GEPFLEGT
DURCHATMEN

Nummer 18 ■ Oktober 2012

FACHZEITUNG

für außerklinische Intensivversorgung

Transparenz braucht Werte

Zitat: Daniel J. Hanke, Director und Partner bei Klenk & Hoursch

MAIK
SPECIAL

Editorial

Eine gelebte, werteorientierte Unternehmenskultur ist die entscheidende Voraussetzung für Transparenz, so Daniel J. Hanke. Er hat Kommunikationsstrategien zu den Themen Corporate Responsibility und Transparenz entwickelt. Je stärker sich Menschen gemeinsamen Werten und Zielen verpflichtet fühlen, umso weniger brauchen sie explizite Regeln, so der Experte. Gebe es in Unternehmen klare Werte, dann entstehe Transparenz, die das Vertrauen in Unternehmen, Produkte und Dienstleistungen sowie handelnde Personen zur Folge habe. Höheres Vertrauen wiederum wirke sich positiv auf die Reputation und damit auf den unternehmerischen Erfolg aus. Es sei für Unternehmen also unabdingbar, über ihre Werte nachzudenken. Um diesen Prozess etwas anzustoßen und in diesem Sinne aktiv zu werden, enthält diese Ausgabe eine Selbstverpflichtung der Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Jörg Brambring und Christoph Jaschke. Wir drucken sie hier ab, um mit unseren Lesern darüber ins Gespräch zu kommen und Gleichgesinnte zu finden, die diese Werte teilen und praktizieren. Gerade in der außerklinischen Intensivversorgung brauchen wir eine klare unternehmerische Ethik und mehr Transparenz, damit die Menschen weiterhin darauf vertrauen können, dass sie bestmöglichst versorgt werden. Die Mitwirkenden beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® am 26. und 27. Oktober 2012 zeigen, wie sehr sie damit befasst sind, dass die außerklinische Pflege und Betreuung sowie die Hilfsmittel da ankommen, wo sie am meisten gebraucht werden.

Die Redaktion

Technologieabhängige Selbstbestimmtheit?

Das Paradoxum in unserer täglichen Arbeit und im Erleben unserer Klienten zeigt sich in den beiden Begriffen „Selbstbestimmtheit“ und „Technologieabhängigkeit“, die im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivversorgung immer wieder fallen. Wie ist Technologieabhängigkeit mit gleichzeitiger Selbstbestimmtheit vereinbar? Nach nahezu 15 Jahren, die wir diese Dienstleistung anbieten, erleben wir, dass sehr wohl die Technologieabhängigkeit fokussiert wird, aber leider immer weniger die Selbstbestimmtheit. Und dies trotz der UN-Behindertenkonvention! Es stellt sich die Frage, ob es überhaupt möglich ist, zu tun und zu lassen was man will, wenn man lebenserhaltend von Technik abhängig ist.

Unsere Erfahrung und die unzähligen Anrufe von Betroffenen und Angehörigen, denen die Versorgung durch den aktuellen Dienstleister zusammen bricht, da keine Fachkräfte mehr zu finden sind, zeigen uns ein erschreckendes Bild. Die lebenserhaltende Versorgung durch Dienstleistung ist unstrittig gegeben, aber weder die Klienten noch die Angehörigen können wirklich selbstbestimmt entscheiden, wie diese Versorgung auszusehen hat. Denn diese Entscheidung treffen die Leistungsträger, die gesetzlich dazu verpflichtet sind, mit den Mitteln der Solidargemeinschaft verantwortungsvoll umzugehen. Sie beauftragen den ökonomisch günstigsten Anbieter und müssen sich darauf verlassen können, dass die Anbieter auch ihre zu verantwortende Dienstleistung vernünftig erbringen.
Dieser Entscheidungsprozess geht am Betroffenen vollkommen vorbei, d.h. seine Selbstbestimmtheit wird regelrecht ausgesetzt, obwohl gerade die Wahl des Dienstleisters, mit dem der Betroffene Tag für Tag zusammen leben wird, den er sehr nahe an seine Intimsphäre heran lassen und dem er sein Leben anvertrauen muss, von existentieller Bedeutung ist.

Man könnte sich fragen, ob es nur für die ausserklinisch versorgten Menschen so ist, und wird wohl schnell zu folgender Antwort kommen. Nein, in der Klinik, auf der Intensivstation, ist es kein bisschen besser. Auch hier kann der Betroffene nicht über sich selbst bestimmen. Das würde in einem klinischen Betrieb gar nicht funktionieren.

Unter der Prämisse, dass es keine wirklich absolute Selbstbestimmtheit für technologieabhängige Menschen gibt, wäre die logische Folgerung doch die, dass man dieses so mächtige Wort nicht immer und immer wieder auf den gerade in unserer Gesellschaft so hohen Sockel stellen sollte. Umso wichtiger ist gerade deshalb, dass sich eine starke Lobby für die technologieabhängen Menschen in unserem Land bildet. *cj*

Christoph Jaschke, *Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH*

Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten

Am 15.8.2012 wurde der „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ in den Deutschen Bundestag eingebracht. Dieser sieht unter anderem die Stärkung der Patienteninformation, der Patientenbeteiligung sowie der Rechte gegenüber Leistungsträgern vor. Ziel sei es, die Patientenrechte „transparent, verlässlich und ausgewogen“ zu gestalten und „Vollzugsdefizite in der Praxis“ abzubauen, heißt es in der Vorlage. Hier ein Auszug über Problem und Ziel des Gesetzes sowie die angestrebte Lösung. Der vollständige Text findet sich in der Bundestagsdrucksache 17/10488.

„Patientenrechte sind in Deutschland derzeit in einer Vielzahl von Vorschriften in verschiedenen Rechtsbereichen – zum Teil lückenhaft – geregelt. Auf dem Gebiet des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts steht Wesentliches nicht im Gesetz, sondern ist Richterrecht. Dies erschwert es allen Beteiligten im Gesundheitswesen, die Rechte zu kennen, und vor allem den Patientinnen und Patienten, diese Rechte einzufordern. Auch die Komplexität der Medizin und die Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten verlangen nach einem gesetzlichen Rahmen, der Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde auf Augenhöhe bringt. Risiko- und Fehlervermeidungssysteme können dazu beitragen, die Behandlungsabläufe in immer komplexer werdenden medizinischen Prozessen zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu optimieren. Richtig verstandener Patientenschutz setzt nicht auf rechtliche Bevormundung, sondern orientiert sich am Leitbild des mündigen Patienten. Deshalb gilt es, Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bereits heute bestehenden umfangreichen Rechte der Patientinnen und-Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Fall eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. (…)

Die Rechte der Patientinnen und Patienten werden transparent, verlässlich und ausgewogen gestaltet sowie bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abgebaut. Dazu sieht der Gesetzentwurf folgende Regelungen vor:

- Kodifizierung des Behandlungs- und Arzt haftungsrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch,
- Förderung der Fehlervermeidungskultur,
- Stärkung der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern,
- Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern,
- Stärkung der Patientenbeteiligung,
- Stärkung der Patienteninformation.“

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehe ab 2014 ein Mehraufwand von etwa 720.000 Euro pro Jahr „für Vergütungszuschläge bei der Beteiligung von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“, schreibt die Bundesregierung in dem Gesetzentwurf.

Es sei jedoch anzunehmen, dass diese zusätzlichen Kosten durch die im Gegenzug getroffenen Einsparungen für unerwünschte Ereignisse im Behandlungsprozess „deutlich übertroffen“ werden. Zusätzlich entstehe ein einmaliger Umstellungsaufwand von mehr als einer Million Euro, der jährliche Erfüllungsaufwand belaufe sich auf etwa 5,5 Millionen Euro.

Eine Kostenweitergabe an die Versicherungsnehmer erwartet die Bundesregierung nicht. Weder für die Bürger, noch für die Wirtschaft würden nennenswerte Kosten entstehen. Für den Bund entstehe ein „Erfüllungsaufwand in geringfügigem Umfang.“

Selbstverpflichtung

Die außerklinische Intensivversorgung gibt es hierzulande seit drei Jahrzehnten. Ihr Ausgangspunkt war das Ziel, gemeinsam Kinder und Erwachsene mit intensivpflegerischen Bedarfen zuhause und in ihren Familien zu versorgen. Es ist an der Zeit, sich die Motive unternehmerischen Handelns in der außerklinischen Intensivversorgung und die ethischen Grundsätze, die diesem zugrunde liegen, bewusst zu machen und kundzutun.

1. Die Würde des Menschen ist unantastbar
Das Grundgesetz, die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, die Europäische Menschenrechtskonvention und die UN-Behindertenrechtskonvention sind Grundlage unseres Handelns. Der Mensch als eine Einheit von Körper, Geist und Seele steht im Mittelpunkt. Wir definieren unsere Klienten nicht über ihre Krankheit. Deshalb fördern wir mit unseren Dienstleistungen und Produkten ihre Stärken ganzheitlich, fachlich kompetent und situationsgerecht. Wir lassen ihre Schwächen zu und sorgen für ihre möglichst umfassende Integration und Inklusion.

2. Wir legen Wert auf Qualität
Mit unserer Fach- und Sozialkompetenz erhalten, sichern, fördern und verbessern wir die Lebensqualität der intensivpflegerisch versorgten Menschen. Die außerklinische Intensivversorgung ist erfolgreich. Wir sind stolz auf das, was wir gemeinsam für schwerstkranke Menschen erreicht haben. Wir distanzieren uns ausdrücklich von Anbietern, die die Qualität der Produkte sowie die Qualität der Dienstleistung vernachlässigen. Wer die Menschenwürde missachtet und aus rein monetären Motiven agiert, missbraucht schwerstkranke Menschen für seine Zwecke und beschädigt den guten Ruf der außerklinischen Intensivversorgung.

3. Wir kommunizieren offen miteinander
In der Kommunikation, Beratung und psychosozialen Betreuung der Klienten und ihrer Angehörigen sehen wir eine zentrale Aufgabe. Deshalb fragen wir regelmäßig die Zufriedenheit mit unserer Dienstleistung ab. Auch die Kommunikation mit den Berufsgruppen, die in der außerklinischen Intensivversorgung tätig sind, und mit unseren Mitbewerbern, führen wir offen und auf gleicher Augenhöhe.

4. Wir halten uns an die aktuellen Leitlinien und qualifizieren weiter
Unsere Klienten können darauf vertrauen, dass die Dienstleistungen und Produkte, die wir anbieten, qualitativ hochwertig sind und den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechen. Wir erhöhen unsere Kompetenz durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und in Kooperation mit den Fachgesellschaften. Deren Leitlinien sind für uns bindend.

5. Wir achten unsere Mitarbeiter
Wir tragen Verantwortung für unsere Mitarbeiter und sorgen dafür, dass sie mit ihrer Arbeit zufrieden sind. Denn nur zufriedene Mitarbeiter sind motiviert und in der Lage, die intensivpflegerische Versorgung der Klienten so gut wie nur möglich durchzuführen.

6. Wir schätzen die Vielfalt
Unterschiedliche kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe sind eine Bereicherung. Arbeitskräfte aus dem Ausland müssen mit den Klienten und ihren Familien verbal eindeutig kommunizieren können. Den Globalen Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften begrüssen wir.

7. Wir halten uns an die bestehenden Gesetze
Wer gegen die bestehenden Gesetze und diese unternehmensbezogene Selbstverpflichtung verstößt, beschädigt den Ruf der außerklinischen Intensivversorgung. Wir fördern Transparenz und tolerieren weder Korruption noch unlauteren Wettbewerb.

8. Wir gehen respektvoll miteinander um
Wertschätzung und Respekt bestimmen unser Miteinander auf dem Markt und im zwischenmenschlichen Bereich. Wir achten auf eine gute Zusammenarbeit mit Ärzten, Beratungsstellen, sozialen Diensten, Krankenhäusern, Geräteprovidern sowie therapeutischen Berufsgruppen und Leistungsträgern. Uns vereint die Sorge um die optimale Betreuung der intensivpflegerisch versorgten Menschen und die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Wir beteiligen uns nicht an der Verbreitung von Gerüchten, sondern suchen das direkte und offene Gespräch miteinander.

9. Wir sind fair
Die Leitlinien unseres Handelns sind die Prinzipien Anstand, Ehrlichkeit, Verlässlichkeit und Verantwortlichkeit. Wir verpflichten uns zu Fairness gegenüber unseren Mitbewerbern. Der marktwirtschaftliche Wettbewerb erfolgt einzig und allein über die Qualität der Leistung, die wir erbringen. Offensives Abwerben von Mitarbeitern findet nicht statt.

10. Wir engagieren uns politisch und sozial
Wir begreifen uns als Interessenvertreter unserer Klienten. Wo erforderlich und uns möglich, helfen wir auch ehrenamtlich bzw. suchen Unterstützer für Menschen in Notlagen.

Mit meiner Unterschrift unterstütze ich diese Grundsätze.

Unterschrift

Ort Datum

Berufsbezeichnung

Straße/Hausnummer oder Postfach

PLZ/Ort

email

Start des neuen E-Petitionsportals

Am 9. September 2012 gab der Bundestagspräsident, Dr. Norbert Lammert, offiziell den Startschuss für das neue Internetportal des Petitionsausschusses. Das neue System des Petitionsportals erleichtert es den Nutzern, sich barrierefrei am Politikgeschehen zu beteiligen – dabei soll der stärkere Fokus auf die Diskussionsforen ermöglichen, den Diskurs wichtiger und aktueller Themen aktiv mitzugestalten. Die Möglichkeit, Petitionen im Internet zu veröffentlichen und online zu unterstützen, erlaubt es den Bürgerinnen und Bürgern sich gemeinsam für ein Anliegen stark zu machen. Diese Möglichkeit wird genutzt, die Zahlen sprechen für sich: Mit 1,3 Millionen registrierten Nutzern, 250.000 verfassten Diskussionsbeiträgen und etwa 50 Millionen Klicks im Jahr ist das Internetportal ein fester Bestandteil in der Arbeit des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages.

Wenig Erfolg beschieden war leider der E-Petition im Auftrag des Assistenzdienstes ambulante dienste e. V. zum Thema "Persönliche Assistenz bei einem Klinikaufenthalt", die bis 29. Juni 2012 unterzeichnet werden konnte. Zu wenig Bürgerinnen und Bürgerinnen hatten sich dafür stark gemacht und unterzeichnet.

https://epetitionen.bundestag.de/

Bitte unterschreiben Sie diese Selbstverpflichtung, wenn Sie unsere Überzeugung teilen, und schicken sie an:
Heimbeatmungsservice
Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Str. 43
82008 Unterhaching
oder per Fax an **089/5404268-30**
Herzlichen Dank
Jörg Brambring und Christoph Jaschke
Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice
Brambring Jaschke GmbH

Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen

Das Bundeskabinett beschloss am 1. August 2012 den „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen". Gerhard Bartz, Vorsitzender des Bundesverbandes Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen (ForseA) e.V. war zu einer Anhörung am 19. Juli 2012 nach Bonn eingeladen. Teilgenommen hat seine Stellvertreterin Dr. Corina Zolle. Hier Auszüge der Stellungnahme, der vollständige Text ist auf der Homepage von ForseA eingestellt.

Nach vielen teilweise dramatischen Vorkommnissen, die behinderte Menschen in Kliniken erleiden mussten (es waren auch tödlich verlaufende darunter), entschloss sich unser Verein 2006, eine Kampagne ins Leben zu rufen. Ziel war, dass behinderte Menschen mit Assistenzbedarf diese Unterstützung auch in der Klinik oder in der Kur erhalten. Mit wissenschaftlicher Unterstützung der Universität Witten/Herdecke entstand eine große Befragungs- und Auswertungsaktion, an deren Ende eine Dokumentation(1) erstellt wurde. Diese wurde am 12. September 2007 an die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karin Evers-Meyer, in Anwesenheit von Abgeordneten aller Fraktionen übergeben. Dennoch dauerte es bis zum 11. November 2008, bis bei einer Besprechung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin das Thema wieder auf den Tisch kam. Auch Vertreter des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie Frau Evers-Meyer, Vertreter der Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Lebenshilfe, des Deutschen Verein sowie des Forums selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen (ForseA) e.V. waren zugegen. Das Resümee der Sitzung war, dass die teils lebensbedrohliche Situation behinderter Menschen in der Klinik durch die ForseA-Dokumentation der Kampagne **"Ich muss ins Krankenhaus … und nun?"** bekannt ist und dass hier dringend geholfen werden muss. Groß war die Enttäuschung, als entgegen der Ergebnisse der November-Konferenz im Mai 2009 ein abgespeckter Gesetzentwurf vorgelegt wurde: Die Kunden ambulanter Dienste und Heime wurden außen vor und damit alleine gelassen. Auch die Kur blieb zunächst außen vor. Trotz massiver Intervention durch Behindertenverbände in Anhörungen und in den Medien wurde der Entwurf so verabschiedet. Nun soll – für behinderte Arbeitgeber – die Kur mit aufgenommen werden. Natürlich sieht auch ForseA, dass kleinere ambulante Dienste und Behindertenheimen organisatorische Probleme mit dem Personaleinsatz beklagen und sich vereinzelt gegen diese gesetzliche Regelung stellen. Das kann und darf jedoch nicht dazu führen, dass diese im Krankenhaus dem dortigen Sparbetrieb zum Opfer fällt.

Ein Beispiel: Eine Frau mit einer sehr ausgeprägten spastischen Lähmung kann nur per Buchstabiertafel kommunizieren. Durch die starke Spastik ist es außerordentlich schwierig, sie zu verstehen, da diese Gesten nicht deutlich erkennbar sind. Diese Frau brach sich im Heim den Arm und wurde ohne Begleitung ins Krankenhaus eingeliefert. Es bedarf keiner ausgeprägten Phantasie, um sich auszumalen, was diese Frau dort erlebt hat. Die Situation behinderter Menschen in der stationären Aufnahme hat nach wie vor verschiedene Aspekte:

a) Der Bedarf besteht dadurch, dass ein nicht krankheitsspezifischer Hilfebedarf mit in die Klinik genommen wird. Wenn im § 39 SGB V von der Krankenpflege die Rede ist, so ist damit die erwartete Hilfeleistung anlässlich beispielsweise einer Blinddarm-OP beschrieben und keineswegs die Pflege eines hoch querschnittsgelähmten Menschen.

b) Der Bedarf besteht stets im Zusammenhang mit Art und Schwere der Behinderung. Er steht in keinem Zusammenhang mit der Organisation des Unterstützungsbedarf des behinderten Menschen, somit unabhängig davon, ob er Heiminsasse ist oder zuhause die notwendige Unterstützung durch selbst angestellte Assistenzpersonen bzw. einen Ambulanten Dienst erhält.

c) Ein behinderter Mensch mit Assistenzbedarf hat diesen immer, zuhause, im Hotel, im Krankenhaus oder in der Kur. Gerade in der Kur scheitern erforderliche Maßnahmen, da sich die Kurbetriebe weigern, Assistenzpersonen mit aufzunehmen. Und behinderte Menschen werden abgelehnt, weil sie zu hohen Unterstützungsbedarf haben. Wiederum andere müssen bereits am späten Nachmittag zu Bett, da nur zu dieser Zeit das Personal noch die nötige Kapazität hat.

d) Schlussendlich hat der Bedarf auch nichts damit zu tun, welche Kostenträger (insbesondere nach SGB V, VII, XI und XII) die Assistenzkosten außerhalb der stationären Unterbringung erbringt. Genau diese/r jeweilige/n Kostenträger bleibt/bleiben weiterhin für die Assistenzkosten während der stationären Unterbringung zuständig. Die sogenannten Hotelkosten für Kost und Logis der Assistenten sind vom Kostenträger der stationären Unterbringung zu tragen. Die immer wieder gehörte Forderung, die Träger der medizinischen Einrichtung wären für die Pflege zuständig, geht an der Realität vorbei. Stationspersonal, das beispielsweise von seiner Kapazität her für 20 Menschen mit urologischen Problemen berechnet ist, kann das nicht schultern, wenn unter diesen ein Mensch ist, der zu allen Dingen des täglichen Lebens Unterstützung benötigt. Da wird schon mal der volle Teller mit der Bemerkung "Heute keinen Hunger?" abgeräumt. Es gibt auch schlimmere Beispiele. Selbst eine Erhöhung der Kapazität würde das Problem nur bedingt lösen, da eine Station auf die spezifischen Behinderungsbedarfe nicht vorbereitet ist, nicht vorbereitet sein kann. Der behinderte Mensch dagegen wird ja vorher von Menschen versorgt, die ihn und seine Bedürfnisse kennen. Was liegt näher, als diese im Krankenhaus weiterhin die behinderungsbedingte Versorgung erledigen zu lassen?

Der „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen" geht laut ForseA an der rechtlichen Entwicklung vorbei. **Der Verband fordert:**

Alle behinderten Menschen mit Hilfebedarf – unabhängig von Art und Ursache ihrer Behinderung – müssen das Recht erhalten, in stationären Einrichtungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation ihre gewohnte personelle Unterstützung mit aufnehmen zu können. Bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der medizinischen Behandlung und Rehabilitation

- übernimmt der Kostenträger, der außerhalb der Einrichtung für diese Kosten zuständig ist, die Personal- und evtl. zusätzliche Fahrtkosten. Vom genehmigten Bedarf abweichende Bedarfe werden berücksichtigt.
- werden die Kosten der Unterbringung und Verpflegung der mitaufgenommenen Unterstützungspersonen vom Kostenträger der medizinischen Behandlung oder Rehabilitation übernommen.
- werden die Leistungen nach § 37 SGB V, § 32 SGB VII, §§ 36, 37, 38 SGB XI sowie die Leistungen nach §§ 64,65,66 SGB XII unterbrechungsfrei weitergezahlt.

1 http://www.forsea.de/projekte/Krankenhaus/Dokumention_ich_muss_ins_Krankenhaus.pdf
2 http://www.netzwerk-artikel 3.de/attacments/093_schattenuebersetzung-endgs.pdf
3 http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/037/1703746.pdf

Bundesverband Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen (ForseA) e.V.
www.forsea.de

Gerhard Bartz, *Vorsitzender Bundesverband Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen (ForseA) e.V.*

Lungenklinik Hemer – Kompetentes Weaningzentrum in Sachen „Gepflegt Durchatmen“

Die Lungenklinik ist ein Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie und umfasst fünf Fachabteilungen: Pneumologie, Thoraxchirurgie, Radiologie, Strahlentherapie und Anästhesiologie/Operative Intensivmedizin.

Von 223 Betten, verteilen sich 135 auf die Pneumologie, 70 auf die Thoraxchirurgie und 18 auf die Strahlentherapie. Neben einer Infektionsstation mit 24 Betten besteht eine interdisziplinäre Intensivstation mit 11 Betten. In 2011 wurden 9.500 Fälle, davon 7.400 stationär behandelt.

Seit mehreren Jahren hat sich die Lungenklinik Hemer im Bereich der Beatmungsmedizin und speziell der Beatmungsentwöhnung (engl. Fachbegriff „Weaning“) weiter spezialisiert. Sowohl regional als auch überregional werden langzeitbeatmete Patienten zur Beatmungsentwöhnung auf die Weaningstation der Lungenklinik übernommen. Diese Bemühungen haben dazu geführt, dass das Weaningzentrum im Juli 2010 mit als eines des ersten in Deutschland von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin akkreditiert wurde.

Die eigenständige Weaningstation umfasst derzeit neun Betten, die nach intensivmedizinischen Standards ausgestattet sind. Durch Radio, Fernseher und z. T. auch Bad mit behindertengerechter Dusche versucht die Station auch außerhalb der medizinischen Versorgung, den Patientenbedürfnissen gerecht zu werden. Zusätzlich werden Betten auf der Intensivstation belegt, so dass auch noch kritisch kranke Patienten frühzeitig übernommen und auf den Weaningprozess vorbereitet werden können.

Auf der zusätzlich vorhandenen Heimbeatmungstation (20 Betten) werden Patienten mit chronischer Ateminsuffizienz auf eine nicht-invasive Heimbeatmung eingestellt.

Im Rahmen des aufwendigen Weaningprozesses wird das ärztliche Personal durch drei Atmungstherapeuten und eine physiotherapeutische Abteilung unterstützt. Durch den Einsatz von Mobilisationshilfen und Bewegungsapparaten wird eine Frühmobilisation und intensive Krankengymnastik gefördert. Bei gegebener Indikation wird durch frühzeitigen Einsatz der nicht-invasiven Beatmung bei breitem Einsatz einer Tracheostomaversorgung über Platzhalteranlage angestrebt, Patienten rasch von der Langzeitbeatmung zu entwöhnen. Bei Schluckproblemen und Sprach- bzw. Stimmstörungen erfolgt eine begleitende logopädische Betreuung der Patienten.

Im Rahmen des Überleitungsverfahrens in eine außerklinische Beatmung besteht eine enge Kooperation mit dem Sozialdienst, der frühzeitig in die Koordination eingeschaltet wird und sowohl den Patienten als auch den Angehörigen in wichtigen Belangen der weiteren Versorgung weiterhelfen kann.

Es wird ein enger Kontakt zu den versorgenden Pflegediensten und -einrichtungen gesucht, so dass die Patienten und die weiterbetreuenden Pflegenden sich schon auf der Weaningstation im Rahmen von Überleitungsgesprächen kennenlernen und mögliche Probleme und Besonderheiten im Vorfeld besprochen und geklärt werden können.

Lungenklinik Hemer DGD
Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie

Luftbild Lungenklinik Hemer.

Ein interdisziplinäres Team kümmert sich um die Versorgung der Patienten auf der Weaningstation.
Fotos: ***Anja Schöppe,*** *Lungenklinik Hemer*

Die Lungenklinik beteiligt sich am bundesweiten, von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie unterstützten und wissenschaftlich begleiteten Akkreditierungsverfahren der Weaningstationen sowie der Evaluation der Weaningergebnisse. Entsprechend dem Leitbild der Klinik kommt es dem Team um Herrn Oliver Mülly als Stationsleitung, Herrn Jan Grothe als verantwortlichen Atmungstherapeut, sowie Dr. med. Michael Westhoff als Chefarzt ganz besonders auf eine patientenzentrierte Medizin an, die eine umfassende Betreuung von Patienten und Angehörigen gewährleistet. Dabei steht die Qualität der Versorgung jedes einzelnen, und nicht allein die absolute Zahl der umsorgten Patienten im Vordergrund des medizinischen Handelns. Insbesondere für Patienten mit schwerst beeinträchtigter Atmung ist es wichtig, das Augenmerk auf die Lebensqualität zu richten. Dies gilt für die Zeit in der Klinik, aber auch nach der Entlassung, speziell wenn eine Fortführung der Beatmung im außerklinischen Bereich erforderlich ist. *mw*

Kontakt:
Lungenklinik Hemer
des Deutschen
Gemeinschafts-Diakonieverbandes
Theo-Funccius-Straße 1
58675 Hemer
www.lungenklinik-hemer.de

PURFAM – Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen

Gewaltprävention in der ambulanten Pflege - PURFAM ist ein Forschungs-Praxis-Projekt, das an zwei Standorten, der Universität zu Köln und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, angesiedelt ist. Ziel des Projekts ist die Prävention von Gewalt in der familiären Pflege alter Menschen. Das Projekt wird finanziert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und läuft von Dezember 2009 bis Dezember 2012.

Die informelle Pflege durch Familienangehörige, Freunde und Nachbarn ist für die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in Deutschland unverzichtbar. Angehörige versorgen etwa 70 Prozent aller zu Hause lebenden Pflegebedürftigen alleine und ohne Unterstützung professioneller Pflegedienste und einen Teil der übrigen 30 % mit Unterstützung der ambulanten Pflege. Sie bilden damit eine unverzichtbare Säule der Pflege. Nicht zuletzt dies dürfte ein Grund dafür sein, dass die Schattenseiten häuslicher Pflege ein Tabuthema sind und in der öffentlichen Diskussion selten thematisiert werden.

