gewährung von Sozialleistungen zu verwirklichen versucht.“
Im Artikel I Sozialgesetzbuch; Erstes Buch; Allgemeiner Teil sind die Aufgaben im § 1 wie folgt beschrieben:

Die Sozialgesetzbücher sollen dazu beitragen:

- ein menschenwürdiges Dasein zu sichern
- gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen zu schaffen,
- die Familie zu schützen und zu fördern,
- den Erwerb des Lebensunterhaltes durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und
- besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen

Diese Aufgaben sind nach wie vor hoch aktuell.
Es folgt dann ab § 18 die Definition der Sozialleistungen und der zuständigen Leistungsträger. Auf den ersten Blick erscheint die Festlegung klar strukturiert, nachvollziehbar und durchdacht. Diese Zuordnung ist aber nicht mehr aktuell! Die Leistungsempfänger, die Leistungserbringer und die Leistungsträger sind nicht mehr in der Lage, im Sinne von Qualität und Effizienz zu arbeiten, denn ein abgestimmtes Miteinander lassen die unterschiedlichen Gesetzbücher nicht zu. Keiner kann zurzeit klar definieren, wo es Unter- bzw. Überversorgungen gibt. Klar aber ist, dass eine solche Struktur viel Geld und Energie kostet und für die betroffenen Personen oft schwerwiegende Folgen haben. Hinzu kommen Gesetzeslücken, wie z.B. die Finanzierung der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen und Überschneidungen
Wer mischt alles mit bei der Kontrolle? Es sind die Aufsichtsbehörde der Landesverwaltungen, ehemals Heimaufsicht, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, der Zoll, das Lebensmittel- und Veterinäramt, die Gesundheitsämter. Sie alle prüfen gemäß weiterer Verordnungen mit unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Ländern.

Gisela Bahr-Gäbel
Vizepräsidentin des Deutschen Pflegerates DPR e.V., Altenhilfe-Referentin des Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk gAG EJF, Registrierung beruflich Pflegender GmbH RbP, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V. BALK (jetzt: Bundesverband Pflegemanagement)

Franziska Rahmel
Direktorin der Tertianum Residenz, Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen e. V. DVLAB, Deutscher Pflegerat DPR

Die Väter des Grundgesetzes haben zu Recht den Föderalismus festgelegt, der aber offensichtlich ein einheitliches Vorgehen und gleiche Richtlinien, und das nicht nur in der Gesundheitswirtschaft, behindert. Der bürokratische Aufwand ist auch an dieser Stelle zu erwähnen. Hier geht es nicht um die notwendige Dokumentation!
An den folgenden konkreten Beispielen ist zu erkennen, welche, zum Teil groteske, nein, besser eigenwillige, Wege gegangen werden müssen.

Beispiel 1:
Eine Patientin Frau M. wird am Freitagnachmittag - vormittags war der Arztbrief noch nicht fertig - im Hochsommer, mit einer Magensonde zur Regulation des Flüssigkeitshaushaltes (!) aus der Klinik A in die bereits kurzfristig ausgewählte Pflegeeinrichtung mit angeschlossener geriatrischen Klinik verlegt.
Frau M. ist durch diese belastende Situation sehr unruhig und entfernt während des Einzuges in ihr neues Zuhause die Magensonde. Um eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu garantieren, wird der Hausarzt um einen Hausbesuch zwecks Anordnung und Legung einer neuen Magensonde gebeten. Dieser verweigert den Besuch, da er bereits die Praxis geschlossen hat und er auch künftig die Weiterversorgung wegen der nun zu großen Entfernung ablehnt.

Es wird daraufhin der ärztliche Notfalldienst gerufen. Dieser verweist auf eine mehrstündige Wartezeit, da bereits bei ihm sehr viele Hausbesuche auf der Liste stehen und bittet, die Patientin mit einem Krankenwagen in die nächste Klinik zur weiteren Versorgung bringen zu lassen.
Um Frau M., jetzt Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung, diesen Aufwand zu ersparen, wird der diensthabende Arzt der Klinik – 5 Meter entfernt und sowieso in Bereitschaft (!) – gebeten, die Bewohnerin zu versorgen. Dieser würde es gerne übernehmen, muss aber aus juristischen Gründen ablehnen. Er ist nicht befugt, in diesem Teil der Gesamteinrichtung tätig zu werden, da er als Krankenhausmediziner keine Zulassung der KV besitzt. Sollte es einen Zwischenfall geben, wäre er nicht versichert. Außerdem würden die Kosten nicht erstattet.

Letztlich wird Frau M. am Abend mit dem Krankenwagen in der Ersten Hilfe der Klinik vorgestellt. Wegen des hohen Arbeitsaufkommens und der niedrigen Notfallsituation wird sie gegen Mitternacht nach eingehender Diagnostik mit einer Magensonde versorgt und zurück verlegt. Das Legen einer PEG-Sonde wurde abgelehnt.

Fazit:
Das Entlassungsmanagement der Klinik war nicht ausreichend. Der Bewohnerin wurde am Tage ihres Einzuges eine vermeidbare physische und psychische Belastungssituation zugemutet. Die Kosten des Transportes sowie die bis zur endgültigen Versorgung erforderlichen Personalkosten, waren unnötig. Alle reden von einer abgestuften, wohnortnahen Versorgungsstruktur! Der Klinikmediziner war vor Ort und war bereits im Bereitschaftsdienst. Hier wäre die Lösung so einfach gewesen: Eine Vernetzung zwischen SGB V und SGB XI ist notwendig.

Beispiel 2
Ein junger Motorradfahrer erleidet nach einem Unfall schwerste Verletzungen und bedarf nach dem Krankenhausaufenthalt einer Rehabilitation und der stationären Langzeitpflege. Er hat eine erworbene Behinderung mit pflegerischem Unterstützungsbedarf bzw. er ist pflegebedürftig geworden - mit Behinderung.

Fazit:
Je nach Ermessen der Kostenträger, der Einstellung in der letzten Einrichtung (Klinik / Reha), der Angehörigen oder letztlich nach seinem eigenen Ermessen, entscheidet sich, ob er über die Eingliederungshilfe versorgt (SGBXII) oder über die Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert und untergebracht wird. Auch der Ort in Deutschland, Süden oder Norden bzw. städtische oder ländliche Region, entscheiden über diese Zuweisung. In den seltensten Fällen gibt es fachliche Gründe. Zugegeben, eine Zuordnung ist schwierig, da beide Gesetzbücher diese Auslegung zulassen.
Entscheidend für den Patienten und die Angehörigen ist aber hierbei die Finanzierung. Verbleibt er im SGB XII, übernimmt der Sozialhilfeträger alle Leistungen. Wird er über die Pflegeversicherung im SGB XI finanziert, so ist die Form der Finanzierung eine Teilkaskoversicherung mit Zuzahlung des Patienten, der Angehörigen oder letztlich anteilig des Sozialhilfeträgers.

Eine Verschmelzung der Sozialgesetzbücher XI und XII ist notwendig.

Beispiele ließen sich beliebig fortsetzen. Dabei ausgenommen sind schon die problematischen Schnittstellen zu den übrigen Sozialgesetzbüchern wie Rentenversicherung, Unfallversicherung u.v.m...