Schattenseiten sind vor allem die physischen und psychischen Belastungen, die sich für pflegende Angehörige aus lange andauernden Pflegesituationen sowie der Pflege psychisch veränderter Menschen ergeben, und ihre Folgen sowohl für die Pflegenden als auch für die Pflegebedürftigen. Eine mögliche Folge sind Aggression, Gewalt und Vernachlässigung gegenüber den Pflegebedürftigen. Genaue Zahlen dazu, wie viele Pflegebedürftige von Gewalt in familiären Pflegesituationen betroffen sind, existieren nicht. Dies liegt einerseits daran, dass die Gruppe hochaltriger, häufig immobiler und auf Pflege angewiesener Menschen nur schwer zu erreichen ist, andererseits auch daran, dass die Betroffenen aus verschiedenen Gründen wie Scham, Abhängigkeit etc. nicht über Gewalterfahrungen sprechen (vgl. Görgen, T (2009): „Sicherer Hafen oder gefahrvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen“, S. 44). Darüber hinaus wird der Begriff nicht einheitlich verwendet, sondern in verschiedenen Studien jeweils in unterschiedliche Formen unterteilt. Die WHO beispielsweise benennt physische, psychische und sexuelle Gewalt, Vernachlässigung als Form der passiven Gewalt sowie finanzielle Ausbeutung (WHO (2008): A Global Response to Elder Abuse and Neglect. Im Internet: www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf). Im Projekt PURFAM wurden zusätzlich unangemessene freiheitsentziehende Maßnahmen als eigene Form der Gewalt einbezogen. Aus diesem Blickwinkel beginnt Gewalt bereits bei seelischer Misshandlung wie Verspotten, Herabwürdigen und Anschreien, und nicht erst bei körperlichen Formen wie Schlagen und Stoßen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass pflegebedürftige alte Menschen nicht selten Opfer von Gewalt in familiären Pflegebeziehungen werden. Das Forschungsprojekt „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen“ (PURFAM) hat es sich zum Ziel gesetzt, Möglichkeiten der Gewaltprävention in der familiären Pflege zu entwickeln und in der Praxis zu implementieren.

Ambulante Pflegedienste, die einen Teil der Pflege übernehmen oder im Rahmen der Beratungsbesuche nach § 37 (3) SGB XI Zugang erhalten, sind (neben Hausärzten) häufig die einzigen Außenstehenden, die einen Einblick in prekäre Pflegesituationen bekommen. Bisher existieren aber weder Standards noch Handlungsleitlinien für Pflegedienste zum Umgang mit von Gewalt bedrohten familiären Pflegesituationen.

Hier setzt das Projekt PURFAM an.

Nachdem zunächst eine nationale und internationale Literaturrecherche durchgeführt und Beispiele guter Praxis identifiziert wurden, haben die Projekt-Mitarbeiterinnen zahlreiche Interviews mit Experten aus Forschung und Praxis geführt, um zu ermitteln, welcher Handlungsbedarf besteht und welche Lösungswege als erfolgversprechend angesehen werden.

Ein Ergebnis dieser Recherchen war die Entwicklung eines Assessments, mit dessen Hilfe von Gewalt bedrohte familiäre Pflegesituationen frühzeitig identifiziert und dokumentiert sowie Interventionsmöglichkeiten entwickelt werden können.

Um das Assessment auf seine Praxistauglichkeit hin zu überprüfen und es in die Praxis einzuführen, wurde eine Fortbildung für Mitarbeiter aus ambulanten Pflegediensten konzipiert, in einer Pilotphase erprobt und dann von den beiden Projektstandorten aus durchgeführt. Insgesamt konnten im Zeitraum von Juni 2011 – Mai 2012 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von mehr als 150 Pflegediensten aus sieben Bundesländern auf diese Weise geschult werden. Die von PURFAM angebotenen Fortbildungen umfassten drei Bausteine:

1.) eine 1 ½-stündige Informationsveranstaltung, die sich an Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen richtete, die über das Assessment und die Inhalte des Fortbildungstags informiert werden sollten,

2.) einen 8-stündigen Fortbildungstag für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Pflege und Qualitätsmanagement und

3.) eine begleitete Fallbesprechung für das ganze Team.

Alle Bausteine der Fortbildung wurden kostenlos angeboten und auf Anfrage auch Inhouse durchgeführt. Zentraler Baustein der Fortbildung war der Fortbildungstag. Hier ging es nicht alleine um die Einführung in die Arbeit mit dem Assessment. Ziel dieses Tages war es darüber hinaus, die teilnehmenden Pflegekräfte für das Thema Gewalt zu sensibilisieren und ihre Kompetenzen im Umgang mit und zur Prävention von gewaltgefährdeten Situationen grundsätzlich zu stärken. Wichtige Elemente waren deshalb die Einbeziehung der Praxiserfahrungen der Schulungsteilnehmer und die praktische Arbeit an einem exemplarischen Fall, die sich durch den ganzen Tag zog.

Der Umgang mit Gewalt in der familiären Pflege wirft immer auch rechtliche Fragen auf: Wie lange darf ich abwarten? Wann muss ich handeln? Wo bin ich durch die Schweigepflicht gebunden? Deshalb enthielt die Fortbildung ein zusätzliches Modul zu den rechtlichen Aspekten des Themas.

Das PURFAM-Assessment besteht aus drei Instrumenten:

1) Der Fragebogen zur Angehörigenbelastung **BIZA-D-PV / PURFAM** basiert auf einem wissenschaftlichen Messinstrument, das im Vorgängerprojekt LEANDER (Zank S, Schacke C, Leipold B (2006): Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung –Demenz (BIZA-D). Zeitschrift für Klin Psychol Psychiatr Psychother 35(4):296-305) entwickelt worden ist. Der Fragebogen erfasst die subjektive Belastung pflegender Angehöriger in unterschiedlichen Dimensionen. Dabei geht es um die Belastung durch persönliche Einschränkungen, die Belastung durch fehlende soziale Unterstützung, aber auch um die Frage, inwieweit der Pflegende seine Situation akzeptiert und sich damit abgefunden hat. Zwei Bereiche beziehen sich speziell auf die Belastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Der Fragebogen liefert Hinweise auf den Grad der Belastung des pflegenden Angehörigen, kann aber auch dafür genutzt werden, passgenaue Entlastungsmöglichkeiten anzubieten.

2) Die **PURFAM Checkliste: Pflegekraft** ist dazu gedacht, die Beobachtungen, die Pflegekräfte in Pflegehaushalten machen und die bei Ihnen einen Verdacht auf stattfindende Gewalt auslösen, zu objektivieren und zu dokumentieren. Er ist in verschiedene Bereiche unterteilt, in denen Indikatoren sowie konkrete auf Gewalt hindeutende Beobachtungen festgehalten werden können. Das Vorhandensein einschlägiger Anzeichen lässt allerdings in der Regel ebenso wenig wie einzelne Beobachtungen einen eindeutigen Rückschluss auf das tatsächliche Stattfinden von Gewalt zu. Deshalb wird bei der PURFAM Checkliste: Pflegekraft bewusst auf eine Bewertung der gemachten Beobachtungen verzichtet.

3) Die Auswertung erfolgt in einem zweiten Schritt in einer Fall- oder Teambesprechung, die mithilfe der **PURFAM Checkliste: Team** strukturiert werden kann. Die Entscheidung, ob es sich im jeweiligen Fall um Gewalt handelt und ob und in welcher Weise der Pflegedienst intervenieren sollte, wird vom Team gemeinsam getroffen.
Das Vorgehen bei Verdacht auf Gewalt in der familiären Pflege ist in einen standardisierten Handlungsablauf eingebunden, der in Form eines Flussdiagramms nachvollziehbar wird.

In der PURFAM-Fortbildung wurde die Verwendung der Checklisten praktisch eingeübt und zum Abschluss ein Rollenspiel durchgeführt, in dem eine Pflegedienstleitung das Interventionsgespräch mit einem überforderten Angehörigen führte. Die Rückmeldungen der Teilnehmer des Fortbildungstages waren fast durchgehend positiv. Insbesondere die Checklisten wurden als praxisnah und gut einsetzbar bewertet.

Der dritte, optionale Fortbildungsbaustein, eine begleitete Fallbesprechung, sollte dazu dienen, die Verwendung der Checklisten und das strukturierte Vorgehen zusammen mit dem gesamten Team anhand eines aktuellen Falles einzuüben. Erstaunlicherweise wurde dieses Angebot von den Pflegediensten nur sporadisch in Anspruch genommen.
In der letzten Phase des Projekts, die noch bis Ende 2012 dauert, wird ein Handbuch erstellt, das neben einem Überblick zur Thematik „Gewalt in der familiären Pflege“ eine praktische Anleitung zum Einsatz des PURFAM-Assessments sowie alle zugehörigen Dokumente enthält.

Das Handbuch mit dem Titel „Gewalt in der familialen Pflege“ erscheint voraussichtlich im Frühjahr 2013 beim Kohlhammer-Verlag.

Susanna Saxl, Prof. Dr. Claudia Schacke, Prof. Dr. Susanne Zank

Informationen zum Projekt PURFAM finden Sie auch im Internet unter
www.khsb-berlin.de/forschung/aktuelle-projekte/purfam/

Schwerstbehindert - und doch geborgen mit Hilfe der Stiftung Leben pur

Die Stiftung Leben pur, 2005 vom Landesverband Bayern für körper- und mehrfachbehinderte Menschen ins Leben gerufen, vertritt die Anliegen von Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen. Ziel ihres Wirkens ist die Verbesserung der Lebensqualität von betroffenen Menschen und ihre stärkere Teilhabe an der Gesellschaft.

Unter dem Dach der Stiftung, die bundesweit mit Schwerpunkt in Süddeutschland agiert, arbeitet ein Wissenschafts- und Kompetenzzentrum. Durch Wissenstransfer, Vernetzung und Austausch sollen neue und bessere Lösungen für Alltagsprobleme von Menschen mit sehr schweren und mehrfachen Behinderungen gefunden werden. Im Zentrum der Arbeit stehen Alltagsbelange wie Fragen der Pflege, der Ernährung, des Schlafs und der Kommunikation. Dazu werden auf Tagungen, bei Gesprächskreisen und Seminaren aktuelle Forschungsergebnisse mit dem Erfahrungswissen betroffener Menschen und den Erkenntnissen von Fachkräften zusammengeführt, wissenschaftliche Arbeiten und Kampagnen initiiert. Schulungen und Workshops für Fachkräfte, Betreuer, Angehörige und betroffene Menschen vertiefen die Erkenntnisse und vermitteln praxisorientierte Lösungen.

Die Stiftung hat eine Online-Beratung etabliert, bei der Eltern und Angehörige von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen von Experten kostenlose und vertrauliche Hilfe erhalten. Sie bekommen Auskunft über Themen wie die pädagogische Förderung, Ernährung, Nahrungsaufnahme, Pflege, Schlaf, Schmerz- und Palliativmedizin und psychologische Hilfen. Betroffene, Angehörige, Betreuer und Fachkräfte erhalten über die Stiftung eine Plattform, um ihre Erfahrungen auszutauschen sowie Informationen zu allen Bereichen des täglichen Lebens mit einer Schwerstbehinderung zu erhalten. Um größtmögliche Effizienz in der Arbeit und im Wissenstransfer zu sichern, bearbeitet die Stiftung jährlich ein Schwerpunktthema:

2005/6 Ernährung
2007 Was bedeutet die Nacht für Menschen mit schwersten Behinderungen?
2008 Schmerz und Schmerzbewältigung
2009 Kommunikation
2010 Liebe, Nähe und Sexualität
2011 Wohnen und Freizeit
2012 Bildung und Arbeit

Im kommenden Jahr ist das Thema „Leben bis zuletzt. Sterben, Tod und Trauer bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit komplexen Behinderungen“ geplant. Höhepunkt der Arbeit der Stiftung ist eine jährliche interdisziplinäre Fachtagung mit einer Vielzahl von Vorträgen und Workshops, zu der rund vier- bis fünfhundert Teilnehmer kommen.

Die nächsten Jahrestagungen sind am **1./2. März 2013** in Hamburg und am **15./16. März 2013** in München zum „Leben bis zuletzt“. Seit 2006 vergibt die Stiftung Leben pur jährlich einen Förderpreis und einen Innovationspreis, mit denen herausragende wissenschaftliche Arbeiten oder innovative Konzepte aus der Praxis zu den jeweiligen Jahresthemen prämiert werden. Einsendeschluss ist der 30. November 2012.

Durch kontinuierliche PR-Arbeit wird die (Fach-) Öffentlichkeit auf das Thema schwerste Behinderung aufmerksam gemacht und für die Belange betroffener Menschen sensibilisiert. Für die Stiftung Leben pur engagieren sich viele Prominente, so Schirmherrin Dr. Ursula von der Leyen (Bundesfamilienministerin für Arbeit und Soziales), Alois Glück (ehem. Präsident des Bayerischen Landtages, Jörg Pilawa (Moderator), Christian Thielemann (Generalmusikdirektor der Münchner Philharmoniker), Simone Solga (Politkabarettistin) sowie Corinna Beilharz (Schauspielerin). Auch über Auszeichnungen macht Leben pur auf sich aufmerksam. So wurde sie „Ausgewählter Ort im Land der Ideen 2008“ und ist Teil der Veranstaltungsreihe "365 Orte im Land der Ideen". 2008 war sie Benefizpartner beim Sommerempfang des bayerischen Landtagspräsidenten, und erst kürzlich wurde sie für den Springer Medizin CharityAward 2012 nominiert. Es lohnt sich, immer wieder die Website zu besuchen.
Dort werden übrigens die gesamten Tagungen, neben einer Buchveröffentlichung, umfassend dokumentiert.

Fotos: ***Nanni Schiffl-Deiler,*** *Projekt „total normal“*

Ansprechpartnerin:
Dr. Nicola Maier-Michalitsch
Vorsitzende des Stiftungsvorstands
Adamstraße 5
80636 München
Tel. 089 / 357 481-14
Email: michalitsch@stiftung-leben-pur.de
www.stiftung-leben-pur.de
www.land-der-ideen.de

Medizinische Assistenzberufe in der DGP

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die Förderung der Wissenschaft, Forschung und Lehre, der Fort- und Weiterbildung, Prävention, Krankenversorgung und Rehabilitation im Bereich der gesamten Pneumologie, einschließlich der Intensivmedizin mit Schwerpunkt Beatmungsmedizin stehen im Vordergrund ihrer Tätigkeit. Sie veröffentlicht Empfehlungen, Leitlinien und Positionspapiere zu den verschiedensten Themen auf dem Gebiet der Pneumologie. Auch Pflege und Therapie haben inzwischen Eingang in die die DGP gefunden und sind in einer eigenen Sektion vertreten. „Gepflegt durchatmen" führte ein Gespräch mit Janine Wagner, Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie, Atmungstherapeutin (DGP) auf der interdisziplinär-internistischen Intensivstation der medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie, welche zeitgleich Herzstück des zertifizierten Weaningzentrums (DGP) am Campus Mitte der Charité Berlin ist.

GD: Frau Wagner, Sie sind nun die dritte Sprecherin der Sektion 15 in der DGP. Wie lange gibt es in dieser Fachgesellschaft, in der sich ursprünglich nur Fachwissenschaftler und Ärzte zusammengeschlossen hatten, auch eine Vertretung der „Medizinischen Assistenzberufe", also eine Sektion 15?

Wagner: Seit nunmehr sechs Jahren. Die Gründung im Jahre 2006 ging einher mit der vorherigen Entwicklung des Berufsbildes des „Atmungstherapeuten" (Respiratory Therapist) durch Vertreter der DGP, allen voran Fr. Dr. Ortrud Karg. Bereits vor der Gründung der Sektion 15 waren Angehörige der sogenannten medizinischen Assistenzberufe sehr aktiv innerhalb der DGP, und da wir gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen den Hauptteil des therapeutischen Teams beim Patienten bilden, lag es nahe, uns auch innerhalb der Fachgesellschaft zu organisieren und positionieren. Die wichtigsten Ziele der Sektion sind das aktive Mitwirken an der Optimierung und Standardisierung der Therapie pneumologisch erkrankter Patienten durch unsere umfangreiche pflegerische und therapeutische Erfahrung. Die Überwindung typischer Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Berufsgruppen, nicht nur zwischen Ärzten und Pflegenden, sondern auch der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Sektion medizinische Assistenzberufe, soll zu einer verbesserten Zusammenarbeit, und daraus resultierend, zu einer verbesserten Patientenversorgung führen. Und da sind wir mittlerweile auf einem sehr guten Weg!

GD: Welche Aufgaben haben Sie als Sprecherin der Sektion?

Wagner: Hauptsächlich natürlich die Organisation, Strukturierung und Wahrung der Aufgaben der Sektion, wie zum Beispiel die Mitgestaltung des Programms der jährlichen Kongresse und Tagungen, die Mitarbeit an Leitlinien, und die aktive Mitgestaltung der wissenschaftlichen Entwicklung der Fachgesellschaft. Der Sektionssprecher und sein Stellvertreter sind Teil des wissenschaftlichen Beirates der DGP, beide übernehmen für maximal 4 Jahre ihr Amt. Die Sektion 15 arbeitet u.a. mit an der S2-Leitlinie zur prolongierten Respiratorentwöhnung und wirkt ebenfalls mit bei Kongressen anderer Fachgesellschaften, wie beispielsweise der DIGAB, DGIIN, DIVI sowie diversen Pflegefach- und Physiotherapietagungen. Am 4. November 2010 wurde darüber hinaus die AG Atmungstherapeuten gegründet, die sich u.a. mit der strukturellen und inhaltlichen Weiterentwicklung des Berufsbildes „Atmungstherapeut" beschäftigt und z.B. auch Refresherkurse für Atmungstherapeuten veranstaltet.

GD: Wie oft treffen Sie sich?

Wagner: Da wir alle mitten im Berufsleben stehen, treffen wir uns meist begleitend zu den großen Jahreskongressen, an denen wir ohnehin teilnehmen, also den Kongressen der DGP und DIGAB. Zusätzlich veranstalten wir seit 2007 gemeinsam mit der Sektion 5 (Intensiv- und Beatmungsmedizin) eine jährliche Herbsttagung.

GD: Wie viele Mitglieder hat Ihre Sektion?

Wagner: Derzeit rund 140 Mitglieder. Es ist erfreulich, dass immer mehr Angehörige der medizinischen Assistenzberufe die Mitgliedschaft beantragen. Die Atmungstherapeuten bilden derzeit die größte Berufsgruppe in der Sektion 15. Viele können aufgrund ihrer beruflichen Auslastung nicht immer an den Sitzungen teilnehmen, sie erhalten aber natürlich dennoch alle wichtigen Informationen. Die DGP hat seit einiger Zeit ein eigenes Forum für Mitglieder, um die Kommunikation innerhalb der einzelnen Sektionen zu fördern. Es ist jetzt auch möglich, dass mehrere Sektionsmitglieder gleichzeitig miteinander zu fachlichen Themen diskutieren, sich besprechen, Fragen stellen und Antworten erhalten.

GD: Wie ist die Kooperation mit den Wissenschaftlern und Ärzten in der DGP?

Wagner: Die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen Medizinern und medizinischen Assistenzberufen ist nach meinen Erfahrungen sehr gut und mittlerweile überwiegend auf Augenhöhe. Wir fühlen uns überaus ernst genommen und wertgeschätzt. Eine besonders enge Bindung besteht u.a. zu den Sektionen Intensiv- und Beatmungsmedizin, Prävention und Rehabilitation wie auch Pathophysiologie und Aerosolmedizin.

GD: Die außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege ist ein noch sehr junger Fachbegriff. Können Sie ihn für unsere Leser näher erläutern?

Wagner: Ich bin sehr froh, dass sich der Begriff „außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege" durchgesetzt hat. Denn in der Praxis erlebe ich immer wieder, welch negativen Beigeschmack der Begriff „Heimbeatmung" und „Beatmungspflegeheim" oft hat. Man sieht es den Menschen sofort an, dass die Vorstellung, in ein „Pflegeheim" zu kommen, schockt. „Außerklinische Pflege" klingt sehr viel klarer und beinhaltet viele Optionen: außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege – also außerhalb der Intensivstation einer Klinik - kann zu Hause in den eigenen vier Wänden in gewohnter Umgebung, in einer Wohngemeinschaft, einer kleinen Einrichtung mit vielleicht nur 10 Klienten, und – neben all diesen Angeboten – auch die Pflege in einer größeren Einrichtung bedeuten. Die Möglichkeiten werden zum Glück immer vielfältiger.

GD: Wie gut ist Ihrer Meinung nach die breite Öffentlichkeit über die „außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege" informiert?

Wagner: Es ist erstaunlich, ja manchmal erschreckend, wie unbekannt die Inhalte teilweise immer noch sind. Selbst bei einigen Kostenträgern muss den Sachbearbeitern oft noch erläutert werden, was die Probleme beatmungspflichtiger Menschen sind. Die Kostenträger können daher nicht immer nachvollziehen, was unsere Patienten tatsächlich brauchen. Dies liegt einesteils daran, dass beatmungspflichtige Menschen nur eine sehr kleine Gruppe in unserer Gesellschaft sind, andererseits auch daran, dass man als gesunder Mensch gerne wegschaut. Man setzt sich mit dem Thema erst auseinander, wenn jemand in der näheren Umgebung oder eine bekannte Persönlichkeit betroffen ist. Es ist deshalb wichtig, den Betroffenen, so oft es geht, die Möglichkeit zu geben, über ihr Leben und darüber zu berichten, wie viel Lebensqualität auch mit Beatmung vielfach noch vorhanden ist. Dies wird ja zum Glück bei Kongressen der DIGAB oder beim MAIK immer wieder von Betroffenen selbst verdeutlicht.

GD: Gilt dies aus Ihrer Sicht der Atmungstherapeutin auch für hochaltrige Menschen?

Wagner: Die Anzahl der Menschen, die beatmet werden, steigt unaufhaltsam an. Immer mehr ältere, multimorbide Menschen können nach großen chirurgischen Eingriffen oder einer schweren gesundheitlichen Krise wie Herzinfarkt, Pneumonie und Sepsis nicht von der Beatmungsmaschine entwöhnt werden. Diese Menschen haben natürlich ein Recht auf Lebensqualität, und diese definiert jeder Mensch für sich ganz allein.

Durch die Gründung des Kompetenznetzwerks pneumologischer Weaningzentren „Wean-Net“ unter Schirmherrschaft der DGP und die Zertifizierung der daran teilnehmenden Zentren wurde ein weiterer wichtiger Schritt zur Qualitätssteigerung der Versorgung beatmeter Patienten getan. Die zertifizierten Weaningzentren stellen sicher, dass alle Möglichkeiten zur Beatmungsentwöhnung ausgeschöpft wurden und der Patient, wenn eine weitere Beatmungstherapie erforderlich ist, diese in seinem Verständnis von Lebensqualität erhält.

GD: Sehen die Weaningzentren nicht oft aus wie eine Klinikabteilung?

Wagner: Alle Weaningzentren sind natürlich Krankenhäuser und Kliniken, d.h. der teilweise unangenehme „Charme“ eines Krankenhausgemäuers lässt sich nicht immer vermeiden. Die Psyche spielt bei den Patienten, deren Krankenhausaufenthalt manchmal bereits seit mehreren Monaten andauert aber natürlich eine ganz große Rolle! Die spezialisierten Weaningeinheiten der Weaningzentren haben sich diesen Anforderungen bereits gestellt. Technisch auf dem Niveau einer Intensivstation, entspricht das Umfeld einer Weaningeinheit aber viel eher dem einer Rehabilitationsklinik. Patienten im prolongierten Weaning fühlen sich Umfragen zufolge daher in den spezialisierten Weaningeinheiten deutlich wohler als auf einer typischen Intensivstation. Diese Verbesserung des psychischen Wohlbefindens trägt neben der fachlichen Kompetenz natürlich entscheidend zur erfolgreichen Arbeit der Weaningzentren bei.
Dass es inzwischen das Berufsbild des Atmungstherapeuten gibt und dass das Ansehen der medizinischen Assistenzberufe mehr und mehr steigt halte ich für einen großen Fortschritt. Die nicht ärztlichen Berufsgruppen werden bei zunehmender Professionalisierung immer mehr an Bedeutung gewinnen. Dafür ein Bewusstsein zu schaffen, sehe ich als eine meiner Aufgaben als Sprecherin der Sektion medizinische Assistenzberufe.

GD: Frau Wagner, wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

Für spezielle patientengerechte Informationen aus dem Bereich der Lungenheilkunde sind die beiden Patientenvereinigungen der DGP, die Deutsche Atemwegsliga e.V. und die Deutsche Lungenstiftung e.V. die richtigen Ansprechpartner.
Informationen zur Weiterbildung
zum Atmungstherapeuten (DGP) finden Sie ebenfalls auf der Homepage der DGP www.pneumologie.de

Wer Informationen über Lungenerkrankungen sucht oder sich mit einer Selbsthilfegruppe verlinken möchte, wende sich an:

Geschäftsstelle der DGP
Postfach 12 37
59355 Werne
Tel. 02389 / 52 75-27
Fax 02389 / 52 75-22
E-Mail: info@pneumologie.de
www.pneumologie.de

Janine Wagner, *Sprecherin der Sektion 15 - Medizinische Assistenzberufe - Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DPG) e.V.*

Als in den USA börsennotiertes Unternehmen (Hersteller) sind wir weltweit führend im Bereich der Diagnose und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (SBAS) und der nichtinvasiven/invasiven Beatmung tätig. Gegründet im Jahr 1989 sind heute mehrere tausend Mitarbeiter in über 35 Ländern beschäftigt. Zum weiteren Ausbau unseres Patientenservices im Außendienst suchen wir in Vollzeit:

Krankenpfleger (m/w) im Außendienst

bundesweit

Ihre Aufgaben:

- Einweisung in die Bedienung der Beatmungs- und Schlaftherapiegeräte im häuslichen und klinischen Bereich.
- Überleitung von Beatmungspatienten von der Klinik nach Hause, in das Pflegeheim oder die Reha-Einrichtung während der Therapie.
- Regelmäßige Therapiebetreuung vor Ort und Übernahme von Maskenanpassungen.
- Inhaltliche Beratung der Kunden zu produktbezogenen Fragestellungen.
- Instandhaltung und Wartung an medizinischen Geräten.
- Teilnahme am 24 Stunden Notdienst.
- Verkauf von therapiebegleitenden Produkten.

Ihr Profil:

- Examinierte/-r Krankenschwester/-pfleger, idealerweise Intensivpfleger/-in.
- Relevante Berufserfahrung in der Beatmungsmedizin.
- Eigenverantwortliches, dienstleistungsorientiertes, selbstständiges und fachkompetentes Arbeiten.
- Eine belastbare, teamfähige und kommunikative Persönlichkeit, die auf inhaltliche und zeitliche Kundenbedürfnisse eingehen kann.

Wir bieten Ihnen:

- Eine sehr interessante, abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit in einem innovativen und zukunftsorientierten Unternehmen.
- Einen sicheren Arbeitsplatz mit Gestaltungsspielraum.
- Eine praxisbezogene Einarbeitung mit Unterstützung eines internen Schulungscenters.
- Eine leistungsgerechte Bezahlung und Dienstwagen, auch zur privaten Nutzung sowie attraktive Sozialleistungen.