Zusammenfassung
Die professionelle Entwicklung der ambulanten Pflege sowie SGB XI, § 3 haben verstärkt dazu geführt, dass immer mehr hochbetagte und dementiell Erkrankte, aber auch schwerkranke multimorbide Bewohner mit einer entsprechend verringerten Verweildauer in den stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommen werden. Damit steigt neben den notwendigen Fachkräften zur Versorgung der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, der Anteil an Behandlungspflege sowohl qualitativ als auch mit unterschiedlichsten Tätigkeiten quantitativ. Die in den Rahmenverträgen vereinbarte Übertragung dieser Tätigkeiten beinhaltet keine Ausgleichsfinanzierung zwischen den Bereichen SGB XI und SGB V. Hier ist eine gesetzliche Regelung gefordert, um den Mehraufwand in den Pflegeeinrichtungen an Personal und Qualifikation zu finanzieren.

Die altbewährte Aussage „ambulant vor stationär“ erfährt vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine neue Dimension. Ist durch die technischen Möglichkeiten und den vorhandenen qualifizierten Pflegefachkräften eine Versorgung von Menschen mit einem hohen medizinisch/pflegerischen Bedarf in der häuslichen Umgebung heute fast zur Selbstverständlichkeit geworden, so wird diese Aufgabe durch fehlende Mitarbeiter und Mittel ad absurdum geführt.

Auch mit der Einführung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffes bleibt weiterhin völlig unklar, an welchen Stellen nun die Eingliederungshilfe endet und die Pflegeversicherung beginnt. Das Kernelement dieser Neukonzeption bezieht sich im Wesentlichen nur auf den Aspekt der fehlenden Alltagskompetenz, ungeachtet der Ursache. Da verschiebt der Sozialhilfeträger gerne die Finanzierung dieser Fälle in die Pflegeversicherung, ist ja auch nachvollziehbar und würde zusätzlich die Länderhaushalte nicht unerheblich entlasten. Umgekehrt stellt sich die Frage, wie unter dieser Veränderung die Finanzierung der Pflegeversicherung garantiert werden kann?

Es gibt Verschiebungen, Unklarheiten bei Zuständigkeiten, Gerangel darum, wer nun zahlen muss. Wir reden hier nicht von der Bundesbahn. Nein, sondern von Menschen und Schicksalen.

Es gab zu allen Zeiten ernsthafte Überlegungen und Bemühungen, die Sozialgesetzbücher zu reformieren.

**Wenn nicht jetzt, wann dann?
Es bedarf kluger und mutiger Politiker in unserem Land! Wo sind sie?**

Effiziente Prozesse mit der xDesk®-Cloud – Mehr Zeit zum Durchatmen

Kaum eine Branche kann heutzutage ohne die Unterstützung leistungsfähiger Computersysteme konkurrenzfähig und effektiv arbeiten. Dabei können insbesondere die Möglichkeiten des organisationsübergreifenden Wissensaustauschs und des gemeinsamen Zugriffs auf Geschäftsdokumente Unternehmen und Einrichtungen dabei unterstützen, kosteneffizient und kontinuierlich die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen zu verbessern.

Vielfach sind Infrastrukturen jedoch historisch gewachsen mit verschiedenen Betriebssystemen, unterschiedlichen Orten zur Datenspeicherung und teilweise zueinander inkompatiblen und veralteten Systemen mit verschiedenen Berechtigungen und dadurch signifikantem Supportaufwand. So kann aus einem vermeintlichen Wettbewerbsvorteil schnell eine teure, heterogene Struktur entstehen, die einem nicht Arbeit abnimmt, sondern eine mentale wie auch operative Belastung für die Anwender und die Organisationsverantwortlichen darstellt. In besonderem Maße trifft es dabei Unternehmen, die in ihrer originären Tätigkeit sehr erfolgreich und gut positioniert sind, und durch die stetige Ausweitung ihrer Tätigkeit in die Wachstumsfalle IT-Infrastruktur geraten.

In besonderem Maße sind davon auch Unternehmen und Dienstleister in der Healthcare-Branche betroffen, deren Tätigkeit direkt am Menschen ansetzt und dadurch ein maximal denkbarer Qualitätsstandard gerade als gut genug angesehen werden kann. Auch in diesen Bereichen konnte in den letzten Jahren durch die Unterstützung optimal abgestimmter IT-Lösungen ein beachtlicher Zuwachs an Dienstleistungsqualität erreicht werden. Sei es durch optimierte Dienstplansoftware, Schnittstellen zu Zulieferern und Partnern, mobile Kommunikation und elektronische Dokumentation. Oft waren aber die meisten der Funktionalitäten nicht in einer Lösung integriert und haben dadurch wiederum zu Medienbrüchen, an unterschiedlichen Orten gespeicherten Dokumenten und Mehrarbeiten geführt.

In einem innovativen Projekt wurde von einem großen deutschen Pflegedienstleister zusammen mit seinem langjährigen IT-Dienstleister, der be-solutions GmbH München, im Jahr 2010 ein Projekt gestartet, um genau diesen Herausforderungen im Bereich des Gesundheitswesens gerecht zu werden. Ziel war es dabei insbesondere, den Mitarbeitern über alle Tätigkeitsgruppen hinweg (von Geschäftsleitung über Adminkräfte, Teamleiter und den Pflegekräften) eine standardisierte, einfach handhabbare IT-gestützte Plattform zur Verfügung zu stellen, die sich optimal in den Tätigkeitsprozess eingliedert und das tägliche Arbeiten unterstützt, ohne sich selber in den Vordergrund zu stellen. Jeder, der in dem Berufsfeld tätig ist weiß, dass ein Großteil der Qualität der Arbeit am und mit dem Klienten von den Informationen abhängt, die einem im Vorfeld zur Verfügung gestellt werden, und die dann bei Beendigung des Einsatzes an den Kollegen übergeben werden. Ebenso ist es essentiell, auf organisatorischer Ebene einen schnellen Überblick über Einsatzpläne, Klientendaten, Bestellungen und Dokumentationen zu erhalten – und dies ohne eine mehrwöchige Ausbildung auf komplexen Computersystemen zu durchlaufen und ohne den Fokus auf den Klienten zu verlieren.

So könnte schon bald das X-DESK-Tablet aussehen, mit dem Pflegekräfte arbeiten!

Das im Frühsommer 2011 aus der mehrmonatigen Testphase in den Produktivbetrieb übergebene System xDesk® bietet genau diese Flexibilität. In einer für sämtliche Anwender virtuellen Infrastruktur sind alle, früher als Insellösungen agierenden Filialen gebündelt worden und greifen auf eine gemeinsame Daten- und Kommunikationsinfrastruktur zu. Die Besonderheit besteht dabei in den virtuellen Desktops (be-solutions xDesk® in der Cloud), auf welche die Mitarbeiter von nahezu jedem Ort der Welt zugreifen können. Egal ob aus dem Home-Office zur Vor- oder Nachbereitung, aus dem Büro der Niederlassung, beim Klienten oder unterwegs. Sowohl von Desktop-Computern, Laptops, Netbooks, Tablet-PCs oder Smartphones. Wenn Informationen benötigt werden, dann können sie eingesehen werden - jederzeit. Und wenn erforderlich, natürlich auch bearbeitet werden.