Fühlen Sie sich von einer leistungsorientierten Unternehmenskultur angesprochen, in der Teamgeist und Kreativität hoch geschätzt werden? Dann senden Sie uns Ihre aussagekräftigen Unterlagen mit Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins und Ihres Gehaltswunsches bitte bevorzugt online an **bewerbungen@resmed.de**.

RESMED

ResMed, z. H. Julia Zeininger
Fraunhofer Str. 16, 82152 Martinsried
Tel.: +49 (0) 89 / 99 01-1656, E-Mail: bewerbungen@resmed.de

Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Augsburg

Mit einer Feier und einem Klientensommerfest eröffnete am 5. Juli 2012 in Augsburg-Pfersee die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH eine Wohngemeinschaft. Jenseits aller rechtlichen, baulichen, hygienischen, technischen und pflegerischen Herausforderungen, die der Eröffnung einer WG vorausgehen und die als Schwerpunktthema beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® in Referaten und bei der Podiumsdiskussion thematisiert werden, ist es bemerkenswert, wie positiv diese alternative Wohnform in Land und Kommune aufgenommen wird. Noch vor wenigen Jahren war es unvorstellbar, dass das WG-Konzept so erfolgreich werden würde!

Melanie Huml, *MdL*
Bayerische Staatssekretärin für Umwelt und Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren,
mit einem Tag der offenen Tür und einem Sommerfest feiert die neue Wohngemeinschaft für beatmete Menschen in Augsburg - Pfersee heute ihre Eröffnung. Zu diesem schönen Ereignis gratuliere ich ganz herzlich.

Die neu gebaute, barrierefreie Wohnung für Menschen mit Behinderung bietet sechs großzügige Zimmer, eine hervorragende Infrastruktur und Verkehrsanbindung. Damit haben Mieter, Angehörige und Freunde ideale Bedingungen für gemeinsame Treffen und Unternehmungen.

Mehr Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben stehen auch im Mittelpunkt der bayerischen Behindertenpolitik. Wir wollen, dass die Menschen mit Behinderung selbstverständlich mittendrin und dabei sind, am Arbeitsplatz, im Restaurant, bei Veranstaltungen, eben überall, wo sich das Leben abspielt. Das Leben in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft wird diesem Anspruch in besonderem Maße gerecht.

Befragungen bestätigen, dass Menschen mit Behinderung nicht-institutionellen Wohnformen eindeutig den Vorzug geben. Neue Wohnformen, wie die Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Augsburg, sind hier eine echte Alternative. Jeder Bewohner schließt eigene, separate Verträge über Wohnraum sowie Dienstleistungen ab und bringt sich als Teil des „Gremiums für Selbstbestimmung“ aktiv in das Zusammenleben ein. Auch der Gesetzgeber räumt dem Wohnen in der eigenen Wohnung gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Vorrang ein. Anders als im Heim lassen sich in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft Bedingungen schaffen, unter denen eine weitgehend selbstbestimmte Lebensführung möglich ist.

Das Gefühl zuhause zu sein, ist für das Wohlbefinden jedes Menschen entscheidend. Umso schöner, wenn dies auch unter besonderen Voraussetzungen gegeben werden kann. Ich danke allen, die zur Realisierung der Wohngemeinschaft in Augsburg beigetragen haben und wünsche den Bewohnern alles Gute in ihrem neuen Zuhause.

Melanie Huml MdL
Bayerische Staatssekretärin für Umwelt und Gesundheit

Dr. Christian Ruck, *Mitglied des Deutschen Bundestages*

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

beatmete Menschen, die im Krankenhaus auf der Intensivstation untergebracht sind, werden in ihrer Eigenständigkeit und Freiheit sehr eingeschränkt. Unabhängig und für sich sein sowie seinen Gefühlen auch mal freien Lauf lassen zu können, ist in einer solchen Umgebung schwierig. Man wird daran gehindert, im eigenen Wohnumfeld weiter zu leben, den eigenen Alltag mit Familie, Freunden und Bekannten zu verbringen. Aber gerade das Leben in einer heimischen Umgebung, zusammen mit der Sicherheit einer professionellen Versorgung – trotz der veränderten Lebensbedingungen – ist für das Menschsein und Wohlbefinden sehr wichtig.

Durch solche Wohngemeinschaften, wie diese hier in Augsburg, wird ein sehr wichtiger Beitrag geleistet, das Leben der beatmeten Menschen zu verbessern und angenehmer zu gestalten. Ich möchte den Menschen, die dies ermöglicht haben und der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH meinen herzlichsten Dank aussprechen. Danke, dass Sie es ermöglichen, ein ausgewogenes Verhältnis zu schaffen, das auf der einen Seite von professioneller Pflege, sowie auf der anderen Seite von Eigenständigkeit und Privatsphäre geprägt ist.

Ihr

Dr. Christian Ruck
Mitglied des Deutschen Bundestages

Auch **Beate Merk** MdL, Bayerische Staatsministerin der Justiz und für Verbraucherschutz, **Franz Josef Pschierer,** Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium der Finanzen und **Heinz Paula** MdB begrüßten die WG-Eröffnung. Über den herzlichen Empfang in der Stadt Augsburg **berichten wir in dieser Ausgabe auf Seite 11.**

Die MAIK-Industrieausstellung - eine Plattform für Kreativität und Innovation

MAIK

Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

Editorial

In diesem MAIK-Special präsentieren sich Aussteller auf dem MAIK. Aufgenommen haben wir auch einige MAIK-Themen wie Inklusion, Sozialrecht, Hygiene, Best Practice und Überleitung. Wir freuen uns über den großen Zuspruch, den unser nunmehr 5. MAIK erfährt. Ein besonderer Dank gilt dem Schirmherrn des MAIK, Dr. Marcel Huber, Staatsminister für Umwelt und Gesundheit, Hubert Hüppe, dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Christian Ude, Münchens Oberbürgermeister, Ottmar Miles-Paul, Landesbeauftragter für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz, Dr. phil. Franz-Joseph Huainigg, Abg. z.NR., Sprecher für Menschen mit Behinderung im ÖVP-Klub und Hans-Ulrich Pfaffmann MdL, Sozialpolitischer Sprecher der SPD-Fraktion. Wir wünschen zwei spannende Kongresstage! Versäumen Sie nicht die Podiumsdiskussion und das MAIK-QUIZ von Dr. Paul Diesener und Dr. Matthias Wiebel. Vor dem Get Together mit Schmankerln, Getränken und Musik werden wir den Preisträger des „MAIK" verkünden, mit dem wir ein Unternehmen der Medizintechnik für sein soziales Engagement auszeichnen. Danke allen Referenten aus nah und fern, dem Wissenschaftlichen Beirat, und allen Helfern von der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH® und der IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH®. Unser ganz besonderer Dank richtet sich an die Industrie, Aussteller und Sponsoren, die diesen MAIK möglich gemacht haben.

Jörg Brambring
Christoph Jaschke
Kongresspräsidenten des MAIK 2012

Grußwort zum MAIK 2012

Hubert Hüppe, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, fordert in seinem Grußwort dazu auf, beatmeten Menschen ein breites Spektrum an Wohnformen anzubieten, um wählen zu können, wie und wo sie selbstbestimmt leben möchten. Er wünscht allen Teilnehmern viele neue Erkenntnisse und gute Gespräche.

***Hubert Hüppe,** Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen*

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Glückwunsch zum fünfjährigen Jubiläum des „MAIK". Auch in diesem Jahr setzt der Münchner außerklinische Intensiv Kongress wieder deutschlandweit spürbare Impulse für die außerklinische Intensivversorgung. Außerklinische Intensivversorgung, insbesondere bei Beatmung, ist heute technisch und medizinisch möglich. Allerdings wird sie den Menschen teilweise immer noch verwehrt. Diese Menschen werden daran gehindert, in ihrem Wohnumfeld weiter zu leben, ihren Alltag mit Familie, Freunden und Bekannten zu verbringen. Beatmete Menschen müssen die Möglichkeit haben, neue Wohnformen zu wählen, wie etwa Wohngemeinschaften, und auch unabhängig von ihren Angehörigen zu leben. Stattdessen sind beatmete Menschen heute häufig auf Intensivstationen untergebracht, obwohl dies gar nicht nötig wäre. Oft müssen beatmete Menschen langfristig in Altenheimen leben.

Entscheidend ist deshalb, die Rahmenbedingungen für eine persönliche Assistenz bei häuslicher Beatmung zu schaffen. Zwei Dinge sind hier besonders wichtig: Eine ausreichende Kostentragung für eine notwendige Rund-um-die-Uhr-Assistenz und die richtige Schulung der Assistenten. Ambulante Möglichkeiten muss es genauso für Kinder mit Beatmung geben. Sie müssen die Möglichkeit haben, zusammen mit nicht behinderten Kindern Kindertagesstätten und Schulen zu besuchen. Schulen, Schulträger und die Länder sind hier gefordert. Nicht zuletzt die UN-Behindertenrechtskonvention, die in Deutschland seit Ende März 2009 gilt, enthält einen Anspruch auf die inklusive Beschulung.

Der diesjährige Münchner außerklinische Intensiv Kongress greift mit seinem umfassenden Programm einige dieser und weitere wichtige Punkte auf, wie etwa aktuelle sozialrechtliche Themen, Aspekte der Hilfsmittelversorgung und der Pflege. Ich bin mir ebenfalls sicher, dass der in diesem Jahr erstmals vergebene MAIK-Preis viele Unternehmen anregen wird, selbst Aktivitäten zu entfalten, die eine außerklinische Intensivpflege fördern.

Ich wünsche Ihnen viele neue Erkenntnisse und gute Gespräche auf dem diesjährigen Intensiv Kongress.

Ihr

Trauen wir uns was zu!

Dr. Franz-Joseph Huainigg. geb. 1966 in Paterneon/Österreich, lebt mit seiner Frau Judit Marte-Huainigg und seinen Kindern Katharina und Precious in Wien. Er ist an Armen und Beinen gelähmt, bewegt sich im Elektrorollstuhl fort und ist seit 2006 auf ein Beatmungsgerät angewiesen. Der Medienpädagoge und vielfache Kinderbuchautor ist seit 2002 Abgeordneter im österreichischen Parlament und Sprecher für Menschen mit Behinderung der ÖVP. 2012 wurde er von der österreichischen Gesellschaft für Pneumologie zum "Botschafter der gesunden Lunge" ernannt.

Es gibt in Österreich 1500 beatmete Menschen, die invasiv oder nicht invasiv beatmet sind, davon sind 500 Menschen heimbeatmet. Österreichs beatmete Menschen sind im Durchschnitt ein bis fünf Jahre beatmet, während in Holland die meisten langzeitbeatmeten Menschen leben, die mehr als elf Jahre beatmet werden. Es gibt in Österreich auch einzelne Personen, die schon über 20 Jahre mit einem Beatmungsgerät beatmet werden.
Weil sich viele Menschen gar nicht vorstellen können, wie der Alltag eines Menschen, der beatmet wird, abläuft, hat der Parlamentarier und Medienpädagoge Dr. Franz-Joseph Huainigg mit dem Handy einen Video-Essay über seinen Arbeitsalltag gedreht. In diesem Essay mit dem Titel „Trauen wir uns was zu!" schildert Dr. Huainigg seinen Alltag mit Beatmung. Im Text gibt es einige Links zu Videos (Youtube), in denen man den Alltag quasi direkt miterleben kann.
Er ist auch auf www.maik-online.org eingestellt.

Anlässlich der Eröffnung der Jahrestagung 2012 der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie in Salzburg wurde Dr. Huainigg als „Botschafter der gesunden Lunge" ausgezeichnet. Er wird beim MAIK Münchner ausserklinischer Intensiv Kongress® im Themenblock „Lebensqualität" am **26. Oktober 2012, 15.30 – 17.00 Uhr** über das Thema "Mitten im Leben mit langem Atem! Vom Kampf beatmeter Menschen für Inklusion, Chancengleichheit und Zukunftsperspektiven" referieren.
Dr. Huainigg ist auch Kinderbuchautor und Kabarettist. Oft schon hat er versucht, auf humorvolle Art und Weise die Menschen mit dem Thema Behinderung vertraut zu machen. Ziel seiner journalistischen, schriftstellerischen und politischen Aktivitäten ist es, die vielen Barrieren in den Köpfen der Menschen abzubauen und das Selbstbewusstsein von Menschen mit Behinderung zu stärken.
Hierzu erwartet die Teilnehmer des MAIK eine besondere Überraschung.

***Franz-Joseph Huainigg,** Dr. phil.*
Abg.z.NR., Sprecher für Menschen mit Behinderung im ÖVP Klub

www.franzhuainigg.at

Referent auf dem MAIK 2012

Anastasia Umrik zeigt beim MAIK ihr außergewöhnliches Fotoprojekt

Anastasia Umrik, am 9. Februar 1987 irgendwo in der ehemaligen UdSSR geboren, verbrachte dort ihre Kindheit auf einem kleinen Bauernhof in der Nähe von Makinsk. Sie wuchs, wie alle anderen Kinder in dieser Gegend, unter Tieren und in der Natur auf. So oder so ähnlich könnte der Beginn eines Kinderbuches sein. Wenn es da nicht, wie die junge Frau selbst berichtet, ein ABER gäbe ….

Schon bald wurde mir klar, dass ich anders als die Kinder im Dorf war: Ich konnte mich immer weniger selbstständig fortbewegen, bis ich schließlich nur noch in dem, von meinem Großvater selbstgemachten Sessel, sitzen konnte. Einen Rollstuhl hatte ich nicht – dafür fehlte sowohl das Geld, außerdem war mein Elternhaus nicht barrierefrei. Man dachte nicht an „solche Fälle“.

Ein paar Jahre später kam ein neuer Lebensabschnitt auf die Familie zu, der das ganze Leben von mir (damals war ich sieben Jahre alt) verändern sollte. Wir zogen als Spätaussiedler nach Deutschland, und es folgten für meine Familie etliche Behördengänge und für mich Operationen und Tests, bis schließlich die Diagnose ausgesprochen wurde: „Spinale Muskelatrophie. Ihre Tochter wird niemals wieder laufen können.“

Ich wurde auf eine sogenannte „Schule für Körperbehinderte“ geschickt. Ich sprach oft mit meinen damaligen Lehrern, dass ich gerne eine Regelschule besuchen würde und ich mich des öfteren im Unterricht langweile. Insbesondere in den Fächern Deutsch und Englisch wollte ich gerne mehr lernen. Man sagte mir: „Wer soll dir aus der Jacke helfen? Wer soll dir die Türen aufhalten? Dort sind keine netten Kinder wie hier, man wird dich vielleicht ärgern und auslachen. Willst du das?“ – Ich wollte nicht. Nicht immer war ich so selbstbewusst wie heute, ich hatte Angst, abgelehnt und nicht gemocht zu werden. Ich blieb. Dadurch war ich allerdings weiterhin unterfordert und habe meinen Hauptabschluss gemacht. Mit der Hoffnung, endlich nicht mehr gelangweilt zu sein, machte ich auch noch den Realschulabschluss und begann in einem der größten Versandhäuser Deutschlands meine Ausbildung zur Groß- und Außenhandelskauffrau. Die Langeweile blieb.

Das nächste Ziel war klar:
Abitur mit anschließendem Studium…

Heute wohne ich in meiner eigenen Wohnung und studiere „Soziale Arbeit“, unterstützt durch die persönliche Assistenz. Obwohl ich mein Leben als sehr „normal“ bezeichnen würde, ist mir dennoch wohl bewusst, dass behinderte Menschen in der Gesellschaft leider immer noch nicht als „normal“ angesehen werden. Viele wissen nicht, wie man mit ihnen umgehen soll, wie man sie ansprechen soll, was man sagen darf (und was nicht)… und deswegen lassen es die meisten.

Eines Nachts, als ich sehr krank war, kam mir DIE Idee: Aussagekräftige Bilder, mit Ironie und Tiefgang, die dennoch zum Lächeln anregen. Konzept und konkrete Ideen hatte ich noch keine… bloß das Ziel war klar: Neue Wege, neue Möglichkeiten, neue Blickwinkel schaffen. Vielleicht könnte man eine Brücke

zwischen den scheinbar unterschiedlichen Welten schaffen. So begann die kleine Erfolgsgeschichte von anderStark. Doch was ist „anderStark“ genau? In dem Fotoprojekt „anderStark“ stehen Frauen, die eine Muskelerkrankung haben, im Mittelpunkt. Sie werden in unterschiedlichen Lebenssituationen und Stimmungslagen fotografiert, so dass man einen Einblick in das Leben einer körperlich eingeschränkten Frau bekommt. Die Frauen werden in fünf Themengebieten fotografiert: Portrait, Lifestyle, Emotionales, Erotik/Akt und Provokantes. Mit diesen Fotos ist eine Ausstellung für Frühjahr 2013 geplant. Außerdem soll zusätzlich ein Buch gedruckt werden, in dem weitere Fotos zu sehen sind, ergänzt mit Texten über die Models, die unterschiedlichen Muskelerkrankungen und vieles mehr.

Ziel des Projekts ist es, der Öffentlichkeit zu zeigen, dass Frauen trotz ihrer starken Einschränkung im Leben stehen, keine Angst vor Herausforderungen haben und das Leben zu leben verstehen. Das Denken der Gesellschaft soll sich verändern, die Menschen müssen beginnen umzudenken, über den Tellerrand schauen können und dürfen. Die meisten Menschen haben wenig mit schönen und starken körperbehinderten Frauen zu tun, sie haben Ängste, Unsicherheiten und große Hemmschwellen. Mit diesem Projekt soll versucht werden, die negativen Emotionen abzubauen. Es gibt nichts zu verstecken, und das sollen alle erfahren.

Der Körper einer Muskelschwunderkrankten unterscheidet sich deutlich von einem gesunden Körper bzw. dem Schönheitsideal, das in der Gesellschaft verankert ist. Der Grad des Unterschiedes hängt davon ab, wie weit die Behinderung fortgeschritten ist. Durch die ständige Abnahme der Muskelmasse werden die Arme und Beine der Frauen dünn und schlaff, der Bauch durch die verkrümmte Wirbelsäule scheinbar dicker, außerdem gibt es nicht ausreichend Bauchmuskulatur, die die inneren Organe zusammenhalten kann. Durch die schiefe Körperhaltung verändert sich nicht nur der Körper, auch wird die Lunge eingequetscht, was häufig die Beatmung mit einer Beatmungsmaschine notwendig macht. Die geschwächten Atemorgane sowie die Tatsache, dass die Lunge mit den anderen Muskeln mit den Jahren an Kraft verliert, führt dazu, dass die Betroffenen eine deutlich geringere Lebenserwartung als gesunde Frauen haben. Die Models sind zwischen 11 und 50 Jahre alt und befinden sich in unterschiedlichen Stadien ihrer Behinderung. Einige der Frauen können noch selbstständig laufen, sich selbst pflegen und versorgen. Während es auch Frauen unter ihnen gibt, die vollständig auf fremde Hilfe angewiesen sind und deshalb ihren Alltag mit einer rund-um-die-Uhr-Assistenz gestalten müssen.

Da für das Projekt keinerlei finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, machen sowohl die Models als auch die Fotografen alle unentgeltlich mit. Sie sagen: „Für eine gute Idee sollte man kein Geld verlangen!“ und ich bin dankbar, dass es solche Menschen gibt. Die Entwicklung des Projektes kann man auf www.anderstark.de und www.facebook.com/anderstark mitverfolgen. In dem Blog kann man außerdem weitere Bilder sehen und einige Gedanken / Geschichten zu den jeweiligen Shootings lesen. Im Oktober erscheint der Bildband, ergänzt durch informative und interessante Texte. *Anastasia Umrik wird beim MAIK im Ausstellungsbereich persönlich anwesend sein. Bei ihr kann der Fotoband erworben werden. Bestellt werden kann er auch unter:* info@anderstark.de

Stand auf dem MAIK 2012

Ambulant betreute Wohngemeinschaften – eine sinnvolle Alternative?

Wohngemeinschaften schließen sie „Pilze“ aus dem Boden. Sie sind deshalb vieldiskutiertes Thema. Erschwerend kommt hinzu, dass jedes Bundesland sein eigenes Heimgesetz hat. So muss sich beispielsweise ein Pflegedienst, der Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung in mehreren Bundesländern eröffnen möchte, genau über diese geltenden, zum Teil sehr unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen informieren.

Die Teilnehmer des MAIK erhalten umfangreiche Informationen zum rechtlichen Aspekt der „Wohngemeinschaften“ in einem eigenen Themenblock am **27. Oktober 2012 von 9.00 – 10.30 Uhr.** Die Rechtsanwältin und Landesbeauftragte des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) für die Länder Berlin und Brandenburg, Frau Anja Hoffmann, hat als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats hierfür Dr. jur. Johannes Groß M. A., Fachanwalt für Sozialrecht und Familienrecht in Berlin, gewonnen. Er wird in seinem Vortrag „Update Heimgesetze“ die gesetzlichen Regelungen zu Wohngemeinschaften/betreuten Wohnformen in den Heimgesetzen in einzelnen Bundesländern vorstellen. Dazu gehören die Voraussetzungen und Kriterien, die für die Anerkennung einer Wohngemeinschaft erfüllt werden müssen, die er anhand aktueller Entscheidungen der Sozialgerichte aufbereiten wird. Über „Ambulant betreute Wohngemeinschaften in Verbindung zum Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) aus Sicht der FQA (Heimaufsicht)“ wird Richard Binzer, Dipl. Soz.Päd und Sozialamtmann der Stadt Augsburg Gesundheitsamt – Kreisverwaltungsbehörde Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA - früher Heimaufsicht) in diesem Themenblock referieren. Es ist genügend Zeit eingeplant, um den beiden Experten Fragen zu stellen.

Nach der Kaffeepause findet am **27. Oktober 2012 von 11.00 bis 12.30 Uhr** eine Podiumsdiskussion zum Thema **„Ambulant betreute Wohngemeinschaften“ - eine sinnvolle Alternative?** statt. Diese neue Wohnform soll dann aus dem Blickwinkel eines Pflegedienstes, eines Geräteproviders, eines Facharztes und einer Frau beleuchtet werden, die in einer Wohngemeinschaft lebt. Mit dabei sind auch zwei ausgewiesene Sozialrechtsexperten und ein Journalist, der eingehend über das Thema Wohngemeinschaften recherchiert hat.

Es diskutieren:

Snezana Conic, Geschäftsführerin der Fero Medik Intensivpflegedienst GmbH in München

Werner Fulle, Vertriebsleiter WKM Werkstatt für Körperbehinderten-Hilfsmittel, Orthopädie, Reha- und Medizintechnik GmbH in München

Dr. jur. Johannes Groß M. A., Fachanwalt für Sozialrecht und Familienrecht, Berlin

Anja Hoffmann LL.M.Eur., Rechtsanwältin, Landesbeauftragte bpa, Landesgeschäftsstelle Berlin-Brandenburg

Heiner Hoffmann, MDR

Diana Karina Schieskow

Dr. med. Matthias Wiebel, Thoraxklinik-Heidelberg

Moderiert wird die Diskussion, wie in den vergangenen Jahren, von **Detlef Friedrich,** dem Geschäftsführer der contec GmbH.

Detlef Friedrich, *Geschäftsführer der contec GmbH*

Moderator auf dem MAIK 2012

MAIK-QUIZ **Auflösung der Fragen aus Heft 17**

1. Die Tracheotomie...

A … erschwert die Atmung
B … zwingt zum flacheren Atmen
C … erhöht den intrinsic PEEP.
D … hat keinen Einfluss auf die Atemluftklimatisierung.

Auflösung Frage 1:

A Die Totraumverkleinerung der Tracheotomie und der verminderte intrinsic PEEP senken die Atemarbeit. Eine zu kleine, geblockte Kanüle kann die Atemarbeit allerdings erhöhen.
B **Richtig.** Sie verkürzt den Totraum. Da die Atemfrequenz nicht absinkt, muss das Zugvolumen sinken, um Hyperventilation zu vermeiden.
C Der natürliche Exspirationswiderstand durch Stimmapparat und Nasengänge wird durch die Tracheotomie überbrückt.
D Die Erwärmung und Anfeuchtung der Atemluft durch Nase und Rachen ist durch die Tracheotomie wirkungslos.

2. Notfallmanagement: Invasise Beatmung, geblockte Kanüle, keine Volumenanzeige mehr, Kanüle frei und kein Sekret abzusaugen. Welcher Haut-Befund hilft weiter?

A … Knirscht wie Schnee
B … Nass wie ein Pudel
C … Gemasert wie Marmor
D … Knallrot wie ein Gummiboot

Auflösung Frage 2:

A **Richtig.** Hautemphysem. Dringender Verdacht auf Spannungspneu
B Schweißnasse Haut: u.a. Schock, Fieberabfall, Delir. Kein Grund für Ventilations-Problem
C Marmorierte Haut: u.a. Schock, Volumenmangel. Kein Grund für Ventilations-Problem
D Erythem: u.a. Fieber, Sepsis, Anaphylaxie. Kein Grund für Ventilations-Problem.

3. M. Duchenne, invasive Beatmung, WS-Aufrichtung, post-OP hohe Leckage trotz Nachblockung. Welche Aussage ist falsch?

A ... An der Kanüle mit verstellbarem Flansch ist keine Markierung.
B ... Die Schlauchverbindungen wurden noch nicht geprüft
C ... Der CO2-Port am HME ist weg.
D ... Mit der OP hat es nichts zu tun.

Auflösung Frage 3:

A Falsch, denn die Aussage ist richtig. Die Kanüle kann in einen Bereich zurückgerutscht sein, in der die komplett gefüllte Blockung nicht mehr der Trachealwand anliegen kann.
B Falsch, denn die Aussage ist richtig. Leckagen im Schlauchsystem haben mit der Blockung nichts zu tun
C Falsch, denn die Aussage ist richtig. Wird der Port nach Diskonnektion der Messung nicht verschlossen, entsteht ein Leck.
D **Richtig.** Die Trachea wurde durch die OP zwischen Sternum und BWS so verformt, dass keine Blockung mehr abdichten kann.

Zur Anzeigeverpflichtung von Pflegediensten bei der ambulanten Versorgung von Bewohnern in Wohngemeinschaften

In den Landesheimgesetzen verschiedener Bundesländer sind – mit unterschiedlichen Voraussetzungen und in unterschiedlicher Ausgestaltung – Anzeigeverfahren bzw. Meldepflichten (z.B. in Berlin § 14 Abs. 1 WTG) für ambulante Pflegedienste enthalten. Danach sind Wohngemeinschaften der zuständigen Aufsichts- bzw. Ordnungsbehörde zu melden; zur Meldung sind in der Regel die Leistungserbringer verpflichtet, die in den Wohngemeinschaften die Bewohner(innen) pflegen und betreuen. Werden die vorgesehenen Anzeige- bzw. Meldepflichten vom Pflegedienst nicht beachtet, drohen Bußgelder, im schlimmsten Fall kann es zur Untersagung der Erbringung von ambulanten Leistungen in der Wohngemeinschaft kommen.

Für die Frage der Anzeigeverpflichtung gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde kommt es in den meisten Landesheimgesetzen u.a. auf die Abgrenzung einer selbstbestimmten von einer nicht selbstbestimmten Wohngemeinschaft an. Das Verwaltungsgericht Hannover (Urteil vom 21.09.2011, 11 A 913/10) und zuletzt das Verwaltungsgericht Oldenburg (Urteil vom 21.05.2012, 12 A 1136/11, zum Niedersächsischen HeimG) haben die (noch nicht rechtkräftige) Rechtsauffassung vertreten, dass eine selbstbestimmte Wohngemeinschaft in der Regel nicht vorliegen könne, wenn die Bewohner in ihrem Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt sind. Das VG Oldenburg formuliert insofern:"Soweit Bewohner nicht mehr in der Lage sind, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln, setzt eine funktionierende, selbstbestimmte und von Dritten unabhängige Wohngemeinschaft ein besonderes Engagement der Angehörigen oder der Betreuer voraus. Bei Personen, die unter rechtlicher Betreuung stehen und/oder nicht (mehr) kommunikationsfähig sind, ist dies nur möglich, wenn die für sie handelnden und entscheidenden Personen rund um die Uhr erreichbar und zu entsprechenden Entscheidungen oder zu entsprechendem Eingreifen auch fähig sind. Eine solche Verfügbarkeit ist grundsätzlich nur leistbar, wenn die Personen mit den Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigen zusammen wohnen. Es reicht jedenfalls nicht, wenn Angehörige oder Betreuer – wenn auch in regelmäßigen Abständen – bei entsprechenden Treffen aufgelaufene Fragen zu grundsätzlichen oder speziellen Problemen „abarbeiten". Die dargestellte Rechtauffassung des VG Oldenburg, die eine Wohngemeinschaft betraf, in der Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III) versorgt wurden, ließe sich – ihre Richtigkeit vorausgesetzt – auch auf Wohngemeinschaften für Demente oder Beatmungspflichtige oder Wachkomapatienten übertragen.

Die Intention der Landesheimgesetze, den ordnungsrechtlichen Schutz auch auf Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, auszuweiten, ist zwar grundsätzlich begrüßenswert. Dies darf aber zum einen nicht dazu führen, dass, aufgrund gesetzlicher Regelungen bzw. gerichtlicher Auslegungen derselben, die Existenz einer selbstbestimmten Wohngemeinschaft (ohne jede Regelungsbefugnis durch die Aufsichtsbehörde) faktisch nicht mehr denkbar ist. Zum anderen muss den beteiligten Kostenträgern, die die ambulante Versorgung der pflegebedürftigen Bewohner in den Wohngemeinschaften finanzieren, klar sein, dass nur, weil eine Wohngemeinschaft unter den Geltungsbereich des jeweiligen Landesheimgesetzes fällt, damit kein automatischer Ausschluss von Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V einhergeht (so klarstellend z.B. Landesheimgesetz NRW, § 2 Abs. 6 WTG, wonach die Feststellung, ob eine Einrichtung in den Geltungsbereich des Gesetzes fällt, die leistungsrechtliche Einordnung der Einrichtung unberührt lässt). Der Aspekt des möglichen Ausschlusses von ambulanten Leistungen nach SGB V, weil kein Haushalt oder „sonstiger geeigneter Ort" vorliegt, ist im Übrigen auch für den Leistungsanspruch des betroffenen Bewohners gegenüber seiner Krankenkasse elementar!

Aufgrund der dargestellten Problematik müssen sich ambulante Pflegeeinrichtungen zwingend mit den Regelungen des jeweils in dem Bundesland geltenden Landesheimgesetzes befassen, um die formalen Kriterien zu kennen und mögliche Streitigkeiten mit den Ordnungsbehörden bzw. Kostenträgern zu vermeiden.

Der diesjährige MAIK am **26./27.10.2012** wird einen Schwerpunkt auf dieses Thema legen.

*Rechtsanwältin **Anja Hoffmann,** LL.M. Eur. Landesbeauftragte bpa, Landesgeschäftsstelle Berlin-Brandenburg*

Referentin auf dem MAIK 2012

Hätten Sie es gewusst?

Neue Fragen aus dem MAIK-QUIZ, das die beiden Experten Dr. med. Paul Diesener und Dr. med. Matthias Wiebel ausgearbeitet haben.

*Gespannt wartet das Rateteam auf die Auflösung der kniffligen Fragen. Rechts: **Dr. med. Paul Diesener,** der sich gemeinsam mit Herrn **Dr. med. Matthias Wiebel** die Fragen ausgesagt hat.*

Die Auflösung der Fragen folgt in Heft 19!

1. Das Kanülenband ...

A … muss bei kurzer Kanüle fest angezogen werden.
B … kann die Kanülenspitze an die Trachearückwand drücken.
C … sichert die Kanüle vor dem herausrutschen.
D … zieht die Kanüle raus.

2. Über welche Gastrostomie kann der Magen am besten entlüftet werden?

A … PEG
B … Button
C … Witzelfistel
D … Gastrotube

3. Welcher Faktor fördert einen Dekubitus am wenigsten?

A … Reibung
B … Schock
C … Scherung
D … Druck

„Bösewichter in den Bronchien“ ESBL – multiresistente Darmbakterien

In dieser Rubrik „Bösewichter in den Bronchien“ stellt PD Dr. med. Andreas Schwarzkopf in loser Folge bakterielle Erreger vor, die Bronchitis und (vor allem beatmungsassoziierte) Pneumonie auslösen. Die zweiten Bösewichter sind die „ESBL – multiresistente Darmbakterien“.

ESBL steht für „Extended Spektrum Beta Lactamases“ und repräsentiert eine bakterielle Eigenschaft, die von verschiedenen Bakteriengattungen getragen bzw. über Plasmide erworben werden kann. Bisher wurden nur gramnegative Stäbchenbakterien, vor allem Darmbakterien, gelegentlich auch Pseudomonas-Stämme mit dieser Eigenschaft gefunden. In den letzten Jahren ist eine Zunahme vor allem an besiedelten Patienten zu verzeichnen (1). Gelegentlich wurden ESBL auch als CRE bezeichnet (das steht für 3. Generation Cephalosporin-resistente Enterobakteriazeen).

Mikrobiologie

Darmbakterien stellen sich unter dem Mikroskop in der Regel als plumpe bis schmale gramnegative Stäbchen dar. Mittels Selektivnährböden, auf denen gramnegative Stäbchen bevorzugt wachsen und mit Hilfe von Indikatorsystemen eine vorläufige Differenzierung erlauben, werden sie innerhalb von 18 - 24 Stunden nach Ausbringen auf den Nährboden erkannt. Spezielle Indikatornährböden, die zusätzlich oder bei Screening alleine angelegt werden, erlauben den direkten Nachweis der ESBL-Eigenschaft.

Alle relevanten Enterobakteriazeen verfügen über Pili und Fimbrien als Haftorgane, die ihnen eine sichere Anheftung an Tubus, Trachealkanüle und auch der Trachealschleimhaut erlauben. Sie streben die Bildung eines so genannten Biofilms an, der ihnen Schutz vor Antibiotika gewährt.

Klebsiellen verfügen zusätzlich über schützende Schleimkapseln, die man auch auf den Nährböden an der Kolonie sehen kann. Auch Stämme der anderen Gattungen (z.B. Citrobacter, Enterobacter) können häufig Biofilme bilden, die sie z.B. auf Wunden vor Antiseptika und Antibiotika schützen, ohne dass eine echte Resistenz vorliegt. Dennoch wird so die antibiotische Sanierung von Trachealsekret nahezu unmöglich. Man spricht dann von Toleranz.

Wo leben ESBL?

Die Bakterien haben ihren Lebensraum im Darm, vor allem im Dickdarm und in der Harnröhrenmündungsflora. Allerdings können sie auch die Atemwege besiedeln, was z.B. bei längerer Beatmung geschieht. Die Besiedlung der Atemwege ist die Folge des Aufstiegs der Bakterien über den Oesophagus, von dem aus sie über Mikroaspirationen den Weg in die Trachea finden. Unterstützt wird dieser Prozess durch die Gabe von Protonenpumpenhemmern.

Auch Haus- und Nutztiere können besiedelt werden, da sich die Darmflora der Säugetiere kaum von unserer unterscheidet.

Die Haltbarkeit auf Inventar der patientennahen Umgebung kann, je nach Umständen, bis zu mehreren Tagen betragen.

	Enterobakteriazeen-Resistenzmuster	
Antibiotikum	3MRGN	4MRGN
Piperacillin/Tazobaktam	R	R
Ciprofloxacin	R	R
Ceftriaxon/Cefotaxim	R	R
Meropenem/Imipenem	S	R

S = Sensibel, R = Resistent, MRGN = Multiresistente Gramnegative

Resistenzen

ESBL sind gegen Penicilline (auch Piperacillin), Cephalosporine und Aztreonam resistent. Die Sensibilität gegen Carbapeneme (z.B. Imipenem, Meropenem, Ertapenem) bleibt oft erhalten. Gelegentlich kann eine Kombination mit einem Beta-Lactamase-Hemmer noch die Therapie ermöglichen (z.B. Tazobactam, Sulbactam)

Leider nehmen Carbapenem-resistente Stämme zu (2), was den Einsatz von Reserveantibiotika wie Fosfomycin, Tigecyclin oder Colistin erforderlich macht. Tigecyclin wirkt dabei nicht auf Pseudomonas.

Gegen Gyrasehemmer (Flourchinolone wie z.B. Ciprofloxacin) besteht oft auch Resistenz oder entwickelt sich sehr schnell unter Therapie. Nach neuerer Terminologie werden ESBL als 3MRGN und 4MRGN Enterobakteriazeen bezeichnet (siehe Tabelle).

Übertragungswege

Hände des Pflegepersonals sind Hauptübertragungsweg, aber auch beim offenen Absaugen entstehende Aerosole (bis 1,60 m rund um Tracheostoma/Tubus, 3) und damit alles Inventar in diesem Bereich sowie die Spültasten oder Brillen von Toiletten kommen als Übertragungsmedien in Frage.

Krankheitsbilder

Harnwegsinfektionen, vor allem in Krankenhäusern, sind am häufigsten, wie immer begünstigen Katheter und/oder Restharnbildung das Geschehen. Wundbesiedelungen und Wundinfektionen treten häufiger auf. Beatmungsassoziierte Pneumonien durch ESBL sind gefürchtet, Pneumonien können auch bei nicht Beatmeten nach schwereren Virusinfektionen der Atemwege (z.B. Influenza, grippaler Infekt), z.B. durch Klebsiella pneumoniae oder E. coli ausgelöst werden. Seltener tritt eine Sepsis mit der möglichen Komplikation eines septischen Schocks auf. Neben den Harnwegen (Urosepsis) und einer Pneumonie kommen Gefäßkatheter als Quellen für die Erreger in Frage.

Anforderungen der Hygiene

In der außerklinischen Intensivpflege steht der Personalschutz im Vordergrund. Schutzkittel, Handschuhe für das Pflegepersonal, bei Wundspülungen eventuell noch eine wasserdichte Einmalschürze minimieren die Übertragung durch das Personal. Mund-Nase-Schutz beim Absaugen gehört laut TRBA 250 (4) sowieso dazu und ist nach Empfehlung des Autors durch eine Haube zu ergänzen.

Angehörige und Haustiere können besiedelt werden, erkranken jedoch in aller Regel nicht. Inkontinenzmaterial und andere kontaminierte Gegenstände können - wie üblich - in den Hausmüll entsorgt werden, Absaugsekret kann - wie üblich - über die Toilettenspülung beseitigt werden.

Fazit

ESBL stellen eine zunehmende Herausforderung im Gesundheitswesen dar. Mit einer soliden Basishygiene lassen sie sich aber beherrschen. Bei Carbapenemresistenz stehen allerdings deutlich weniger Reserveantibiotika zur Verfügung als bei MRSA, was eine weitere sorgfältige Beobachtung dieser Bakteriengruppe erforderlich macht.

Institut Schwarzkopf

Literatur
1) Kohlenberg A, Schwab F, Meyer E, Behnke M, Geffers C, Gastmeier P. Regional trends in multidrug-resistant infections in German intensive care units: a real-time model for epidemiological monitoring and analysis. Inst J Hosp Infect. 73 (2009): 239 - 45.
2) Gröbner S, Linke D, Schütz W, Fladerer C, Madlung J, Autenrieth IB, Witte W, Pfeifer Y. Emergence of Carbapenem-non-susceptible extended-spectrum beta-lactamase-producing Klebsiella pneumoniae isolates at the university hospital of Tübingen, Germany. J Med Microbiol. 58 (2009):912 - 22.
3) Distler, R./Wille, B.. Untersuchungen zur Keimverbreitung bei offenem endotrachealem Absaugen. Krh.-Hyg. + Inf. Verh. 20 (1998): 180 - 185
4) Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe 250 (2003): Biologische Arbeitsstoffe in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtspflege. www.baua.de

Korrespondenzadresse:
Institut Schwarzkopf GbR
Otto-von-Bamberg Str.10
97717 Aura a.d. Saale
E-Mail: info@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

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

Referent auf dem MAIK 2012

Hygiene in Wohngemeinschaften?

Es stellt sich immer wieder die Frage, inwieweit Hygieneempfehlungen, Standards oder auch Hygienepläne im häuslichen Umfeld überhaupt nötig sind bzw. umgesetzt werden müssen. Schließlich handelt es sich ja auch um den eigenen Wohnraum der Klienten. In privaten Wohnräumen muss normalerweise keine Flächendesinfektion stattfinden. Durch eine normale Reinigung werden schon ca. 90% aller Keime beseitigt. Eine Flächendesinfektion ist deshalb nur in Ausnahmefällen nötig. Aber wie verhält es sich in Wohngemeinschaften für beatmete Klienten?

Wohngemeinschaften sind privater Wohnraum, in dem mehrere Menschen - mit meist mehreren Kathetern, sogenannten Devices - leben. Die Gefahr der Besiedelung mit multiresistenten Keimen ist deshalb erhöht. Zwar stagniert momentan die Zahl der Neubesiedelungen mit MRSA, aber die Zahl der Besiedelungen mit multiresistenten Enterokokken steigt. Deshalb aber die Klienten, die davon befallen sind, auszugrenzen, ist falsch und widerspricht der UN-Behindertenrechtskonvention und ihrer Forderung nach umfassender Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Erregerinformationen

Es ist wichtig, über den Keim und die Maßnahmen, die gegen ihn nötig und sinnvoll sind, informiert zu sein. Aus diesem Grund muss es Hygienestandards und Erregerinformationen geben, aus denen jeder Mitarbeiter die erforderlichen Hygienemaßnahmen ableiten kann. Die Mitarbeiter der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH z.B. können im internen Unternehmensforum alle Erregerinformationen und Hygienestandards zum Vorgehen bei MRSA-, ESBL- und anderen Keimbesiedelungen einsehen. Informativ ist auch die Homepage des Robert Koch Instituts: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/erreger_ausgewaehlt_node.html

Ist das Pflegepersonal über die Erreger umfassend informiert, kann eine Keimverschleppung verhindert werden. Da es wichtig ist, den Keimstatus der WG-Bewohner zu kennen, fordern wir vor dem Einzug in die WG aktuelle Abstrichnachweise. Die Bewohner werden von unserem Pflegepersonal über unsere Hygienemaßnahmen und die Keime aufgeklärt. Danach legen die Bewohner ihre eigenen Hygienerichtlinien fest. Manche Menschen sind sehr vorsichtig, anderen wiederum ist es egal, weil sie nichts von ihrer Keimbesiedelung spüren. Schwierig kann es für diejenigen werden, die an einer Infektion oder Entzündung durch multiresistente Keime leiden. Eine der häufigen Tätigkeiten des Pflegepersonals in der außerklinischen Intensivpflege ist das endotracheale Absaugen, bei dem Aerosole und Tröpfchen mit anhaftenden Keimen bis zu 1,6 m weit fliegen können. Da der Abstand zwischen dem Pflegepersonal und dem Klienten beim Absaugen meist weniger als 50 cm beträgt, müssen Mundschutz und Schutzkittel getragen werden. Auch beim Mobilisieren der Klienten kommt es zu Körperkontakt. Weil wir nicht wissen, was zu tun ist, wenn wir in ein Klientenzimmer gerufen werden, muss beim Betreten des Zimmers immer ein Schutzkittel angelegt werden.

Desinfektion

In jedem Zimmer sollte es einen Händedesinfektionsspender sowie Seife und Handtücher für die Mitarbeiter geben. Das Händedesinfektionsmittel sollte überall leicht zugängig sein. Die Händedesinfektion ist unerlässlich und muss nach den 5 Momenten der Händehygiene durchgeführt werden. Auch Angehörige und Klienten sollten eine hygienische Händedesinfektion durchführen können.

Eine Umfelddesinfektion sollte gezielt nach Kontamination erfolgen, z.B. wenn ein Klient, der mit einem multiresistenten Keim im Trachealsekret besiedelt ist, stark und viel hustet. Dieser Klient kann natürlich am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Er sollte sich jedoch vor dem Verlassen des Zimmers selbst die Hände desinfizieren. Sinnvoll ist auch, dass er sich entweder frisch anzieht oder eine saubere Decke überlegt, bevor er in Kontakt mit Mitbewohner ohne eine Keimbesiedelung tritt. Wenn möglich, sollte die Keimquelle abgedeckt werden (z.B. feuchte Nase oder Mundschutz). Die Angehörigen sollten über die Hygienemaßnahmen informiert sein. Nach Verlassen des Gemeinschaftsbereiches findet eine Desinfektion des nahen Klientenumfeldes (Umkreis ca.1,6 m) statt. Hat der Klient am Tisch gesessen, wird dieser mit einem Flächendesinfektionsmittel gereinigt. Deshalb sollte beim Einrichten einer WG darauf geachtet werden, dass das Mobiliar desinfiziert werden kann.

Hat der Klient im Urin eine Keimbesiedelung, sollte das Pflegepersonal beim Urinablassen mit Handschuhen arbeiten und anschließend die Hände desinfizieren. Der Behälter soll gereinigt / ausgespült und so platziert werden, dass er nicht bei einem anderen Klienten verwendet wird. Wir setzen in unseren Wohngemeinschaften eine thermisch desinfizierende Topfspüle ein, der Behälter verbleibt im Zimmer des Klienten. In der Küche der WG sollte ein gesondertes Handwaschbecken vorhanden sein, damit sich - wenn dort Pflegemaßnahmen durchgeführt werden - das Personal die Hände waschen kann. So landen keine Keime im Spülbecken und im Salat. Generell sollen die Hände nie im Spülbecken gewaschen werden, um die Lebensmittel nicht zu kontaminieren.

Dies sind nur einige Bausteine des Hygienemanagements in WGs. Wenn Sie mehr darüber erfahren möchten, besuchen Sie die Veranstaltungen der IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH® mit PD Dr. med. Andreas Schwarzkopf, Doris Böhm u.a. am **8. April und 7. Oktober 2013** in Unterhaching.

Mehr dazu auf www.ihcc.mobi

Doris Böhm, *Hygienebeauftragte*

Workshop 5 „Gesundheitsfördernd Führen“

Am 27. Oktober 2012, 13.30 – 15.00 Uhr wird im Forum 8 ein Workshop mit dem Thema „Gesundheitsfördernd Führen“ stattfinden. Veranstalter sind das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und das Great Place to Work® Institute Deutschland. Referenten sind Prof. Dr. Jürgen Glaser, der zum 1.10. an die Universität Innsbruck berufen wurde, und Petra Tönnesen, Projektmanagerin im Fachbereich Gesundheitswesen des Great Place to Work® Instituts Deutschland.

Pflegekräfte sind tagtäglich hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Psychisch bedingte Fälle von Arbeitsunfähigkeit sind in den letzten 10 Jahren generell um fast 40 Prozent angestiegen, Pflegekräfte haben hier einen großen Anteil. Auch steigen insbesondere Pflegekräfte sehr schnell aus ihrem Beruf wieder aus, nicht selten schon nach 6 bis 8 Jahren. So müssen in der Pflege ständig neue Mitarbeiter rekrutiert werden. Aufgrund des allgemeinen Fachkräftemangels wird dies immer schwieriger.

Was kann ein Arbeitgeber nun tun, um diesen Tendenzen konkret entgegenzuwirken? Will er in seinem Unternehmen eine wirksame Betriebliche Gesundheitsförderung einführen, geht dies weit über das allgemein bekannte Verständnis davon hinaus. Es reicht nicht aus, z.B. Fitnesskurse, Ernährungsberatung und/oder Entspannungsübungen anzubieten. Eine entscheidende gesundheitsfördernde Ressource ist das gesundheitsbewusste Verhalten der Führungskräfte, das die Mitarbeiter in ihrem Arbeitsalltag ständig begleitet.

Der Workshop „Gesundheitsförderndes Führen“ wird grundlegende Inhalte und Hintergründe zu diesem Thema vermitteln. Darüber hinaus wird im Teilnehmerkreis über das individuelle Verständnis von gesundheitsförderndem Führen diskutiert werden. Ziel ist es, gemeinsam Lösungsansätze und Erfolgsrezepte zu entwickeln.

Die Kooperationspartner (BGW, BMAS, Great Place to Work®) verbindet das Interesse daran, Arbeitgebern in Gesundheitseinrichtungen das entsprechende Know how darüber zu vermitteln, wie sie ihre Mitarbeiter langfristig gesund erhalten können, damit diese - nachhaltig motiviert - ihrer Arbeit nachgehen. Hierbei spielen Führungskräfte eine Schlüsselrolle.

Prof. Dr. Glaser ist Experte für Gefährdungsbeurteilung, Stress und Burnout, Interaktionsarbeit, Kreativität und Gesundheitsmanagement. Sein langjähriger Branchenschwerpunkt liegt im Bereich der Gesundheitsdienstleistung. Seit 2009 leitet er Forschungsprojekte am Institut für Arbeitsmedizin der LMU München, seit 2010 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales den Thematischen Initiativkreis „Gesund Pflegen“ im Rahmen von INQA Initiative Neue Qualität der Arbeit. Prof. Glaser vertritt heute ebenfalls die BGW, die seit Jahren die bei ihnen versicherten Unternehmen darin berät, wie sie ihre Mitarbeiter gesund erhalten und sie vor psychischen Schäden schützen können.

Petra Tönnesen wird aufzeigen, wie die Analyse der Arbeitsplatzkultur nach dem Great Place to Work® Modell Einrichtungen bei der Entwicklung einer mitarbeiterorientierten Arbeitsplatzkultur unterstützen kann. Jährlich führt das Great Place to Work® Institut u.a. den Wettbewerb „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ durch, der Unternehmen in der Pflege - gerade auch für „Gesundheitsförderndes Führen“ - wichtige Impulse gibt.

Prof. Dr. Jürgen Glaser, *(ab 01.10.2012)*
Professur für Angewandte Psychologie

Institut für Psychologie
Universität Innsbruck
Innrain 52
A-6020 Innsbruck

Petra Tönnesen,
Great Place to Work® Deutschland
Projektmanagerin/Kundenberaterin
Fachbereich Gesundheitswesen

www.greatplacetowork.de

Referenten auf dem MAIK 2012

SERVOX R Tube

servona

Das neu entwickelte SERVOX R-Prinzip bedeutet 'Tracheal Protection'

5-fach optimiert!

1 Die R-Konstruktion
Die R-Konstruktion neutralisiert die Wirkung von Zug- und Scherkräften und so die mechanischen Effekte bei Belastung.

2 Der Normkonnektor – passgenau, normgerecht
Passend für alle medizinischen Hilfsmittel mit **15 mm-Anschluss**.

3 Das Kanülenschild – anatomisch, passformoptimiert
Das außerordentlich weiche und der Hals-Anatomie angepasste Kanülenschild vermindert Druckstellen in der Halsregion. Es garantiert einen besonderen **Tragekomfort**.

4 Das Kanülenrohr – weich, thermosensibel
Das weiche, thermosensible Material passt sich optimal den Gegebenheiten der Trachea an. Vermindert die Gefahr der Entstehung von Druckstellen in der Trachea.

5 Das Cuff – Niederdrucksystem – weich, dünnwandig
Die **SERVOX R Tube** Kanülen mit Cuff sind mit einem weichen, dünnwandigen **Niederdruck-Cuff** ausgestattet. Eine optimale Abdichtung, z. B. bei Beatmung oder Dysphagie, bei gleichzeitiger Reduktion der Gefahr von Druckstellenbildung in der Trachea, wird ermöglicht.

SERVOX R Tube

SERVOX R Tube *voice*

SERVOX R Tube *cuff*

SERVOX R Tube *cuff voice*

MRT-tauglich! Röntgenkontrastgebend!

Haben Sie noch Fragen zu der SERVOX R Tube?
Julia Fröhlich beantwortet sie gerne!

0 22 41.93 22-111

Servona GmbH
Biberweg 24-26 I 53842 Troisdorf

www.servona.de
service@servona.de

Alles aus einer Hand – WKM GmbH

Die WKM GmbH München ist mit der Partnerfirma Streifeneder KG einer der wenigen Komplett-Anbieter über das gesamte Leistungsspektrum an medizin- und rehatechnischen Hilfsmitteln. Der Schwerpunkt der Firma WKM GmbH liegt in der Hilfsmittelversorgung für die außerklinische Intensivpflege in Bayern. Mit dem zukünftigen gemeinsamen Standort Emmering bei Fürstenfeld-Bruck bieten die beiden Partnerunternehmen Streifeneder KG und die WKM Werkstatt für Körperbehinderten Hilfsmittel, Orthopädie, Reha- und Medizintechnik GmbH umfassende Komplettversorgung unter einem Dach. Das Angebot erstreckt sich über alle Fachbereiche von der Orthopädie über die Reha- bis zur Medizintechnik.

Ohne die Medizintechnik und die Hilfsmittelprovider wäre außerklinische Intensivversorgung nicht möglich. Ein Fachhändler wie die **WKM** ist somit ein wichtiger Partner der Betroffenen, ihrer Angehörigen und aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.

Die nahtlose Überleitung in die ausserklinische Versorgung verlangt eine kompetente Organisation

Wenn ein Mensch und seine Angehörigen erfahren, dass er in Zukunft auf viele Hilfsmittel angewiesen sein wird, ist es ein gravierender Einschnitt. Ein Patient mittleren Alters benötigt beispielsweise nach einem schweren Verkehrsunfall - laut Klinikverordnung - Heimbeatmungsgeräte, Hilfsmittel zur Sauerstoff-, Tracheostoma-, PEG- und Inkontinenzversorgung, eine Antidekubitusmatratze, ein Pflegebett, einen Multifunktionsrollstuhl, einen Patientenlifter und eine Duschliege. Wer mit Überleitmanagement vertraut ist weiß, dass trotz eindeutigen Klinikverordnungen ein hoher Beratungsbedarf besteht.
Eine frühzeitige Einleitung und ein reibungsloser Ablauf der Hilfsmittelversorgung sind notwendig. Aus diesen Gründen richten die Kliniken zusätzlich zu den Sozialdiensten vermehrt spezielle Abteilungen ein, welche sich ausschließlich um die Überleitung der Patienten kümmern. Dort zentrieren sich alle wichtigen Informationen um die Entlassung bzw. Überleitung. Um der Wichtigkeit des Entlassungsmanagements gerecht zu werden, ist diesem Thema auf dem MAIK-Kongress 2012 ein Schwerpunkt gewidmet.
Von der **WKM** kommen erfahrene Fachkräfte in die Klinik und führen mit allen an der Überleitung beteiligten Personen Gespräche über das bevorstehende Leben in der eigenen Häuslichkeit oder in einer Pflegeeinrichtung. Hohe Kompetenz und Fingerspitzengefühl sind hier wichtig, denn sowohl für die Betroffenen als auch die Angehörigen ist die Situation sehr belastend. Der Mitarbeiter der **WKM** berät produktneutral und qualitätsbewusst unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse. Denn die Qualität der medizin- und rehatechnischen Materialien und Geräte wird großen Einfluss auf die Lebensqualität des Betroffenen haben.

Zur Überleitung gehört auch die Organisation eines fachgerechten Krankentransportes. Hier bestehen in Deutschland teilweise große Unklarheiten, wie z.B.: Wer darf das Beatmungsgerät während des Transportes bedienen, wie muss es fixiert werden und welche Stromversorgung ist zugelassen. Sehr oft wird ein **WKM**-Mitarbeiter gefragt, ob er die Transportbegleitung durchführt.