Nicht nur die Möglichkeit, jederzeit auf Firmen- und wichtige Klientendaten zugreifen zu können war ein Ansporn für die Entwicklung dieser Lösung. In besonderem Maße wurde auf die hohen Anforderungen an Vertraulichkeit und Datenschutz hinsichtlich von Patientendaten geachtet. Entsprechend können Berechtigungsgruppen variabel definiert werden, die beschränken, dass Patientendaten außerhalb des geschlossenen Systems abgelegt und bearbeitet werden können. Natürlich ohne gleichzeitig die Möglichkeit eines effektiven Arbeitens zu nehmen. Durch die zentrale Datenhaltung hat jeder Mitarbeiter auch stets Zugriff auf die aktuellsten Dokumentationen, sodass die Erbringung der Dienstleistung stets auf dem aktuellen Wissens- und Informationsstand erfolgen kann – zum Wohl des Klienten und für ein sicheres Gefühl bei der Arbeit. Und durch eine mögliche Dokumentation direkt beim Klienten gehören Mehrarbeiten und Verzögerungen durch Medienbrüche (Erstdokumentation auf Papier, im Anschluss Übertrag durch anderen Mitarbeiter in elektronische Form) der Vergangenheit an. Auch der Speicherort der Daten ist spezifisch definiert. Durch den ausschließlichen Server- und Datenstandort innerhalb von Deutschland unterliegen die Daten den im internationalen Vergleich strengen deutschen Vorschriften. Zudem liegen die Daten nur auf der eigenen Infrastruktur des IT-Dienstleisters und stellen diese in geschützter Umgebung in Form einer Private-Cloud zur Verfügung.

Ein entscheidender Punkt bei dem Projekt war, neben dem Effekt auf die Qualität der Leistungserbringung und der Frage der Wirtschaftlichkeit, insbesondere die einfache Anwendbarkeit auf Seiten der Anwender, die teilweise der heutigen Technik mit Internet und Computern noch ein wenig skeptisch oder auch wenig erfahren gegenüber stehen. Auch in diese, für den Erfolg des Projekts ganz wesentlichen Aspekte, wurde viel Entwicklungszeit investiert.

Das Ergebnis ist das be-solutions xDesk®-System im Baukastenprinzip. Ohne den Druck für den Kunden, permanent neue Hard- und Software anschaffen zu müssen, flexibel und betriebssystemunabhängig, wird eine virtuelle Infrastruktur zur Verfügung gestellt, die sämtlichen Anforderungen gerecht wird:

- Universelle Verfügbarkeit - egal ob von DSL-Anschlüssen zugegriffen wird, über UMTS oder via Smartphone
- Datensicherheit und Vertraulichkeit durch definierten Datenstandort in Deutschland
- Gekapseltes System (Private Cloud): "Ihre Daten bleiben auch bei Ihnen"
- Pay-as-you-use: Es wird nur die Leistung berechnet, die vom Kunden auch genutzt wird – fair und monatlich ab- oder zubuchbar
- Stets die neueste Software: Die virtuellen Desktops sind stets mit dem neuesten Betriebssystem ausgerüstet (derzeit: z.B. Microsoft Windows 7), mit Aktualitätsgarantie bei neuen Versionen (keine Zusatzkosten)
- Der Kunde definiert, welche Anwendungssoftware von welchen Mitarbeitern verwendet wird. Und ändert sich in der Zuordnung etwas, kann per Mausklick einem Mitarbeiter eine Applikation bereitgestellt oder der Zugriff entfernt werden.
- Auch bei Software: Pay-as-you-use: Es werden nur die Software(-lizenzen) berechnet, die tatsächlich benötigt werden.
- Keine Sorgen mehr zum Thema Softwarelizenzierung
- Kein Investitionsdruck: Die Rechenleistung für die Applikationen kommt von den leistungsfähigen Server-Clustern des xDesk®-Systems – damit ist ein Zugriff auch von älterer Hardware problemlos möglich, Investitionsmittel werden dank des flexiblen Mietmodells frei für andere Themen.
- Bereit für Wachstum! Damit auch neue Mitarbeiter sofort starten können, ist es möglich, vorkonfigurierte Client-Lösungen in verschiedenen Ausführungen zum Zugriff auf die xDesk®-Infrastruktur zu mieten. Per Express innerhalb von 1 Werktag verfügbar, egal wo die Geräte benötigt werden.
- Auch flexible Kommunikationslösungen wie Email-Server und Messaging-Infrastrukturen sowie iPhone-Anbindung und Blackberry sind problemlos integrierbar (auch hier: pay-as-you-use)
- Kompetente Ansprechpartner im Falle, dass einmal etwas nicht funktioniert oder der Anwender eine Frage zur Bedienung hat.

Lassen Sie sich bei Interesse unverbindlich beraten zum Thema xDesk® und profitieren Sie von den langjährigen Erfahrungen der be-solutions GmbH als IT-Dienstleister für Unternehmen im Gesundheitsbereich. xDesk® unterstützt Sie im Wettbewerb von morgen und hilft Ihnen langfristig, kosteneffizient eine optimierte Dienstleistungsqualität zu erzielen. *fz*

***Felix Zöbisch** (links) und **Simon Berger** (rechts), die beiden Geschäftsführer der be-solutions GmbH*

Referenten auf dem MAIK 2012

Weitere Informationen unter
www.be-solutions.de/xdesk
Informieren Sie sich auch auf dem MAIK 2012 und lassen Sie sich dort xDesk®live vorführen!

Phonation unter Beatmung

Sprechen ist eines der Grundbedürfnisse des Menschen, das von Gesunden mehr oder weniger als Selbstverständlichkeit empfunden wird. Medizinische Interventionen wie z.B. eine Dauerbeatmung geben dieser Thematik oft eine neue Bedeutung. Ist es möglich, die lebensnotwendige Beatmung über eine Trachealkanüle sicherzustellen, und gleichzeitig die Stimmoption für den Patienten zu realisieren?

Unterschiedliche Versorgungsmodelle und Hilfsmittelkombinationen stehen heute bereits zur Verfügung, um die Phonation unter Beatmung zu ermöglichen, und somit ein hohes Maß an Lebensqualität zu gewährleisten. Probates Mittel kann evtl. schon eine digitale Sprechhilfe sein, authentischer ist aber sicher die Nutzung der körpereigenen Stimme. So kann durch die Zuführung von Luft über eine subglottische Absaugung, oder die Umstellung auf eine Leckagebeatmung, die Umleitung der Atemluft in den Kehlkopf zur Stimmbildung mittels Sprechkanüle und -ventil erreicht werden. Leider profitieren dennoch nicht alle Patienten von diesen Möglichkeiten, da z.B. die medizinische Grundsituation oder bestimmte fehlende Voraussetzungen des Patienten (z.B. Lungenfunktion) der Sprechoption im Wege stehen.

Genau an diesem Punkt kann die neue und sehr innovative Blom® Trachealkanüle eine Alternative bilden. Hergestellt und entwickelt in den USA, richtet sie sich genau an ein Patientenklientel, bei dem das Entblocken des Cuffs aufgrund der Beatmungssituation nicht möglich ist, ohne den Patienten dadurch massiv zu gefährden (Luftnot, Abfall der Sauerstoffsättigung etc.). Aufgebaut wie eine normale Trachealkanüle mit Cuff und Phonationsfenster, liegt ihr Geheimnis in einer Innenkanüle, die zum Sprechen eingesetzt wird. Durch einen speziellen Ventilmechanismus ist es dem Patienten unter gewissen Voraussetzungen möglich, während der Exspirationsphase zu sprechen. Ein Entblocken des Cuffs ist hierbei nicht nötig!

In der Inspirationsphase findet keinerlei Druck- oder Volumenverlust statt. Der Patient kann nun mit den am Respirator voreingestellten Beatmungsparametern effektiv und vollständig beatmet werden. Diese neue Trachealkanüle wurde in der jüngeren Vergangenheit bereits mehrfach in verschiedenen deutschen Kliniken mit beeindruckendem Erfolg eingesetzt. Einige Patienten hatten schon seit mehreren Monaten nicht sprechen können und hörten nach Einsatz der Blom® Trachealkanüle zum ersten Mal wieder ihre Stimme. Ein Erlebnis mit Gänsehautcharakter, nicht nur für den Patienten, sondern für alle Beteiligten in diesem Moment. Sicherlich muss nach dem Einsetzen der Kanüle eine Gewöhnungsphase Berücksichtigung finden. Unter aktiver therapeutischer Begleitung sollte die zeitliche Nutzung der Sprechinnenkanüle langsam gesteigert werden. Dieses innovative Trachealkanülensystem gibt der Versorgung von beatmeten Patienten eine neue Dimension. Phonation unter Beatmung – zukünftig nicht nur Option, sondern Standard einer modernen Patientenversorgung.