Eine zügige Überleitung wird erwartet – diverse Faktoren beeinflussen das Ziel

Aufgrund des erhöhten Kostendruckes kommt es in den Kliniken zu verkürzten Liegezeiten. Das bedeutet vermehrt kurzfristige Entlassungen mit diversem Hilfsmittelbedarf. Die **WKM**-Mitarbeiter erarbeiten nach der Bedarfsermittlung so schnell wie möglich einen Kostenvoranschlag für den zuständigen Kostenträger. Die Bürokratie und die notwendigen Formalitäten hierfür sind von Kasse zu Kasse unterschiedlich. U.a. sind z.B. Besuchsberichte, Aufnahmebögen und, von Betroffenen zu unterschreibende, Formblätter nötig, bevor der Kostenvoranschlag von der Kasse bearbeitet werden kann. Der Kostenträger prüft alle Angaben und die Notwendigkeit der verordneten Artikel, möglicherweise wird der medizinische Dienst eingebunden. Geklärt wird, ob Geräte und Hilfsmittel neu gekauft werden oder ein Wiedereinsatz möglich ist. Hierfür besteht ein bundesweiter Pool an kasseneigenen Beatmungsgeräten. Geeignete Geräte werden angefordert, in der eigenen Werkstatt nach den geltenden Hygienerichtlinien aufbereitet und in Stand gesetzt, wenn die Krankenkasse den Auftrag hierzu erteilt.

Eine Genehmigung der Hilfsmittel kann sich über längere Zeit hinziehen. Der Patient wird bei vorzeitiger Entlassung von der **WKM** mit Leihhilfsmitteln versorgt, bis die endgültigen Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Diese Dienstleistung mit Leihgeräten bedeutet einen erhöhten Mehraufwand, u.a. Lieferung, Abholung und Wiederaufbereitung. Dieser wird von den Kostenträgern nicht vergütet, obwohl der Patient auf Grund dieser Lieferung früher nach Hause entlassen werden kann. Auch kommt es vor, dass andere Provider zum Zuge kommen, sei es aufgrund von bestehenden Verträgen mit der zuständigen Krankenkasse oder weil diese kostengünstiger sind.

Ist jedoch ein Betroffener zufriedenstellend übergeleitet worden, beginnt die eigentliche Dienstleistung der **WKM**. Das bedeutet z.B. die Schulung des Betroffenen, seiner Angehörigen, des zuständigen Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung. Bei einem Hausbesuch wird die Verwendung der Verbrauchsmaterialien demonstriert und es wird in die Handhabung der Geräte eingewiesen. Für medizintechnische Probleme steht die **WKM** mit einem 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst zur Verfügung.

Der „Spagat“ zwischen Preis und Qualität

Laut Sozialgesetzbuch ist eine „ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung“ das Ziel. An diese Vorgaben müssen sich die Fachhändler bei ihren Kostenvoranschlägen, die Betroffenen bei ihren Wünschen und die Krankenkassen, die die Kostenvoranschläge prüfen, halten. Nach Vorgabe des Wirtschaftlichkeitsgebotes sind diejenigen Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien auszuwählen, welche diese Kriterien erfüllen. Es gilt, ein Produktportfolio anzubieten, das dem Betroffenen in dem o.g. Rahmen die bestmögliche Qualität bietet und keine Einschränkung in der Versorgung nach sich zieht. Aus diesem Grund kann es teilweise zu Produktumstellungen für die Betroffenen kommen.

Die S2-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung DIGAB e.V. und das “Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern“ KNAIB, in dem sich die **WKM** und andere namhafte Lieferanten, Pflegedienste, das Münchner Gesundheitsamt, der Medizinische Dienst München und Krankenkassen engagieren, haben die Qualitätsanforderungen in der außerklinischen Intensivversorgung klar definiert.

Da sich die Produktauswahl u.a. auch nach dem kassenvertraglichen Rahmen richtet, kann es trotz der o.g. Vorgaben des Sozialgesetzbuches zu großen Unterschieden in der Qualität der Hilfsmittelversorgung bei den diversen Kassen kommen. Ebenso gibt es große Unterschiede in der Qualität der ausgewählten Pflegedienste. Hier sind die besonderen Kenntnisse eines außerklinischen Intensivpflegedienstes notwendig. Es kommt vor, dass sich der Zustand des Betroffenen verschlechtert und eine Klinikeinweisung erforderlich wird. Gründe dafür können eine nicht ausreichende Qualifikation des Pflegedienstes oder auch unzureichende Qualität der Hilfsmittelversorgung sein.

Auch die Auflagen der Kostenträger an die Hilfsmittelversorger sind hoch: Nachweisliche Qualifikation der Mitarbeiter in vorgegebener Anzahl, definierte Anforderungen an die räumliche und gerätetechnische Ausstattung, sachgemäße Lagerung der Geräte, vorgegebene Reaktions- und Lieferzeiten, die Erfüllung aller bürokratischen Formalitäten, Begründungen zur Auswahl der Geräte, und im weiteren Verlauf der Versorgung, genaue Dokumentationen und statistische Auswertungen.

Die **WKM** ist offen für neue Konzepte und sucht den ständigen Dialog mit den Kostenträgern, damit sich neue Perspektiven öffnen

können. Denn allein die Reduktion der Preise ist sicher nicht der richtige Weg für eine gemeinsame Versorgungszukunft.

Kosten sparen durch qualifiziertes Personal in der Pflege

„Fachkräftemangel in der Pflege“ – diese Aussage ist in allen involvierten Fachkreisen zu hören, und der Fachkräftemangel ist auch stark zu spüren. Gleichzeitig steigen die Anforderungen in der Pflege. Aufgrund des Kostendrucks ist zu beobachten, dass die Anzahl der Patienten, die im eigenen Zuhause intensivpflegerisch versorgt werden, sinkt. Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ ist hier nicht mehr gegeben. Dabei erhöht eine Versorgung bzw. ein Leben im gewohnten häuslichen Umfeld die Lebensqualität sehr. Der größere Anteil wird in speziellen Wohngemeinschaften versorgt. Diese sind unterschiedlicher Art und bieten eine gute Alternative zum eigenen Zuhause. Auch vollstationäre Versorgungen sind wieder zunehmend zu beobachten. Doch auch die stationären Pflegeeinrichtungen klagen über den großen Fachkräftemangel.

Um den zunehmenden Bedarf an Schulungen und Fortbildungen gerecht zu werden, bietet die **WKM** ein durchdachtes Schulungsprogramm mit allen relevanten Themen zur ausserklinischen Intensivpflege an. Denn nur durch eine professionelle Pflege und gleichzeitig richtige Anwendung aller Hilfsmittel und Geräte können trotz aller Kosteneinsparungen Komplikationen vermieden werden. Andernfalls würden z.B. Infektionen, lebensbedrohliche Vorfälle, Notdiensteinsätze und wiederholte Klinikeinweisungen die Lebensqualität erheblich senken und gleichzeitig erhöhte Folgekosten nach sich ziehen.

Hausärzte als wichtige Schnittstelle

Die Hausärzte sind in der außerklinischen Intensivversorgung sehr wichtig, denn sie stellen als notwendige Betreuer im häuslichen Umfeld des Patienten die erforderlichen Verordnungen aus. Dies ist oft mit einem hohen Zeitaufwand verbunden, da zahlreiche Rezepte rechtzeitig und detailliert ausgestellt werden müssen. Viele Hausärzte wissen nicht, was sie verordnen dürfen und erhalten bei Anfragen an ihre Kassenärztliche Vereinigung widersprüchliche Antworten. Die Kriterien unterscheiden sich auch von Bundesland zu Bundesland. Die **WKM** bemüht sich - auch im Rahmen der angebotenen Seminare und Fortbildungen - die Zusammenarbeit mit den Hausärzten als Versorgungspartner zu optimieren.

Die Komplettversorgung – ein Erfolgsmodell

Die Komplettversorgung aus einer Hand spart dem Betroffenen Ressourcen, welche er für die eigene Pflege und Versorgung gewinnbringender einsetzen kann. Dies beginnt bei der Überleitung und der Erstversorgung mit Hilfsmitteln vom reha- bis zum medizintechnischen Bereich und zieht sich weiter bis zur Nachbestellung der Verbrauchsmaterialien in der Weiterversorgung. Als einer der wenigen Komplettanbieter kann die WKM ihren Kunden die Organisation der Nachbestellungen per Dauerversorgung abnehmen.

Der MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress 2012

Der MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress 2012 ist eine Plattform, auf der auch die **WKM** wieder mit vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern teilnehmen wird, um sich dort mit Gleichgesinnten über die Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivversorgung auszutauschen. Mit diesem Ziel vor Augen entstehen so immer wieder konstruktive Ideen und Visionen. Die **WKM** ist offen für neue Modelle, um so die Versorgungszukunft positiv mitzugestalten. *rh*

Aussteller auf dem MAIK 2012

WKM

Heimbeatmung
Inhalations- und Atemtherapie
Tracheostomaversorgung
Enterale künstliche Ernährung
Dekubitusprophylaxe und -therapie
Patientenüberwachung
Wundversorgung und -beratung
Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmaterial
Sauerstofftherapie
Kontinenzförderung
Dienstleistungen und Schulungen
Überleitmanagement
Rehaversorgung

Im Dienst unserer Patienten. Jederzeit.

Ihr Partner in der Hilfsmittelversorgung für außerklinische Intensivpflege in Bayern.

Zentrale München Wildermuthstraße 88 80993 München
Telefon 089 14337-730 Fax 089 14337-717 www.wkm-rehamed.de info@wkm-rehamed.de

Workshop 1 „Mein Patient bekommt alles! Hilfsmittelversorgung zwischen Anspruch, Sozialgesetzgebung und Hygiene“

So lautet der Titel des Workshop 1, den Marcus Förster und Philipp Rams auf dem diesjährigen MAIK am 26. Oktober 2012 von 11.00 – 12.30 Uhr halten werden. Gemeinsam weisen sie mehr als dreißig Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen auf. Bevor Marcus Förster und Philipp Rams in die Industrie wechselten, waren sie als Fachkrankenpfleger für Intensivpflege tätig. Derzeit verantworten sie den Bereich Beatmung der Marketingabteilung der ResMed GmbH & Co. KG.

Aus den Unterlagen eines Kostenträgers stammt folgende Aussage:
„Es ist uns seit jeher ein wichtiges Anliegen, Versicherte mit chronischen Krankheiten optimal zu versorgen und ihnen zu mehr Lebensqualität zu verhelfen.“
Die Sozialgesetzgebung verpflichtet die Kostenträger und alle am Versorgungsprozess Beteiligten nach den Grundsätzen wirtschaftlich, angemessen und zweckmäßig zu versorgen. Wie sind diese Grundsätze mit der oben zitierten Aussage vereinbar? Sind Ausschreibungsverfahren im Bereich Hilfsmittelversorgungen mit den Zielen der in der Patienten-/Klientenversorgung Tätigen und den Bedürfnissen der Versicherten selbst in Einklang zu bringen? Die Einführung des DRG Systems bewirkte einen immensen Transfer ehemals in Kliniken erbrachter Leistungen in den außerklinischen Bereich. Die Versorgung chronisch beatmeter Menschen im außerklinischen Bereich verlangt nach strukturierten Prozessen. Das bedeutet z.B. für die sogenannten Geräteprovider, dass Personal mit einer bestimmten, dezidierten Qualifikation beschäftigt werden muss. Desweiteren besteht Bedarf an standardisierten Dienstleistungen, Dokumentation, kontinuierlicher Aus- und Weiterbildung, Überprüfung der Produktqualität usw. Die Dienstleistungen eines Homecare-Providers müssen zwingend erbracht werden, finden jedoch im System keine finanzielle Berücksichtigung. Eine Vergütung erhalten die Provider lediglich für das Ausliefern von Hilfsmitteln. In der jüngeren Vergangenheit gehen immer mehr Kostenträger dazu über, die Hilfsmittelversorgung über Ausschreibungen zu vergeben. Zum Teil mit verheerenden Konsequenzen für die Versicherten oder auch für die Ausschreibungsgewinner. Die Erfahrungen mit Ausschreibungsverfahren zeigen, dass ausschließlich die Gebotshöhen der Leistungserbringer entscheidend sind, nicht jedoch die Qualität der zugehörigen Dienstleistungen. Wie soll Qualität im Versorgungsprozess mit den von den Kassen postulierten Zielen, wie z.B. Versicherte mit chronischen Krankheiten optimal zu versorgen und ihnen zu mehr Lebensqualität zu verhelfen, im Zusammenhang mit Ausschreibungen erreicht werden?
Ein Hilfsmittel ist für einen Betroffenen ein entscheidendes Instrument zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität. Es ist notwendig, nach neuen Wegen zu suchen, um die gute Versorgungsqualität auch zukünftig sicherzustellen. Wir freuen uns, diese auf dem MAIK 2012 gemeinsam mit Ihnen im Rahmen unseres Workshops zu finden. *mf/pr*

Philipp Rams, *ResMed*

Marcus Förster, *ResMed*

Referenten auf dem MAIK 2012

Workshop 3 „Atemgasklimatisierung“

Wir laden Sie herzlich zum Workshop 3 der ResMed Deutschland GmbH mit dem Thema „Atemgasklimatisierung“ am 26. Oktober 2012 von 11.00 – 12.30 Uhr in Forum 8 ein. Referent ist Dr. Christoph Gründler.

Wenn die oberen Atemwege bei der invasiven Beatmung mit einem Trachealtubus bzw. einer Trachealkanüle umgangen werden bzw. die natürliche Atemgasklimatisierung wegen einer nichtinvasiven Beatmung nicht mehr ausreicht, muss das Atemgas künstlich angewärmt und angefeuchtet werden.

Anfeuchtung und Anwärmung der eingeatmeten Luft sind Voraussetzung, um eine optimale Sekretproduktion und optimalen Sekrettransport zu erreichen. Beides ist entscheidend für den Schutz des Atmungssystems und für die Neutralisierung und Beseitigung von eingeatmeten Partikeln und Mikroorganismen. Bei einem gesunden Menschen werden diese Bedingungen beim Einatmen hergestellt - die Luft wird an den Oberflächen in Nase, Rachen, Kehlkopf und Luftröhre angefeuchtet und angewärmt. Wird ein Patient beatmet, genügt bereits eine kurze Beatmung mit nicht optimal angewärmten/befeuchteten Gasen, um Schäden und Funktionsstörungen an den Schleimhäuten zu verursachen. Dies kann zu verstärktem Wachstum von Mikroorganismen und in der Folge zu Lungenentzündungen führen.

Ziele der künstlichen Atemgas-Konditionierung:

- Sicherstellung physiologischer Sekretviskosität
- Erhalt einer hohen mukoziliären Clearance
- Vermeidung von Verborkungen und Irritationen
- Vermeidung von Sekretretention / Atelektasen
- Vermeidung von Tubus- und Kanülenokklusionen
- Erhöhung der Patientencompliance
- Minimierung der Atemarbeit

Unterscheidung in der künstlichen Atemgas-Konditionierung:

- PASSIV mit HME(heat and moisture exchanger, Wärme- und Feuchtigkeitsaustauscher)-Filter
- AKTIV mit Aktivbefeuchtersystem

Unterschiedliche Techniken der Atemgasbefeuchter:

Pass-Over Befeuchtungssystem

Bei einem Pass-Over Befeuchtungssystem wird Atemgas über eine Wasseroberfläche geleitet. Erwärmung und Befeuchtung werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, entsprechend variabel ist die tatsächliche Befeuchtungsleistung.

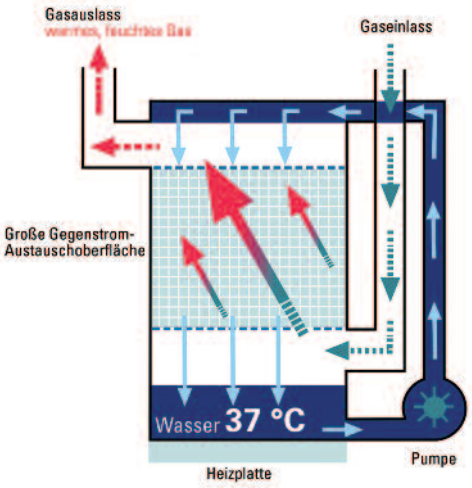
Zu diesen Faktoren gehören unter anderem die Größe und Temperatur der Wasseroberfläche, die Temperatur des Gases am Gaseinlass der Kammer, das Umgebungsklima und diverse Beatmungsparameter.

- Temperatur und Feuchtigkeit des Atemgases sind schwerer zu kontrollieren.
- Bei den meisten Anwendungen reicht die Wassertemperatur von 40°C bis 85°C und ist schwerer zu kontrollieren.

HumiCare™ D900

Gegenstromprinzip – Counter-Flow

- Bei der Gegenstrom-Technologie, die elementarer Bestandteil des HumiCare 900 ist, wird die Austauschoberfläche, die mit Gas/Wasser in Kontakt kommt, mithilfe eines aktiven Flüssigkeitskreislaufs deutlich vergrößert. Das Wasser, das seine Wärme bereits an das Gas abgegeben hat, wird durch ständige Zirkulation mit einer hohen Wärmeenergie versetzt.
  Aufgrund der großen Austauschoberfläche muss das Gerät das Wasser auf nicht mehr als 39°C aufheizen und kann dabei weiterhin eine Befeuchtung bereitstellen, die so gut wie unabhängig vom Gasfluss ist.
- Dies ermöglicht eine einfache Kontrolle und Regelung von Temperatur und Feuchtigkeit des Atemgases.



Der Workshop „Atemgasklimatisierung“ im Rahmen des MAIK stellt den Stand der Technik dar und gibt Lösungsansätze für die Praxis an die Hand.

Anmeldung unter www.maik-online.org

Dr. med. ***Christoph Gründler***

Referent auf dem MAIK 2012

30 Jahre BÖRGEL GmbH

Ohne Geld, Büroräume und Mitarbeiter wagte 1982 der staatlich geprüfte Krankenpfleger Jo Börgel den Sprung in die Selbständigkeit und legte vor drei Jahrzehnten den Grundstein für Deutschlands erstes Dienstleistungsunternehmen, das sich die ganzheitliche und dauerhafte Betreuung und Versorgung von beatmungspflichtigen Menschen zum Ziel gesetzt hat. Mit seinem umfassenden Wissen, seiner Aufgeschlossenheit für technische Innovationen und seinem unermüdlichen Einsatz für schwerstkranke Menschen wurde er ein Wegbereiter der außerklinischen Beatmung in Deutschland.

Am 1. April 1982 gründete Jo Börgel die „Jo Börgel Med.-techn. Geräte- und Krankenhausbedarf“ mit Sitz im hessischen Beselich. Zuvor hatte er über viele Jahre hinweg als staatlich geprüfter Krankenpfleger auf der inneren- und der neurologischen Intensivstation einer Frankfurter Klinik gearbeitet. Den Anstoß, sich ganz auf die außerklinische Beatmung zu konzentrieren, gab ein einschneidendes Erlebnis im privaten Umfeld. Im selben Jahr übernahm Jo Börgel seinen ersten Patienten in dessen Häuslichkeit, ausgerüstet mit einem Klinikgerät Bird Mark 7. Später versorgte er auch Patienten mit Klinikgeräten von Dräger und Siemens. In den ersten fünf Jahren war Börgel Chef und Mitarbeiter in Personalunion. Da es noch keine konventionelle außerklinische Beatmung gab, musste er seine Standards selbst entwickeln. Zwar gab es schon die „Pfenningparade“, aber damals lebten nur vereinzelt invasiv beatmete Menschen zuhause. Die einfachen mechanischen Geräte waren, wie Börgel feststellte, für die außerklinische Beatmung von hochquerschnittgelähmten Menschen und vor allem von Kindern, völlig ungeeignet. Begeistert griff er zu, als erste Kompaktgeräte wie „Lifecare PL V-100“ auf den Markt kamen und die außerklinische Beatmung revolutionierten. Sie ersetzten die schweren Klinikgeräte mit einem externen Kompressor! Börgel wurde in Deutschland der erste Fachhändler für die innovative Medizintechnik, schwerpunktmäßig für IPPB-Atemtherapie-, Inhalations-, Sauerstoff- und Beatmungsgeräte. Von Anfang an

Außerklinische Langzeitbeatmung

... seit 1982!

Als erstes Unternehmen in Deutschland haben wir 1982 damit begonnen, Langzeitbeatmungspflichtige Personen mit unterschiedlichen Grunderkrankungen und jeden Alters ganzheitlich zu betreuen und zu versorgen.

Unser Konzept, das neben der medizintechnischen Versorgung eine umfassende Betreuung der Patienten/Versicherten beinhaltet, wurde in Zusammenarbeit mit Fachkreisen verschiedener Fachkliniken entwickelt (z.B. Querschnitt, Anästhesie, Neurologie, Pädiatrie).

EN ISO 13485 EUROCAT

Unsere Leistungen:

- Information und Beratung für Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonen, Sozialdienste und Kostenträger
- Konzeption der ganzheitlichen außerklinischen Versorgung und Betreuung
- Beratung bezüglich der Auswahl geeigneter Hilfsmittel
- Hilfestellung bei der Organisation der außerklinischen Betreuung
- nachstationäre begleitende Betreuung
- technischer Service und 24-Stunden-Notdienst

Wir liefern:

- Phrenicusnervenstimulatoren (PNS), sogenannte „Atemschrittmacher“
- Geräte zur unterstützenden und kontrollierten Beatmung (Druck, Volumen)
- Geräte zur Unterdruckbeatmung
- Meß- und Überwachungsgeräte, Absauggeräte
- sämtliche Zubehör- und Verbrauchsmaterialien für Beatmung

BÖRGEL GmbH

Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik

BÖRGEL GmbH · An der Meil 4 · 65555 Limburg/Lahn
Telefon: 06431-94710 · Fax: 06431-947190
E-Mail: info@boergel-gmbh.de

www.boergel-gmbh.de

BÖRGEL GmbH

Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik

*Unternehmensgründer **Jo Börgel** bei der ersten Ausstellung der BÖRGEL GmbH im Jahr 1992.*

Weihnachtsfeier mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BÖRGEL GmbH im Jahr 2010

Nicht-invasive Beatmung durch Unterdruck

legte er großen Wert darauf, die Patienten, Angehörigen und Anwender über die fachgerechte Anwendung aufzuklären.

Den großen Durchbruch erlebte das Unternehmen in den 1990er Jahren. 1989 wurden zunächst ein Krankenpfleger und ein Medizintechniker eingestellt, und nach der Anmietung größerer Räume für Büro, Werkstatt und Lager in Limburg folgten weitere Mitarbeiter. 1990 wurde die BÖRGEL Medizintechnik GmbH gegründet und in die Handwerksrolle bei der Handwerkskammer in Wiesbaden eingetragen. 1989 übernahm die Firma den bundesweiten Vertrieb von Zwerchfellstimulatoren der Fa. MedImplantat, Wien. Die BÖRGEL GmbH pflegte früh die Zusammenarbeit mit Fachkreisen verschiedener Spezialkliniken (Querschnitt, Neurologie, Pädiatrie, Pulmologie). Die erste Klinik, mit der Jo Börgel kooperierte, war die Werner-Wicker-Klinik in Bad Wildungen, mit der er ein ganzheitliches Konzept für die nachstationäre Versorgung und Betreuung der Patienten erstellte. Darin waren auch schon Vorschläge für den Umbau von Wohnungen enthalten. Auch in anderen Städten entstanden Querschnittzentren, mit denen die „BÖRGEL GmbH. Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik“ - so heißt das Unternehmen seit 1998 - bis heute hervorragend zusammenarbeitet.

1992 erfolgte der Umzug in eigene Betriebsräume in Limburg und die Eröffnung von Kundendienstbüros in Bochum und Heusenstamm. Seit 1995 ist die Firma auch in Berlin vertreten. 1996 übernahm die BÖRGEL GmbH den bundesweiten Vertrieb von Zwerchfellstimulatoren der Fa. Atrotech (Finnland). „Man braucht bei dem Einsatz eines PNS sehr viel Erfahrung“, so Börgel. „Inzwischen setzt man den Schrittmacher nicht mehr bei einer Operation an der offenen Brust ein, sondern arbeitet minimalinvasiv“. Börgel kennt in Deutschland nahezu alle Menschen, die inzwischen einen PNS tragen und die damit sehr zufrieden sind. Besonders stolz ist er auf einen Schrittmacherträger, der sogar in einer Hockey-Mannschaft spielt! Es ist typisch für Jo Börgel, allem auf den Grund zu gehen. So hat er, bevor er den Alleinvertrieb für den PNS übernahm, gemeinsam mit einem Freund einen PNS-Selbstversuch unternommen.
Wenn ein Zwerchfell keiner Stimulation bedarf, ist die Reaktion besonders einprägsam, und Jo Börgel lacht bei der Erinnerung an diesen Selbstversuch noch immer. Für querschnittgelähmte Kinder und Erwachsene ist der PNS ein Segen, selbst wenn er nicht immer vollständig die Beatmung durch ein Tracheostoma ersetzen kann. 1997 wurden weitere Kundendienstbüros in Süd/Tübingen und Nord/Hamburg eröffnet, im Jahr 2000 auch in Leipzig. 2005 wurde die erste vertragliche Vereinbarung mit Krankenkassen unterzeichnet und es wurde die erste standardisierte Komplettversorgung für Kinder in Spezialeinrichtungen durchgeführt.

Nur mit kompetenten und engagierten Mitarbeitern konnte das Unternehmen so erfolgreich werden. Auf dem heutigen Betriebsgelände in Limburg, An der Meil 4, das im Jahr 1999 bezogen worden war, und in den Kundendienstbüros in Berlin, Bochum, Bremen, Frankfurt/M., Hamburg, Leipzig, Stuttgart und Wuppertal arbeiten derzeit 65 Mitarbeiter und 3 Azubis. Das Unternehmen agiert nicht nur bundesweit, sondern auch in Österreich, Tschechien, Polen und Rumänien, und in deutschen Kliniken versorgt es Patienten aus verschiedenen arabischen Ländern. Neben den Mitarbeitern waren und sind immer auch tüchtige Familienmitglieder im Unternehmen tätig, so in der Geschäftsführung Dorothea Börgel, in der technischen Leitung Carsten Börgel, in Berlin-Brandenburg Volker Börgel, und im kaufmännischen Bereich Tobias Börgel.

Seit 2006 ist die BÖRGEL GmbH auch im Ausbildungssektor aktiv und führt Intensiv-Schulungskurse für Ärzte und Pflegepersonen aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegegruppen durch. Seit 2009/10 bietet das Unternehmen auch Intensiv-Schulungsmaßnahmen für Anwender von Beatmungsgeräten an und führt überregional und bundesweit Fortbildungsveranstaltungen durch.

Besonderen Wert legt Jo Börgel auf die Einweisung in die jeweiligen Geräte. Der Überzeugung, dass man die Menschen mit ihren Fragen und Problemen nicht alleine lassen darf, ist er treu geblieben. Das Credo des Traditionsunternehmens ist die individuelle, bedarfsorientierte, ganzheitliche und patientenorientierte Betreuung und Versorgung von Menschen mit Dauerbeatmungspflicht im ausserklinischen Bereich (zu Hause, Pflegeeinrichtungen, Wohngruppen). Alles dreht sich um den Patienten. Deshalb fragt die BÖRGEL GmbH mit einem ausgefeilten Fragebogen die Zufriedenheit ihrer Kunden ab und hat seit 2007 das Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 13485 : 2003 eingeführt.

„Den Spagat zwischen Autonomie und Sicherheit gibt es immer“, so Börgel. „Trotz absoluter Abhängigkeit soll die Sicherheit der Patienten gewährleistet sein. Konkret heißt das, dass man z.B. nie den Handbeatmungsbeutel vergessen darf.“ Als es noch keine Akkus für die Beatmungsgeräte gab, packte Jo Börgel Autobatterien auf den Rolli. Und ohne Pulsoxymeter kommt bei Jo Börgel kein dauerhaft beatmeter Patient nach Hause, notfalls lässt er eine gerichtliche Klärung herbeiführen.
Das 30-jährige Firmenjubiläum und die Inbetriebnahme der Erweiterungs- und Umbaumaßnahmen wurden am 29. September 2012 in Limburg an der Lahn mit einem „Tag der offenen Tür“ gefeiert.

Gratulation an Dorothea und Jo Börgel und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BÖRGEL GmbH! Über Jo Börgels caritatives Engagement berichten wir im nächsten Heft der „Gepflegt durchatmen“.
Mehr zum Unternehmen auf
www.boergel-gmbh.de

DZH stellt Lösungen für die Intensivpflege vor

Mit der DZH – Dienstleistungszentrale für Heil- und Hilfsmittelanbieter GmbH – präsentiert sich eines der traditionsreichsten Abrechnungshäuser Deutschlands auf dem MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®. Wie die DZH rund 70 Jahre Erfahrung in die Entwicklung moderner, genau auf die Intensivpflege abgestimmter Lösungen einbringt, davon können sich die Kongress- und Ausstellungsbesucher persönlich ein Bild machen. Vorstellen wird das Hamburger Unternehmen, das in München mit einer eigenen Niederlassung vertreten ist und 2011 mit dem Titel „Deutschlands Kundenchampions" ausgezeichnet wurde, u. a. seinen Abrechnungsservice und die Pflegesoftware DZH intensiv.

Als besonders anspruchsvolle Pflegeform ist die Intensivpflege mit einem hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden. Für Pflegedienste, die sich auf die Intensiv- und Kinderpflege spezialisiert haben, ist die Leistungsabrechnung daher ein entscheidender Baustein wirtschaftlichen Erfolgs. Sie schafft die nötige Liquidität, um Investitionen zu tätigen oder laufende Kosten zu begleichen. „Unseren Kunden bieten wir ein leistungsstarkes, genau auf die Intensivpflege zugeschnittenes Gesamtpaket, das sich nicht nur auf die schnelle Auszahlung nach 48 Stunden beschränkt", so DZH-Vertriebsleiter Andreas Taeker.

„Ebenso übernehmen wir alle Aufgaben, die die Selbstabrechnung zu einer zeit- und kostenintensiven Angelegenheit machen." Dazu gehören die Erfassung, Prüfung und DTA-gerechte Aufbereitung der Verordnungen sowie die Korrespondenz mit den Kostenträgern. Detaillierten Aufschluss über die Abrechnung – und damit über wichtige wirtschaftliche Kennzahlen – liefern umfassende Abrechnungsunterlagen und Auswertungen.

Intensivpflegedienste finden bei der DZH auch die passende Software: DZH intensiv.

„Die Intensivpflege verlangt eine EDV-Lösung, die über den Standard anderer Pflegesoftware hinausgeht, zum Beispiel bei der Pflegedokumentation", so Taeker. **DZH intensiv** hält hierzu viele zusätzliche Dokumentationen wie Absaugprotokolle und Beatmungsprotokolle mit Soll-Ist-Vergleich bereit.

Auch bei der Dienstplanung folgt das Programm den besonderen Anforderungen der Intensivpflege: Es berücksichtigt die dezentrale Organisation und führt die Arbeit der Pflegeteams an zentraler Stelle zusammen. Die Daten für die Abrechnung und Mitarbeitervergütung werden direkt aus der patientenbezogenen Dienstplanung gewonnen.

Weitere Highlights sind die mobile Stundenerfassung sowie die Möglichkeit, **DZH intensiv** an das Intranet des Pflegedienstes anzubinden. Anwender, die bereits mit der Pflegesoftware DZH ambulant arbeiten, erhalten **DZH intensiv** auch als Aufbaumodul. Für ein persönliches Gespräch stehen die DZH-Kundenberater nicht nur auf dem MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®, sondern auch unter **089 / 46 26 10 - 0** gern zur Verfügung. Informationen hat die DZH auch auf www.dzh-online.de zusammengestellt.

Kontakt:
DZH – Dienstleistungszentrale
für Heil- und Hilfsmittelanbieter
Niederlassung München
Schatzbogen 86
81829 München
Tel.: 089 / 46 26 10 - 0

Hauptsitz Hamburg
Eiffestraße 80
20537 Hamburg
Tel.: 040 / 22 74 65 - 0

Das aktuelle Buch

Pflegiothek
Außerklinische Beatmung in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung
Elke Dodenhoff, Irmgard Hofmann
Außerklinische Beatmung stellt Pflegende vor ganz besondere ethische und soziale Herausforderungen. Zusätzlich zu medizinischem Fachwissen und dem Handling der notwendigen Hilfsmittel legt der Band daher den Fokus auf psychosoziale Themen. Damit richtet er sich an die zahlreichen Pflegenden, die beatmungspflichtige Pflegebedürftige in ambulanten oder stationären Settings betreuen. Ein unentbehrlicher Ratgeber in altbekannter Pflegiotheks-Qualität: übersichtlich, prägnant und praxisnah.
Cornelsen Verlag 2012
ISBN 978-3-06-450510-0
Festeinband/ 200 Seiten
Aktueller Ladenpreis: **17,50 EUR**
Zu bestellen über
http://www.cornelsen.de/home/katalog/titel/9783064505100

Für gehobene Ansprüche an Abrechnung und Beratung

Wer die Wünsche seiner Kunden in den Mittelpunkt der Arbeit stellt, erwartet dies zu Recht auch von seiner Abrechnungsgesellschaft.

Umfassende Beratung und ein Abrechnungsservice, der genau auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse abgestimmt ist – dafür steht die DZH seit über 65 Jahren. Und mit DZH intensiv bieten wir Ihnen jetzt eine leistungsstarke Software speziell für die Intensivpflege.

Tel.: 040 / 22 74 65 - 0
beratung@dzh-online.de
www.dzh-online.de

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®, Stand 12
26. - 27.10.2012

Sie sind Gesundheits- und Krankenpfleger m/w und offen für neue Herausforderungen?

Sie finden bei uns:

- Anspruchsvolle Jobs in der Beatmungspflege
- Teamwork
- Überdurchschnittliches Gehalt
- Gute Sozialleistungen

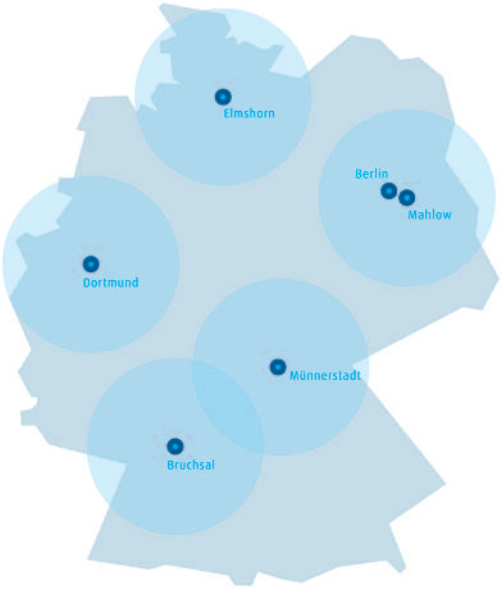
Rufen Sie uns an:
Telefon 0800.3737300
Oder per Mail:
inka.lueders@de.linde-gas.com
frank.stotko@de.linde-gas.com

Besuchen Sie uns auch an unserem Stand beim MAIK in München (26. – 27. Oktober 2012).

Wir freuen uns auf Sie.

Weitere Infos unter www.remeo.de

Linde REMEO Deutschland GmbH
Herbert Tschäpe-Straße 12 – 14
15831 Mahlow
www.remeo.de



REMEO® ist spezialisiert auf die Pflege und Betreuung von Beatmungspatienten. Eines unserer aktuell sechs Center ist sicher auch in Ihrer Nähe. Weitere Standorte sind in Planung.

THE LINDE GROUP
Linde

Das Leben atmen...

Die Wurzeln und die Geschichte der VIVISOL Deutschland GmbH.

1927 wird das Unternehmen „Società Industria Ossigeno“ in der toskanischen Hafenstadt Livorno gegründet. Die Gründer sind die Familien Fumagalli, Annoni und Parma. In ihren Werken produzieren sie technische Gase (v.a. Acetylen) für die umliegenden Schiffswerften und Schweißwerke der Regionen Livorno und Ancona.

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges kaufen die Familien Fumagalli und Annoni die Firmenanteile der Parmas und sind so bis heute die einzigen Gesellschafter der SOL Gruppe. Aus „Società Industria Ossigeno“ wird nun die SOL– „Società Ossigeno Livorno“.

Um die benötigten Produktionskapazitäten weiter zu erhöhen, wird zwischen 1960 und 1972 der erste eigene Luftzerleger in Piombino (Region Livorno) aufgestellt; weitere Produktionsstätten folgen. Es beginnt der Ausbau des Vertriebes von Sauerstoff und Stickstoff - die SOL Gruppe erarbeitet sich eine Marktführerposition in der Gasbranche.

Zwischen 1980 und 2010 steht die Entwicklung ganz im Zeichen der „Europäisierung“. Die SOL expandiert nach Deutschland, Österreich, Frankreich und in die Benelux Länder.

1985 beginnt die „VIVISOL“ als Tochter der SOL Gruppe Formen anzunehmen. Im Fokus liegt hier der Vertrieb medizinischer Gase. Die erste VIVISOL Niederlassung wird in Italien in S.San Giovanni eröffnet.

In Deutschland startet die VIVISOL in Krefeld und eröffnet 1998 einen Standort in Gersthofen bei Augsburg. 1999 wird die Ability Team GmbH in Mauern bei Freising übernommen und 2000 in die VIVISOL Deutschland GmbH umfirmiert. 2003 kommt die Abteilung für Medizintechnik der ELOMED GmbH in Straubenhardt dazu, 2004 folgt die Oxymed GmbH in Plaue.

Als logische Konsequenz der stetigen Nachfrage nach medizinischem Sauerstoff eröffnete die VIVISOL Deutschland GmbH 2006 eine Niederlassung in Gießen. Im Jahr 2007 erfolgt die Übernahme der Medizintechnik Handelsgesellschaft GmbH in Bremen – das Standbein zur Versorgung von Patienten im Norden von Deutschland. Mit der Eröffnung der Niederlassung in Berlin 2008 und des Kaufes der Bösch Flüssigsauerstoff GmbH in Gottenheim bei Freiburg 2009 wird der Expansionskurs vorerst abgeschlossen.

Die neun Standorte in Deutschland (Neufahrn, Bremen, Berlin, Plaue, Krefeld, Gießen, Karlsruhe, Freiburg, Bad Reichenhall) sichern die Versorgung von Patienten im gesamten Bundesgebiet.

Seit 2009 wird Sauerstoff auch in der Produktionsanlage in Frankfurt/Main hergestellt – neben Standorten in Belgien und Italien. Im selben Jahr zieht das Hauptquartier von Mauern nach Neufahrn bei Freising um.

Die neun Standorte in Deutschland (Neufahrn, Bremen, Berlin, Plaue, Krefeld, Gießen, Karlsruhe, Freiburg, Bad Reichenhall) sichern die Versorgung von Patienten im gesamten Bundesgebiet. Die Fokussierung des Produktportfolios auf den Bereich „Home Respiratory Care“ – die Langzeitsauerstofftherapie, die Versorgung von Patienten mit respiratorischen Störungen (CPAP und Beatmung), als auch strategische Partnerschaften mit anderen medizin-technischen Leistungserbringern führen zu einem weltweiten Gesamtmarktanteil von ca. 6%.

Mit der neuen Sparte VIVIDREAM ist seit Anfang 2012 die VIVISOL Deutschland GmbH nun in der Lage, auch Kliniken und niedergelassenen Pneumologen technische und personelle Komplettlösungen rund um das Schlaflabor, mit der entsprechenden Diagnostik, anzubieten.

Mit der Gründung der Tochter VIVICARE GmbH im 2.Quartal 2012 schließt die VIVISOL Deutschland GmbH den Kreis zum respiratorischen Komplettversorger. Als Intensivpflegedienst versorgt die VIVICARE mit speziell qualifiziertem Pflegepersonal technologieabhängige als auch intensivpflegedürftige Patienten in der Häuslichkeit und in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Die Ergänzung des pflegerischen Angebots erfolgt durch die Durchführung von individuell konzipierten Schulungen und der gezielten Beratung von Dienstleistern im Gesundheitswesen zu allen Themen rund um die außerklinische Intensivpflege.
Gerne stehen wir Ihnen bei Fragen zu unserer Geschichte, zu unseren Leistungen und zum Aufzeigen von beruflichen Perspektiven zur Verfügung. Einsteigen und Aufsteigen ist bei uns die Direktive. *sh*

Kinder sind keine kleinen Erwachsene!

Dieser Ausspruch ist im Gesundheitswesen sehr bekannt. Die BaWiG BILDUNGSAKADEMIE UND WISSENSCHAFT IM GESUNDHEITSWESEN hat dieses auch immer wieder in den gemeinsamen Kursen mit Pflegefachkräften aus der Kinderkrankenpflege und Erwachsenenkrankenpflege feststellen müssen.

Nach den Akkreditierungskriterien der DIGAB Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Ausserklinische Beatmung sind Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte im Personenkreis als Zugangsvoraussetzung für diese akkreditierten Kurse ebenfalls mit aufgeführt. Die BaWiG hat sich als einziger Bildungsanbieter in Deutschland sich dazu entschlossen, die inhaltlichen Vorgaben der DIGAB der Fortbildung zur Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung für den Bereich der Pädiatrie auszurichten, um den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte gerecht zu werden. Alle Schulungsinhalte entsprechen den bisherigen DIGAB Kriterien. Um jedoch die Besonderheiten der Pädiatrie darzustellen, sind alle Fachdozenten für den Bereich Pädiatrie ausgebildet und ausgewiesene Experten in der außerklinischen Beatmung von Kindern.

Insbesondere durch das entsprechende Fallverständnis in der Pädiatrie ist es dem Dozententeam gelungen, auf die erforderlichen Besonderheiten und Unterschiede in der Pädiatrie einzugehen. Der Lehrgangsleiter Malte Hanelt ist Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie, Pflegeexperte für außerklinische Beatmung und Megacodetrainer und hat die inhaltlichen Vorgaben der DIGAB Richtlinien für die Akkreditierung der Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung optimiert ausgearbeitet und umgesetzt. Hand´s on Training, Reanimations- bzw. Notfallübungen und Fallbeispiele können so speziell im Kontext der Kinderkrankenpflege betrachtet werden.

Im Sinne der sogenannten kategorialen Bildung wird der von der DIGAB vorgegebene Bildungsinhalt dialektisch mit einem Bildungsgehalt praxisnah präsentiert. Dieses entspricht dem Leitbild der BaWiG, die eine kritisch-konstruktive Didaktik nach W. Klafki in allen Fort- und Weiterbildungen umsetzt. Insbesondere der fachliche, auf Pädiatrie bezogene Austausch zwischen den Teilnehmer/innen und den Fachdozenten ist ein zusätzlicher Gewinn. *mc*

BaWiG GmbH & Co. KG
Müller-Breslau-Str. 30a
www.bawig-essen.de

Malte Hanelt, *Lehrgangsleiter im Bereich Pädiatrie*

DIGAB - Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung

BaWiG GMBH & CO.KG
BILDUNGSAKADEMIE UND WISSENSCHAFT IM GESUNDHEITSWESEN

BASISKURSE
Nächster Beginn jeweils:

Essen	Berlin
15.11.2012	24.01.2013
17.01.2013	21.03.2013
07.03.2013	02.05.2013
25.04.2013	27.06.2013
30.05.2013	26.09.2013
20.06.2013	14.11.2013
19.09.2013	
03.10.2013	
21.11.2013	

€ 550,00

Kurse „Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“
Nächster Beginn jeweils:

Essen	Berlin
21.01.2013	14.01.2013
04.03.2013	26.08.2013
17.06.2013	16.09.2013
16.09.2013	

€ 1.250,00

Speziell für die Pädiatrie

Berlin	Essen
10.01.2013	07.02.2013
08.08.2013	12.09.2013

Ihr erfahrener Partner auch für Inhouseseminare
Tel.: 0201-125264-0

www.bawig-essen.de

Workshop 4

„Funktionelle Behandlung von Schluckstörungen"

Am 27. Oktober 2012 von 9.00 – 10.30 Uhr bietet in Forum 8 die Nutricia GmbH, Danone Medical Nutrition einen Workshop „Funktionelle Behandlung von Schluckstörungen" an. Referentinnen sind die Logopädin Frau Christina Rauber vom Hegau-Jugendwerk Gailingen und die Dipl. Ökotrophologin Frau Suzana Tomljanovic-Grün.

Essen und Trinken haben im psycho-sozialen und kulturellen Kontext eine vielschichtige, teils ambivalente Bedeutung.
Werden deshalb im öffentlichen Bewusstsein die Gefahren einer Schluckstörung (Dysphagie) bagatellisiert, der Unterschied zwischen Essen (willkürlich) und Schlucken (reflektorisch) verwischt?

Im **1. Teil des Workshops** werden die Eckpunkte einer funktionell ausgerichteten Behandlung für alle Altersgruppen, wie sie seit über 15 Jahren im Hegau-Jugendwerk durchgeführt wird, dargestellt. Die Basis einer jeden Therapie ist eine ausführliche Diagnostik, klinisch und apparativ. Auf den Erkenntnissen der Diagnostik wird eine individuell angepasste Therapie zusammengestellt, die auf den drei Säulen der Funktionellen Dysphagietherapie basiert: Restitution (Wiederherstellung von Fähigkeiten), Kompensation (Ersetzen von verlorengegangenen Fähigkeiten durch bestimmte Techniken) und Adaptation (Anpassen von Haltung, Kostform an die Fähigkeiten des Patienten). Das Ziel der Behandlung ist die Sicherung der Atemwege, der Ernährung und eine Erhöhung der Lebensqualität.

Im **2. Teil des Workshops** wird näher auf die Adaptation der Nahrung eingegangen.
Ein sicheres Schlucken ist wichtige Voraussetzung zur Deckung der erforderlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Schließlich haben Patienten mit Schluckstörungen ein deutlich erhöhtes Risiko für Mangelernährung, Dehydratation und Aspirationspneumonie.
Diese häufig unterschätzten Komplikationen haben negative Folgen auf die Genesung und die Lebensqualität des Betroffenen.

Somit stellt die Anpassung der angebotenen Kost an die individuelle Schluckfähigkeit eine wichtige Maßnahme zur gefahrlosen Nahrungsaufnahme dar. Dabei haben sich in der Praxis aufeinander aufbauende Schluckkoststufen bewährt. Weiterhin bilden bei Schluckstörungen Flüssigkeiten und Getränke für den Patienten ein schwer zu bewältigendes Problem, da sie schnell fließen und somit im Mund schwer zu kontrollieren sind. Hier werden die Flüssigkeiten mit entsprechenden Dickungsmitteln auf die erforderliche Konsistenz angedickt. Dickungsmittel mit sogenannten amylaseresistenten Eigenschaften sind hierbei von Vorteil, da sie bei Speichelkontakt die erforderliche Konsistenz beibehalten und nicht wieder verflüssigen. Somit kann das Risiko für Verschlucken und Aspiration gesenkt werden.

Bei der Ernährung von Patienten mit Dysphagie muss ebenso beurteilt werden, inwiefern die aufgenommene Kost bedarfsgerecht ist, denn je nach Schluckkoststufe kann eine eingeschränkte Lebensmittelauswahl bestehen. Dabei stellt sich auch die Frage, was bedarfsgerecht ist, denn jeder Patient hat einen unterschiedlichen Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf.

Damit keine Nährstofflücken entstehen, ist bei Bedarf eine Ergänzung mit hochkalorischer und eiweißreicher Trinknahrung nötig. Auch hier ist darauf zu achten, dass die angebotenen Trinknahrungen konsistenzadaptiert sind, um ein sicheres Schlucken zu gewährleisten.

Anmeldungen zu diesem Workshop auf www.maik-online.org.

Christina Rauber, *Logopädin*

Suzana Tomljanovic-Grün, *Dipl. Ökotrophologin*

Referentinnen auf dem MAIK 2012

Workshop 2

„Spezielles Trachealkanülen-management Phonation unter Beatmung“

Am 26. Oktober 2012 von 13.30 – 15.00 Uhr bietet in Forum 8 die Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH einen Workshop zum Thema „Spezielles Trachealkanülenmanagement / Phonation unter Beatmung“ an. Referenten sind Michael Brüggemann, Leiter der Niederlassung des Unternehmens in Berlin, und Dr. med. Paul Diesener, Hegau-Jugendwerk Gailingen.

Sprechen ist eines der Grundbedürfnisse des Menschen, das von Gesunden mehr oder weniger als Selbstverständlichkeit empfunden wird. Medizinische Interventionen wie z.B. die Beatmung über einen künstlichen Atemweg 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 Kommunikation 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 Sprechventil 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. hohe Beatmungsdrucke) der Sprechoption im Wege stehen. Genau an diesem Punkt kann die neue und sehr innovative Blom® Trachealkanüle eine Alternative bilden.

Die 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. Der Referent wird das innovative Trachealkanülensystem im Workshop vorstellen, das der Versorgung von beatmeten Patienten eine neue Dimension gibt. Phonation unter Beatmung wird damit zukünftig nicht nur Option, sondern Standard einer modernen Patientenversorgung.

Wie auch in den vergangenen Jahren wird Dr. med. Paul Diesener alternative Wege im Umgang mit Trachealkanülen vorstellen und herkömmliche Lösungen, die aus gut gemeintem Sicherheitsbedürfnis dem Patienten Stimme und Essen nehmen, in Frage stellen. Das neue Koordinatensystem ist gewöhnungsbedürftig. Nicht die Entfernung der Kanüle ist das Ziel, sondern Sprechen und Essens selbst bei schwerster Aspiration und mit gesichertem Atemweg.

Anmeldungen über www.maik-online.org

Das Fest der Sinne – ein besonderes Angebot für Menschen in der außerklinischen Intensivpflege

Menschen im Wachkoma, Menschen, die beatmet werden sind in besonderem Maße darauf angewiesen, ihre Umwelt über basale Angebote erfahren zu können. Große Veranstaltungen, zu viele Reize auf einmal können schnell überfordern und erzeugen Stress. Ganz besondere Feste sind ein wichtiger Bestandteil des Freizeitangebotes des Alpenpark – Zentrum für Pflege und Therapie – auch und vor allem für Menschen, die in ihren Alltagskompetenzen mehr als andere eingeschränkt sind.

Für Julia und ihre Familie ist es das erste „Sommerfest der Sinne“. Sie lebt seit Februar 2012 bei uns – nachdem sie ein schweres Schädelhirntrauma erlitten hatte.

Feiern mit allen Sinnen

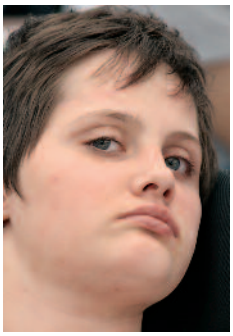
Eine vertraute Bezugsperson begleitet je einen Bewohner, macht das Umfeld erfahrbar und leitet eventuell auch Angehörige diesbezüglich an.
Unser diesjähriges Sommerfest stellten wir unter das Motto „Thailand“. Die angebotenen Speisen, Getränke, die Dekoration, Düfte und natürlich auch die Musik waren darauf abgestimmt. Thailändische Tempeltänzerinnen zeigten ihre Künste im Rahmen des Programms.
Julia nahm staunend ihre Umgebung in Augenschein. Die Anwesenheit von Menschen, die sich ausschließlich mit ihr befassten, tat ihr sichtlich gut.

Zusammen essen

Essen ist Lebensqualität – und gerade Menschen in der außerklinischen Intensivpflege oft nicht möglich.
Essen vermittelt das Gefühl der Zugehörigkeit und der Geselligkeit – damit stehen Menschen, die über eine Ernährungssonde versorgt werden, außen vor.
Deshalb sind unsere Mitarbeiter umfassend geschult und in der Lage, abschätzen zu können, ob und in welchem Umfang orale Angebote möglich sind und können diese auch durchführen.
Julia liebt orale Angebote: Süßes bevorzugt sie, sie reagiert mit großem Interesse, sie zeigt Mundbewegungen und wirkt sehr wach.

Der Weg der Sinne

Zum Experimentieren fanden sich viele verschiedene Angebote auf dem „Weg der Sinne“: Handpeelings, kühle Auflagen mit frischen Düften, Greif- und Tastangebote, Pflanzen, Öle und Speisen mit einprägsamen Gerüchen sind nur einige Beispiele.
Angehörige werden spielerisch im Konzept der „Basalen Stimulation in der Pflege“ eingeführt und können gemeinsam Erlebnisse mit dem Betroffenen sammeln.
Julia genoss in besonderem Maße ein entspannendes Handpeeling. Gerüche interessierten sie sehr, sie wandte sich bei vielen Angeboten der Reizquelle zu, fixierte diese und zeigte uns allen, wie gut sie in der Lage ist, ihr Umfeld wahrzunehmen. Sie wirkte auch nach mehreren Stunden noch hellwach, war sehr präsent und genoss die Stunden mit ihrer Mutter und der Bezugspflegekraft.



„Ein Leben ohne Feste gleicht einer weiten Reise ohne Einkehr“

ALPENPARK
Zentrum für Pflege und Therapie GmbH
Kaiserblickstr. 1-5
83088 Kiefersfelden
Tel.: 0 80 33 / 69 40
Fax: 0 80 33 / 98 4 91
www.alpenpark.de

Aussteller auf dem MAIK 2012

Das Leben ist immer wertvoll!

Ursula Pabsch leitet seit 1994 den klinischen Sozialdienst der Klinik Kipfenberg, Rhön-Klinikum AG. Eine ihrer Hauptaufgaben ist das Management der Entlassung in die Häuslichkeit oder eine Versorgungsform. Über ihre Erfahrungen wird sie beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® referieren und Hinweise geben, worauf es beim Überleitungsmanagement ankommt.

Das Leben ist immer wertvoll, diese Aussage fällt vielen Menschen schwer, die nach langer Krankheit oder auch plötzlichen Ereignissen wie Unfällen nun vollständig auf Fremdhilfe in allen alltäglichen Belangen angewiesen sind. Sie sind querschnittsgelähmt, sie sind beatmet, komatös oder im locked-in-Syndrom. Wenn sie Glück haben, kommt ein Arzt der Intensivstation auf die Idee der Rehabilitation. Wenn sie noch mal Glück haben, kann der Arzt auf einen Sozialdienstmitarbeiter zurückgreifen, der sich um alles weitere kümmert.

Hat der Mensch, der nun Patient ist, Pech, so fällt dem Arzt recht spät auf, dass das DRG-System nach 50 Tagen Liegezeit oft kein Geld mehr übrig hat. Manchmal hilft auch keine Rehabilitation, um den Gesundheitszustand zu verbessern.

Hat der Mensch eine Familie, so werden diese über die Entlassung, wohin auch immer, informiert.

Hat die Klinik einen Sozialdienst, so wird dieser manchmal vom Arzt der Intensivstation, oder von den Pflegekräften, über die Entlassung kurzfristig informiert.

Manchmal werden auch Mitarbeiter von Sanitätsfirmen darüber informiert. Diese übernehmen dann notgedrungen, oder auch inzwischen werbewirksam, das Entlassungsmanagement, schnell, kostenlos und bisweilen entnervt.

Ist es das, was sich der Mensch als Patient wünscht? Ist es das, was die Gesundheitsreform nun verbindlich vorsieht?