Andreas Fahl
Medizintechnik-Vertrieb GmbH
August-Horch-Str. 4A
D-51149 Köln (Porz-Gremberghoven)
Tel.: +49/2203/2980-572
Fax: +49/2203/2980-250
www.fahl.de

Wegen Aspiration niemals mehr sprechen und essen dürfen?

Am Samstag, dem 5. Mai 2012, wird unter dem Titel „Teilhabe orientierter Umgang mit Trachealkanülen. Sprechen und Essen trotz schwerster Aspiration?“ ein erster Workshop für Angehörige aus Pflegeberufen, Ärzte und Therapeuten stattfinden. Referent ist Dr. med. Paul Diesener, der auch seit Jahren den Münchner außerklinischen Intensiv Kongress MAIK im Rahmen des Wissenschaftlichen Beirats mitgestaltet. Interessenten, die am 5. Mai nicht nach Reichenau/ Bodensee kommen können, haben beim MAIK 2012 Gelegenheit, den Referenten persönlich kennen zu lernen und an einem Workshop mit ihm teilzunehmen.

Rachen und Halsregion sind Schauplatz zweier wichtiger kultureller Fähigkeiten: Sprechen und Nahrungsaufnahme. Beide verankern den Menschen in seine Familie und das weitere soziale Umfeld. Die Entstehungsgeschichte des Luftröhrenschnitts hingegen ist eine Geschichte von Not und Verzweiflung. Entweder, um vor dem unmittelbaren Erstickungstod zu bewahren (Beispiel Diphtherie, Tetanus, Polio) oder um die Atemwege frei zu halten, wenn Husten und Schlucken ihren Dienst versagen (Beispiel Bewusstlosigkeit, Narkose, diverse neurologische Erkrankungen). Der Umgang mit Trachealkanülen ist mittlerweile in der Rehabilitation wie auch in vielen Pflegeeinrichtungen so selbstverständlich geworden wie eine Gehhilfe. Die herkömmlichen Behandlungs-Standards sind in erster Linie dem Schutz der Atemwege verpflichtet – mit Verzicht auf Sprache sowie auf Essen und Trinken.

Die Trachealkanüle als Hilfsmittel, um sicher sprechen und essen zu können.
So lassen sich die langjährigen Erfahrungen und Innovationen zusammenfassen, die der Referent des Workshops bei der Behandlung von Trachealkanülenträgern aller Altersgruppen gewinnen konnte. Die Ergebnisse sind so viel versprechend, dass durch die Weitervermittlung der Erfahrungen dazu ermutigt werden soll, insbesondere die Versorgung mit geblockten Kanülen bei vermeintlich „austherapierten“ Patienten ernsthaft in Frage zu stellen.

Anmeldung für den Workshop
am Samstag, 5. Mai 2012 9:00 – 17:00 Uhr
iB-Medizinische Akademie
Schloßstraße 1
78478 Reichenau/Bodensee
bis 30. April 2012 erbeten, auch per Mail möglich an: b.kattge@gesundheitsgmbh.de

Dr. med. Paul Diesener, *Arzt für Anästhesiologie Ltd. Arzt - Intensivmedizin – Hegau-Jugendwerk Gailingen, Frührehabilitation*

Referent auf dem MAIK 2012

www.hegau-jugendwerk.de
www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de

Hätten Sie es gewusst?

Die Fragen beim Quiz auf dem Münchner außerklinischen Intensiv Kongress MAIK bringen die Teilnehmer regelmäßig ins Schwitzen. Ausgearbeitet werden sie von den beiden Experten Dr. med. Paul Diesener und Dr. med. Matthias Wiebel. Wie bei Günter Jauchs „Wer wird Millionär?“ gibt es jeweils vier Antwortmöglichkeiten. Ein Millionengewinn winkt hier zwar nicht, aber wer die Fragen richtig beantwortet, darf stolz auf sich sein!

Eines der beiden Rateteams beim MAIK-Quiz 2011, flankiert von Moderator und Kongresspräsident ***Christoph Jaschke*** *(links) und* ***Dr. med. Paul Diesener*** *(rechts)*

Die Auflösung der Fragen folgt in Heft 17!

1. Eine PEG mit innen liegender Dünndarmsonde fixiere ich …

A … wann es mir am Besten passt.
B … um die 5 Uhr herum
C … bei reizlosem Eintritt gar nicht
D … mit hautfreundlichem Pflaster ohne Knickbildung zur Pumpe

2. Was begünstigt die Gesichtsschwellung mancher beatmeter Kinder?

A … Fett in der Nahrung
B … Öl in der Gesichtscreme
C … Wasser im Beatmungsschlauch
D … Druck in der Atemluft

3. 1 Amp. Adrenalin pur inhalieren

A … Die Ampulle enthält eine 1%ige Lösung Adrenalin (1mg in 1ml)
B … Die Ampulle enthält reines Adrenalin (1mg in 1ml)
C … Die tausendfache Verdünnung bewahrt vor Tachycardie
D … Die Injektion von Adrenalin 1:10.000 ist wirkungslos.

„BeatmungsMobil“ Wuppertal

Auch in Kassel wird es wieder eine Ideenwerkstatt geben. Spannend ist jedoch auch, was der Vision „BeatmungsMobil“ Wuppertal geworden ist, die Meike Grimm, Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin, Management für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Börgel GmbH, Sprockhövel und Yvonne Meyer, Oberärztin Pneumologie, Beatmungsmedizin, Helios Klinikum Wuppertal ausgearbeitet hatten.

Hier der damalige Beitrag zur Ideenwerkstatt „Außerklinische Beatmung“, der bei der 19. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. zusammen mit dem 6. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. vom 26. bis 28. Mai 2011 in Berlin den 1. Preis gewonnen hatte.

Situation

Menschen mit Erkrankungen, die zur invasiven und nichtinvasiven Beatmungspflicht geführt haben, sind häufig nach der Entlassung und im weiteren Verlauf unzureichend versorgt. Durch eine bessere ambulante Versorgung und Betreuung könnte die persönliche Beatmungscompliance und Effektivität der Beatmung erhöht werden und erneute Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Kontrollen in der Klinik erfassen und lösen individuelle Probleme vor Ort nicht immer.

Eine ausreichende beatmungskompetente ärztliche Versorgung als auch die Hilfen durch den Geräteprovider sind nicht immer gegeben und möglich. Auch können Probleme mit den Kostenträgern entstehen. Hier sind viele Patienten ratlos und wissen sich nicht wirklich zu helfen. Durch die oft eingeschränkte Mobilität sind die Betroffenen häufig auf Hilfen von außen angewiesen.

Idee

Wir wollen diese Menschen zu Hause und in ihrem sozialen Umfeld mit interdisziplinären Hilfeleistungen erreichen, um so die Durchführung der Beatmung zu optimieren, Lebensqualität zu steigern, Unsicherheiten zu nehmen und medizinische Notfälle zu vermeiden.