Eigentlich ist es schwer vorstellbar, warum die Versorgung schwerkranker Menschen, insbesondere beatmeter Patienten, eher dem Zufall und dem besonderen Engagement einzelner Personen überlassen wird. Vielmehr müsste das professionelle Entlassungsmanagement – know how der klinischen Sozialarbeiter auf der Intensivstation – sehr gefragt sein. Die Gesundheitsreform fordert eine Verbesserung im Schnittstellenmanagement und an den Übergängen im Versorgungssystem, also etwas, was klinische Sozialarbeiter den ganzen Tag machen.

Nur auf der Intensivstation scheint es für Sozialarbeiter Berührungsängste zu geben, insbesondere, wenn nicht über die Möglichkeiten der Frührehabilitation offensiv nachgedacht wird. In einer Klinik für Frührehabilitation ist es für Sozialarbeiter üblich, auch auf der Intensivstation tätig zu sein. Die Tätigkeit des Sozialdienstmitarbeiters ist dabei im Verbund mit den anderen Klinikmitarbeitern zu sehen. Im ständigen Austausch mit den Ärzten, dem Pflegepersonal und dem therapeutischen Personal ist der perspektivische Hilfebedarf pflegerischer und medizintechnischer Art festzustellen. Leider weiß man oft nicht, wie erfolgreich nun die medizinische Behandlung sein wird, was für die weitere Planung erschwerend hinzu kommt. Aufgrund der berufsspezifischen Kompetenz von Sozialarbeitern kann der Patient bei seiner Entscheidung über die pflegerische Versorgung ganzheitlich und nachhaltig unterstützt werden. Schon im Rahmen eines Erstgespräches können frühzeitig soziale und persönliche Ressourcen erörtert werden, um dann später gemeinsam mit der betroffenen Familie die weitere Versorgung zu planen. Je nach gesundheitlichem Zustand des Patienten sind Krisengespräche nicht nur mit den Angehörigen an der Tagesordnung. Dazu gehört auch die verbindliche Steuerung sämtlicher Formalitäten mit den Kooperationspartnern, die für die Entlassung schwerstkranker Personen notwendig ist. Je zielorientierter und koordinierter innerhalb und außerhalb einer Klinik die verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeiten, desto eher kann von einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung gesprochen werden. Kennzeichen von gelungener sozialer Arbeit im klinischen Bereich ist die Vernetzung der internen und externen Kompetenzen zugunsten der Patienten. Daher dient die Weiterleitung aller relevanten Informationen bezüglich der Versorgung der Patienten durch den Sozialdienst der Qualitätssicherung im Entlassungsmanagement. Damit wird der Patient natürlich nicht gesünder. Für die Angehörigen bedeutet es jedoch weniger Stress, weniger Sorgen, sie fühlen sich ernst genommen und entlastet.

Für diese nichtmedizinische Arbeit gibt es in Pflegesatzverhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen bisher keinen Cent mehr, aber in der Außenwirkung eines Krankenhauses kann es Einfluss auf die Patientenfallzahlen haben.
Diese Entlassungsszenerie ist natürlich nur ein Teil der klinischen Arbeit.
Um als Sozialarbeiter diese pragmatische Übung am Ende der Behandlung möglichst stressfrei erledigen zu können, sind daher nicht nur für den Sozialdienst verschiedene Schritte vorher notwendig.

Wir müssen mit der Familie Kontakt haben.
Wir müssen wissen, wie der Zustand des Patienten ist.
Wir müssen über die organisatorischen Daten und systemische Struktur informiert sein.
Wir brauchen ein gutes kooperationsfähiges Team im Haus.
Wir brauchen ein gut ausgebautes Netz von Kooperationspartnern außerhalb der Klinik.
Und es muss uns persönlich wichtig sein, die Patienten gut versorgt entlassen zu können.
Sie dürfen uns nicht egal sein.

Kontakt mit der Familie zu haben, heißt auch zu wissen, wer dazu gehört, wie es ihr geht, wie ihr normales Leben aussieht, wie ihre Wünsche und Hoffnungen aussehen.
Das heißt, Zeit für sie zu haben und ihnen Raum für ihre Vorstellungen zu geben. Unterstützung kann auch heißen, sie durch eine wertschätzende und respektvolle Gesprächsführung in die Lage zu versetzen, Entscheidungen zu treffen, Verantwortung für die neue Situation zu übernehmen und sich letztendlich mit den pragmatischen Erfordernissen auseinander zusetzen.

Über den Zustand des Patienten informiert zu sein, heißt an den klinikinternen Teamsitzungen aktiv teilzunehmen, die medizinischen Unterlagen zu kennen und so den medizinischen und gegebenenfalls rehabilitativen Verlauf zu verfolgen. Informiert zu sein über organisatorische Daten und systemische Strukturen heißt zu wissen, wer wo wie versichert ist, wer welches Formular meint zu benötigen, wo Entscheidungen letztendlich getroffen werden, welche Begründung für was hilfreich ist und wie das alles ineinander verzahnt ist.

Kooperation im Team heißt, jeder muss bereit sein, auf andere zuzugehen. Man muss die anderen über die Ergebnisse der eigenen Arbeit informieren, man muss sich aufeinander abstimmen und gemeinsam an den Zielen der Patienten arbeiten.

Hier ist ein offenes Klima notwendig, wo der Patient merkt, dass wir an seinem oder ihrem Wohlergehen interessiert sind. Persönliche Vorbehalte, interdisziplinäre Grabenkämpfe haben hier nichts zu suchen.

Kooperation nach außen heißt zu wissen, wer wo mit welchen Angeboten die Versorgung unserer Patienten fortsetzen kann. Wir müssen uns aktiv um Informationen kümmern, die Kontakte knüpfen, pflegen, den Gesundheitsmarkt beobachten, um unsere Klienten gezielt beraten zu können.

Ein optimiertes Entlassungsmanagement ist damit kein Mittel zum Zweck, sondern nur die konsequente Fortführung einer respektvollen Haltung gegenüber den betroffenen Familien, auch auf einer Intensivstation im Akuthaus.

www.ursula-pabsch.de
www.neurologie-kipfenberg.de
www.leben-mit-intensivpflege.de

Ursula Pabsch, *Diplom - Pädagogin (Univ.)*
Systemische Familientherapetin/Supervisorin/Coachin (DGSF), Leitung klinischer Sozialdienst, Klinik Kipfenberg, Rhön-Klinikum AG
Fachgruppensprecherin
„Systemische Konzepte im Gesundheitswesen“ in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie/Familientherapie (DGSF)

Referentin auf dem MAIK 2012

WISSEN VERMITTELN

*Die **IHCC** Intensive **H**ome **C**are **C**onsulting **GmbH**®, Veranstalterin des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®, bietet während des kommenden Jahres Tagesveranstaltungen mit den hochkarätigen MAIK-Referenten Rechtsanwältin Anja Hoffmann, LL.M. Eur. und PD Dr. Andreas Schwarzkopf an.*

Die Veranstaltungen finden an folgenden Terminen statt:

Update Hygiene
am 8. April 2013, 10.00 – 17.00 Uhr
Referent: PD Dr. Andreas Schwarzkopf,
Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und
Infektionsepidemiologie, Leiter Institut Schwarzkopf

Update Sozialrecht
am 14. Mai 2013, 10.00 – 17.00 Uhr
Referentin: Rechtsanwältin Anja Hoffmann,
LL.M. Eur. Landesbeauftragte bpa, Landesgeschäftsstelle
Berlin-Brandenburg

Update Sozialrecht
am 17. September 2013, 10.00 – 17.00 Uhr
Referentin: Rechtsanwältin Anja Hoffmann,
LL.M. Eur. Landesbeauftragte bpa, Landesgeschäftsstelle
Berlin-Brandenburg

Update Hygiene
am 7. Oktober 2013, 10.00 – 17.00 Uhr
Referent: PD Dr. Andreas Schwarzkopf,
Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und
Infektionsepidemiologie, Leiter Institut Schwarzkopf

Als Veranstaltungsort sind die Räumlichkeiten der **IHCC** Intensive **H**ome **C**are **C**onsulting **GmbH**® in Unterhaching bei München geplant.
Bei einer großen Anzahl von Teilnehmern werden passende Räumlichkeiten in der Nähe gesucht.
In Kürze genaue Informationen zu den Themen und zum genauen Programmablauf sowie die Möglichkeit zur Anmeldung auf www.ihcc.mobi.

IHCC Intensive **H**ome **C**are **C**onsulting **GmbH**®

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

08. bis 09. November 2013
Holiday Inn Hotel City Center München

www.maik-online.org

Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Augsburg!

Auf welch große Resonanz alternative Wohnformen in einer Kommune stoßen, zeigte sich bei der Feier anlässlich der Eröffnung einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Augsburg-Pfersee am 5. Juli 2012. Jörg Brambring und Christoph Jaschke, die beiden Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH und die beiden Niederlassungsleiter in Südbayern, Helmut Schneiderat und Christoph Kugler, begrüßten zahlreiche Gäste.

„Wir wollten“, so Geschäftsführer Christoph Jaschke, „dass die weiträumige und Licht durchflutete, völlig barrierefreie Etage im Erdgeschoss möglichst wenig an Pflege erinnert. Er dankte Richard Binzer von der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA - früher Heimaufsicht) für die konstruktive Zusammenarbeit sowie der tfm Wohnbau, die in der Planungsphase für jeden Vorschlag offen war und vor allem ein „großes soziales Herz“ gezeigt habe. Eine besondere Anerkennung sprach Jaschke den beiden Niederlassungsleitern Helmut Schneiderat und Christoph Kugler sowie deren Assistentin Julia Büsch, der Hygienebeauftragten Doris Böhm und Manuela Seitz, der Leiterin des Pflegeteams aus. Er lud die Gäste dazu ein, sich in den Räumlichkeiten umzusehen, denn „mit dieser Einweihungsfeier wollen wir öffentlich werden. Wir halten nämlich nichts von einer closed-door-Politik!“

Die Grüße des Augsburger Oberbürgermeisters, Dr. Kurt Gribl, übermittelte der Sozialreferent der Stadt, Max Weinkamm. Er hieß die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH und die neuen Bewohner der WG in Augsburg herzlich willkommen. Er schätze es, wenn junge Unternehmer wie die beiden Geschäftsführer des Unternehmens, nicht nur betriebswirtschaftlich dächten, sondern auch sozial handelten. Er verwies auf die vielen Auszeichnungen, die das Unternehmen bereits erhalten hat, so auch die Sonderpreise „Qualifizierung der Mitarbeiter“ und „Ambulante Intensivpflege“. Die Wohngemeinschaft sei für Menschen mit Beatmung eine hervorragende Ergänzung zu den bereits bestehenden Angeboten in Augsburg. Max Weinkamm führte im Laufe des Tages viele persönliche Gespräche, vor allem mit den Pflegekräften und den Betroffenen vor Ort.

Die soeben in ihr Amt gewählte Vorsitzende des Behindertenbeirates der Stadt Augsburg, Claudia Nickl, wandte sich in ihrer Ansprache direkt an die neuen Bewohner: „Ich freue mich über Sie, meine Damen und Herren, die Sie hier eingezogen sind! Ich freue mich, dass Sie hier in Augsburg wohnen und dass wir Sie jetzt kennenlernen dürfen. Ich muss nämlich feststellen, dass wir im Behindertenbeirat selbst noch kaum Erfahrungen mit Ihrer Erkrankung haben. Deshalb ist für uns der Kontakt zu Ihnen sehr wichtig. Wir wollen wissen, wie es Ihnen geht, was Sie brauchen und wo Ihnen Ihre Umgebung vielleicht auch das Leben schwer macht. Denn nur dann können wir mithelfen, dass Ihre besonderen Bedürfnisse auch erkannt und berücksichtigt werden. Und so tragen Sie mit uns dazu bei, dass diese Stadt wieder ein Stück Barrierefreiheit dazu gewinnt. Aber wir wollen auch erfahren, wie Sie mit Ihren Problemen und trotz aller Schwierigkeiten Ihr Leben gestalten, was Sie schätzen, was Ihnen Freude bereitet.

Denn wir sehen in erster Linie SIE – nicht Ihr Atemgerät! Wir sehen Sie als unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger, die unter uns leben, ganz selbstverständlich und nach Möglichkeit auch selbstbestimmt. Wir sehen Sie, und es ist uns ein Anliegen, dass Ihr Leben, Ihr vielleicht etwas anderes Leben, immer als lebenswertes Leben erkannt und anerkannt wird. Auch das trägt zum Abbau von Barrieren bei. Und sogar zum Abbau der allerschwersten Barrieren, nämlich jener Barrieren, die sich in unseren Köpfen befinden. In diesem Sinne wünsche Ich Ihnen jetzt einen guten Start, Ihnen als Träger dieser Einrichtung und Ihnen als Bewohner dieses schönen Hauses. Fühlen Sie sich wohl in Augsburg!“

Max Weinkamm, *Sozialreferent der Stadt Augsburg*

In seiner Begrüßungsrede betonte Geschäftsführer ***Christoph Jaschke,*** *dass die weiträumige und Licht durchflutete, völlig barrierefreie Etage im Erdgeschoss möglichst wenig an Pflege erinnern solle. „Mit dieser Einweihungsfeier wollen wir öffentlich werden, denn wir halten nichts von einer closed-door-Politik!“, so Jaschke.*

Bei strahlendem Sonnenschein wurde, köstlich bewirtet von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, bis in die Abendstunden gefeiert.

Manuela Seitz, *die Leiterin des Pflegeteams, informiert einen Gast im Musterzimmer der WG.*

Max Weinkamm, *der Sozialreferent der Stadt Augsburg (links),* ***Claudia Nickl,*** *Vorsitzende des Augsburger Behindertenbeirats (Mitte) und* ***Joachim Weiß,*** *Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (rechts)*

Kontakt:

Heimbeatmungsservice
Brambring Jaschke GmbH
Helmut Schneiderat und Christoph Kugler
Niederlassungsleiter
Ottobrunner Straße 41
82008 Unterhaching
Tel: 089/ 189 41 35 0
uhg@heimbeatmung.com
www.heimbeatmung.com

Teamarbeit

Teamarbeit ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Dabei geht es einmal um Spielregeln, die klar definiert und kommuniziert sein müssen, und es geht um die verschiedenen Rollen in einem Team, deren sich jeder bewusst ist. Die Führungskraft in einem Team benötigt klar definierte und kommunizierte Aufgaben, und es bedarf der Entwicklung eines gemeinsamen Zielverständnisses. Wichtige Voraussetzungen für funktionierende Teams sind die Akzeptanz der unterschiedlichen Persönlichkeiten sowie der offene und konstruktive Umgang mit Konflikten.

Grundlegend erfolgt Teamarbeit unter 3 verschiedenen Gesichtspunkten:

1. Ebene = Sachebene: Was wollen wir als Team erreichen? Auf der Sachebene wird hinterfragt, wie das Team seine Aufgaben lösen kann. Dies ist die Ebene der Themen und Aufgabenbewältigung. Es geht hier also um klare Ziele, Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung.

2. Ebene = Geschäftsordnungseben: Womit kommen wir als Team vorwärts? Wie gehen wir vor? Welche Hilfsmittel setzen wir ein? Wie organisieren wir unsere Arbeit? Auf der Geschäftsordnungsebene wird hinterfragt, wie sich die Mitglieder eines Teams auf dieser Ebene organisieren. Dabei geht es um klare Regeln & Normen, die es gilt einzuhalten.

3. Ebene = Beziehungsebene: Wie gehen wir miteinander um? Wie fühle ich gegenüber dem Anderen? Diese Ebene wird vom Umgang miteinander bestimmt. Themen wie Wertschätzung, Vertrauen, Offenheit, Ehrlichkeit oder Abwertung, Misstrauen, Angst und Manipulation spielen auf dieser Ebene eine Rolle.

Funktionierende Teamarbeit ist also nicht damit getan, dass sich einige teamfähige Personen zusammentun. Diese „zusammengewürfelten“ Personen können ihre Stärke erst dann einbringen und Synergien nutzen, wenn sie zu einem Team zusammen wachsen. Dies geht nicht über Nacht! Es bedarf vielmehr eines Entwicklungsprozesses für die Teamleitung und die Teammitglieder.

Seit mehreren Jahren begleite ich diesen Entwicklungsprozess bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH. Was mir schon zu Beginn meiner Arbeit in diesem Unternehmen auffiel und was den Entwicklungsprozess erheblich erleichtert, sind dort der offene Umgang zwischen den Mitarbeitern, Führungskräften und der Geschäftsführung, gepaart mit Neugier und einem sehr großen Interesse an Veränderungsprozessen. Veränderungen in der Teamarbeit haben hier schon auf mehreren Ebenen stattgefunden.

Im vergangenen Jahr wurden u.a. die Teamleiter konsequent aus- und weiter entwickelt, sei es in der Wahrnehmung ihrer eigenen Rolle und den damit verbundenen Erwartungen (hinsichtlich der Teammitglieder, der Führungskraft, der Angehörigen und Patienten) oder wenn es um die Delegation von Aufgaben an die eigenen Teammitglieder geht. Ein wichtiger Bestandteil dieses Entwicklungsprozesses ist der Umgang mit Konflikten, denn ein Team ohne Konflikte gibt es nicht. Konflikte in Teams treten in allen Bereichen und insbesondere da auf, wo die Teammitglieder einem gewissen Druck, Stressfaktoren und einer Erwartungshaltung ausgesetzt sind. Konflikte gelten oft schon im Vornherein als negativ. Wie souverän mit ihnen umgegangen wird entscheidet, ob ein Konflikt eskaliert und positive oder negative Nachwirkungen mit sich bringt. Und genau hier sind das Team und die Teamführung gefragt. Dazu bedarf es der Reflexion des eigenen Verhaltens in Konflikten, z.B. durch die Erarbeitung eines persönlichen Verhaltensprofils. Dadurch erhalten die Teammitglieder wertvolle Erkenntnisse darüber, wie sie im Team wahrgenommen werden, welches Verhalten sie unter Druck zeigen und wie sie kritische Situationen souveräner meistern. Der Weg zu einer Teamkultur in einem Unternehmen ist keine Maßnahme, bei der sich die gewünschten Effekte sofort einstellen. Ein Grund mehr, die Teamentwicklung nicht auf die lange Bank zu schieben. Nur wenn ein Anfang gemacht wurde, kann sich schließlich eine positive Wirkung einstellen. In Unternehmen, die Teamentwicklung und eine offene Kommunikation, die auf den wesentlichen Merkmalen Authentizität und Wertschätzung beruhen, unterstützen, sind die Mitarbeiter zufriedener und somit auch leistungsbereiter. Obendrein wird der Informationsfluss wesentlich verbessert, und Fehler werden sowohl schneller erkannt als auch effizienter behoben. Als Trainerin arbeite ich für Industrieunternehmen aus der Automobil-, IT- und Chemiebranche sowie für Unternehmen im Gesundheitswesen. Dort und bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH machte ich die Erfahrung, welch positive Auswirkungen ein offener Umgang, gepaart mit einer guten Portion Empathie, dem starken Willen, sich weiter zu entwickeln, und der großen Bereitschaft, kritische Situationen in Teams offen zu bearbeiten, auf den Teamentwicklungsprozess hat.

Doris Marx-Ruhland
Seminare & Coaching

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®

Attraktiver Arbeitgeber durch Betriebliche Krankenversicherung

Immer mehr Pflegedienste suchen angesichts des Fachkräftemangels nach Möglichkeiten, um im Wettbewerb zu punkten. Eine hervorragende Möglichkeit bietet die Betriebliche Krankenversicherung. Sie ist eine junge Versicherungssparte, die jedoch von Arbeitgebern immer mehr nachgefragt wird.

Bei den Personalverantwortlichen - auch in Pflegediensten - entsteht zunehmend das Bewusstsein für die Chancen der Betrieblichen Krankenversicherung.

Hintergrund ist die Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit von Beitragszahlungen des Arbeitgebers in eine private Gruppenkrankenversicherung als Sachlohnzuwendung bis zu EUR 44,00/Monat. Der Arbeitgeber steigert durch die Betriebliche Krankenversicherung, in die auch Familienangehörige zu einem günstigen Gruppentarif aufgenommen werden können, seine Attraktivität für neue Mitarbeiter. Gleichzeitig werden wichtige und motivierte Mitarbeiter an das Unternehmen gebunden. Denn die Prämien werden in der Regel vom Unternehmen bezahlt, möglich sind jedoch auch Mischfinanzierungen!

Es gibt eine breite Angebotspalette dafür, was versichert werden kann: ambulante, zahnärztliche Heilbehandlung (Prophylaxe, Kunststofffüllungen, Inlays, Zahnersatz, Implantate usw.), stationäre Unterbringung (Ein- und Zweibettzimmerabsicherung mit Behandlungsoption durch den Privatdozenten, Oberarzt oder Chefarzt), Krankentagegeldleistungen (insbesondere wichtig für die gesetzlich versicherten Belegschaftsmitglieder, deren Nettoeinkommen cirka EUR 2.650,00/Monat übersteigt) und Pflegeleistungen.

Die Sparte „Betriebliche Krankenversicherung“ ist derzeit sehr unübersichtlich. Deshalb sollte man sich von einem Versicherungsmakler wie der **Münchner Versicherungsmakler GmbH,** beraten lassen, die eine Expertise auch in diesem Segment hat.

Die **Münchener Versicherungsmakler GmbH** ist eines führenden Versucherungsmaklerunternehmen im Wirtschaftsraum München. Seit 30 Jahren ist es in allen Versicherungsfragen kompetenter Ansprechpartner. Der Kunde und seine Interessen stehen bei allen Beratungsgesprächen im Mittelpunkt. Mit ihrer hohen Kundenorientierung, verbunden mit leistungsfähigen Sonderkonditionen, hat die **Münchner Versicherungsmakler GmbH** in nahezu allen Versicherungsbereichen – individuelle Rahmenvereinbarungen / Wordings – viele Freiberufler und mittelständische Unternehmen überzeugt. Auch Pflegedienste, die sich als attraktiver Arbeitgeber positionieren wollten, wurden schon erfolgreich beraten. Deren Personalverantwortliche berichten von der großen Zufriedenheit ihrer Mitarbeiter und davon, wie positiv das Angebot in Bewerbungsgesprächen aufgenommen wird.

Mehr zum Thema auf www.mvm.de

Erster Basiskurs „Außerklinische Beatmung“

Am 29. Juni 2012 beendeten die ersten Kursteilnehmer bei der IHCC-Akademie den theoretischen Teil des Basiskurses „Fachkraft für außerklinische Beatmung“ in Unterhaching. Wie das Foto zeigt, hat der Kurs offensichtlich großen Spaß gemacht, eröffnet er doch für examinierte Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege- und Altenpflegekräfte ohne entsprechende berufliche Erfahrung in der Beatmungspflege oder eine intensivpflegerische Fachweiterbildung ganz neue berufliche Perspektiven in der außerklinischen Intensivversorgung.

Teilnehmer des ersten Basiskurses „Fachkraft für außerklinische Beatmung“ bei der IHCC- Akademie

Der Basiskurs ist durch die DIGAB akkreditiert und findet in diesem Jahr noch einmal vom **26. bis 30. November 2012** statt.

Die Anmeldung ist über www.ihcc.mobi/akademie/ihcc-akademie/ möglich.

Elektronische Hilfsmittel zur Kommunikation bei Beatmung

Personen, deren Erkrankung oder Behinderung eine Beatmung erforderlich macht, können durch diese temporär oder dauerhaft in ihren kommunikativen Möglichkeiten eingeschränkt sein. Evtl. begleitende motorische Einschränkungen führen zu einer zunehmenden Abhängigkeit vom betreuenden Umfeld.

Innerhalb der Rehabilitation beschäftigt sich das interdisziplinäre Fachgebiet der Unterstützten Kommunikation (UK) mit den Bedürfnissen dieser Menschen und verfolgt dabei das Ziel der Kommunikationsverbesserung, um Selbstbestimmung und Partizipation im Alltag zu fördern und zu sichern.
Elektronische (Kommunikations-)Hilfen ermöglichen dem heterogenen Personenkreis der UK das Grundrecht auf Kommunikation und die Teilhabe im Sinne der ICF. Zu diesem Kreis gehören neben Kindern mit Frühschädigungen auch Erwachsene mit erworbenen und/oder fortschreitenden Schädigungen, wie z.B. Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Muskeldystrophie, Locked-in-Syndrom (LIS) oder Schädel-Hirn-Trauma (SHT).
Ziel der Versorgung mit einer Kommunikationshilfe kann demnach sowohl die Unterstützung in der kommunikativen Entwicklung bei Kindern als auch die Sicherstellung einer kognitionsangemessenen Kommunikation bei Erwachsenen mit einer Spätschädigung sein. Zudem ermöglichen Umfeldsteuerungssysteme sowie Hilfsmittel zur PC-Bedienung die aktive und eigenständige Weiternutzung gewohnter Medien und schaffen Freiheit für eine selbstbestimmte Umgebungsgestaltung.
Wichtig bei der Wahl der individuell angemessenen Kommunikationshilfe ist eine fundierte Betrachtung der persönlichen und technischen Möglichkeiten, um gemeinsam mit dem Betroffenen und dem Umfeld eine optimale Lösung zu finden: Kann der Nutzer eine schriftbasierte Hilfe (sog. „sprechende Schreibmaschine“) bedienen oder muss das Gerät mit Symbolen arbeiten? Ist eine Eingabehilfe, z.B. in Form von Scanningverfahren, Mausersatz (Headmouse) oder Augensteuerung notwendig, um motorische Einschränkungen bei der Bedienung zu kompensieren, oder kann das System direkt mit der Hand angesteuert werden?
In einer persönlichen Beratung vor Ort sollte gezielt erprobt werden, welches Hilfsmittel im individuellen Fall geeignet ist. Die räumliche Nähe zum betreuenden Fachberater ist ein wichtiger Faktor bei der optimalen Betreuung hinsichtlich der Auswahl, Beantragung und Einführung einer Kommunikationshilfe. Auch nach Auslieferung des Systems ist ein zuverlässiger und kompetenter Ansprechpartner von besonderer Bedeutung.

Für weitere Informationen zu Hilfsmitteln zur Kommunikation, PC-Bedienung und Umfeldsteuerung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Unsere Servicenummer: **0800 734 28 47**
(kostenfrei + bundesweit)

Auf www.rehavista.de unter „Anwender berichten“ können Sie von und über Menschen lesen, die unsere Hilfsmittel in ihren Alltag integriert haben. Die Geschichten regen zum Nachdenken oder auch zum Schmunzeln an und machen Mut: Sie zeigen, wie sich die Lebensqualität beeinträchtigter Menschen durch passende Hilfen verbessern lässt.

Wir haben Standorte in Berlin, Bochum, Bremen, Leipzig, Nürnberg und München.
Sie erreichen uns auch unter info@rehavista.de

Menschen und ihre Materialien
Medizin- und Rehatechnik arbeiten mit ganz speziellen Materialien. Erst im 20. Jahrhundert traten Kunststoffe ihren Siegeszug an und haben zu einer schier unüberschaubaren Vielfalt von Produkten geführt; Aluminium, Titan, Silizium, Germanium und nahezu jedes andere Element des Periodensystems hat sich der Mensch nutzbar gemacht, um Brücken, Brillengestelle, Handys, Laser und vieles mehr herzustellen. Und ein Ende ist nicht abzusehen. Das Buch zeigt die materiellen Grundlagen unserer Zivilisation unter den Aspekten der Eigenschaften der Materialien, Grundzüge ihrer Herstellung, ihre Geschichte und Nutzanwendung. Es werden auch die wichtigsten Erfinder und ihre oft tragischen Lebenswege vorgestellt werden.