Hierdurch wird aus unserer Sicht der Kostenträger entlastet. Es werden weniger (Wieder)-aufnahmen in den Krankenhäusern notwendig, niedergelassene Mediziner können fachlich unterstützt und entlastet werden. Schnittstellen werden reduziert und Informationen optimiert an die notwendigen Stellen weitergeleitet.

Umsetzung und Vision

Um dieses Ziel zu erreichen, möchten wir ein BeatmungsMobil ins Leben rufen. Ein Mobil, welches zu festen Zeiten die aus einer Klinik entlassenen Patienten mit Beatmungspflicht anfährt. In unserem Fall, ausgehend von mindestens 6 Entlassungen im Monat, kommen wir nach drei Jahren auf gut 200 Patienten in der Umgebung. Auch die ortsnahen Pflegeeinrichtungen möchten wir so unterstützen. Die Betroffenen und ihre Pflegenden haben immer wieder Fragen und Hilfebedarf zur medizinischen Versorgung, zur Durchführung und Handhabung der Beatmung, zum Maskensitz, Materialgebrauch, Sauerstoffgabe, Lungenpflege, Parameteranpassung, Kostenübernahmen, Beantragungen ….

Das BeatmungsMobil sollte zu Geschäftszeiten telefonische Beratung anbieten und bei Nichtlösung einen Hausbesuch vereinbaren. Zu einer festen Zeit fährt das Mobil z.B. einmal wöchentlich zu den Menschen mit Beratungsbedarf und zu Betroffenen, die im Rahmen einer Regelkontrolle besucht werden. Besetzen möchten wir das BeatmungsMobil mit einem Mediziner und einer weiteren Fachkraft, gerne mit verschiedenen Professionalitäten, interdisziplinär: wie Kliniker, niedergelassener Arzt, Pflegekraft, Atmungstherapeut, Provider, ….

***Meike Grimm,** in Berlin 2011 bei der Vorstellung der prämierten Idee eines „BeatmungsMobils“*

Leistungsspektrum

Ärztliche Tätigkeiten wie medizinische Untersuchungen und Beratung, Parameteroptimierung, Materialanpassung, Krankenkassenkontakte, Pflegeberatung, Durchführungskontrollen

Finanzierung

Auf Grund der Kosteneinsparung für die Krankenkassen sehen wir diese auch als Kostenträger. Die Abrechnung sollte, ähnlich einer Klinikambulanz, erfolgen – eben nur für das BeatmungsMobil.

Bei der 20. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. 7. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. vom **26. bis 28. April 2012** in Kassel wird Frau Grimm darüber berichten, wie diese Idee weiter entwickelt wurde.

Besichtigung des Deutschen Bundestages

Auf den nächsten Seiten wird eine Gruppe der „Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Beatmung“ über eine Reise nach Berlin und einen Besuch im Reichstagsgebäude in Berlin berichten. Hier die wichtigsten offiziellen Informationen für die Planung einer Besichtigung. Wie es um die Barrierefreiheit im Deutschen Bundestags bestellt ist, zeigen die nächsten Seiten.

Wer das Reichstagsgebäude besichtigen oder sogar auf der Besuchertribüne einer Plenardebatte beiwohnen möchte, sollte sich frühzeitig anmelden. Er kann dies entweder selbst übernehmen oder er wendet sich an seinen Wahlkreisabgeordneten.

Wenn man auf www.bundestag.de/bundestag/abgeordnete17/index.jsp die Postleitzahl seines Wohnorts eingibt, ist dieser rasch gefunden. Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass man auf diese Weise vielleicht zum ersten Mal auch seinen Wahlkreisabgeordneten kennen lernt. Wer seinen Besuch selbst organisieren möchte, kann Informationen über die Telefonnummern (030) 227-32152 oder (030) 227-35908 erfragen. Die Teilnahme an den Angeboten des Besucherdienstes des Deutschen Bundestages ist kostenlos. Wichtig: Für sämtliche Angebote des Besucherdienstes ist eine Anmeldung notwendig, dies gilt auch für den Besuch der Dachterrasse mit der Kuppel.

Dem Besucherdienst zufolge ist der Deutsche Bundestag grundsätzlich barrierefrei. Das Reichstagsgebäude ist für Rollstuhlfahrer über Rampen und zusätzlich über den "Behindertenteingang" West C zugänglich. Auch die parlamentshistorische Ausstellung im Deutschen Dom (am Gendarmenmarkt) ist barrierefrei.

Bei Bedarf werden leihweise Rollstühle zur Verfügung gestellt. Auch für Hörgeschädigte und blinde Besucher gibt es spezielle Angebote.

Anmeldungen sind online, per Post oder per Fax möglich.

Deutscher Bundestag
- Besucherdienst -
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Tel: (030) 227-32152
Fax: (030) 227-30027
E-Mail: besucherdienst@bundestag.de
www.bundestag.de/besuche/index.jsp

Frische Luft nach Berlin getragen

Auf Einladung der bundesweiten „Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Beatmung“ trafen sich Ende Mai 2011, während der 19. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. und dem 6. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., rund 20 Mitglieder und beatmete junge Menschen, um die Bundeshauptstadt kennenzulernen.

Bis zu 10 beatmete junge Menschen hatte die Arbeitsgemeinschaft mitsamt ihren Pflegepersonen eingeladen, ein wenig Sightseeing in Berlin zu betreiben, sich gegenseitig kennenzulernen und Freizeit miteinander zu geniessen. Zu guter Letzt fanden sich insgesamt 6 Teilnehmer an dem Wochenende zusammen. Kurzfristige Erkrankungen und instabile Situationen verhinderten, dass das Reisekontingent voll ausgeschöpft wurde. Dennoch wurde das Wochenende für alle Beteiligten zu einem schönen Highlight im Jahr 2011. Für manch jungen Menschen war dies die erste große Reise in eine große Stadt. Bereits am Freitag fand ein erster politischer Austausch im Rahmen der DIGAB Tagung im Osten Berlins statt. Auf Bitte der Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten stellte sich der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Herr Wolfgang Zöller, MdB, den kritischen Fragen einiger Mitglieder der „Lebenswelten“. Herr Zöller zeigte viel Verständnis für die schwierige Situation der Menschen mit Beatmung und versprach, sich diesem Personenkreis sehr intensiv zu widmen. Unter anderem sei das von ihm initiierte Patientenrechtegesetz ein Baustein, die oftmals strittigen gesetzlichen Ansprüche zu vereinen und zu bündeln und die Rechte der Patienten zu stärken. In dem halbstündigen Gespräch konnte von Seiten der Arbeitsgemeinschaft viel zu den einzelnen Problemstellungen in der Versorgung von Menschen mit Beatmung an ihn herangetragen werden. Mit dem Versprechen von Herrn Zöller, sich um einzelne, klar umrissene Fälle zu kümmern, endete das Fachgespräch.