Kricheldorf, Hans R., **Menschen und ihre Materialien.** Von der Steinzeit bis heute. Erlebnis Wissenschaft. Wiley-VCH, Weinheim 2012, 31 Abb., 10 Tab., 240 Seiten, Preis **24,90 EUR**

REHAVISTA
deutschlandweit

REHAVISTA kümmert sich um die Hilfsmittelversorgung von Kindern und Erwachsenen, die in ihrer Kommunikation und/oder Motorik beeinträchtigt sind. Wir sind mit über 50 Mitarbeitern deutschlandweit im Einsatz, um für jeden Kunden die passende Lösung zu finden. Unterstützte Kommunikation beinhaltet für uns mehr als die Bereitstellung eines Hilfsmittels. Wir legen Wert auf ausführliche Kundenbetreuung, unterstützen bei der Beantragung der Kostenübernahme und helfen auch nach der Versorgung weiter.

Kontaktieren Sie uns – wir beraten Sie gerne!

REHAVISTA Hilfsmittel zur Kommunikation, PC-Bedienung und Umfeldsteuerung
Service-Telefon: 0800 734 28 47 (bundesweit und kostenfrei) www.rehavista.de

REHAVISTA-Kunde Markus Giebl kommuniziert mit einer DynaVox-Augensteuerung. Mehr dazu finden Sie im Internet unter ➜ www.rehavista.de ➜ Anwender ➜ Markus

REHAVISTA®
einfach.kommunizieren.

Streifeneder Rehatechnik – Für mehr Unabhängigkeit im Alltag

Sie kennen uns seit Jahren als zuverlässigen Partner im Bereich der Versorgung mit Reha-Hilfsmitteln rund um das Thema Mobilität. Neben den vielen Standardhilfsmitteln wie z.B. verschiedener Rollstühle, Geh- und Stehhilfen sowie Pflegebetten und Alltagshilfen etc. bieten wir auch die komplette Versorgung mit Umfeldkontroll- und Kommunikationsgeräten sowie High-Power-Elektrorollstühlen inklusive individueller Sondersteuerungen an. Wir möchten Ihnen an dieser Stelle das Leistungsspektrum unseres Teams vorstellen, das für die Versorgung mit Umfeldkontroll- und Kommunikationgeräten u.v.m. zuständig ist.

Unser Team für Umfeldkontrolle und Kommunikation, das derzeit aus drei Fachberatern und einer eigens für diesen Bereich zuständigen Sachbearbeiterin besteht, bietet folgende Leistungen für Sie an:

Beratung und Versorgung mit Elektrorollstühlen mit Sondersteuerung

Ob Unfall oder Erkrankung, verschiedenste Gründe können zu motorischen Einschränkungen führen, die die Bedienung eines Elektrorollstuhls über eine „normale“ Steuerung schwierig bis unmöglich machen.
Mittlerweile gibt es jedoch verschiedene Formen der Sondersteuerung, welche es dem Anwender trotz massiver motorischer Einschränkungen, z.B. in Folge einer hohen Querschnittlähmung oder verschiedener neuromuskulärer Erkrankungen wie z.B. ALS möglich machen, einen Elektrorollstuhl mit minimalstem Kraftaufwand sicher und gezielt zu bedienen. Dabei kommen spezielle Joysticks zum Einsatz, die z.B. mit einer Hand, per Fuß, mit Mund oder Kinn bedient oder auch per Kopfbewegung etc. angesteuert werden können. Zusätzlich zu diesen speziellen Joysticks können auch verschiedenste Eingabesensoren - vom einfachen Schalter bis hin zu Muskelspannungssensoren oder berührungsfreie Systeme - zur Anwendung kommen, die mit Infrarotabtastung oder Näherungssensoren arbeiten.

Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln zur alternativen Steuerung des (Wohn-) Umfeldes

Ganz ähnlich wie bei der Sondersteuerung für Elektrorollstühle gibt es auch für die alternative Steuerung des Wohnumfeldes entsprechende Hilfsmittel, die es trotz massiver motorischer Einschränkungen bis hin zur vollständigen Lähmung ermöglichen, elektrische Geräte, die „fernsteuerbar“ sind, zu bedienen. So können beispielsweise Radio, TV, Telefon sowie Fenster und Türen, Jalousien u.v.m. mit Hilfe einer Umfeldsteuerung z.B. durch Pusten in ein Blasrohr oder durch geringste Muskelspannungen wie z.B. ein Stirnrunzeln oder aber auch nur durch Bewegung der Augen etc. bedient werden.

Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln zur Unterstützten Kommunikation

Kommunikation ist ein wichtiges Grundbedürfnis. Wir bieten Systeme für Menschen an, die aus verschiedensten Gründen (neuromuskuläre Erkrankungen wie z.B. ALS, Querschnittlähmung) nicht oder nicht mehr (ausreichend) sprechen können oder sich anderweitig nicht adäquat ausdrücken können.

Neben gängigen (elektronischen) Hilfsmitteln zum Erlernen von Kommunikation bieten wir - je nach Bedarf - unterschiedliche Hilfsmittel wie z.B. elektronische Buchstabentafeln, Stimmerzeuger oder Stimmverstärker, Schriftkommunikationshilfen oder auch verschiedene statische und dynamische Kommunikationshilfen mit natürlicher oder synthetischer Sprachausgabe an. Auch diese Hilfsmittel können - je nach Bedarf - auf unterschiedlichste Weise und z.T. mit minimalstem Kraftaufwand bedient werden. Gängige Eingabemethoden sind hier manuelle Bedienung per Hand über einen Touchscreen oder Computermaus (oder Maus-Ersatz) sowie auch beliebige Eingabesensoren (Taster/Schalter, Näherungssensoren etc.) oder die Steuerung durch Kopf- oder Augenbewegung u.v.m.

Beratung und Versorgung mit Personenrufvorrichtungen sowie die behinderungsgerechte Adaption

Wer pflegebedürftig ist bzw. auf die Hilfe einer Assistenzperson angewiesen ist, benötigt eine Möglichkeit, sich bei Bedarf auf sich aufmerksam machen zu können. Hierfür bieten wir sowohl für den häuslichen Bereich als auch für ambulante Wohngemeinschaften und Pflegeinrichtungen/Kliniken verschiedene Lösungen an. Oftmals können „einfache“ oder standardisierte Lösungen wie z.B. eine Patientenglocke einer Schwesternrufanlage aufgrund von vorliegenden Behinderungen nicht mehr bedient werden. Neben der behinderungsgerechten Adaption von Rufanlagen, bzw. -vorrichtungen bieten wir auch die Erweiterung mit verschiedenen Sensoren wie z.B. Bettkanten- und Sturzmatten oder auch Bewegungsmelder etc. an.

ck

Streifeneder

Kontakt:
F.G. Streifeneder KG
Rehatechnik
Moosfeldstraße 10
82275 Emmering
Telefon 08141 – 625 733 0
Fax 08141 – 625 733 250
reha@streifeneder.de
www.streifeneder.de

Hill-Rom®
The Vest® Airway Clearance-System

Vergleich der „High Frequency Chest Wall Oscillation“ mit der vor kurzem in den Markt eingeführten VibraVest

Hintergrund

Bei gesunden Menschen werden die Lungen hauptsächlich durch ziliären Transport und Husten frei von Bakterien und überschüssigem Schleim gehalten. Solange die Luftwege in der Lunge auf normale Art und Weise gereinigt werden, bleiben diese frei und ermöglichen den normalen Austausch von Sauerstoff und Kohlendioxid. Es ist wichtig, die Lunge sauber zu halten, da zurückbleibende Sekrete zu einer Reihe ernsthafter gesundheitlicher Probleme, wie z. B. Infektionen, Entzündungen, einer Verschlimmerung bestehender Krankheiten sowie zu einer schlechten Lebensqualität führen können.1, 2

Für viele Patienten, die ihr Lungensekret nur eingeschränkt ausstoßen können, ist eine Therapie zur Reinigung der Luftwege ein wesentlicher Bestandteil ihrer allgemeinen Pflege. So betrachtet z. B. die European Cystic Fibrosis Society die Reinigung der Luftwege als einen wichtigen Bestandteil physiotherapeutischer Behandlungsregime, um der Verschlimmerung von Lungenerkrankungen vorzubeugen.1

Das Ziel von Therapien zur Reinigung der Luftwege sind die Mobilisierung von Sekreten sowie die Verbesserung des Gasaustausches und der Luftwegsfunktionen.1, 3 Im Laufe der Jahre wurden eine Reihe von Techniken und Technologien entwickelt, um die Reinigung der Luftwege zu unterstützen.

High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO)

Die High Frequency Chest Wall Oscillation (HFCWO) ist eine weithin anerkannte Technik zur Reinigung der Luftwege und wird oftmals auch als High Frequency Chest Wall Compression (HFCC) bezeichnet. Üblicherweise bestehen HFCWO-Systeme aus einem Gerät zur Druckerzeugung, Schläuchen und einem aufblasbaren Kleidungsstück. Das Gerät zur Druckerzeugung ist so konzipiert, dass er das Kleidungsstück in rascher Abfolge aufbläst und wieder entleert, wodurch die Brustwand abwechselnd zusammengedrückt und wieder freigegeben wird.
Dieses, High Frequency Chest Wall Oscillation genannte Verfahren, sorgt für einen Luftfluss in- und aus der Lunge heraus, wodurch der Patient leicht zum Husten angeregt wird. Des Weiteren hat man herausgefunden, dass der durch die HFCWO verursachte Luftfluss zu einer Verringerung der Klebrigkeit der Lungensekrete führt. Diese Effekte lösen Schleim von den Luftwegen, erhöhen die Sekretmobilisierung und befördern Schleim in Richtung größerer Luftwege, aus denen dieser mittels Husten ausgestoßen werden kann.

Die Effektivität der HFCWO wird dem Luftfluss zugeschrieben, der mittels dieser Technik erzeugt wird.4, 5, 6

Zahlreiche Forscher haben über die positiven Effekte des oszillierenden Luftflusses bei der Mobilisierung von Lungensekreten berichtet. Unter den direkten, mit der HFCWO zusammenhängenden Vorteilen, finden sich die Herbeiführung von Kräften, die denen beim Husten gleichen, sowie günstige Veränderungen der Konsistenz des Schleims.5, 6, 7, 8, 9

So haben Forscher z. B. beobachtet, dass der aus den Lungen herausgedrückte Luftfluss während der HFCWO im allgemeinen schneller ist, als der Luftfluss, der in die Lungen zurückführt.5 Somit hilft der von der HFCWO verursachte Luftfluss, Schleim in Richtung der größeren Luftwege zu drücken, wo dieser leichter durch Husten ausgestoßen werden kann.6, 8

Darüber hinaus haben zahlreiche Studien ergeben, dass die Schleimmobilisierung auch von dessen physikalischen Eigenschaften abhängt, und der, von der HFCWO verursachte Luftfluss, kann zu den gewünschten Veränderungen der Konsistenz des Schleims führen. 5, 9, 10, 11 Forscher sind der Auffassung, dass der während der HFCWO erzeugte Luftfluss stark genug ist, um die Verbindungen zu verändern, die Schleimgemische zusammenhalten.8, 10, 12

Der von der HFCWO erzeugte Luftfluss kann als ein Verfahren zur Lösung von Schleim betrachtet werden.9

Während die HFCWO akzeptiert wird und sich die Technologie bei der Mobilisierung von Sekreten in den Luftwegen bei verschiedenen Patienten als effektiv erwiesen hat, wird ein kürzlich auf den Markt gebrachtes Produkt, die VibraVest (OxyCare), bezüglich ihrer Effektivität in Frage gestellt. Es wird behauptet, dass mit der VibraVest eine HFCWO durchgeführt werden kann, jedoch fehlen Beweise, dass dieses Produkt einen ebenso starken Luftfluss verursacht, wie konventionellere Produkte.

Wie oben dargelegt, hängt der Grad der Effektivität während der HFCWO mit dem erzeugten Luftfluss zusammen. Aus diesem Grund wurde das The Vest®-System von einem unabhängigen Labor mit der VibraVest verglichen, um die Stärke des von beiden Produkten erzeugten Luftflusses miteinander zu vergleichen.

Vergleich des induzierten Luftflusses zwischen dem The Vest®-System und der VibraVest

Zielsetzung

Vergleich des durchschnittlichen Luftflusses, der von zwei äußerlich getragenen Produkten zur Reinigung der Luftwege erzeugt wird – dem The Vest® Airway Clearance-Systems (Hill-Rom, Inc.) und der VibraVest (OxyCare).

Vorgehensweisen

An dem Versuch nahmen zehn gesunde männliche Testpersonen teil. Jeder Testperson wurde nach dem Zufallsprinzip ein Produkt zur Benutzung zugewiesen. (Zufallsprinzip bedeutet hier soviel wie das Werfen einer Münze, um potenzielle Vorurteile zu verringern.) Zusätzlich zur Messung des Luftflusses wurden auch das Alter, die Größe und das Gewicht der Testpersonen festgehalten.

Alle Testpersonen erhielten eine Maske, und diese wurde mit einem Produkt zur Messung des Luftflusses verbunden. Mittels einer zur Messung eines oszillierenden Luftflusses individuell programmierten Software wurden die Daten aller „Ausstöße” oder Mini-Lufthuster aufgezeichnet, die während der Therapie verursacht wurden. Die Luftflussmessungen wurden innerhalb eines Zeitraums von zwei Minuten durchgeführt. Anschließend wurden die Testpersonen aufgefordert, das Messprodukt abzulegen, womit die Therapie beendet war.

Das The Vest®-System wurde auf den max. Druck eingestellt und mit verschiedenen Frequenzen von 5 Hz, 10 Hz, 15 Hz und 20 Hz (insgesamt vier Tests pro Testperson) getestet. Die VibraVest wurde im „Massage”-Modus getestet, während dessen alle Bereiche der VibraVest kontinuierlich vibrieren. Es wurden die drei möglichen Einstellungen „Soft“, „Medium“ und „Intensiv“ getestet. (insgesamt drei Tests pro Testperson)

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Testpersonen betrug 37,9 Jahre. Die Durchschnittsgröße der Testpersonen betrug 178 cm und das Durchschnittsgewicht 80 kg.

Der vom The Vest® Airway Clearance-System bzw. von der VibraVest erzeugte Luftfluss wird in Tabelle 1 dargestellt.

Die durchschnittliche Geschwindigkeit jedes Luftstoßes betrug beim The Vest®-System bei Frequenzeinstellungen zwischen 5-20 Hz 57-117 L/Min. und bei der VibraVest bei den verschiedenen Intensitätseinstellungen (intensiv, medium und soft) 4-9 L/Min.

Schlussfolgerung

Der vom The Vest®-System erzeugte Luftfluss ist über alle Messungen hinweg wesentlich höher als der von der VibraVest erzeugte. Die Daten von der Anwendung des The Vest® -Systems zeigen auf, dass sich der durchschnittliche Luftfluss der Luftstöße mit einer Erhöhung der Frequenzeinstellungen ebenfalls erhöhte, was mit dem erhöhten, von der Testperson wahrgenommenen Luftfluss übereinstimmte. Die Daten von der Anwendung der VibraVest zeigen, dass sich der durchschnittli-

Tabelle 1: Durchschnittlicher Luftfluss der Luftstöße (L/Min.) des The Vest®-Systems und der VibraVest bei 10 Testpersonen

The Vest®-System		VibraVest	
Frequenzeinstellung	**Durchschnittlicher Luftfluss der Luftstöße in L/Min.**	**„Massage"-Modus-Einstellung**	**Durchschnittlicher Luftfluss der Luftstöße in L/Min.**
5 Hz	57	Soft	9
10 Hz	70	Medium	6
15 Hz	106	Intensiv	4
20 Hz	117		

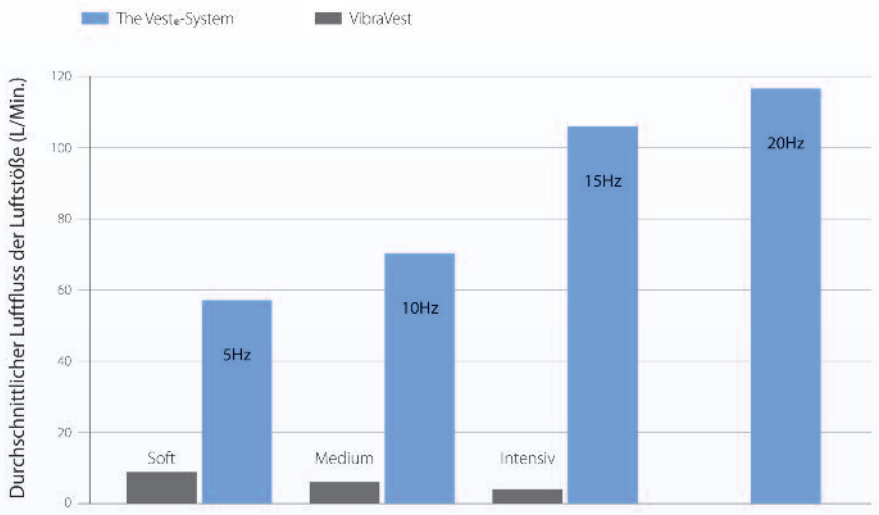
Im Diagramm 1 werden Vergleichsdaten nach Einstellungen als Balken dargestellt.

che Luftfluss der Luftstöße mit einer Steigerung der Intensität verringerte, was darauf schließen lässt, dass das Produkt bei einer niedrigeren Einstellung einen höheren Luftfluss verursacht. Es sollte beachtet werden, dass es sich bei den Testpersonen dieses Experiments um männliche Erwachsene mit einer normalen Lungenfunktion handelte.
Die im Rahmen dieser Studie ermittelten Ergebnisse können daher von jenen abweichen, die bei weiblichen Testpersonen oder Patienten mit Lungenerkrankungen erzielt werden.

Trotzdem wurde festgestellt, dass der von der VibraVest erzeugte Luftfluss bei allen Einstellungen wesentlich geringer war als der vom The Vest®-System erzeugte. Basierend auf umfangreichen Daten, die die Bedeutung des Luftflusses bei der HFCWO-Therapie aufzeigen, werden Fragen bezüglich der Effektivität von Systemen aufgeworfen, die einen wesentlich geringeren Luftfluss erzeugen.

www.hill-rom.com

Diagramm 1: Vergleich des Luftflusses der Luftstöße zwischen dem The Vest®-System und der VibraVest bei 10 Testpersonen



Referenzen:
1 Döring G, Hoiby N; Consensus Study Group. Early intervention and prevention of lung disease in cystic fibrosis: a European consensus. J Cyst Fibros. 004 Jun; 3(2): 67-91. Review.
2 Flume Patrick, A., A. Robinson Karen, et al. (2009). "Cystic fibrosis pulmonary guidelines: airway clearance therapies." Respiratory care 54(4): 522-37.
3 AARC (American Association for Respiratory Care) clinical practice guideline. Postural drainage therapy. Respir Care. 1991 Dec;36(12): 1418-26.
4 Butcher Scott, J., P. Pasiorowski Michal, et al. (2007). "Effects of changes in lung volume on oscillatory flow rate during high-frequency chest wall oscillation."Canadian respiratory journal - journal of the Canadian Thoracic Society 14(3): 153-8.
5 Chang HK, Weber ME, King M. E. Mucus transport by high frequency nonsymmetrical oscillatory airflow. J Appl Physiol 1988; 65(3): 1203-1209.
6 King M, Phillips D, Gross D, Vartian V, Chang HK, Zidulka A. Enhanced tracheal mucus clearance with high frequency chest wall compression. Am Rev Respir Dis 1983; 128: 511-515.
7 Chatburn Robert, L. (2007). "High-frequency assisted airway clearance."Respiratory care 52(9): 1224-35; discussion 1235-7.
8 Hansen LG, Warwick WW, Hansen KL. Mucus transport mechanisms in relation to the effect of high frequency chest compression (HFCC) on mucus clearance. Pediatr Pulmonol 1994; 17: 113-118.
9 Tomkiewicz RP, Biviji AA, King M. Effects of oscillating air flow on the rheological properties and clearability of mucous gel simulants. Biorheology 1994; 31(5): 511-20.
10 Dasgupta B, Tomkiewicz RP, Boyd WP, Brown NE, King M. Effects of combined treatment with rhDNase and airflow oscillations on spinnability of cystic fibrosis sputum in vitro. Pediatr Pulmonol 1995; 20: 78-82.
11 Majaesic CM, Montgomery M, Jones R, King M. Reduction in sputum viscosity using high frequency chest compression compared to conventional chest physiotherapy. Pediatr Pulmonol 1996; Suppl 13: A358.
12 King M, Phillips D, Zidulka A, Chang HK. Tracheal mucus clearance in high frequency oscillation: chest wall versus mouth oscillation. Am Rev Respir Dis 1984; 130: 703-706.

Messen - Kongresse - Fortbildung

Oktober 2012

1. - 2. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Mit starkem Rücken – Hygienekräfte setzen sich durch
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

8. - 10. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Hygienebeauftragte(r) in der Hauswirtschaft
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

9. Oktober 2012 in Martinsried
Grundlagen der Klinischen Beatmung: Teil 1-3
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

11. – 12. Oktober 2012 in München
Europäischer Gesundheitskongress München
WISO S.E. Consulting GmbH
Email: info@gesundheitskongress.de
www.gesundheitskongress.de/2012/index.htm

15. - 19. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Modul II: Hygienebeauftragte(r) in der Pflege gemäß KRINKO/RKI-Empfehlung und HygMedV (Freistaat Bayern)
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

16. Oktober 2012 Martinsried
Gerätekunde: AutoSet CS, die 3. Generation
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

17. Oktober 2012 Martinsried
Geräte der S9 Plattform (APAP - BPAP)
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

18. Oktober 2012 in München
Geräteeinweisung / Schulung zur „Gerätebeauftragten Person" - Heimbeatmungsgeräte
Informationen bei Ralf Hecker
rhecker@wkm-rehamed.de
www.wkm-rehamed.de

18. Oktober 2012 in Martinsried
Gerätekunde: Stellar 150 mit iVAPS Funktion
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

19. - 20. Oktober 2012 in Zeulenroda
Praxisworkshop für Schlaflabore
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

19.-21. Oktober 2012 in Königswinter
Seminarwochenende für Familien mit einem schädelhirnverletzten Kind
info@hannelore-kohl-stiftung.de
www.hannelore-kohl-stiftung.de

22. - 26. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Teil 1: „Wundexperte ICW e.V." mit Zertifikat
Basiskurs Teil 2: 26. - 27. November 2012
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

23. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Rezertifizierung „Wundexperte ICW e.V."
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

23. Oktober 2012 in Essen
Beatmung für Fortgeschrittene: Teil 4
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

24. Oktober 2012 in München
Geräteeinweisung / Schulung zur „Gerätebeauftragten Person" - Heimbeatmungsgeräte
Informationen bei Ralf Hecker
rhecker@wkm-rehamed.de
www.wkm-rehamed.de

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

29. Oktober 2012 in Mönchengladbach
Gerätekunde: Stellar 150 mit iVAPS Funktion
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

30. Oktober 2012 Mönchengladbach
Gerätekunde: AutoSet CS, die 3. Generation
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

31. Oktober 2012 in Mönchengladbach
Geräte der S9 Plattform (APAP - BPAP)
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

November 2012

5. - 7. November 2012 in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

8. November 2012 in Stuttgart-Metzingen
Aktualisierungskurs für Desinfektoren
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

12. – 14. November 2012 in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

14. November 2012 in Unterhaching
Tracheostomaversorgung, Hygiene, Megacodetraining
Anmeldung über www.ihcc-akademie.de

16. - 17. November 2012 in Bad Segeberg
Praxisworkshop für Schlaflabore
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

17. November 2012 in Münster
Husten-Helfen-Beatmen
Sekretmanagement und Beatmung bei neuromuskulären Erkrankungen
Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Pflegekräfte
Anmeldung: Andreas Bosch
andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/HUL_EIN_Weaning_100x210_lowres.pdf

17. November 2012 in Brandenburg a.d. Havel
Kongress für Außerklinische Intensivpflege
www.kai-brandenburg.de

19. – 21. November 2012 in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

21. September 2012 in Stuttgart
8. Deutscher Hygienetag
Anmeldung per Fax oder E-Mail an:
tamara.rauschenberg@bibliomed.de

20. November 2012 in Rendsburg
Grundlagen der Klinischen Beatmung: Teil 1-3
ResMed-Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

26. - 27. November 2012 in Bad Kissingen
Teil 2: „Wundexperte ICW e.V.“ mit Zertifikat Basiskurs
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

26. - 30. November 2012 in Unterhaching
Basiskurs außerklinische Beatmung 50 UE
Anmeldung über www.ihcc-akademie.de

27. November 2012 in Martinsried
Grundlagen der Außerklinischen Beatmung KOMPAKT
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Akademie@resmed.de
www.resmed.de

27. – 29. November 2012 in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

29. – 30. November 2012 in Bad Kissingen
Update für Hygienebeauftragte in der Pflege
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

Dezember 2012

1. Dezember 2012 in Frankfurt/Main
1. IMT Symposium: „Wovon wir reden wenn wir vom Atemmuskeltraining reden?“
Heinen + Löwenstein
Anmeldung: Andreas Bosch,
andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/fortbildungen.htm

3. – 5. Dezember 2012 in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor (mit Prüfung am 05.12.2012)
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

6. - 8. Dezember 2012 in Berlin
20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V.
www.dgsm2012.de

12. – 13. Dezember 2012 in Bad Kissingen
Validierung des Aufbereitungsprozesses im Team
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

19. – 20. Dezember 2011 in Augsburg
Hygienebeauftragte in der Pflege
Hessing-Stiftung Augsburg
in Kooperation mit Institut Schwarzkopf GbR
Kontakt: HFK Kornelia Kunz
kornelia.kunz@hessing-stiftung.de

Januar 2013

12. Januar 2013 in Dortmund
Nicht-invasive und invasive Beatmung bei COPD
Heinen + Löwenstein
Anmeldung: Andreas Bosch,
andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/fortbildungen.htm

Februar 2013

13. - 15. Februar 2013 in Bremen
23. Symposium
Intensivmedizin + Intensivpflege
www.intensivmed.de

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 kostenlos. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie die Zeitung nicht mehr erhalten wollen.

In eigener Sache ...

Bisher wurde die „Gepflegt durchatmen. Fachzeitung für die außerklinische Intensivversorgung“ von print24 gedruckt. Ab dieser Ausgabe kehren wir zur Druck & Medien Schreiber GmbH in Oberhaching zurück. **Wir freuen uns auf die zukünftige gute Zusammenarbeit.**
www.druckundmedien-schreiber.de

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: Druck & Medien Schreiber GmbH
Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Marcello Ciarrettino (mc), Doris Böhm, Jörg Brambring (jb), Dr. med. Paul Diesener, Marcus Förster (mf), Ralf Hecker (rh), Stefan Hille (sh), www.hillrom.com, Anja Hoffmann, Christoph Jaschke (cj), Christian Kaminski (ck), Philipp Rams (pr), Doris Marx-Ruhland, Ursula Pabsch (up), PD Dr. med. Andreas Schwarzkopf (as), Ingrid Ranzinger (ir), Susanna Saxl, Prof. Dr. Claudia Schacke, Anastasia Umrik (au), Janine Wagner, Dr. Michael Westhoff (mw), Dr. med. Matthias Wiebel, Petra Tönnesen, Prof. Dr. Jürgen Glaser, Gerhard Bartz Prof. Dr. Susanne Zank,

Anzeigenleitung:
Christoph Jaschke, Linda Stumpf
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: 0 26 03/96 00-0
Fax: 0 26 03/96 00-50
Internet: hul.de