Die Anreise der Gäste der Arbeitsgemeinschaft war für den Nachmittag vorgesehen. Mit Kleinbussen und der DB reisten die Teilnehmer gegen Abend an. Die Zimmerbelegung gestaltete sich beinahe problemlos. Hier sei angemerkt, dass es durchaus schwierig ist, passende Unterbringungsmöglichkeiten für Menschen mit Beatmung zu finden, auch in Berlin. Wer das gesamte Equipment kennt, das zur Versorgung von beatmungspflichtigen Menschen benötigt wird, der kann sich durchaus vorstellen, dass Zimmergrößen und Bettgestelle wenig Eignung für Aufenthalte von beatmungspflichtigen Menschen in Hotels bieten. Dank einer recht ausufernden Vorarbeit mit dem Hotel, das sich im Vorfeld aber überaus zuvorkommend und geduldig gezeigt hat, wurden die beiden Übernachtungen trotz beengter Verhältnisse für alle erholsam. Für all diejenigen, die in Berlin nächtigen wollen und bereit sind, Kompromisse einzugehen, sei das Hotel Ibis am Potsdamer Platz empfohlen. Für Übernachtungsgäste, die eine Wechseldruckmatratze benötigen und mitbringen wollen, ist aber auch dieses Hotel nicht geeignet. Eine Kennlernrunde im Hotelrestaurant am Abend

*Die „Lebenswelten“-Besuchergruppe mit ihren Assistenten und Begleitern am Reichstagsgebäude in Berlin. Der Siegener Bundestagsabgeordnete, **Volkmar Klein, MdB,** hatte den Termin mit dem Besucherdienst des Deutschen Bundestages vereinbart.*

und erste kleine Touren über den Potsdamer Platz reichten aus, um schon früher am Abend zu Bett zu gehen. Die teilweise mehrstündige Anreise hatte doch mehr „geschlaucht“ als zunächst angenommen.

Der Samstag war dann gefüllt mit vielen Programmpunkten, die wohldosiert über den Tag verstreut angeboten wurden. Trotz der geringen Entfernung zum Deutschen Bundestag sollten wir manche Überraschung erleben. Um als Gruppe die S-Bahn zu nutzen, mussten erhebliche Wartezeiten vor den Aufzügen (zu klein) eingeplant, und teils abenteuerliche unterirdische Baustellen überwunden werden. Als wir aus den Tiefen des U-Bahnhofs entstiegen waren, war unser Zeitpuffer aufgebraucht und die Einlasszeit in den Bundestag bereits verstrichen. Dennoch wurden wir problemlos in die Kontrollzone vorgelassen. Diese befand sich, aufgrund der ausgerufenen Terrorgefahr, außerhalb des Reichstagsgeländes und war recht provisorisch eingerichtet. Umso erstaunter waren wir, dass es komplikationslos weiterging. Mit einigen Kilogramm reinem Sauerstoff unter den E-Rollis, verschiedensten Fläschchen mit unbekannten Tinkturen und vielen undurchsichtigen Schläuchen waren wir mit in der Gruppe, die auf mittlerweile über 20 Personen angewachsen war, kurz vor dem Betreten des Reichstagsgebäudes. Dank an dieser Stelle an das Mitglied des Deutschen Bundestages, Volkmar Klein, MdB, aus Siegen, der uns den Termin im Deutschen Bundestag besorgte. Über einen wahrhaft großzügig bemessenen Aufzug erreichten wir die Besuchertribünen des Deutschen Bundestages. Während die Behindertentoiletten recht großzügig bemessen waren, begannen die Probleme an der Besuchertribüne. Mehr als Randplätze, ganz hinten, waren nicht möglich. Die für Rollis vorgesehenen Plätze unbrauchbar, da viel zu klein bemessen. Eine wahre schauspielerische Glanzleistung konnten wir dann von unserem Bundestagsguide erleben, der es schaffte, in 45 Minuten die deutsche Politikgeschichte auf- und wieder zuzurollen. Genug Zeit blieb anschließend noch für den Rundgang durch die Kuppel. Die Sonne zeigte erste deutliche Absichten, den Tag zu erhellen, und der Weitblick über Berlin war grenzenlos. Da schwammen wir nun mit im Meer der Touristen, die Zufriedenheit in den Gesichtern unserer Gruppe wuchs. Das Erlebnis Berlin hatte spätestens jetzt für alle grandios begonnen. Während Zehntausende von Demonstranten am Reichstag der Bundesregierung den Anti-Atom-Protest deutlich machten, begannen die Vorbereitungen für die Stadtrundfahrt im „Oben Ohne Bus“. Letztmalig wurden die Hygieneeinrichtungen des Deutschen Bundestages auf ihre Funktion hin geprüft, das großzügige Ambiente in den gekachelten Nassräumen ausgekostet. Pünktlich um 14.00 Uhr sollte „das Cabrio unter den Reisebussen“ auf seine auserlesenen Gäste

warten. Wäre da nicht die Anti-AKW-Demo gewesen und die vielen grünen Polizeifahrzeuge, die vielen Touristen, Einkäufer und Jogger. Berlin Mitte stand gegen 14.00 Uhr still. Kilometerlange Staus verhinderten ein Vorankommen. Der „Oben Ohne Bus“ steckte fest. Eine Kaffeepause mit Currywurst tröstete uns darüber hinweg. Gegen 15.00 Uhr dann war es soweit. Zum ersten Mal mit Elektrorollis zur Berliner Stadtführung - Ups - zur Berliner „Stadtbilderklärung“. Hier sind die Berliner eigen und politisch klar. Führer haben ausgedient. Unsere „Stadtbilderklärerin“ Ursel war eine waschechte Berliner Schnauze, das Verdeck wurde geöffnet, die Sonne strahlte und 90 Minuten Berlin im Cabrio Bus konnten beginnen. Einzig besonders erwähnenswerte Situation neben Tausenden von Eindrücken und „Ah´s“ und „Oh´s“ war schließlich Ankes Sonnenbrand auf der Nase. Wenig eigene Bewegung fördert einen Sonnenbrand, so die einhellige Erkenntnis aller Mitfahrer.
Das Mitfahrerlebnis im Cabrio Bus für E-Rollifahrer war ein wunderbares Gefühl. Für alle, die es selbst einmal ausprobieren möchten, hier der Link für die Kontaktaufnahme www.rolliberlin.de. Schließlich dann doch das Unvermeidbare. Die Panne des Elektrorollstuhls beim Befahren des Bordsteins. Das hintere Lenkrad hatte sich von der Felge gewickelt. Die Gruppe diskutierte, packte an und reparierte den sündhaft teuren und niegelnagelneuen Rolli. Wieder war Anke beteiligt. Schließlich waren wir gegen Abend wieder im Hotel, um Pause zu machen. Gegen 20 Uhr war ein gemeinsames Essen in einer typischen Berliner Eckkneipe geplant. Ein wenig aufregend war es dann doch, bis wir alle Platz im Lokal fanden. Schiebereien und Tische rücken, bis schließlich alle an ihrem Platz standen. Eine kleine Attraktion, die wir in Berlin vollführten. Nach etlichen Currywürsten, Berliner Weißen und netten Gesprächen ließ es sich prächtig nächtigen. Der Sonntagmorgen war geprägt von einem grossen gemeinsamen Frühstück und einem gemeinsamen Rückblick über die letzten 2 Tage. Gerne, so war die einhellige Meinung, würden die jungen Erwachsenen sich wieder treffen. Gibt es im nächsten Jahr wieder ein gemeinsames Wochenende? Können noch mehr Gäste eingeladen werden? Fragen, die wir als „Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten“ noch nicht beantworten können. Unser Resümee zum Wochenende fällt uneingeschränkt positiv aus. Trotz des recht hohen Vorbereitungsaufwandes sehen wir uns in der inhaltlichen Idee bestärkt, Treffpunkte und Inseln für junge Menschen mit Beatmung zu „streuen“. Wer uns dabei helfen möchte, ist recht herzlich willkommen. Dank auch an die großzügigen Spender Börgel GmbH, Vivisol Deutschland GmbH, Medigroba GmbH, take air medical Handels-GmbH (seit 16. November 2011 ResMed Deutschland GmbH) und die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, die durch ihre unkomplizierte Mithilfe und Unterstützung, die Tage in Berlin erst möglich machten. *wm*

Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten
Kinder und Jugendliche mit Beatmung
Kinderklinik St. Nikolaus
der AKH-Viersen gGmbH
Hoserkirchweg 63
41747 Viersen
Telefon (0 21 62) 1 04 24 12
Fax (0 21 62) 1 04 23 88

vertreten durch:
1. Sprecher: Christoph Aring
c.a@akh-viersen.de

2. Sprecherin: Kathrin Bauermees
k.bauermees@arche-regenbogen.de

3. Sprecherin: Meike Grimm
mgrimm@boergel-gmbh.de

4.Sprecher: Werner Michel
w.michel@behindertenhilfe-coburg.de

www.lebens-welten.com

WKM

Seminarthemen der Firma WKM GmbH | Termine

Geräteeinweisung / Schulung zur „Gerätebeauftragten Person“ – Heimbeatmungsgeräte	03.05.2012 & 23.05.2012
	18.10.2012 & 24.10.2012
Grundkurs Hygienebeauftragte/r in der ambulanten Pflege oder in stationären Pflegeeinrichtungen	02.07.2012 – 03.07.2012
Aufbaukurs Hygienebeauftragte/r in der ambulanten Pflege oder in stationären Pflegeeinrichtungen	13.09.2012
Die außerklinische Beatmung – Beatmungsgrundlagen und weiterführende Theorie und Praxis	Individuelle Termine*
Notfallmanagement in der außerklinischen Beatmung	Individuelle Termine*
Die außerklinische Beatmung von Kindern	Individuelle Termine*
Geräteeinweisung / Anwenderschulung – Medizintechnische Geräte für den Bereich der Homecare-Versorgung	Individuelle Termine*
Tracheostoma-Management	Individuelle Termine*
Tracheostoma-Management in der Kinderversorgung	Individuelle Termine*
Grundlagen der Kinästhetik	Individuelle Termine*
Das moderne Wundmanagement und die Dekubitusversorgung	Individuelle Termine*
Die enterale Ernährung / PEG-Versorgung	Individuelle Termine*
Das Medizinproduktegesetz und die MPBetreiberverordnung	Individuelle Termine*
Der Hilfsmittelmarkt heute – Finanzierung von Hilfsmitteln: Von der Verordnung bis zur Lieferung	Individuelle Termine*
„Wie man sich bettet, so liegt man“ – Lagerungshilfen und -techniken	Individuelle Termine*
Sekretmanagement / maschinelle Hustenhilfen	Individuelle Termine*
Die Inkontinenzversorgung / Kontinenzförderung	Individuelle Termine*

Für alle Seminare bekommen Sie Fortbildungspunkte der Gesellschaft „Registrierung beruflich Pflegender GmbH“.
Alle oben genannten Seminarthemen werden auch als Inhouse-Schulung für Ihre Einrichtung angeboten.
Bei Interesse und für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an: Herrn Ralf Hecker, Telefon 089 14337-730, E-Mail rhecker@wkm-rehamed.de
Die gesamte Seminarübersicht und das Anmeldeformular steht Ihnen unter www.wkm-rehamed.de zur Verfügung.
* Auf Anfrage bieten wir Ihnen bei diesen Themen individuelle Termine an.

WKM GmbH, Wildermuthstraße 88, 80993 München, Telefon 089 14337-730, Fax 089 14337-777, info@wkm-rehamed.de, www.wkm-rehamed.de

Ist glücklich sein nur Glückssache?

Sucht man nach einer Definition für Glück, findet man selbst bei Wikipedia nur eine vage Beschreibung dessen, was als Glück bezeichnet wird: „Als Erfüllung menschlichen Wünschens und Strebens, ist Glück ein sehr vielschichtiger Begriff...“.

Damit wird aber auch deutlich, dass Glück eben nicht objektiv definierbar ist. Da die Frage „Was ist Glück?“ auch bereits Gegenstand einiger Forschungsprojekte war, kann man aus den Ergebnissen ableiten, dass Glück oder Glücklichsein nicht von Wohlstand, gesellschaftlichem Status, Beschäftigungsverhältnis, Intelligenz oder Alter abhängig ist.

Glück verspüren wir durch den Wechsel unterschiedlicher, positiver als auch negativer Gefühle. Glück ist oft ein Momentereignis, das wir nicht festhalten können. Wir können jedoch einiges tun, um ein Glücksgefühl häufiger in unserem Alltag zu erleben und es kann sich auch ein länger anhaltendes Gefühl von „glücklich sein“ einstellen.

Chemisch gesehen erfolgt durch eine Ausschüttung von Dopamin, Serotonin und Endorphinen in den Körper ein Gefühl des Glücks. Sie bewirken Entspannung und Schmerzlinderung. Stresshormone werden abgebaut. So gesehen kann man auch davon ausgehen, dass ein hohes Maß an Entspannung einem Glücksgefühl sehr nahe kommt.

Weitere Ergebnisse der Glücksforschung besagen, dass viele Wege zum persönlich erlebten Glück führen und teilweise durchaus von uns zu beeinflussen sind.

So ist ein wesentlicher Faktor zum Glücklichsein, wie wir uns unterschiedlichen Lebensbedingungen anpassen können und welche Bedeutung wir auftretenden Problemen beimessen. Immer wieder können und müssen wir lernen mit schwierigen und unerfreulichen Ereignissen umzugehen.

“Das Glück des Lebens besteht nicht darin, wenig oder keine Schwierigkeiten zu haben, sondern sie alle siegreich und glorreich zu überwinden.“

Nachweislich ist es für ein Glücksgefühl förderlich, wenn wir selbstbestimmt und aktiv Handeln, bewusst unsere Entscheidungen treffen und gezielt Aufgaben, die uns gestellt werden, annehmen. Gesteckte, auch kleine Ziele zu erreichen, verschafft uns positive oder sogar Glücksgefühle. Bequemlichkeit macht schlechte Gefühle, wohingegen Aktivität uns Befriedigung verschafft.

Menschen in stabilen Partnerschaften oder engen Beziehungen zu Freunden und Familie empfinden sich häufig als glücklich. Ebenso ist ein positives Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen eine gute Voraussetzung dafür, glückliche Momente zu erleben.

Neue Eindrücke und Abwechslung für die Sinne machen glücklich. Auch Bewegung, Sport, Sex und die damit verbundene Wahrnehmung unseres Körpers, machen uns glücklich.

Foto: © Rosel Eckstein / PIXELIO

Ganz wichtig ist natürlich auch das Lachen, denn Lachen hat folgende Auswirkungen auf den Körper:

- Glückshormone und schmerzstillende körpereigenen Substanzen werden freigesetzt
- Stress wird abgebaut durch verminderte Produktion der Stresshormone Adrenalin und Cortisol, dadurch kommt es zu einem besseren und erholsameren Schlaf
- Die Verdauung wird angeregt aufgrund der Massage des Magen-Darm-Bereichs durch das Zwerchfell
- der Kreislauf wird aktiviert durch einen kurzfristigen Anstieg des Blutdrucks
- die Immunabwehr wird gestärkt
- die Gesichtsmuskeln werden entspannt
- Botenstoffe (z.B. Gamma-Interferon) werden aktiviert, die z.B. die Vermehrung von Tumorzellen hemmen.

Glück hat also nichts mit der Erfüllung materieller Wünsche zu tun. An Konsumgüter und Dinge, die wir besitzen, gewöhnen wir uns und manchmal führt eine Abhängigkeit von diesen Gütern sogar zu einem gegenteiligen Gefühl von Glück - zur Unzufriedenheit.

Folgendes lässt uns aber hoffen -

…“Mit zunehmendem Alter werden wir immer glücklicher, und die Glücklichsten sind die 65- bis 70-Jährigen! Hätten Sie sich das gedacht? Entgegen der weit verbreiteten Meinung sind nicht die Teens und Twens glücklicher als die älteren Menschen, sondern genau umgekehrt: Die Alten sind die Glücklichsten. Mit dem Älterwerden nehmen unser Glück und Wohlbefinden zu. Die Glücksforschung hat erkannt, dass wir uns nicht nur heute wohler fühlen als in unserem bisherigen Leben, sondern in Zukunft noch wohler fühlen und glücklicher sein werden, als wir es heute bereits sind. Das nenne ich eine gute Nachricht. Soviel zum Thema Angst vor dem Alter. Entspannen Sie sich und lehnen Sie sich zurück. Es wird immer besser.“...

Glück ist also ein subjektives Gefühl des Wohlbefindens, auf das wir einen gewissen Einfluss nehmen können.

Literatur:
François Lelord, Hectors Reise: oder die Suche nach dem Glück – Ein kurzweiliger Roman – Übersetzung: Ralf Pannowitsch, Piper Verlag, München 2004

Adam Jackson, Die zehn Geheimnisse des Glücksempfinden – Kleine Anleitung -, Übersetzer: Holm, Inge, Nikol Verlag 2008

www.gluecksarchiv.de/inhalt/begriff_glueck.htm
www.psychotipps.com
www.siegfriedtrebuch.com/glueck/was-ist-glueck/

Vera Kroll
Gesundheitsbeauftragte der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

Messen - Kongresse - Fortbildung

ResMed Akademie

Praxisworkshop für Schlaflabore
20.04. - 21.04.2012 Hodenhagen
14.09. - 15.09.2012 Haltern am See
28.09. - 29.09.2012 Rottenburg
19.10. - 20.10.2012 Zeulenroda
16.11. - 17.11.2012 Bad Segeberg

Gerätekunde
AutoSet CS, die 3. Generation
16.10.2012 Martinsried
30.10.2012 Mönchengladbach
Stellar 150 mit iVAPS Funktion
18.10.2012 Martinsried
29.10.2012 Mönchengladbach

Geräte der S9 Plattform (APAP - BPAP)
17.10.2012 Martinsried
31.10.2012 Mönchengladbach

Grundlagen der Klinischen Beatmung: Teil 1-3
12.06. - 14.06.2012 Erfurt
25.09. - 27.09.2012 Essen
09.10. - 11.10.2012 Martinsried
20.11. - 22.11.2012 Rendsburg

Beatmung für Fortgeschrittene: Teil 4
23.10.2012 Essen

Grundlagen der Außerklinischen Beatmung KOMPAKT
19.06.2012 Martinsried
13.09.2012 Essen
27.11.2012 Martinsried
www.resmed.de

April 2012

26. - 28. April 2012 in Kassel
20. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.
7. Beatmungssymposium
unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
www.beatmungskongress2012.de

Mai 2012

5. Mai 2012 in Reichenau/Bodensee
Teilhabe orientierter Umgang mit Trachealkanülen. Sprechen und Essen trotz schwerster Aspiration?
1. Workshop für Angehörige aus Pflegeberufen, Ärzte und Therapeuten
Kontakt: b.kattge@gesundheitsgmbh.de
www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de

9. Mai 2012 in Münnerstadt
2. Intensivpflegetag Nordbayern
www.intensivpflege-nordbayern.de

Juni 2012

9. Juni 2012 in Hattingen
5. Symposium Lunge - COPD und Lungenenphysem 2012
Anmeldung bei Jens Lingemann, Lindstockstrasse 30, 45527 Hattingen, Tel: 02324 / 99 99 59 E-Mail:
symposium-org@lungenemphysem-copd.de
www.copd-deutschland.de

13. - 15. Juni 2012 in Berlin
Hauptstadtkongress 2012
Deutscher Pflegekongress
www.hauptstadtkongress.de/2012

15. - 17. Juni 2012 in Bad Reichenhall
44. Bad Reichenhaller Kolloquium
www.kolloquium-br.de/

21. - 23. Juni 2012 in Basel/Schweiz
25. Jahrestagung der DMGP Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie e.V.
www.dmgp2012.ch/dmgp2012

September 2012

13. - 15. September 2012 in Berlin
HAI 2012 - Der Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium
www.hai2012.de/

Oktober 2012

26. - 27. Oktober 2012 in München
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress MAIK 2012
www.maik-online.org

GEPFLEGT DURCHATMEN

Bitte nehmen Sie mich in den Postverteiler für ein kostenloses Abonnement der Fachzeitung "gepflegt durchatmen" auf.

Bitte ankreuzen ☐ dienstlich ☐ privat

Name/Vorname

ggf.: Institution/Einrichtung/Unternehmen

Straße/Hausnummer oder Postfach

PLZ/Ort

Bitte schicken Sie diesen Abschnitt per Fax oder per Post an:

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Ottobrunner Straße 43, 82008 Unterhaching, Fax: 089 - 540 42 68 30

Sie können das Abonnement auch gern per E-Mail bestellen:
info@heimbeatmung.com

Hinweis:
Das Abonnement ist völlig kostenlos. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie die Zeitung nicht mehr erhalten wollen.

Impressum

GEPFLEGT DURCHATMEN
Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Herausgeber:
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Geschäftsleitung:
Jörg Brambring, Christoph Jaschke
Redaktionsleitung: Dr. Maria Panzer
Layout: Elke Schuhbauer, Grafik-Design
Druck: Print 24
Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Hans-Ulrich Pfaffmann, MdL, Doris Marx-Ruhland, Dt. Institut für Pflegeforschung e.V. (dip), Andreas Haupt, Dr. Stefanie Lingenfelser, Dr. med. Rainer Blickheuser, Sabine Dittmar, MdL, PD Dr. med. Andreas Schwarzkopf, Redaktion Beatmungspflegeportal, Nancy Geist, Vera Kroll, Anja Hoffmann, Gisela Bahr-Gäbel, Franziska Rahmel, Felix Zöbisch, Dr. med. Paul Diesener, Meike Grimm, Yvonne Meyer, Werner Michel, Andreas Fahl GmbH
Anzeigenleitung:
Christoph Jaschke, Linda Geiger
Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. August 2011.
Anschrift der Herausgeber und der Redaktion:
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 43
D-82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 540 42 68 - 0
Fax: 089 - 540 42 68 30
E-Mail: presse@heimbeatmung.com
Homepage: www.gepflegt-durchatmen.de
Die Zeitung erscheint vierteljährlich.

Der Nachdruck von Texten oder die Vervielfältigung – auch in Auszügen – bedarf der schriftlichen Genehmigung.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bildmaterial übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Verantwortung.

17.11.2012 Fortbildung
Husten, Helfen, Beatmen
in Münster.
Nähere Infos unter: www.hul.de

HEINEN + LÖWENSTEIN
Lebenserhaltende Medizintechnik

Breas Vivo 50

Neonatologie
Beatmung
Anästhesie
HOMECARE
Schlafdiagnostik
Pneumologie
Service
Patientenbetreuung

Das neue Beatmungsgerät Vivo 50 von Breas vereint neuesten Stand der Technik mit herausragendem Design und hochwertiger Verarbeitung für eine optimale Versorgung.

In Verbindung mit unserem flächendeckenden Service als medizintechnisches Versorgungsunternehmen ist das Vivo 50 die perfekte Kombination aus Patientennähe, Form und Funktion.

Heinen + Löwenstein
Arzbacher Straße 80
D-56130 Bad Ems
Telefon: 02603/9600-0
Fax: 02603/9600-50
Internet: hul.de